
PROGRAMME
MONDIAL DE LUTTE
CONTRE LE **SIDA**

UTILISATION DES DONNEES DE LA SURVEILLANCE
DU VIH DANS LES PROGRAMMES NATIONAUX DE
LUTTE CONTRE LE SIDA

EXAMEN DE LA SITUATION ACTUELLE ET RECOMMANDATIONS EN VUE DE
RENFORCER L'UTILISATION FUTURE DE CES DONNEES

DR GARY SLUTKIN
EPIDEMIOLOGISTE, UNITE D'APPUI AUX PROGRAMMES NATIONAUX, GPA

DR JAMES CHIN
CHEF D'UNITE, SURVEILLANCE, PREVISION ET ETUDE D'IMPACT, GPA

DR DANIEL TARANTOLA
CHEF D'UNITE, APPUI AUX PROGRAMMES NATIONAUX, GPA

DR JONATHAN MANN
DIRECTEUR DU PROGRAMME MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, GPA
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE

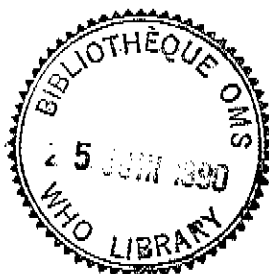


Table des matières

Introduction	1
1. Données actuellement fournies par la surveillance du VIH et la sérosurveillance par réseau sentinelle	2
2. Les utilisations et les limites des données de la surveillance du VIH pour les programmes de lutte contre le SIDA	2
2.1 Engagement (politique, financier, personnel)	2
2.2 Ciblage des activités vers certains groupes de population et zones géographiques	3
2.3 Contrôle continu et évaluation des programmes	3
2.4 Elaboration et mise à l'épreuve des interventions	4
2.5 Allocation des ressources et planification à long terme	4
2.6 Valeur éducative pour les individus: perception plus claire du risque individuel et amélioration des chances de changement des comportements	5
3. Recommandations concernant les méthodes de surveillance du VIH fondées sur l'utilisation des données	5
4. Renforcement de l'utilisation des données fournies par la surveillance du VIH	8
4.1 Utilisation en faveur de l'engagement	8
4.2 Ciblage des interventions	9
4.3 Mise au point des interventions	11
4.4 Contrôle continu et évaluation	11
4.5 Estimation de la morbidité et planification des ressources	12
4.6 Renforcement de la perception du risque	12
4.7 Autres utilisations	12
Conclusions	13
Références	14

Utilisation des données de la surveillance du VIH dans les programmes nationaux de lutte contre le SIDA

Examen de la situation actuelle et recommandations en vue de renforcer l'utilisation future de ces données

Dr Gary Slutkin
Epidémiologiste, unité d'Appui aux programmes nationaux, GPA

Dr James Chin
Chef d'unité, Surveillance, prévision et étude d'impact, GPA

Dr Daniel Tarantola
Chef d'unité, Appui aux programmes nationaux, GPA

Dr Jonathan Mann
Directeur du Programme mondial de Lutte contre le SIDA, GPA
Organisation mondiale de la Santé

Introduction

Le Programme mondial de Lutte contre le SIDA (GPA) de l'Organisation mondiale de la Santé collabore actuellement avec plus de 150 pays, dont 120 se sont dotés de programmes nationaux de lutte contre le SIDA. La surveillance sérologique du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une composante de la quasi-totalité des programmes nationaux et la surveillance de l'infection à VIH par réseau sentinelle fait partie de ces programmes dans 40 pays au moins d'Afrique francophone et anglophone, d'Asie, d'Europe, d'Océanie ainsi qu'aux Etats-Unis d'Amérique.

On a beaucoup appris ces deux ou trois dernières années sur les diverses utilisations des données de la surveillance du VIH et sur la façon dont ces données nous ont permis de mieux comprendre l'épidémie actuelle.

Le présent document examine quatre aspects généraux de la surveillance du VIH/SIDA:

- Les données actuellement fournies par la surveillance du VIH et la sérosurveillance par réseau sentinelle.
- Les utilisations et les limites de ces données pour les programmes de lutte contre le SIDA.
- Les activités de surveillance recommandées.
- Le renforcement de l'utilisation des données de la surveillance.

1. Données actuellement fournies par la surveillance du VIH et la sérosurveillance par réseau sentinelle

La plupart des pays disposent de données sur la prévalence du VIH pour plusieurs régions et pour quelques groupes à l'intérieur de ces régions. Ces données ont servi à décrire les modes de transmission et les variations constatées entre groupes et entre régions. Les modes fondamentaux de transmission et les groupes les plus exposés au risque ont donc pu être déterminés dans la plupart des pays.

En 1988, l'OMS a proposé une méthode de sérosurveillance par réseau sentinelle pour suivre l'évolution de l'infection à VIH. Le système simplifié qu'elle a préconisé permet de décrire la situation actuelle de l'infection à VIH et de suivre son évolution au moyen d'échantillonnages répétés effectués sur des sites préalablement désignés et parmi des groupes choisis (1). Le système d'échantillonnage proposé est simple et peut être répété de manière automatique. La méthodologie qu'utilise la sérosurveillance par réseau sentinelle pour obtenir des informations précises sur les tendances vise spécialement à réduire au minimum le biais d'auto-recrutement (de participation spontanée). L'objectif premier de la surveillance en santé publique consiste à déceler les changements qui surviennent dans l'incidence, la propagation et la distribution des maladies et il se différencie donc nettement du but du dépistage, lequel vise essentiellement à identifier les individus infectés par le VIH. Les tests non corrélés (anonymes) offrent le meilleur moyen d'éliminer ou de réduire au minimum le biais d'auto-recrutement tout en protégeant l'anonymat et la confidentialité. OMS/GPA a publié un guide détaillé sur le dépistage anonyme non corrélé (2).

2. Les utilisations et les limites des données de la surveillance du VIH pour les programmes de lutte contre le SIDA

De très nombreux pays recueillent des données sur l'épidémie de SIDA, comme on l'a vu plus haut. Comment les données sur la prévalence de l'infection à VIH sont-elles utilisées aujourd'hui? Existe-t-il des limites à l'utilisation de ces données? D'autres utilisations possibles mériteraient-elles d'être étudiées?

Les utilisations les plus courantes des données résultant de la surveillance du VIH sont les suivantes: a) renforcer l'engagement des responsables politiques, des bailleurs de fonds et du personnel; b) cibler les interventions selon les groupes de population et les zones géographiques; c) suivre l'application des programmes et les évaluer; d) élaborer et tester les interventions; e) déterminer l'allocation des ressources et effectuer la planification à long terme; f) contribuer à l'éducation des individus.

Ces différentes utilisations sont brièvement décrites ci-après.

2.1 Engagement (politique, financier, personnel)

Il est indubitable que les données concernant la prévalence de l'infection à VIH ont considérablement contribué à mobiliser, puis à accroître et à renforcer le soutien apporté par les dirigeants politiques et les responsables du secteur de la santé et d'autres secteurs clés, à l'échelon national aussi bien que local, aux programmes de lutte contre le SIDA.

On pourrait citer un grand nombre de cas où les données relatives à la prévalence du VIH ont servi à plaider la cause des programmes anti-SIDA et à mobiliser les ressources financières et humaines en faisant jouer les motivations politiques et en suscitant des initiatives de la part de groupements et de secteurs très divers. Très récemment encore, des données résultant de la surveillance du VIH ont été présentées à l'occasion d'ateliers

nationaux multisectoriels en Ethiopie et au Rwanda, afin d'obtenir et d'affermir l'engagement et la participation des dirigeants politiques et des chefs de parti, des militaires, des ministères de l'information et de l'éducation, ainsi que de groupes privés.

2.2 Ciblage des activités vers certains groupes de population et zones géographiques

En dehors de leur utilisation à l'appui des actions de plaidoyer, les données concernant la prévalence de l'infection à VIH sont surtout utilisées pour identifier les comportements et les individus à haut risque vers lesquels peuvent être dirigées des actions d'information, d'éducation et autres. Par exemple, les données fournies par la séro-surveillance ont montré que les individus ayant des partenaires sexuels multiples dans les centres des villes aux Etats-Unis, ou les toxicomanes par voie intraveineuse à Bangkok, en Thaïlande, constituaient des groupes cibles tout indiqués pour des interventions de ce genre.

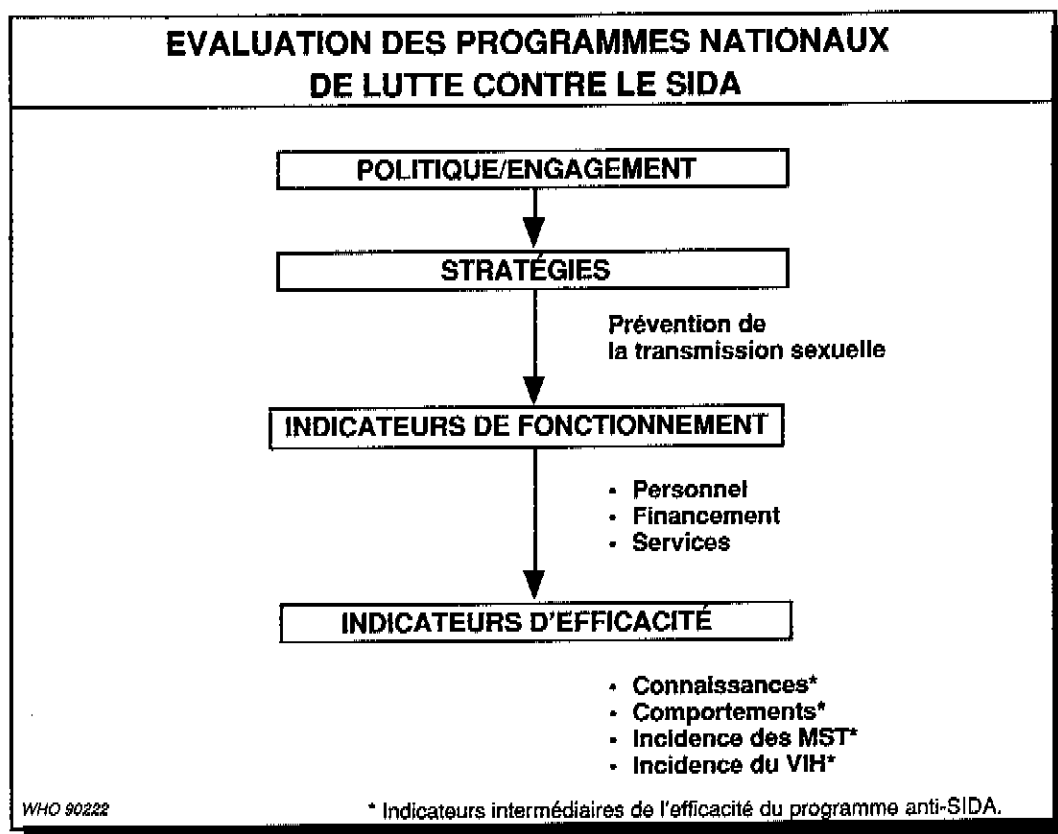
De nombreux pays fournissent des exemples de la manière dont les données fournies par la surveillance du VIH ont pu être utilisées pour concentrer l'attention sur des zones à forte prévalence. En République-Unie de Tanzanie, les mesures d'intervention ont été intensifiées dans la région de Kagera et aux alentours. Au Kenya, où le programme national de lutte contre le SIDA vient seulement d'achever un examen rétrospectif des activités menées jusqu'en mars 1989, les données réunies sur la prévalence du VIH chez les donneurs de sang et dans le cadre de diverses enquêtes ont servi à formuler des recommandations précises afin de concentrer les interventions prévues en 1989-1990 sur des districts à haute prévalence et les zones environnantes (3). Le Kenya a élaboré un programme ambitieux de formation de conseillers qui prévoit de diriger surtout les activités vers les provinces et les groupes à plus forte prévalence. En Ouganda, le programme national de lutte contre le SIDA accélère actuellement la décentralisation et la mobilisation au niveau des districts, en partie parce qu'une forte prévalence de l'infection a été constatée dans quelques zones rurales (4). Aux Etats-Unis, les Centers for Disease Control d'Atlanta signalent que les activités en matière de conseils sont de plus en plus orientées vers les villes et les zones dans lesquelles on a décelé une prévalence plus forte de l'infection à VIH (5). Dans plusieurs pays où la prévalence de l'infection à VIH est faible, les données de la surveillance servent à déterminer à quel moment il conviendra d'instituer un contrôle systématique des dons de sang destinés aux transfusions. Il en est ainsi, par exemple, en Albanie, au Bhoutan et en Mongolie. Ces quelques exemples illustrent le rôle central joué par les données de la surveillance du VIH dans le ciblage des activités de prévention et de lutte anti-SIDA.

2.3 Contrôle continu et évaluation des programmes

La méthode la plus efficace pour suivre la propagation de l'infection à VIH repose sur l'emploi de données relatives à l'incidence géographique et démographique ainsi qu'aux variations de la prévalence de l'infection. Ces données devraient également aider à identifier les mesures qui permettront de freiner ou de prévenir la propagation de l'infection.

Les modifications qui surviennent dans la séroprévalence du VIH fournissent les indications les plus sûres quant à l'efficacité des programmes de lutte contre le SIDA (Figure 1). Toutefois, les données relatives à la prévalence du VIH ont leurs limites lorsqu'il s'agit d'évaluation. En premier lieu, les raisons pour lesquelles les taux d'infection à VIH se sont modifiés peuvent rester obscures, outre qu'il est parfois difficile de déterminer la mesure dans laquelle les modifications constatées sont imputables aux interventions du programme. En second lieu, il faut parfois un certain temps avant que les mesures de lutte se traduisent par une modification de l'incidence.

Figure 1



C'est pourquoi il faudra examiner des indicateurs intermédiaires, comme l'amélioration des connaissances du public concernant le SIDA, ou l'apparition de modifications comportementales, en particulier celles qui peuvent faire baisser l'incidence des maladies sexuellement transmissibles. OMS/GPA s'occupe actuellement de mettre au point des directives pour l'évaluation des programmes qui, tout en utilisant les données concernant la prévalence du VIH, prendront aussi en compte des indicateurs intermédiaires plus sensibles de l'efficacité des interventions. On étudie actuellement, sans être encore parvenu à des conclusions claires, quelles pourraient être toutes les utilisations possibles des données de la surveillance du VIH pour l'évaluation des programmes.

2.4 Elaboration et mise à l'épreuve des interventions

Les données concernant la prévalence et l'incidence de l'infection à VIH sont à la base de l'élaboration et de la mise à l'épreuve des stratégies d'intervention qui visent à influencer sur les comportements puisqu'elles aident à identifier les groupes et les régions où de telles interventions sont particulièrement nécessaires et urgentes. De plus, c'est en interprétant les tendances que l'on peut déterminer quel type d'intervention aura le plus de chances de réussir lorsqu'on l'appliquera à différents groupes à comportements à risque.

2.5 Allocation des ressources et planification à long terme

Les données passées et présentes fournies par la surveillance du VIH peuvent servir à estimer le niveau actuel et futur de la morbidité due au SIDA. OMS/GPA a mis au point un modèle prévisionnel qui peut fournir des estimations du nombre total de cas de SIDA.

plus fiables que celles fournies par les notifications de cas émanant de la plupart des pays en développement (6). L'Ouganda a essayé d'utiliser de telles estimations pour réviser ses plans d'action pour 1989-1990.

Les Etats-Unis d'Amérique, la Suisse et nombre d'autres pays ont utilisé les données concernant la prévalence de l'infection à VIH pour estimer le nombre d'infections en cours, les problèmes qui risquent d'en résulter pour le système de santé, les coûts à prévoir et l'ampleur du soutien à apporter au programme pour empêcher que l'infection à VIH ne se répande davantage. Les estimations peuvent être calculées au moyen de formules assez simples ou par extrapolation directe à partir des données concernant la prévalence du VIH lorsque celles-ci sont disponibles.

2.6 Valeur éducative pour les individus: perception plus claire du risque individuel et amélioration des chances de changement des comportements

La diffusion d'une information sur le SIDA et l'infection à VIH peut exercer sur les individus une influence suffisante pour les inciter à changer de comportement, même si l'ampleur de tels changements reste inconnue et varie nécessairement chez les individus suivant le contexte culturel, éducatif et économique. Il est possible que les données de surveillance concernant le VIH pourraient être utilisées plus directement, si elles étaient présentées par les grands médias ou dans le cadre de conseils individuels pour faire percevoir le risque de SIDA de manière plus réaliste par ceux qui continuent de se livrer à des pratiques dangereuses.

3. Recommandations concernant les méthodes de surveillance du VIH fondées sur l'utilisation des données

Les données de surveillance à recueillir et les procédures à suivre doivent être adaptées à l'épidémiologie du VIH et aux utilisations prévues des données. La collecte des données peut alors être soit développée, soit limitée en fonction des objectifs des programmes et des ressources disponibles.

Certaines considérations épidémiologiques jouent un rôle primordial dans la conception d'un système de surveillance. Il s'agit du fait que: a) les infections à VIH ne sont pas distribuées au hasard, mais sont associées à des risques comportementaux spécifiques, de sorte que les taux d'infection diffèrent notablement selon les régions géographiques et les groupes de population; b) les taux de transmission du VIH sont également influencés par des facteurs sociaux et comportementaux; c) les infections à VIH sont apparues à des moments différents dans les diverses régions et populations touchées.

Les principales utilisations des données dont il a été tenu compte sont les suivantes: a) mobiliser des soutiens politiques et financiers; b) orienter et cibler les activités de lutte; c) mettre au point des stratégies d'intervention; d) encourager de nouvelles recherches. Des estimations assez larges du problème posé par le VIH peuvent déjà suffire à ces fins. Aussi, en particulier si les ressources sont limitées, les systèmes de surveillance doivent-ils être conçus de façon à ne fournir que les données essentielles nécessaires au programme de lutte. Si les ressources le permettent, on pourra collecter davantage de données. Une séro-surveillance par réseau sentinelle pourra être utile pour estimer les modifications affectant la prévalence et la propagation de l'infection dans certaines zones géographiques ou parmi des groupes de population particuliers.

Les recommandations concernant la surveillance du VIH seront, en conséquence, les suivantes:

-
- 3.1** La méthodologie du réseau sentinelle est particulièrement appropriée pour collecter des données dans des lieux et parmi des groupes sélectionnés et déterminer les différences de prévalence entre ces lieux et ces groupes. Un contrôle continu peut être exercé à la fois sur
-

des groupes à risque élevé et à risque faible de façon à obtenir une indication sur la portée de l'infection. La séro-surveillance de groupes à risque élevé est particulièrement utile pour le ciblage et permettra peut-être aussi d'identifier des stratégies d'intervention acceptables.

3.2 La meilleure méthode pour obtenir des échantillons afin d'éviter une détermination erronée des tendances est le dépistage non corrélé. Il importe que les données de la surveillance par réseau sentinelle représentent la gamme entière des usagers du site choisi plutôt qu'un segment du groupe surveillé, non pour aboutir à des estimations plus précises, mais pour éviter des erreurs qui peuvent être graves et coûteuses. Par exemple, si le nombre des réfractaires s'accroît dans le temps, et si les réfractaires sont plus souvent séropositifs, on peut avoir la fausse impression que l'évolution est stationnaire. C'est ce qui s'est déjà produit dans des études répétées qui ont fait apparaître une amélioration fallacieuse de la situation. Il pourrait en résulter un relâchement de l'engagement des dirigeants politiques ou des éléments clés du personnel. Il faut donc se procurer des échantillons par des méthodes (par exemple les tests non corrélés) permettant de réduire les effets inconnus du biais d'auto-recrutement. Le Programme mondial de Lutte contre le SIDA de l'Organisation mondiale de la Santé a élaboré des propositions de directives internationales concernant le dépistage anonyme non corrélé qu'il tient à la disposition des intéressés (2).

3.3 Les groupes de population et les secteurs géographiques au sujet desquels l'information est limitée ou inexistante doivent être surveillés au moyen d'enquêtes périodiques pour qu'aucun changement important ne passe inaperçu. Il faut pour cela procéder régulièrement à une évaluation des données pour connaître la distribution géographique de l'infection à VIH et du SIDA ainsi que le degré de connaissance que possède la population locale en ce qui concerne les comportements à haut risque. Ce réexamen régulier des données disponibles devrait révéler toute lacune importante dans l'information sur la prévalence du VIH et permettre de prévoir un renforcement périodique du système. Ce renforcement pourra consister simplement en une ou deux études spéciales effectuées, avec les méthodes habituelles, sur des sites ou dans des groupes nouveaux.

3.4 Une grande précision dans l'évaluation de la prévalence du VIH n'est pas une nécessité dans la plupart des sites. Il peut suffire de déterminer, par exemple, si la prévalence est inférieure à 1%, ou si elle se situe entre 1 et 5%, ou entre 20 et 40%. La taille des échantillons n'a pas besoin d'être considérable pour classer des groupes dans des catégories aussi larges. En réalité, en matière de santé publique, il importe davantage de savoir jusqu'où montent les taux de prévalence du VIH que de constater à quel point ils sont bas. Dans de nombreuses situations, on peut avoir besoin uniquement de schémas d'échantillonnage permettant de déterminer si un seuil nécessitant une intervention a été, ou non, atteint ou dépassé.

Par exemple, si un programme de lutte contre le SIDA exécuté dans une zone à faible prévalence, telle que l'Asie, vise à estimer la prévalence parmi la population générale ou parmi les personnes qui fréquentent des dispensaires anténataux, importe-t-il vraiment de savoir si la prévalence atteint 0,2, 0,3 ou 0,4%, ou suffit-il de savoir qu'elle ne dépasse pas 0,5%, de façon que l'on puisse intervenir si cette valeur vient à être dépassée? S'il suffit de savoir que la prévalence n'a pas dépassé la valeur-seuil de 0,5%, on peut avoir recours aux mêmes procédés statistiques que ceux qui servent à l'échantillonnage pour l'assurance de la qualité par lots (LQAS) et les coûts se trouvent sensiblement diminués puisque l'information peut être obtenue avec des échantillons de taille réduite. (La fréquence des échantillonnages résultera de plusieurs facteurs qui seront indiqués au paragraphe 3.5 ci-dessous.) OMS/GPA propose donc de recourir à l'échantillonnage pour l'assurance de la

qualité par lots lorsqu'on veut collecter et analyser les données de la surveillance par réseau sentinelle dans les régions à faible prévalence. Cette méthode est décrite en détail dans l'article de Lwanga et al. (7).

- 3.5** Une grande précision est requise sur les sites sentinelles de base où se déroulent des études sérologiques destinées à élaborer et à mettre à l'essai des interventions, de même que sur les sites où l'on peut procéder à une évaluation globale de l'efficacité d'un programme. Il faut des données précises pour prouver que des interventions spécifiques permettent véritablement de réduire la transmission.
- 3.6** La fréquence d'échantillonnage nécessaire pour déterminer les tendances ou la valeur-seuil de la prévalence de l'infection doit être fixée en fonction de la valeur estimative de l'incidence et des actions prévues par le programme si le seuil est atteint ou dépassé. On pourra considérer qu'il est nécessaire de sonder fréquemment les toxicomanes par voie intraveineuse ou certaines populations de prostituées si leurs taux d'infection sont proches de la valeur-seuil ou en rapide augmentation. Par contre, des sondages moins fréquents seront suffisants pour des groupes dont les taux d'infection sont plus proches de ceux qui se rencontrent parmi la population générale, par exemple parmi les personnes qui viennent consulter dans les dispensaires prénataux ou dans certains dispensaires antivénériens, notamment dans les zones de faible prévalence.
- 3.7** Que la prévalence soit contrôlée par la méthode LQAS ou par des procédés plus classiques, une question fondamentale reste toujours à résoudre, à savoir: "Que va-t-on faire si le seuil est atteint?" Quelle mesure devra-t-on prendre, par exemple, si la prévalence dépasse 1% ou 5% chez les prostituées de l'Inde ou dans une population de toxicomanes de la Thaïlande du Nord, ou si elle dépasse 10% parmi les consultants d'un dispensaire antivénérien dans une ville des Etats-Unis d'Amérique?

Ces considérations méthodologiques sont présentées de manière synthétique dans la Figure 2.

Figure 2

Recommandations concernant les méthodes de sérosurveillance du VIH

- 1. La sérosurveillance par réseau sentinelle est une activité hautement prioritaire, utile pour le ciblage des interventions.**
- 2. Le dépistage non corrélé est préférable si l'on veut éviter les inexactitudes dans l'appréciation des tendances.**
- 3. Un examen régulier des données est recommandé, en vue d'identifier les lacunes et de planifier le développement du système.**
- 4. La précision nécessaire au plaidoyer en faveur des programmes et au ciblage n'est pas très élevée. Des échantillons relativement petits peuvent donc suffire.**
- 5. Une enquête plus précise peut être effectuée sur quelques sites sensibles.**
- 6. La fréquence de l'échantillonnage dépendra de l'incidence estimée et des possibilités pratiques.**
- 7. Question: "Quelles mesures prendre si une valeur-seuil est atteinte?"**

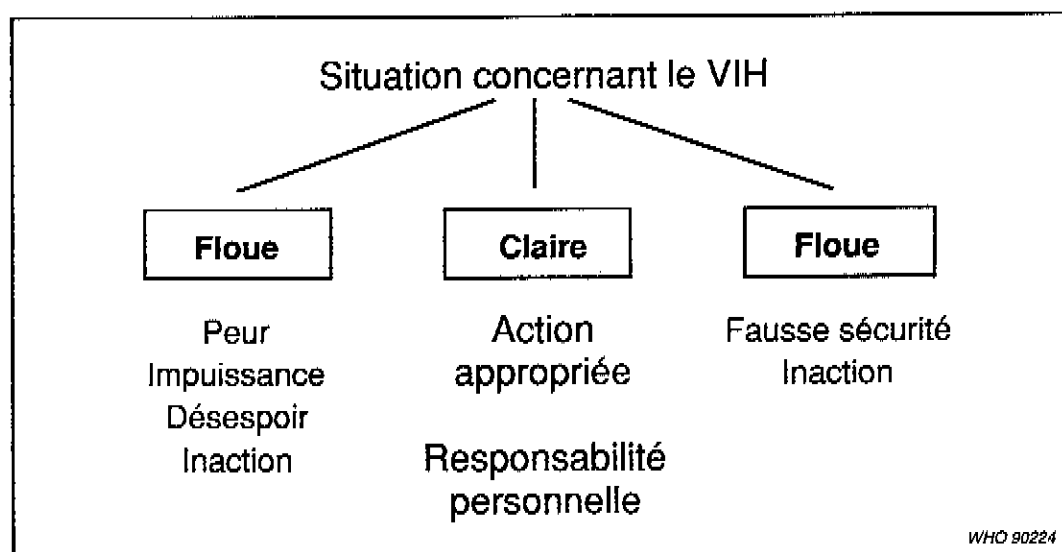
WHO 90223

4. Renforcement de l'utilisation des données fournies par la surveillance du VIH

4.1 Utilisation en faveur de l'engagement

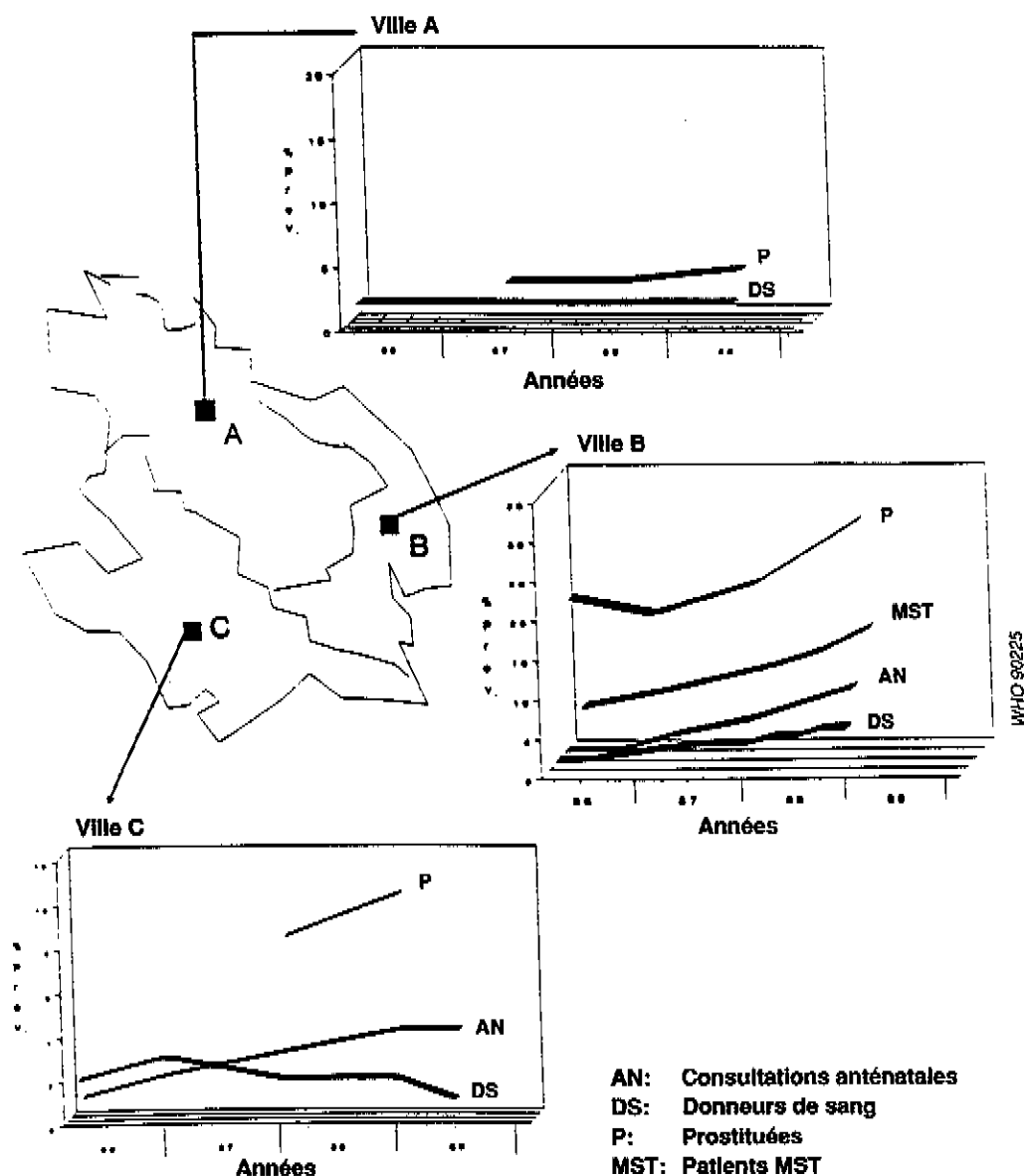
D'après les estimations prospectives actuelles, le nombre des cas de SIDA augmentera de plusieurs fois au cours des cinq à dix années à venir en dépit des efforts déployés ou des sommes dépensées pour enrayer l'infection. Dans plusieurs pays très gravement touchés, les effets des augmentations prévues sont déjà visibles. L'augmentation de la morbidité et de la mortalité peut engendrer la peur, un sentiment d'impuissance ou de paralysie, et du fatalisme. Or, il faut éviter que le fatalisme aussi bien qu'un faux sentiment de sécurité ne gagnent les hommes politiques et les donateurs comme cela s'est malheureusement déjà produit dans certains cas. Il faut reconnaître que les engagements politiques ne sont pas toujours stables. Il faut aussi s'attacher à mobiliser les énergies pour éviter que les services de santé soient submergés. Ce sont là des préoccupations auxquelles plusieurs hauts fonctionnaires de la santé en Afrique et ailleurs ont fait écho. On espère qu'une meilleure diffusion des données sur la prévalence de l'infection à VIH et ses tendances fera mieux apparaître la situation réelle et assurera la permanence de l'engagement. L'incertitude de l'information sur le VIH peut conduire aussi bien à un faux sentiment de sécurité et à l'inaction, parce que l'on aura le sentiment que la situation s'est améliorée, qu'à la crainte et au désespoir, parce que l'on croira, à l'inverse, que la situation s'est dégradée (Figure 3).

Figure 3. Clarification de la situation concernant le VIH en vue de combattre un sentiment injustifié de peur ou de sécurité et de renforcer l'engagement



Les données concernant la surveillance du VIH peuvent servir à assurer la permanence de l'engagement politique et financier en faveur des programmes nationaux et locaux de lutte contre le SIDA à condition d'être présentées sous une forme adéquate aux personnalités qui prennent les décisions. Elles doivent être communiquées notamment aux dirigeants politiques, aux bailleurs de fonds éventuels, aux planificateurs de la santé publique, aux médecins et aux autres personnels de santé aux échelons national et local, aux personnels s'occupant de promotion de la santé et de prévention, ainsi qu'aux individus, groupes et communautés exposés à un risque plus ou moins important. (On trouvera à la Figure 4 un modèle pour la présentation de ces données aux responsables politiques et aux planificateurs).

Figure 4. Exemple de tendances révélées par la séro-surveillance du VIH dans trois villes d'un pays africain

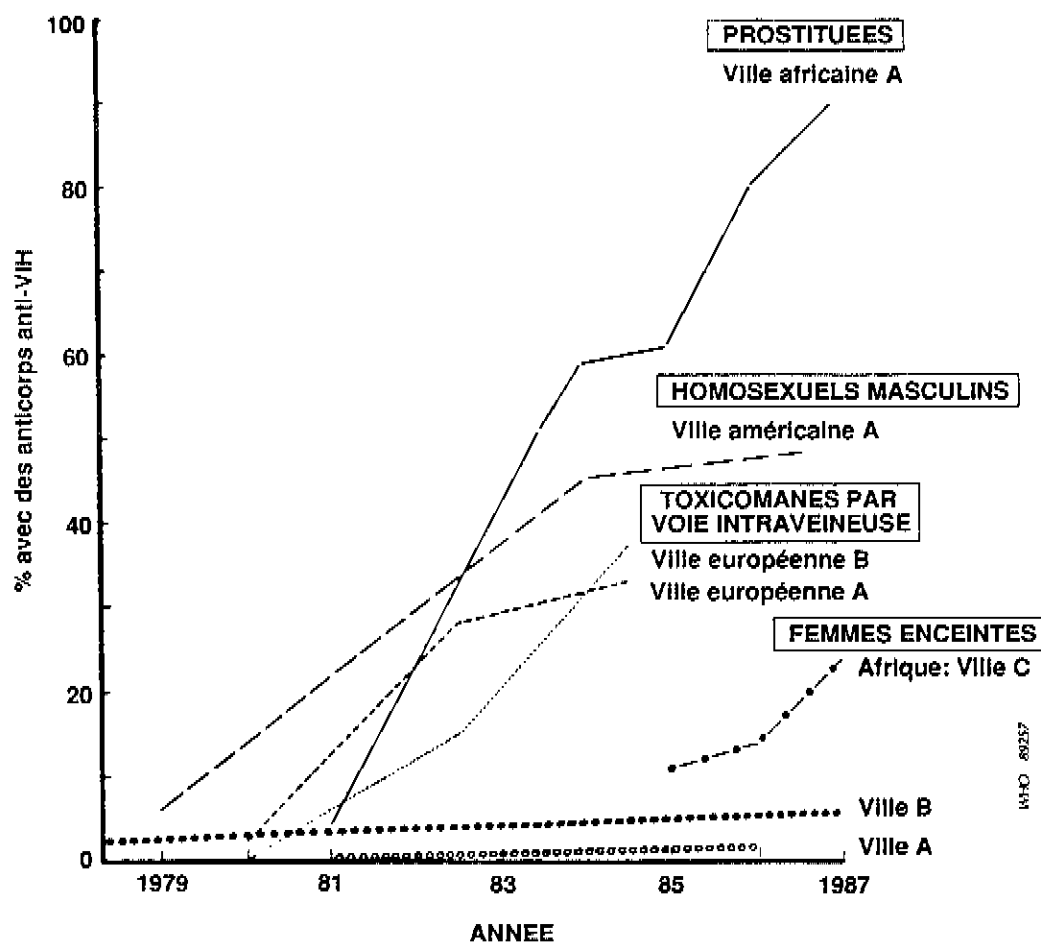


4.2 Ciblage des Interventions

En ce qui concerne l'utilisation des données pour le ciblage de groupes particuliers de la population, la considération pratique la plus urgente consiste à s'assurer que les "explosions" silencieuses d'infection à VIH ou les situations hautement dangereuses seront décelées promptement. C'est ainsi qu'on a pu noter des augmentations de la prévalence ou de l'incidence allant jusqu'à 15% par an parmi des groupes de prostituées, ou comprises entre 10 et 20% par an chez des homosexuels masculins, et entre 5 et 20% par an chez des toxicomanes par voie intraveineuse (Figure 5). A Bangkok, la prévalence est passée de moins de 1% à plus de 40% en un an dans un groupe de toxicomanes par voie intraveineuse. Au Kenya, 40% des membres d'une cohorte de prostituées faisant l'objet d'une étude sont devenues séropositives en moins d'une année. Il est évidemment

d'une étude sont devenues séropositives en moins d'une année. Il est évidemment nécessaire d'intervenir énergiquement et immédiatement dans de telles situations, mais ce ne sont certainement pas les seules où l'on voit le nombre des sujets séropositifs augmenter à un rythme aussi rapide dans une population.

Figure 5. Exemple de tendances observées lors d'études en série effectuées dans divers pays sur divers groupes de populations

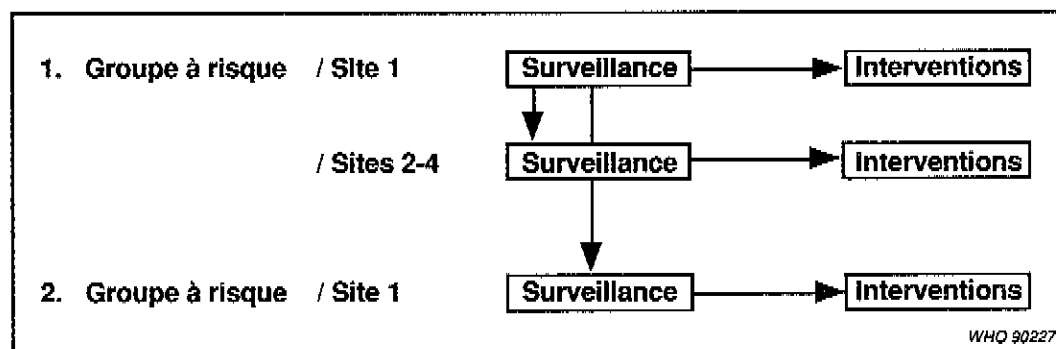


Un développement immédiat des activités de surveillance et des interventions est manifestement nécessaire dans la plupart des régions. Pourtant, il resterait à savoir, et c'est là un point capital, si tous les programmes de lutte contre l'infection à VIH tirent parti des données de surveillance qui sont déjà à leur disposition. Or, la réponse n'est nullement certaine, car si la plupart des programmes de lutte contre telle ou telle maladie ont régulièrement collecté des données de surveillance, ils ne les ont pas toujours appliquées directement aux opérations lancées sur le terrain. Il y a bien entendu des exceptions, en particulier dans le cas de la variole, du paludisme et, aujourd'hui, de la lutte antirougeoleuse aux Etats-Unis d'Amérique.

Les caractéristiques de la transmission du VIH sont telles que les opérations de lutte pourraient être conduites de façon à répondre directement aux données fournies par la surveillance qui font apparaître la répartition géographiquement et démographiquement

inégale des personnes infectées et signalent l'apparition des épidémies. Si les programmes de lutte étaient accordés de façon systématique et progressive à de telles données, on pourrait proposer de les organiser selon un schéma assez simple, du genre de celui qui apparaît sur la Figure 6.

Figure 6. Exemple de schéma d'application systématique et progressive des données fournies par la séro-surveillance aux décisions et actions de lutte contre le VIH/SIDA



Lorsque la prévalence atteint une valeur-seuil prédéterminée (par exemple 5% ou 1%) dans les groupes à très haut risque (par exemple les sujets atteints de maladies sexuellement transmissibles ou les prostituées) dans les zones où la prévalence est la plus forte, les interventions telles que conseils ou programmes de tests volontaires accompagnés de conseils peuvent être intensifiées. A la même valeur-seuil ou à une valeur différente, la surveillance peut être étendue à d'autres populations et/ou régions. Plusieurs pays ont déjà adopté une telle approche de surveillance et d'intervention progressives. Un programme de lutte peut, en fonction des ressources dont il dispose et de l'expérience acquise, déterminer a priori la valeur-seuil à partir de laquelle il étendra la surveillance et lancera des interventions.

4.3 Mise au point des interventions

Les interventions peuvent être conçues à partir des données fournies par la surveillance du VIH de manière à s'appliquer dans les régions où elles sont le plus nécessaires et à déployer un maximum d'effet.

4.4 Contrôle continu et évaluation

Les données de la surveillance du VIH jouent en matière de contrôle continu et d'évaluation un triple rôle:

- a) elles sont un moyen de suivre la propagation de l'épidémie;
- b) elles permettent aux administrateurs des programmes de réexaminer et de réviser les opérations pour les adapter comme il convient à l'évolution de l'épidémie. Elles permettent également de maintenir l'orientation des efforts de lutte vers les populations les plus menacées, en particulier lorsqu'on décèle des modifications dans les tendances de la prévalence au sein de populations différentes;
- c) elles sont nécessaires à l'évaluation de l'efficacité du programme, même si l'on peut avoir intérêt à utiliser des indicateurs supplémentaires.

4.5 Estimation de la morbidité et planification des ressources

Les données de la surveillance sérologique peuvent servir: a) à estimer le nombre de cas actuels et futurs; b) à vérifier les données fournies par les programmes locaux et nationaux concernant le nombre total de cas de SIDA; et c) à fournir une base rationnelle pour la planification et la mobilisation des ressources nécessaires. Une planification plus complète et précise des soins est une nécessité urgente pour le soutien des malades et de leurs familles.

4.6 Renforcement de la perception du risque

Il conviendrait d'envisager de nouveaux modes de présentation des données relatives à l'infection à VIH aux collectivités et aux individus, notamment en vue de renforcer la perception du risque individuel.

4.7 Autres utilisations

Les données de la surveillance par réseau sentinelle pourraient aussi faire l'objet d'autres utilisations qui ne sont pas examinées dans le présent document. On citera notamment:

- a) l'emploi systématique qui pourrait être fait des données de la surveillance de l'infection à VIH et d'autres maladies pour la prise de décisions concernant les programmes nationaux et locaux;
- b) l'emploi des données de la surveillance pour l'éducation du grand public en ce qui concerne les risques personnels et les changements de comportement souhaitables;
- c) la recherche opérationnelle sur la perception comparée du risque de groupe et du risque individuel;
- d) les liens qui pourraient être établis entre les systèmes de surveillance du VIH par réseau sentinelle et les réseaux sentinelles pour l'étude des connaissances, des comportements et des maladies sexuellement transmissibles.

La Figure 7 présente schématiquement des suggestions visant à renforcer l'utilisation des données fournies par la surveillance du VIH.

Figure 7.

Résumé des principales utilisations des données fournies par la surveillance du VIH et suggestions pour renforcer ces utilisations	
1. Pour renforcer l'engagement:	<ul style="list-style-type: none">• Etudier à qui elles seront présentées (tous niveaux)• Utiliser toutes les possibilités, en particulier au plan local• Améliorer et simplifier la présentation
2. Pour cibler les interventions:	<ul style="list-style-type: none">• Discuter lors de l'examen des programmes• Présenter lors des réunions de planification• Présentation simple• Identifier les situations les plus critiques
3. Pour planifier et évaluer les interventions:	<ul style="list-style-type: none">• Diriger les interventions vers les situations et les groupes les plus menacés
4. Détermination et évaluation des programmes	<ul style="list-style-type: none">• Suivre en continu les tendances de l'épidémie pour en déceler les progrès• Fixer le point d'efficacité maximale des efforts de prévention• Identifier les déficiences du programme en révélant un manque d'activités au niveau des groupes et des situations à risque

WHO 90228

Conclusions

De façon générale, les données de la surveillance du VIH servent à motiver et à guider les décisions et les actions. La surveillance du VIH est principalement utilisée pour délimiter l'étendue du problème, renforcer l'engagement de soutien à la lutte contre l'infection à VIH, faire en sorte que les programmes soient convenablement ciblés et stimuler une évaluation régulière et, si nécessaire, une réorientation des opérations du programme.

Les planificateurs de la santé publique, les directeurs de programme, le personnel affecté à la promotion de la santé et aux activités préventives et les épidémiologistes doivent examiner plus attentivement, au moment où des systèmes de surveillance sont mis en place, quelles données sont véritablement nécessaires compte tenu des opérations du programme. En particulier, ils doivent se préoccuper de savoir à quel moment des données supplémentaires deviennent nécessaires, et lesquelles, de déterminer le degré de précision voulu et, point capital, de vérifier si les données déjà disponibles sont pleinement mises à profit.

Il conviendrait autant que possible de préciser quelles sont les décisions à prendre et les actions à entreprendre lorsque l'infection à VIH atteint certains seuils de prévalence. Dans beaucoup de régions, le seuil auquel une intervention serait nécessaire est déjà dépassé depuis longtemps.

A mesure que la pandémie d'infection à VIH gagne de nouvelles régions et de nouvelles populations, les données existantes doivent être utilisées au maximum pour orienter les programmes vers les populations les plus menacées et conférer aux interventions une efficacité optimale.

Références

1. Slutkin, G., et al. *Méthode de surveillance des tendances de l'infection à VIH dans les groupes de population au moyen d'un réseau sentinelle* (1988). Document de l'OMS non publié WHO/GPA/DIR/88.8. Peut être obtenu auprès du Programme mondial de Lutte contre le SIDA, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.
2. *Dépistage anonyme non corrélé pour la surveillance des infections à VIH dans le cadre de la santé publique. Propositions de directives internationales*. Document non publié GPA/SFI/89.3 (1989).
3. Kenya Ministry of Health. National AIDS control programme review 1989.
4. Kengeya-Kayonodo, J., et al. *HIV infections in adult rural populations of Uganda: Implications for preventive strategies*. Programme ougandais de lutte contre le SIDA, Entebbe, et Organisation mondiale de la Santé, Genève. Communication présentée à la Vème Conférence internationale sur le SIDA, Montréal, Canada, juin 1989.
5. Pappaioanou, M., Centers for Disease Control, Atlanta, USPHS, communication personnelle.
6. Chin, J. et Mann, J.M. *SIDA: Surveillance mondiale et prévisions*. Bull. OMS 67(1): 1-7, 1989.
7. Lwanga, S., et al. *Application of lot quality assurance (LQA) sampling to HIV and AIDS sentinel surveillance*. Communication présentée à la Vème Conférence internationale sur le SIDA, Montréal, Canada, juin 1989.