

D. PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL CONTRE LE VIH/SIDA/IST, 2006-2015 : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. Le Plan stratégique régional de l'Organisation panaméricaine de la Santé contre le VIH/SIDA/IST, 2006-2015, a été approuvé par les États Membres de l'OPS en septembre 2005 (Résolution CD46.R15).¹ C'est un document d'orientation guidant les pays des Amériques à se doter d'une riposte efficace contre l'épidémie du VIH et à prévenir et endiguer les infections sexuellement transmissibles (IST). L'objectif général du Plan est le suivant : “d'ici 2015, arrêter et commencer à inverser la propagation du VIH/sida et des IST dans la Région en assurant l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement.” A cette fin, le Plan vise à renforcer les plans nationaux dans tous les pays de la Région. Il encourage les planificateurs internationaux et nationaux à envisager l'impact à long terme et la durabilité des programmes et à corroborer les tendances des maladies à d'autres buts économiques et du développement humain à long terme.

2. Le Plan comprend cinq lignes d'action critiques:

- a) renforcer le leadership et le rôle directeur du secteur de la santé et susciter l'engagement de la société civile ;
- b) formuler et exécuter des programmes de lutte contre le VIH/sida/IST efficaces et durables et renforcer la capacité des ressources humaines ;
- c) renforcer, étendre et réorienter les services de santé ;
- d) améliorer l'accès aux médicaments, aux diagnostics et autres produits ; et
- e) améliorer la gestion de l'information et des connaissances, notamment la surveillance, le suivi et l'évaluation ainsi que la diffusion.

3. Chaque ligne d'action est dotée de stratégies, de cibles, de jalons et d'indicateurs spécifiques qui sont définis dans le Plan et qui établissent parallèlement le rôle du Bureau sanitaire panaméricain, notamment sous l'angle de sa supervision et gestion.

4. Le Plan stipule une évaluation à mi-parcours qui a été réalisée en mars-juillet 2012 pour informer, réorienter et mettre à jour les cibles, priorités et stratégies pour les années restantes du Plan.

¹ Le Plan régional de l'OPS contre le VIH/SIDA/IST, 2006-2015, a été publié en novembre 2005 et peut être consulté à l'adresse suivante: http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-2015_ENGLISH.pdf

Objectif de l'évaluation à mi-parcours

5. L'évaluation à mi-parcours vise :
 - a) à identifier les principaux accomplissements et les obstacles liés à la réponse régionale du secteur de la santé au VIH/IST et à la mise en œuvre du Plan ; et
 - b) à mettre à jour les priorités, les stratégies et les cibles pour la réponse du secteur de la santé ainsi que pour la stratégie de coopération technique de l'OPS pour la période 2012–2015.

Portée de l'évaluation

6. L'évaluation à mi-parcours couvre la période de mise en œuvre (2006-2011) et a une portée régionale, prêtant une attention particulière aux processus, questions et résultats sur le plan infrarégional. La mise à jour des stratégies du secteur de la santé revêtait une importance toute particulière et se fondait sur les nouvelles directives et initiatives techniques ainsi que les données probantes sur lesquelles elles reposent, notamment :
 - a) La Stratégie mondiale de l'OMS du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015 et son plan opérationnel pour 2012-2013, avalisé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2011 et en 2012 respectivement ;
 - b) La stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015: Objectif Zéro qui vise à révolutionner la prévention du VIH, à poser le fondement de la prochaine étape de traitement et du soutien et à faire progresser les droits de l'homme ainsi que l'égalité entre les genres dans le cadre de la riposte au VIH ;
 - c) L'appel mondial et l'Initiative régionale pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale en Amérique latine et dans les Caraïbes ;
 - d) Les nouvelles données probantes concernant le traitement et la prévention du VIH ; et
 - e) Le traitement 2.0 OMS/ONUSIDA pour un traitement optimal du VIH.

Méthodologie

7. L'évaluation à mi-parcours a utilisé un ensemble d'approches régionales et infrarégionales pour atteindre le niveau le plus élevé possible de consultation et de participation des parties concernées.
8. La méthodologie comptait quatre volets :

- a) études de plans et rapports régionaux et infrarégionaux et documents techniques mondiaux et régionaux récents ;
- b) consultations face à face avec des parties concernées lors d'événements régionaux et infrarégionaux, dont deux consultations infrarégionales sur le test de dépistage du VIH (Colombie et Panama, avril 2012) et une réunion de médecins en chef des Caraïbes (Sainte-Lucie, mai 2012) ;
- c) enquêtes auprès des parties concernées par courriel et entretiens téléphoniques approfondis avec les parties concernées dont des responsables de programmes nationaux, des directeurs de laboratoire, des personnes vivant avec le VIH, des représentants d'organisations de la société civile, des responsables du plaidoyer, des partenaires des Nations Unies, des représentants d'entités sous-régionales, y compris le Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH/sida (PANCAP) et le Conseil des Ministres de la Santé de l'Amérique centrale et de la République dominicaine (COMISCA)—ainsi que le personnel régional, infrarégional et national de l'OPS ; et
- d) consultation avec le Comité consultatif technique de l'OPS (CCT) sur le VIH/IST. Les résultats préliminaires de l'évaluation à mi-parcours ont été présentés lors d'une réunion du CCT en juin 2012 aux fins de revue, de discussion et de validation.

Processus de mise en œuvre

9. Deux consultants ont été recrutés pour concourir à l'évaluation à mi-parcours, l'un pour les Caraïbes et l'autre pour l'Amérique latine. Les consultants ont travaillé en étroite collaboration avec l'équipe de l'OPS pour identifier et réunir les documents pertinents, mettre au point des outils de recueil de données et identifier des parties concernées pour les entretiens.

10. Aux Caraïbes, un Comité de pilotage présidé par le Ministre de la Santé de la Grenade a été mis sur pied. Ce comité de pilotage a participé à la mise au point de la méthodologie et du processus de mise en œuvre par le biais de réunions virtuelles et il a organisé une réunion face-à-face en juin 2012 pour passer en revue et discuter des données. De plus, l'University of the West Indies a apporté un soutien pour la collecte et l'analyse de données.

11. Au total, plus de 40 personnes et 12 organisations partenaires ont participé aux enquêtes et entretiens. Le taux général de réponse était de pratiquement 80 %. Les résultats des deux processus ont été présentés au CCT en juin 2012, lors de la sixième réunion du CCT à Washington, D.C. Les commentaires et recommandations du CCT ont été intégrés au rapport final de l'évaluation à mi-parcours.

Résultats clés se rapportant à l'objectif général, aux cibles et aux jalons

12. La Région a fait un grand pas en avant se rapprochant de la réalisation de l'objectif général du Plan : " arrêter et commencer à inverser la propagation du VIH/sida et des IST dans la Région en assurant l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement." Le taux d'incidence des infections à VIH pour l'Amérique latine et les Caraïbes a reculé, passant d'après les estimations de 21,1 cas pour 100 000 personnes en 2005 à 19,1 pour 100 000 en 2010, soit une diminution de 9,4 %.² Le taux de nouvelles infections à VIH en Amérique latine s'est stabilisé et les nouvelles infections dans les Caraïbes ont été réduites d'un tiers par rapport aux niveaux de 2005. La Région a également noté une réduction sensible dans le nombre de cas pédiatriques du VIH, enregistrant une baisse de 60 % aux Caraïbes et de 38 % en Amérique latine par rapport aux niveaux de 2001. L'accès élargi au traitement antirétroviral a contribué à une réduction de 36 % dans le nombre de décès imputables au VIH en Amérique latine et une réduction de 50 % dans les Caraïbes lors de la période 2001-2010.

13. Les résultats spécifiques se rapportant aux trois cibles générales du Plan sont les suivants:

- a) réduction dans le nombre estimé de nouvelles infections à VIH: le nombre estimé de nouvelles infections a reculé de 30 % dans les Caraïbes et de 4% dans la Région entière d'Amérique latine et des Caraïbes pendant la première période de mise en œuvre ;
- b) accès amélioré au traitement antirétroviral : la couverture du traitement antirétroviral s'est nettement étendue dans la Région, avec une couverture estimée de 70 % à la fin de 2011, la plus élevée de toutes les régions en développement dans le monde. Neuf pays ont atteint la cible d'accès universel de 80 % à la fin de 2011. Cinq pays en plus sont sur la bonne voie pour l'atteindre, disposant d'une couverture estimée de 70 %-79 % ; et
- c) avec l'adoption de l'Initiative régionale pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, la troisième cible a été mise à jour passant de moins de 5 % à moins de 2 % de la transmission mère-enfant d'ici l'année 2015. Tel que l'indique le Rapport de l'analyse situationnelle,³ cinq pays (Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Canada, Cuba et les États-Unis) ont probablement atteint les cibles d'élimination à la fin 2011. Sept pays en plus (Argentine,

² Sources: Numérateur: OMS/ONUSIDA/UNICEF, *Riposte mondiale au VIH/sida: le point de l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel* (2011). Dénominateur : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Divisions de la population, *Perspectives démographiques mondiales : La révision de 2010* (2011).

³ Organisation panaméricaine de la Santé : *Analyse situationnelle 2010 : Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale dans les Amériques*.

Bahamas, Brésil, Chili, Guyana, Suriname et Uruguay) sont sur la bonne voie, avec des taux de transmission mère-enfant entre 2 % et 7 %.

14. L'évaluation à mi-parcours ne comprenait pas un examen détaillé et approfondie, pays par pays, des 20 cibles et 55 jalons entrant dans les cinq lignes d'action critiques mais elle n'en concluait pas moins qu'en général toutes les cibles et tous les jalons avaient été traités pendant la première période de mise en œuvre et intégrés aux priorités programmatiques actuelles et aux plans sous-régionaux aux fins d'action continue.

Résultats clés liés aux processus et aux développements dans les sous-régions

15. L'évaluation à mi-parcours a confirmé que le Plan régional avait servi de base à la formulation de plans infrarégionaux pour les sous-régions des Caraïbes, d'Amérique centrale et des Andes ainsi qu'aux plans nationaux. Tous les pays de la Région sont dotés de plans stratégiques nationaux contre le VIH comptant des interventions définies du secteur de la santé. Le Cône Sud n'a pas formulé un plan infrarégional mais le Plan régional guidait également les actions collectives et nationales de cette sous-région.

16. Les parties concernées ont confirmé que le Plan informait les plans régionaux d'autres partenaires du développement et des propositions nationales présentées au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) et d'autres donateurs.

17. Le Plan a aidé à inclure le VIH comme thème dans les dialogues régionaux, infrarégionaux et nationaux. Il a suscité un plus grand investissement dans la réponse du secteur de la santé au VIH, y compris les programmes et les services de prévention et soins complets pour les populations clés comme les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes, les professionnels(elles) du sexe, les personnes privées de liberté, les consommateurs de drogues et les personnes transgenres.

18. La participation constante de groupes de la société civile et de personnes vivant avec le VIH a également été notée.

19. L'évaluation des Caraïbes notait par ailleurs plusieurs changements en cours, dont la création de l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) et les rôles changeant du Secrétariat de PANCAP et de certains partenaires du développement et à cet effet, elle soulignait l'importance du rôle stable et continu de l'OPS dans cet environnement en évolution.

Résultats clés concernant la contribution de l'OPS à la réponse régionale et perceptions des parties concernées et des partenaires

20. Les partenaires et les parties concernées ont apprécié le leadership de l'OPS dans la réponse régional du secteur de la santé au VIH et la qualité élevée des documents

techniques, à l'exemple de diverses directives opérationnelles et modèles mis au point par l'OPS.

21. L'OPS a été reconnue pour son intervention dans des questions délicates et pouvant s'avérer de nature controversée comme la santé des hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes et des personnes transgenres ainsi que les questions relevant des droits de l'homme, de la stigmatisation et de la discrimination.

22. L'OPS a été reconnue pour le soutien apporté à d'autres programmes et partenaires comme le Fonds mondial et les programmes financés par le gouvernement américain.

23. Les parties concernées ont avalisé la transition naturelle des lignes d'action critiques aux quatre priorités programmatiques actuelles ou axes les plus importants :

- a) élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale ;
- b) prévention et soins pour les populations clés ;
- c) traitement optimal (traitement 2.0) ; et
- d) information stratégique.

Ce processus confère de la spécificité et permet de s'aligner sur les nouvelles stratégies et directives mondiales, notamment la Stratégie mondiale de l'OMS du secteur de la santé.

24. De plus, les répondants ont souligné l'importance vitale de l'approche des système de santé qui insiste sur le renforcement des systèmes de santé ainsi que sur l'intégration et la décentralisation du VIH dans les systèmes de santé. Cela revêt une importance toute particulière pour les répondants des Caraïbes et cet aspect a été approuvé comme une priorité par les ministres des Caraïbes lors de la 16^e réunion spéciale du Conseil pour le développement humain et social sur la santé, tenue en avril 2012.

25. Les parties concernées dans les Caraïbes ont également recommandé que l'OPS maintienne une solide présence à l'échelle de la sous-région et des pays et formule un cadre précis et clair de la coopération technique concernant le VIH/IST pour la période 2013-2015, une période de transition étant donnés les rôles en évolution de CARPHA et PANCAP. On a jugé d'importance critique l'alignement de cette stratégie avec la Coopération des Caraïbes en santé 2010-2015 (CCH-III) et avec le Cadre stratégique des Caraïbes sur le VIH et le sida 2012-2015.

Principaux enjeux et défis

26. L'OPS a restreint sa présence au niveau national et a limité le suivi au niveau national aux initiatives régionales et aux événements de renforcement des capacités.

27. Les répondants de la société civile ont indiqué qu'il fallait un partenariat plus solide avec les organisations et les réseaux de la société civile, surtout en ce qui concerne le plaidoyer continu pour le renforcement des programmes de traitement et de soins et la préservation des droits de l'homme.

28. Les parties concernées ont demandé un renforcement du Fonds renouvelable régional de l'OPS pour les produits stratégiques de santé publique et pour un soutien continu pour les négociations régionales des prix des médicaments et des fournitures médicales, le renforcement des systèmes d'approvisionnement et gestion des produits et pour la prévention des ruptures de stock.

29. La verticalité persistante des programmes et services de lutte contre le VIH est une question à laquelle il faut s'attaquer et un plaidoyer continu s'impose pour défendre l'approche ciblée sur des système de santé complets, des soins de santé primaires et l'intégration du VIH.

30. Les systèmes d'information restent faibles, malgré le soutien important que l'OPS apporte à ce domaine et la disponibilité et l'utilisation de l'information stratégique continuent à être problématiques

Conclusions

31. Le Plan stratégique régional de l'OPS contre le VIH/IST 2006-2015 reste le cadre d'orientation général pour la riposte régionale au VIH.

32. Dans le contexte du Plan, on a approuvé une réorientation naturelle des priorités programmatiques des lignes d'action critiques aboutissant aux quatre axes les plus importants. Ces quatre axes sont alignés sur les priorités régionales et sur les stratégies et directives mondiales les plus récentes.

33. Les partenaires et les parties concernées ainsi que les membres du CCT ont demandé à l'OPS de continuer son rôle directeur et facilitateur dans la réponse du secteur de la santé, aux niveaux régional et national, en se concentrant sur un nombre moindre d'interventions, sur une communication technique en amont et un engagement plus prononcé face à la formulation de politiques.

34. Les parties concernées ont vivement recommandé à l'OPS de soutenir les pays au niveau de l'utilisation et de la mobilisation efficaces des ressources pour garantir les services essentiels, sauvegarder les progrès accomplis et aborder le programme inachevé.

35. Le renforcement, l'intégration et la décentralisation restent des priorités transversales et le renforcement des ressources humaines reste une priorité du financement.