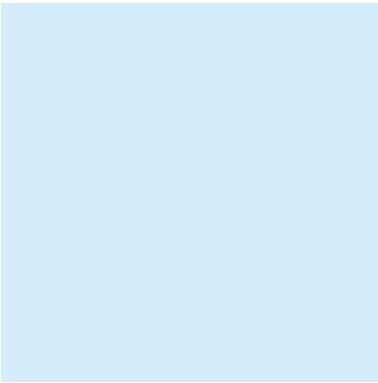
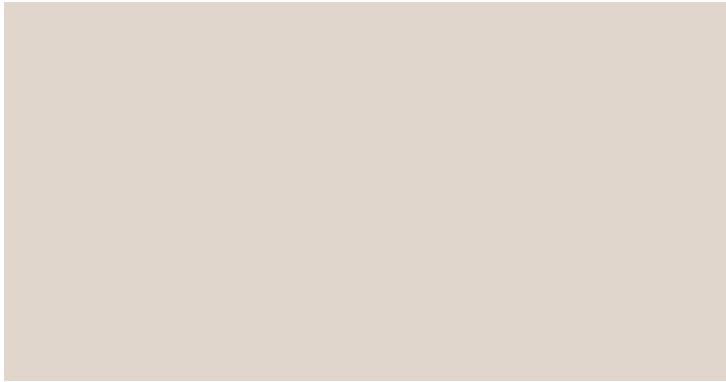


Traitement et prise en charge:
progrès sans précédent et défis à relever

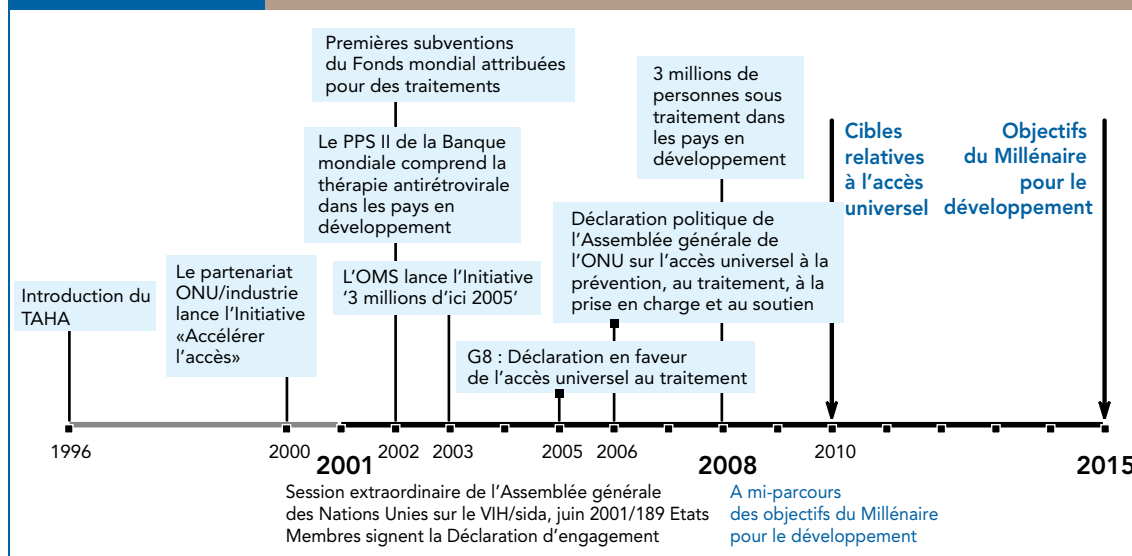


Chapitre 5



FIGURE 5.1

Événements marquants relatifs au traitement du sida



Messages clés

- Le nombre de personnes qui bénéficient de médicaments antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a été multiplié par 10 en six ans seulement, pour atteindre près de 3 millions de personnes à fin 2007.
- L'expansion rapide de l'accès aux traitements dans les milieux aux ressources limitées permet de sauver des vies, d'améliorer la qualité de la vie et de contribuer à la revitalisation des ménages, des communautés et de sociétés entières.
- Il faut intensifier les efforts pour assurer la fourniture en temps utile des traitements du VIH aux enfants, dont la probabilité de bénéficier des médicaments antirétroviraux est beaucoup moins élevée que celle des adultes.
- A l'échelle mondiale, la couverture des traitements antirétroviraux pour les femmes est égale ou supérieure à celle des hommes.
- Les populations les plus exposées au risque de VIH, par exemple les consommateurs de drogues injectables, sont confrontés à des obstacles considérables pour accéder au traitement du VIH, souvent en raison de l'institutionnalisation de la discrimination.
- L'insuffisance du dépistage réduit l'impact du traitement du VIH, car les individus qui sont diagnostiqués tardivement ont un moins bon pronostic. Toutefois, plusieurs pays appliquent avec succès une série d'approches destinées à aider les gens à connaître leur sérologie VIH.
- Bien qu'il existe des médicaments abordables, le nombre de personnes vivant à la fois avec le VIH et la tuberculose et bénéficiant d'un traitement pour ces deux maladies est insuffisant. Cette situation contribue à maintenir une morbidité et une mortalité évitables importantes.
- Les faiblesses des systèmes de santé ralentissent l'intensification des programmes de traitement du VIH, d'où la nécessité de stimuler l'action en faveur du renforcement de ces systèmes. L'élargissement de la thérapie antirétrovirale contribue à la mise en place d'importantes améliorations dans l'infrastructure des soins de santé dans les milieux pauvres en ressources.
- Pour garantir la viabilité des traitements du VIH, il faudra notamment mettre au point des thérapies de deuxième et troisième intentions financièrement plus abordables, et parvenir à mieux prévenir les nouvelles infections à VIH.

La décision qu'a prise la communauté internationale de faire avancer l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien dans le domaine du VIH constitue un engagement moral aux proportions historiques. Le monde n'a jusqu'ici jamais tenté de fournir la prise en charge d'une maladie chronique à une telle échelle dans les milieux aux ressources limitées. Avant cette décennie, les pays à revenu faible ou intermédiaire devaient attendre 10-20 ans – parfois plus d'une génération – pour que les nouvelles technologies de la santé soient mises à leur disposition. A peine plus d'une décennie après l'apparition des associations d'antirétroviraux, des millions d'individus dans des milieux manquant de ressources bénéficient aujourd'hui de ces médicaments.

Les engagements pris à l'échelle mondiale pour rendre les traitements contre le VIH accessibles dans les milieux aux ressources restreintes commencent à porter leurs fruits. En six ans à peine, le nombre de personnes au bénéfice d'une thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a été multiplié par plus de 10 (Figure 5.2). Dans certains endroits où le VIH était inévitablement mortel il y a quelques temps encore, l'introduction de ces thérapies qui prolongent la vie a revitalisé les familles et des communautés entières et apporté à la riposte élargie à

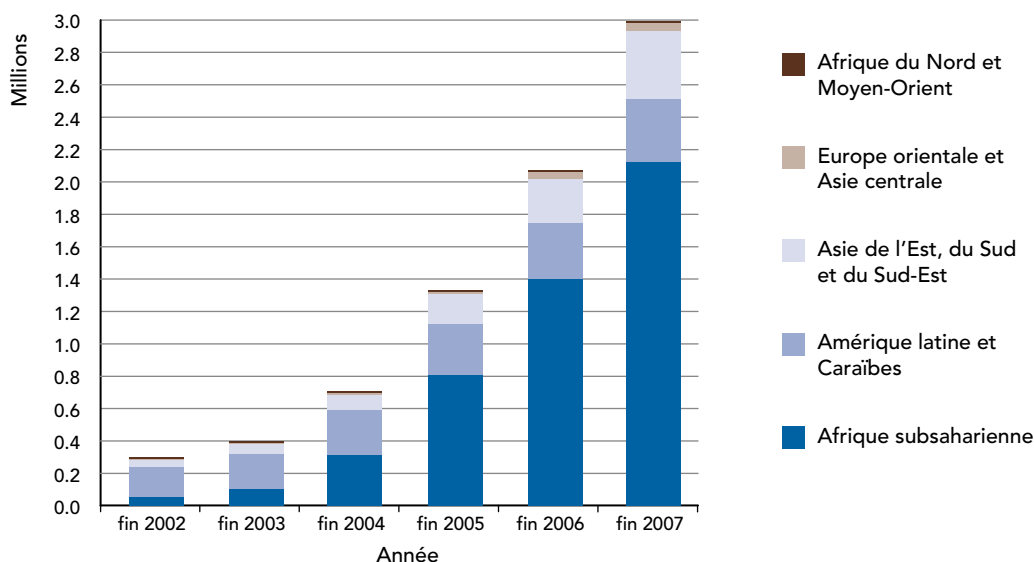
l'épidémie une énergie nouvelle (Sanders, 2008). Bien des individus partagent les honneurs de cette réussite, en particulier les personnes vivant avec le sida elles-mêmes, dont le plaidoyer a contribué à réaliser ce que l'on considérait il y a peu comme impossible.

Malgré ces réussites considérables, il faudra des progrès bien plus massifs pour avancer sur la voie de l'accès universel au traitement et à la prise en charge du VIH. Le nombre des nouvelles infections à VIH reste d'année en année supérieur à l'augmentation du nombre des personnes sous traitement antirétroviral dans une proportion de 2,5 à 1. Par conséquent, la viabilité à long terme de l'élargissement des traitements, même au rythme actuel, pourrait être compromise.

Les enfants ne profitent pas en toute équité des considérables avancées réalisées dans les traitements, et la probabilité qu'ils bénéficient des médicaments antirétroviraux est beaucoup moins élevée que celle des adultes. De plus, des centaines de milliers de personnes atteintes d'une coinfection VIH et tuberculose meurent inutilement chaque année en raison de l'insuffisance des services de diagnostic de la tuberculose, de l'échec de la distribution des médicaments abordables à ceux qui en ont besoin et de l'augmentation des taux de résistance de la tuberculose aux médicaments.

FIGURE 5.2

Nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2002-2007



Source: Données fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, 2008.

Le présent chapitre résume les progrès faits à ce jour pour élargir l'accès aux traitements du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il examine les problèmes rencontrés pour garantir un accès équitable aux médicaments antirétroviraux, ainsi qu'aux éléments du traitement et de la prise en charge du VIH qui ne sont pas associés aux antirétroviraux, dont la prise en charge des infections opportunistes et autres maladies. Enfin le chapitre décrit les obstacles à un élargissement plus rapide et plus important et résume ce que l'on connaît des moyens de surmonter ces obstacles.

Progrès accomplis pour réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH

L'impact des médicaments antirétroviraux sur la prise en charge de l'infection à VIH a été frappant, les améliorations dans le domaine de la santé s'étant révélées beaucoup plus marquées et durables qu'on ne l'avait prévu lors de l'apparition des trithérapies vers le milieu des années 1990. Les récentes études conduites au Danemark suggèrent qu'un jeune homme dont le VIH vient d'être diagnostiqué pourrait vivre encore 35 années grâce aux médicaments disponibles, ce qui triple l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (Lohse et al., 2007). En un peu plus d'une décennie, on estime que l'introduction des trithérapies a permis de sauver trois millions d'années de vie rien qu'aux Etats-Unis (Walensky et al., 2006).

Au fur et à mesure de l'accumulation des essais et de l'expérience cliniques, qui nous en apprennent toujours plus sur la gestion de la thérapie antirétrovirale, les effets de cette thérapie sur la santé s'améliorent encore davantage. Des données émanant du suivi du traitement et de la prise en charge du VIH à l'échelle nationale au Royaume-Uni, par exemple, indiquent que la durée médiane de la période menant à l'échec du traitement – pour les malades sous traitement de première intention comprenant un ou plusieurs inhibiteurs de la protéase – se situe entre 4,3 et 6,5 ans; cependant, les malades bénéficiant dès le début d'un protocole thérapeutique comprenant deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) ont une durée médiane avant l'échec du traitement de 13,2 ans (Beck et al., 2008a). Comme l'explique le Chapitre 6, un accès accru aux médicaments

antirétroviraux améliore aussi la qualité de vie de millions de personnes, profitant aux familles, aux communautés et aux sociétés.

La disponibilité accrue des médicaments antirétroviraux atténue le fardeau de la mortalité liée au VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, comme elle l'a fait dans les pays à revenu élevé il y a une décennie (Figure 5.3). Dans les campagnes d'Afrique du Sud, des baisses importantes de la mortalité ont été relevées en 2006, lorsque l'accès à ces médicaments s'est accru (Nyirenda et al., 2007). Après des décennies d'augmentation de la mortalité, le nombre de décès annuels dus au sida dans le monde a baissé au cours des deux ans écoulés, en raison partiellement d'une augmentation importante de l'accès au traitement du VIH ces dernières années.

La thérapie antirétrovirale s'est également révélée être une intervention efficace et économique sur le plan des coûts dans les pays à revenu élevé comme dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Harling, 2005). La plupart des études du rapport coût-efficacité réalisées jusqu'ici n'ont porté que sur les coûts directs. Si les coûts indirects sont comptabilisés, le traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) pourrait bien être, dans de nombreux pays, une intervention rentable, puisqu'elle permet aux individus vivant avec le VIH de rester bien portants et actifs sur le plan social et économique (Badri, 2006).

Cependant, même si un meilleur accès au traitement donne des résultats dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les niveaux de succès pourraient bien être un peu moins élevés dans les milieux manquant de ressources que dans les pays riches. Six mois et 12 mois après le début d'une thérapie antirétrovirale, les taux de mortalité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont plus élevés d'au moins 28% que ceux des malades des pays riches (Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries Collaboration, 2006). Lorsqu'on calcule la survie à long terme, même si les avantages de la thérapie antirétrovirale sont considérables dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ils restent inférieurs à ceux dont bénéficient les pays à revenu élevé (Beck, 2008b). Plusieurs facteurs contribuent probablement à ce phénomène, par exemple, dans les milieux où manquent les ressources, les maladies cliniques sont plus avancées lors du début du traitement et l'incidence des maladies concomitantes

Prendre courage et s'épanouir grâce aux antirétroviraux

Lilian Mworeko est coordonnatrice régionale pour l'Afrique du Comité international des femmes vivant avec le VIH et le sida. Elle vit en Ouganda.



Lilian Mworeko avait 29 ans lorsqu'elle a appris son diagnostic de VIH. C'était le jour de la mort de son mari.

« J'étais en état de choc en raison du décès de mon mari, si bien que mes résultats ne m'ont pas particulièrement troublée, » dit-elle. « Mais plus tard, après l'enterrement, la réalité de ma séropositivité m'est tombée dessus. Et voilà, j'étais une jeune veuve, avec un petit enfant et je devais me battre pour faire face toute seule. »

Seule et sans argent, Mworeko s'est tournée vers les groupes et réseaux de soutien de sa ville natale en Ouganda. Elle a commencé par en apprendre davantage sur le VIH. Gagnant en confiance, elle a aussi été en mesure d'obtenir l'appui dont elle avait besoin auprès de sa famille et de ses amis.

« J'ai pris mon courage à deux mains, car je savais que la vie devait continuer, » explique-t-elle.

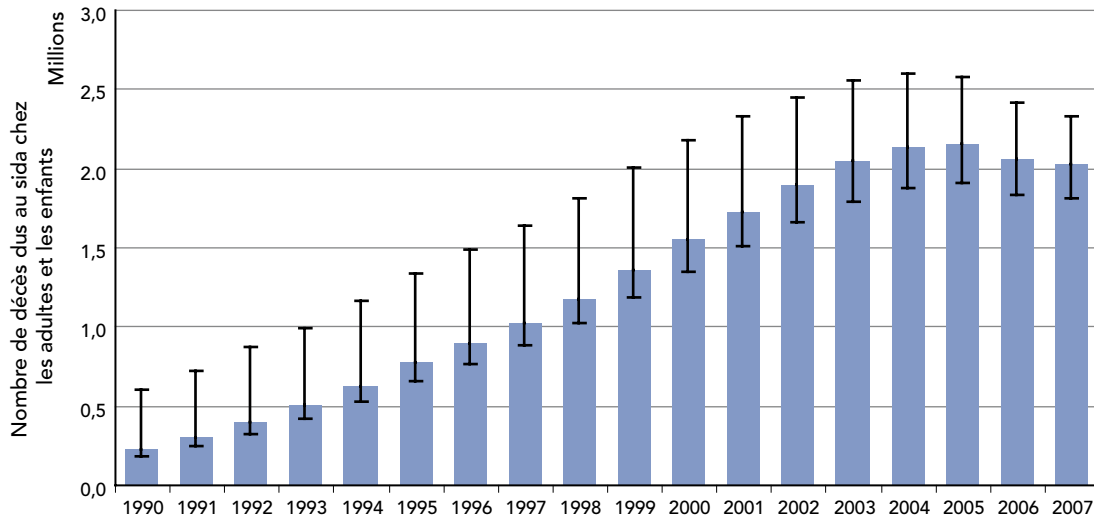
Son courage lui a été fort utile quelques années plus tard lorsqu'elle a décidé, avec son nouveau compagnon, d'avoir un enfant. Elle a beaucoup lu et cherché pour être sûre de ne pas transmettre le virus à son futur bébé. A cette époque, elle était déjà sous traitement antirétroviral, mais ce n'était pas le schéma thérapeutique recommandé pour prévenir la transmission mère-enfant. « J'ai eu plusieurs consultations avec les médecins et ils ont dû changer mes médicaments et effectuer des tests pour compter mes CD4 et ma charge virale, » dit-elle. « J'ai parlé de ma sérologie avec mon médecin. Il m'a beaucoup soutenue. A un moment donné, j'ai cru que je devrais avoir une césarienne puis j'ai changé d'avis. J'ai bénéficié d'énormément d'appui ... c'est principalement parce que j'ai tout partagé avec les médecins. »

Mworeka a également reçu l'aide d'autres femmes séropositives au VIH qui avaient lancé un programme lié à la maternité sous le nom de Mama's Club. Elles parlaient des problèmes auxquels elles étaient confrontées et des mesures et précautions nécessaires pour prévenir la transmission verticale. Le soutien et l'interaction avec les autres femmes se sont révélés inestimables. Malgré tout, Mworeko a eu d'autres chocs après la naissance de son nouveau bébé. Elle avait décidé de le nourrir au biberon pour être absolument certaine de ne pas lui transmettre le virus par le lait maternel. « Je pensais que c'était peu coûteux d'être dans un programme de prévention de la TME, » explique Mworeko, « mais je ne connaissais pas le prix des préparations pour nourrissons. C'est très cher et le bébé avait besoin de quatre boîtes par semaine dans les premières semaines. »

Mworeko estime qu'elle a bien de la chance d'avoir accès à la thérapie antirétrovirale et aux soins médicaux qui lui sont fournis dans le cadre de son travail. « Cela m'a donné espoir et quand je considère ma vie maintenant, je suis plus positive qu'auparavant ... il y avait des moments où même le lendemain était incertain, mais aujourd'hui je vois les choses de façon positive ; j'ai décidé de reprendre mes études pour avancer dans ma carrière et apporter une plus grande contribution à ma communauté. »

FIGURE 5.3

Estimation du nombre de décès dus au sida chez les adultes et les enfants à l'échelle mondiale, 1990-2007



Source: Données fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, 2008.

┆ Ce trait indique la fourchette entourant l'estimation

est plus importante (Beck, 2008b). Dans l'intérêt de l'équité à l'échelle mondiale, il faudrait à la fois faire porter les efforts sur l'élargissement des traitements antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et comprendre et résoudre les obstacles à l'amélioration des résultats pour les nombreux patients des milieux aux ressources limitées.

Gestion des antirétroviraux dans les milieux aux ressources limitées

En décembre 2007, on estimait à 3 millions le nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui représente 31% de ceux qui ont besoin d'un traitement et une augmentation de 45% par rapport à 2006.

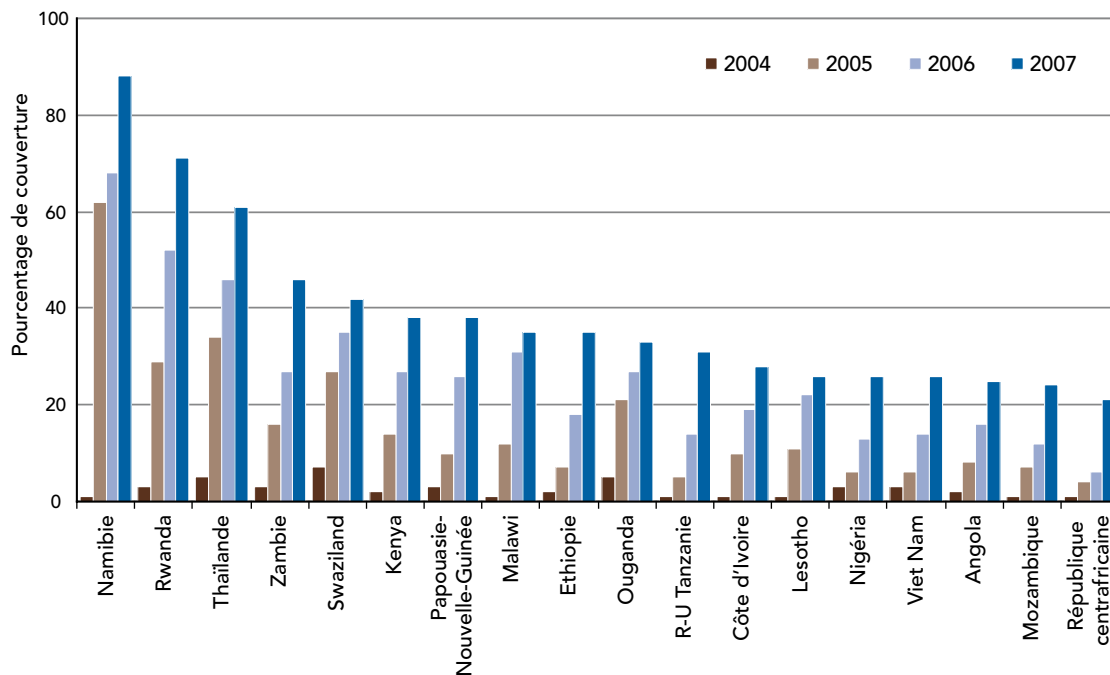
De nombreux pays ont connu des augmentations spectaculaires de la couverture des traitements (Figure 5.4). En Namibie par exemple, où la couverture des traitements était inférieure à 1% en 2003, 88% des personnes qui en avaient besoin étaient sous traitement antirétroviral en 2007. Au Rwanda, la couverture de la thérapie antirétrovirale a passé de 1% en 2003 à près de 71% en 2007, grâce à une multiplication par 40 du nombre de sites de traitement antirétroviral. La

couverture par la thérapie antirétrovirale a également augmenté en Thaïlande, passant de 4% en 2003 à 61% en 2007 (UNGASS Indicateur 4, 2008).

La Figure 5.5 montre le pourcentage de couverture par la thérapie antirétrovirale entre hommes et femmes dans des pays à épidémies généralisées et concentrées, sur la base d'estimations modélisées des besoins de chaque sexe. Dans la plupart des pays, les femmes bénéficient d'une couverture plus importante que prévu de la thérapie antirétrovirale. Cette disparité sexuelle est particulièrement prononcée dans les épidémies généralisées, ce qui pourrait être associé au fait qu'un grand nombre de femmes séropositives au VIH disposent de deux moyens d'accéder aux traitements – les programmes de traitement du VIH et les programmes de prévention de la transmission mère-enfant. Sept pays ont une couverture équivalente pour les hommes et les femmes alors que dans deux pays – le Belize et le Chili – les hommes ont une couverture beaucoup plus élevée que les femmes. D'autres recherches seront nécessaires pour déterminer les raisons pour lesquelles les femmes bénéficient généralement d'une meilleure couverture que les hommes et pour identifier des stratégies plus efficaces susceptibles d'accroître l'accès universel aux traitements.

FIGURE 5.4

Intensification de la couverture antirétrovirale dans le temps, dans un groupe choisi de pays connaissant des épidémies généralisées et concentrées, 2004-2007



Source: Rapports d'activités des pays, UNGASS 2008.

Les médicaments antirétroviraux sont administrés avec succès dans certains des milieux les plus problématiques de la planète. Dans les zones de conflit de la République démocratique du Congo, par exemple, un programme de traitement du VIH de Médecins sans Frontières a obtenu des taux d'observance des traitements comparables à ceux relevés dans des zones ne connaissant aucun conflit.

Élargir l'accès aux traitements : une entreprise collective

La croissance rapide de la couverture de la thérapie antirétrovirale représente un des grands succès de l'histoire mondiale récente de la santé. Il y a moins de 10 ans, au moment où les médicaments antirétroviraux contribuaient à de fortes baisses de la morbidité et de la mortalité liées au VIH dans les pays à revenu élevé, on pensait généralement que ces

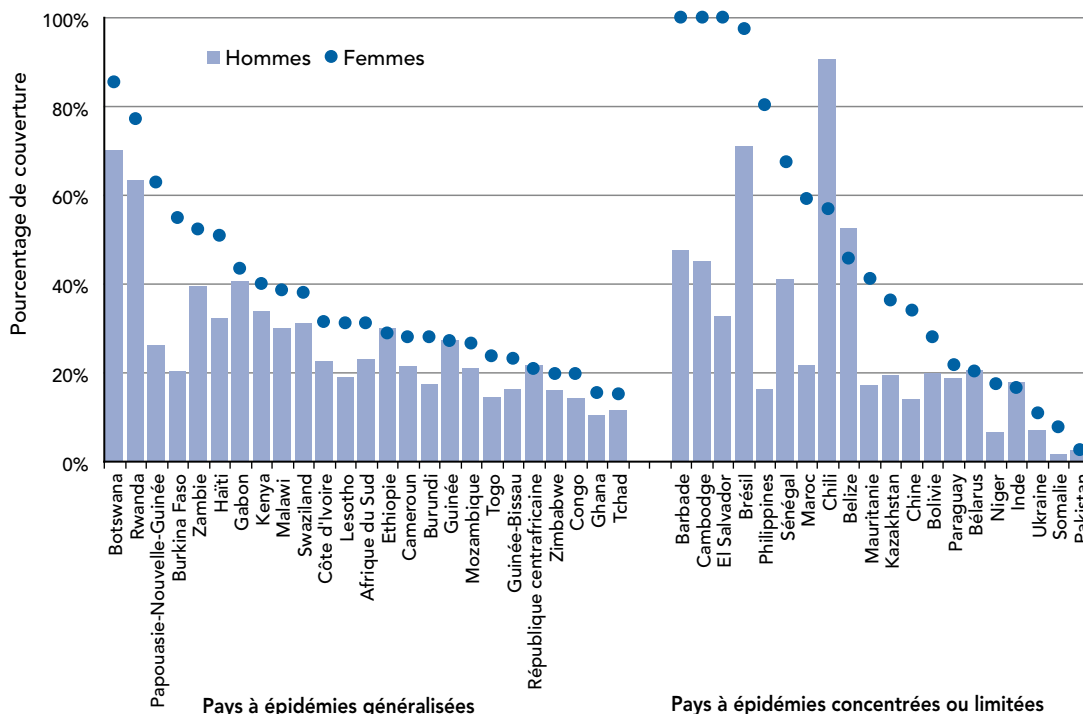
médicaments capables de prolonger la vie resteraient financièrement inabordables et donc inaccessibles pour les pays à faible revenu, et ceci peut-être pendant des décennies.

Dans le cas du VIH, atténuer les fortes disparités en matière d'accès aux soins de santé qui caractérisent la pratique sanitaire mondiale a exigé leadership et coordination des diverses parties prenantes aux niveaux mondial, régional et national. En réponse à l'initiative de l'OMS/ONUSIDA « 3 millions d'ici 2005 »,¹ les gouvernements nationaux se sont lancés dans l'élargissement de l'accès au traitement du VIH, fixant des objectifs ambitieux et déployant d'importants efforts pour développer les capacités nationales et surmonter les obstacles. La société civile s'est mobilisée pour soutenir l'accès universel aux traitements, un leadership tout particulier étant apporté par les personnes vivant avec le VIH.

¹ Lancée en décembre 2003, l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » proposait l'expansion massive de la thérapie antirétrovirale, pour faire en sorte que 3 millions de personnes soient placées sous antirétroviraux d'ici la fin de 2005. Bien que ce but n'ait été atteint que deux ans après la date fixée, l'initiative a été cruciale pour catalyser une action sans précédent d'élargissement de l'accès aux traitements dans les milieux aux ressources restreintes.

FIGURE 5.5

Comparaison de la couverture de la thérapie antirétrovirale en 2007 entre les hommes et les femmes (pour les pays fournissant des données par sexe sur le nombre de personnes sous traitement)



Note: Les estimations de couverture utilisent le ratio du nombre d'hommes et de femmes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale à la valeur finale projetée de toutes les personnes sous thérapie antirétrovirale en décembre 2007. Ceci nous donne des estimations pour décembre 2007 du nombre d'hommes et de femmes sous thérapie antirétrovirale, qui sont ensuite divisées par le nombre estimatif des hommes et femmes respectivement qui ont besoin d'un traitement antirétroviral.

Source: Données fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, 2008.

A l'échelle mondiale, la *Déclaration politique sur le VIH/sida*, adoptée lors de la Réunion de haut niveau sur le VIH/sida de l'Assemblée générale de l'ONU en 2006, promettait d'avancer sur la voie de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien dans le domaine du VIH d'ici à 2010, objectif qui a obtenu l'appui déterminé des grands organismes mondiaux et régionaux, allant des pays industrialisés du G8 à l'Union africaine et à la Communauté des Caraïbes et Marché commun.

Les principaux bailleurs de fonds ont contribué à financer l'expansion de l'accès au traitement. Le PEPFAR a pour but de placer 2,5 millions de personnes sous traitement d'ici à 2012. D'ici à décembre 2007, le Fonds mondial avait financé la distribution de médicaments antirétroviraux à 1,4 million de personnes, ce qui représente

une augmentation de 88% par rapport à l'année précédente (Fonds mondial, 2008). UNITAID – un mécanisme international relativement nouveau créé pour acheter des médicaments et financé par les taxes aériennes – joue un rôle de premier plan dans l'élargissement des programmes de traitement pédiatrique et des services de prévention de la transmission mère-enfant.

De nombreuses compagnies privées contribuent également à l'élargissement de l'accès aux traitements du VIH (Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida, 2007). Au Botswana, Debswana a constitué un partenariat officiel avec le gouvernement du pays pour accélérer l'expansion des traitements et finance la distribution des antirétroviraux à ses employés séropositifs au VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Dix moyennes à grandes

La thérapie antirétrovirale dure toute la vie. Pour un programme de traitement efficace, il est crucial d'assurer un approvisionnement durable en antirétroviraux.



entreprises figurent parmi les membres de la Coalition des entreprises du Suriname contre le VIH, qui a récemment mis en œuvre un plan d'action stratégique sur le VIH pour accroître l'engagement des entreprises dans la riposte au VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Néanmoins, il faudra déployer bien d'autres efforts pour impliquer totalement l'industrie dans l'élargissement des traitements, car les informateurs tant gouvernementaux que non gouvernementaux affirment que le 9% seulement des pays connaissant des épidémies généralisées ont mis en place des services de traitement du VIH ou des systèmes d'orientation-recours dans le monde du travail dans tous les districts qui en ont besoin (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

De nombreuses organisations confessionnelles jouent également un rôle dans l'élargissement de l'accès au traitement, car elles fournissent jusqu'à 40% de tous les services de santé liés au VIH dans certains pays (OMS, 2007f). Avec l'appui financier d'organismes comme le Fonds mondial, l'Association Santé des églises de Zambie fournira d'ici fin 2008 des antirétroviraux à 17 000 personnes et elle transforme actuellement plus de 100 établissements de santé des églises, afin de mettre en place le

Traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) contre la tuberculose. D'après des enquêtes récentes, les programmes financés par l'Eglise anglicane fournissaient des antirétroviraux à 10 000 personnes en République-Unie de Tanzanie (Anglican United Nations Office, 2007), et des ordres religieux catholiques soutiennent la distribution de médicaments à plus de 90 000 personnes dans le monde (Union internationale des Supérieur(e)s généraux(les), 2008).

Partout dans le monde, les personnes vivant avec le VIH se sont mobilisées en faveur de l'accélération de l'élargissement des traitements et de la promotion du succès de ces traitements. Au Kenya, un réseau national de clubs post-test contribue à faire mieux comprendre aux personnes récemment diagnostiquées les questions entourant le VIH et à devenir des partenaires actifs de leur propre santé. Après une réunion avec des représentants de 20 compagnies pharmaceutiques, Ashar Alo, un grand réseau de personnes vivant avec le VIH au Bangladesh, a signé un accord pour obtenir une baisse du prix des antirétroviraux et mettre en place un programme de dons de médicaments. En Inde, le South Inde Positive Network (SIP+) fournit un enseignement relatif au

Recherches en vue d'améliorer les options thérapeutiques

Bien que les traitements antirétroviraux dont on dispose améliorent la santé et la longévité des personnes séropositives, plusieurs incertitudes demeurent en ce qui concerne la prise en charge médicale de la maladie à VIH. La recherche se poursuit en vue d'identifier les schémas thérapeutiques les plus efficaces pour des personnes qui n'ont pas encore bénéficié d'une thérapie (Eron et al., 2006; MacArthur et al., 2006; Lazzarin et al., 2007; Delfraissy et al., 2008). La question de savoir s'il faut intervenir au moyen d'antirétroviraux au cours de la phase aiguë de l'infection à VIH reste un sujet de débat et elle est au cœur des recherches cliniques qui se poursuivent (Fidler et al., 2008; Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008). Il est aussi essentiel de mettre en place de nouvelles options thérapeutiques qui soient plus simples à prendre, moins toxiques et plus abordables.

Une des grandes priorités, qui fait l'objet de recherches actuelles urgentes et va devenir de plus en plus importante, c'est la mise au point de schémas thérapeutiques d'une efficacité optimale pour les personnes chez lesquelles l'une ou l'autre des associations d'antirétroviraux est un échec (Abgrail et al., 2006; Clotet et al., 2007). Les chercheurs travaillent également à mettre au point de nouvelles classes d'antirétroviraux. Il s'agit notamment de composés qui empêchent le virus de pénétrer dans les cellules (Este & Telenti, 2007) ou qui bloquent l'enzyme intégrase qui joue un rôle dans la multiplication du VIH (Grinsztejn et al., 2007).

De plus, de vastes recherches sont en cours sur le potentiel des tests génétiques qui permettraient d'offrir peut-être aux divers malades des schémas thérapeutiques antirétroviraux plus précisément adaptés à leurs besoins. Dans les établissements où il existe déjà, le dépistage de l'allèle HLA-B5701 permet aux cliniciens d'identifier l'hypersensibilité à l'abacavir et d'éviter ainsi des effets de toxicité médicamenteuse potentiellement mortels (Phillips & Malial, 2008).

traitement à des centaines de personnes transsexuelles vivant avec le VIH et collabore avec les soignants locaux pour combattre la stigmatisation et surmonter les autres obstacles à la fréquentation des services de santé par cette population.

Introduire et adapter les traitements du VIH

La méthode à suivre pour élargir la thérapie antirétrovirale dans les milieux aux ressources limitées est bien documentée (OMS, 2006a). Il est conseillé aux pays d'élaborer des plans nationaux de traitement dotés d'objectifs clairs, d'encourager le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant pour accroître la fréquentation des services de traitement et d'entreprendre des actions visant à renforcer les systèmes de santé et de réglementation. Tous les pays signalent qu'ils ont mis en place une politique ou une stratégie de promotion d'un ensemble complet de traitement, de prise en charge et de soutien

dans le domaine du VIH. La plupart des pays (85%) connaissant des épidémies généralisées et 52% des pays à épidémies concentrées rapportent qu'ils ont élaboré des estimations nationales et formulé des projections concernant le nombre de personnes qui auront besoin de thérapie antirétrovirale dans l'avenir (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

L'OMS recommande l'utilisation et l'achat groupé à l'échelle nationale de médicaments antirétroviraux sous forme d'association de médicaments en dose fixe. Les traitements de première intention comprennent deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI). Pour les traitements de deuxième intention, on préfère une association de deux INTI (dont un au moins est nouveau) et un inhibiteur de la protéase potentialisé par le ritonavir (OMS, 2006a).

La plupart des directives nationales sur le traitement du VIH se conforment aux recommandations de l'OMS relatives aux traitements de première intention et au suivi clinique systématique (Beck et al., 2006). Toutefois, des enquêtes de la société civile effectuées dans 16 pays à revenu faible ou intermédiaire ont montré que de nombreux établissements cliniques prescrivaient des traitements qui ne correspondaient pas aux directives mondiales sur les traitements (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007), indiquant ainsi qu'un suivi est nécessaire pour garantir l'observance des normes nationales.

Le moment optimal pour entamer une thérapie antirétrovirale reste un sujet de débat. L'OMS conseille aux cliniciens qui travaillent dans des établissements où il est possible de compter les CD4, d'envisager de lancer le traitement lorsque le nombre de CD4 des malades tombe au-dessous de 350 cellules par mm³ et d'entamer le traitement chez tous les patients qui ont moins de 200 CD4 par mm³. Lorsqu'il n'est pas possible de compter les CD4, l'OMS recommande que la thérapie antirétrovirale soit commencée lorsque les malades montrent des signes cliniques d'une immunosuppression avancée ou grave (OMS, 2006). Le Ministère de la Santé des Etats-Unis recommande d'entamer une thérapie antirétrovirale chez les patients qui ont présenté une infection opportuniste liée au sida ou dont le nombre de CD4 est inférieur à 350 par mm³ (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008).

Traitement et prise en charge des enfants

En l'absence de traitement, la moitié environ des enfants atteints d'infection à VIH périnatale mourront

avant l'âge de deux ans (Newell et al., 2004; Marston et al., 2005). La grande expérience acquise dans les pays à revenu élevé a montré que les médicaments antirétroviraux pouvaient atténuer les maladies et réduire les décès chez les enfants et les adolescents vivant avec le VIH (Patel et al., 2008). En Europe occidentale en 2006, par exemple, seuls 10 enfants infectés par la transmission mère-enfant sont décédés du sida (EuroHIV, 2007).

Lorsqu'il est accessible dans les milieux aux ressources limitées, le traitement des enfants se révèle très efficace. Des études de l'efficacité du traitement antirétroviral ont relevé des taux de survie à deux ans supérieurs à 80% dans plusieurs pays, notamment la Côte d'Ivoire, Haïti, le Malawi et la Zambie (Fassinou et al., 2004; Rouet et al., 2006; Bolton-Moore et al., 2007; Bong et al., 2007; George et al., 2007). D'autres études ont trouvé une probabilité de survie à 12 mois allant de 87% (O'Brien et al., 2006) à plus de 95% dans divers endroits d'Afrique subsaharienne et d'Asie (Puthanakit et al., 2005; Janssens et al., 2007; Reddi et al., 2007; Arrivé et al., 2008).

Bien que le recours aux antirétroviraux pour soigner les enfants ait augmenté ces dernières années en Afrique subsaharienne, les enfants vivant avec le VIH ont globalement une probabilité d'un tiers seulement de recevoir une thérapie antirétrovirale par rapport aux adultes (Prendergast et al., 2007).

D'après les gouvernements nationaux, le traitement pédiatrique du VIH est disponible dans tous les districts qui en ont besoin dans 44% des pays connaissant une épidémie concentrée et dans 36% des pays qui ont une épidémie généralisée. Les informateurs non gouvernementaux suggèrent que l'accès est en réalité plus limité encore, affirmant que

L'Ethiopie redouble d'efforts pour atteindre l'accès universel aux traitements

Les premiers efforts déployés par l'Ethiopie en 2004-2006 pour élargir la thérapie antirétrovirale ont atteint 65% de la cible de 100 000 personnes. En novembre 2006, le Gouvernement a lancé une Campagne sida du Millénaire sur deux ans pour stimuler l'expansion de l'accès au traitement. La campagne s'appuyait sur une décentralisation de la riposte, des objectifs clairs, une planification coordonnée, l'élargissement des communications et une meilleure intégration du traitement du VIH dans les établissements de santé. Au cours de ses sept premiers mois, la campagne a pu apporter des services de conseil et de dépistage du VIH à près d'un million de personnes et entamé une thérapie antirétrovirale chez plus de 31 000 malades (Ethiopia Federal Ministry of Health, 2007).

la disponibilité généralisée du traitement pédiatrique ne se trouve que dans 31% des pays à épidémie concentrée et 9% des pays à épidémie généralisée (Rapports d'activité des pays, UNGASS, 2008).

Plusieurs facteurs menacent l'accès des enfants infectés par le VIH au traitement. Par exemple un diagnostic rapide de l'infection à VIH chez les nourrissons est essentiel, mais il est souvent difficile à établir. Les enfants exposés au VIH portent généralement les anticorps anti-VIH de leur mère pendant les premiers mois de leur vie, même lorsqu'ils ne sont pas eux-mêmes infectés ; par conséquent, le dépistage traditionnel des anticorps anti-VIH (par la technique du titrage immuno-enzymatique ou ELISA, ou par test rapide) n'est pas en mesure de détecter de manière fiable une réelle infection à VIH pendant les six à 18 premiers mois. Les tests virologiques – dont la réaction en chaîne de l'ADN polymérase (test PCR), le test PCR ARN en temps réel, ou l'utilisation du dosage de l'antigène p24 par test ultrasensible – sont donc nécessaires pour poser un diagnostic précis en temps voulu. Cependant, l'accès à ces techniques est fréquemment limité et très variable dans les milieux aux ressources limitées (De Baets et al., 2005 ; Prendergast et al., 2007). Le coût et la complexité de ces méthodes ont baissé ces dernières années, ce qui améliore la faisabilité de ces tests là où les ressources manquent (OMS, 2006b). Le test sur des gouttes de sang séché provenant de piqûres au talon chez les nourrissons évite les difficultés liées à la phlébotomie chez le bébé et permet la centralisation des capacités de laboratoire (OMS, 2006c). L'utilisation de gouttes de sang séché offre la possibilité d'augmenter considérablement le diagnostic précoce et le traitement en temps utile du VIH chez les jeunes enfants. Selon une étude effectuée en Afrique du Sud, l'utilisation des stratégies disponibles financièrement abordables pour améliorer le diagnostic chez les nourrissons exposés au VIH pourraient accroître considérablement les chances de survie des enfants infectés par le VIH (Sherman, Matsebula & Jones 2005).

Les cliniciens examinent diverses stratégies en vue d'améliorer la fréquentation des services de traitement par les enfants vivant avec le VIH. Par exemple, les cartes de santé, qui documentent la sérologie d'un nourrisson lorsqu'un enfant a participé à un programme de prévention de la transmission

mère-enfant, permet aux agents de santé d'agir correctement lorsque l'enfant vient pour la première fois pour des vaccinations après sa naissance. De la même manière que le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant contribuent à l'élargissement des services de prévention de la transmission mère-enfant et du traitement du VIH en général, cette approche est maintenant utilisée dans les établissements susceptibles d'accueillir des enfants vivant avec le VIH, par exemple les services pédiatriques dans les pays à forte prévalence.

Les antirétroviraux actuels ont été, en premier lieu, mis au point pour les adultes ; la plupart des associations en dose fixe ne conviennent pas aux enfants. Pour aider les cliniciens à définir les doses appropriées d'antirétroviraux pour les enfants, l'OMS a élaboré des tableaux de dosage pédiatrique actualisés et faciles d'utilisation. En collaboration avec la Fondation Clinton, UNITAID a négocié une baisse de 40% du prix des antirétroviraux pédiatriques et, d'ici à décembre 2007, avait financé le diagnostic et le traitement du VIH pour 102 000 enfants dans le monde (UNITAID, 2008).

Suivi du succès des traitements

En l'absence de mesures de la charge virale là où les ressources manquent, il est conseillé aux cliniciens d'utiliser le suivi clinique ou immunologique, ou les deux, pour décider du moment où commencer une thérapie, évaluer le succès du traitement et décider du moment où passer d'un traitement de première intention à un traitement de deuxième intention. Les antirétroviraux n'éliminent pas le virus, mais maintiennent la réplication virale à de faibles niveaux (Palmer et al., 2008), c'est pourquoi le traitement doit se poursuivre sans interruption. L'échec des traitements antirétroviraux, tel que le mesure l'augmentation de la charge virale, tend à se produire assez tardivement dans les milieux cliniques, surtout depuis que les schémas thérapeutiques et les techniques de prise en charge clinique de la distribution des antirétroviraux se sont améliorés (Phillips et al., 2007). Des études effectuées au Royaume-Uni indiquent que près de 11% des malades décéderont dans les cinq années suivant l'échec des trois principales classes de médicaments antirétroviraux (Phillips et al., 2007).

Suivi des effets secondaires

Jusqu'à 50% des malades sous thérapie antirétrovirale souffrent parfois des effets secondaires des médicaments (Fellay et al., 2001). Les effets secondaires les plus courants varient en fonction des schémas thérapeutiques, mais ils peuvent comprendre l'hypersensibilité, l'acidose lactique, l'augmentation des lipides sanguins, des épisodes hémorragiques, de l'anémie, de la neuropathie, la lipodystrophie et la pancréatite (NIH, 2008). Si la plupart des effets secondaires diminuent avec le temps, certains sont potentiellement mortels, ce qui montre bien l'importance d'un suivi attentif des malades (NIH, 2008).

Comme le dit un clinicien VIH de premier plan « Le succès des [antirétroviraux] a un coût » (Lange, 2006). Ce coût, c'est la personne qui prend les médicaments qui l'assume. Les effets secondaires déplaisants, souvent douloureux et parfois défigurants qui peuvent être associés aux médicaments ont un impact négatif important sur la qualité de vie et sur la capacité ou la volonté d'un individu d'observer le traitement prescrit.

La gestion des effets secondaires constitue une part essentielle de l'administration des médicaments antirétroviraux. Après plus d'une décennie d'expériences cliniques dans ce domaine, on en sait davantage sur les types d'effets secondaires des différents antirétroviraux. L'amélioration de la base des connaissances aide le clinicien à prescrire des traitements qui ont une probabilité accrue de succès à long terme et à affiner les thérapies lorsque surviennent des effets secondaires. Cependant, la gestion des effets secondaires peut se révéler plus délicate dans les milieux aux ressources restreintes, car il n'est pas toujours possible de changer de médicaments en raison d'un accès limité à l'ensemble de la panoplie des antirétroviraux homologués dans les pays à revenu élevé.

Avec le temps, la prévalence de la résistance du VIH aux médicaments a augmenté dans les pays à revenu élevé et au Brésil, où les antirétroviraux sont employés depuis plus longtemps qu'ailleurs (Weinstock et al., 2004 ; Barreto et al., 2006). Dans les pays à revenu faible et faible à intermédiaire, où les antirétroviraux ont été introduits plus récemment, les taux de résistance relevés sont bien inférieurs, mais ils pourraient augmenter avec l'allongement de la survie des personnes sous traitement.

Il faut obtenir un niveau d'observance des traitements plus élevé pour éviter ou retarder l'apparition de la pharmacorésistance, qui est étroitement associée à l'échec des traitements (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008). Un volume croissant de données associe les interruptions de traitement – y compris celles qui sont motivées par le nombre des CD4 – au rebond viral, à des résultats cliniques inférieurs et à une baisse de la qualité de vie (Strategies for Management of Antiretroviral Therapy Study Group, 2006 ; Burman et al., 2008 ; UK Collaborative HIV Cohort

Study, 2008). Les efforts déployés pour encourager l'observance des traitements ont été facilités par la simplification des schémas thérapeutiques antirétroviraux ces dernières années, y compris la mise au point de doses à ne prendre qu'une fois par jour (Johnson, et al., 2006 ; Niel Malan, 2008).

Bien qu'il soit possible d'atteindre une bonne observance des traitements dans les milieux aux ressources limitées et dans diverses populations vulnérables (Mills et al., 2006), nombreuses sont les personnes vivant avec le VIH qui trouvent qu'il est difficile de respecter les schémas thérapeutiques antirétroviraux. Dans un dispensaire de Johannesburg, en 15 mois, près d'un malade sur six a abandonné son traitement après l'avoir commencé (Dalal et al., 2008). Les facteurs susceptibles de contribuer à la non-observance sont nombreux et peuvent varier selon la population et le milieu. Il peut s'agir de facteurs sociaux et économiques (p. ex. la pauvreté, la précarité du logement et l'insuffisance des transports conduisant à des centres de traitement éloignés) et

de problèmes de santé qui ne sont pas liés au VIH (p. ex. une dépendance active à des substances chimiques ou une maladie mentale) (Hicks et al., 2007 ; Tegger et al., 2008). Il peut être particulièrement difficile de garantir une réelle observance des traitements chez les enfants en raison du manque de formules pédiatriques appropriées, du mauvais goût de certains médicaments antirétroviraux pédiatriques et du fait qu'il faille dépendre d'un adulte soignant pour l'administration du médicament.

Bien que l'observance des traitements antirétroviraux ait été au centre d'un grand nombre d'essais cliniques, les stratégies optimales susceptibles de mesurer et d'améliorer cette observance n'ont pas encore été définies (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008). L'éducation des malades, le conseil et l'utilisation de rappels constituent des éléments prometteurs des stratégies de soutien à l'observance des traitements (Wang et al., 2007 ; Wang & Wu, 2007 ; Aspelung & van Wyk, 2008). Dans les campagnes de l'Ouganda, plus de 95% des malades observaient leur traitement dans 95% des cas au moins (en se fondant sur le nombre de comprimés) après avoir été exposés à

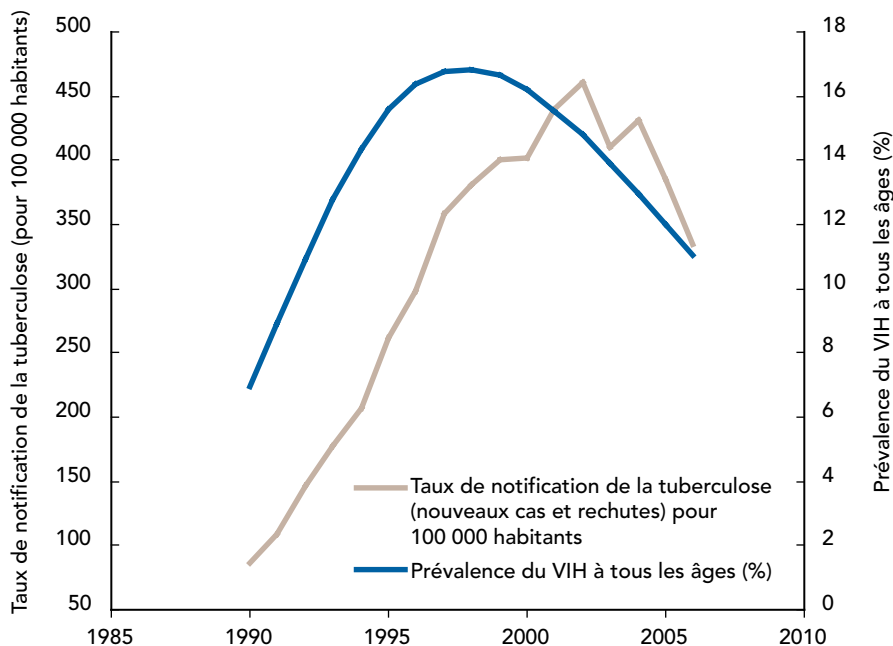
diverses interventions en faveur de l'observance, y compris les groupes d'enseignement, la planification de l'observance personnelle, les « compagnons de traitement » et la distribution hebdomadaire des médicaments à la maison (Weidle et al., 2006). Les programmes qui s'appuient sur les pairs et fournissent une assistance soutenue à l'observance des traitements se sont révélés efficaces ; par exemple dans la province de Java Ouest en Indonésie, le programme Pantura Plus Karawang forme et soutient des bénévoles dans les zones rurales et urbaines afin qu'ils apportent une aide à l'observance aux personnes sous thérapie antirétrovirale.

Éléments du traitement et de la prise en charge complets du VIH sans lien avec les antirétroviraux

La prise en charge médicale du VIH, ce n'est pas seulement le traitement de l'infection à VIH sous-jacente. L'immunodéficience liée au VIH accroît le risque de contracter toute une série de maladies débilitantes potentiellement mortelles ; par conséquent

FIGURE 5.6

Relation entre le taux de notification de la tuberculose et la prévalence du VIH au Zimbabwe, 1990-2006



Source: Rapport mondial 2008 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose (OMS, 2008a) ; estimations de la prévalence du VIH, ONUSIDA.

la prévention et le traitement de ces infections opportunistes sont essentiels à l'efficacité du traitement et de la prise en charge du VIH. Les personnes vivant avec le VIH souffrent également souvent d'autres maladies qui ne sont pas directement liées à leur infection à VIH, mais qui peuvent être aggravées par la présence du VIH ou compliquer la thérapie antirétrovirale. Pour maximiser le succès du traitement contre le VIH, il faut aussi prêter attention à la nutrition, à la santé mentale et aux facteurs sociaux et économiques, par exemple l'accès aux transports. Ce n'est qu'en veillant à ce que les personnes vivant avec le VIH participent activement à leur propre prise en charge médicale que les cliniciens seront en mesure de traiter rapidement et efficacement tout l'éventail des maladies auxquelles les personnes séropositives au VIH sont potentiellement vulnérables.

Tuberculose

La communauté internationale accorde, à juste titre, une attention exceptionnelle à l'élargissement de la thérapie antirétrovirale, mais elle déploie beaucoup moins d'efforts pour une activité qui pourrait entraîner

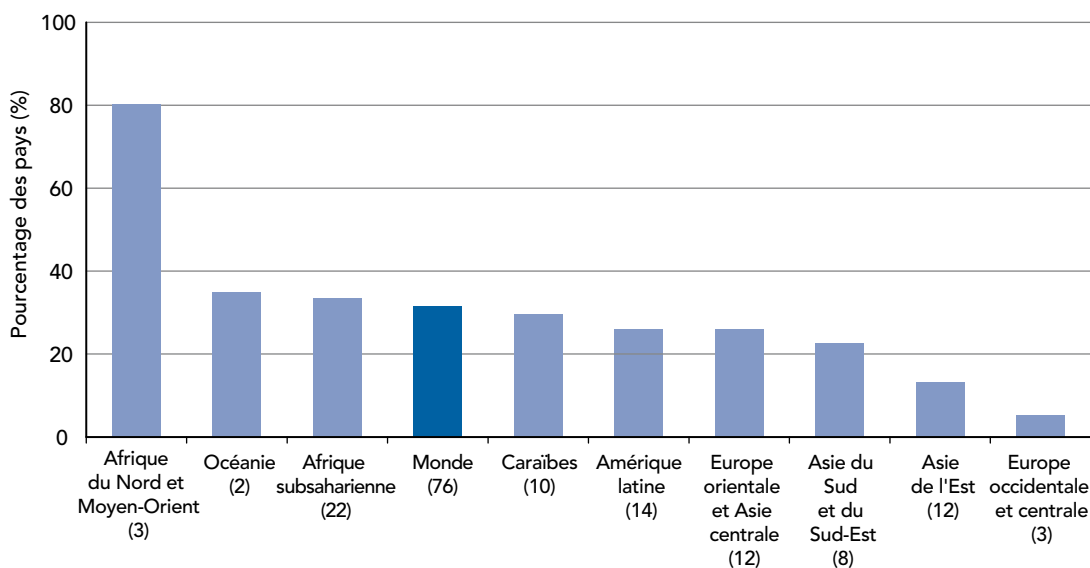
des baisses comparables de la mortalité et de la morbidité liées au VIH, à savoir la prévention, le diagnostic et le traitement en temps utile de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

La tuberculose reste l'infection opportuniste la plus fréquente chez les personnes vivant avec le VIH, y compris celles qui sont sous thérapie antirétrovirale et elle est une des principales causes de décès parmi les personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Egger, 2007). Les synergies entre VIH et tuberculose sont illustrées à la Figure 5.6, qui montre comment la baisse de la prévalence du VIH au Zimbabwe a entraîné une baisse de la tuberculose. Vu l'impact synergique du VIH et de la tuberculose, l'Afrique connaît aujourd'hui ce que les experts de la tuberculose appellent la pire épidémie de tuberculose depuis l'apparition des antibiotiques (Chaisson, 2008).

On estime que 22% des cas de tuberculose en Afrique surviennent chez des personnes vivant avec le VIH; dans certains pays de la région ce chiffre peut atteindre 70% (OMS, 2008a). Jusqu'à la moitié des enfants vivant avec le VIH en Afrique du Sud

FIGURE 5.7

Pourcentage des cas incidents de tuberculose chez des personnes vivant avec le VIH, qui reçoivent à la fois des antirétroviraux et des médicaments antituberculeux, 2007



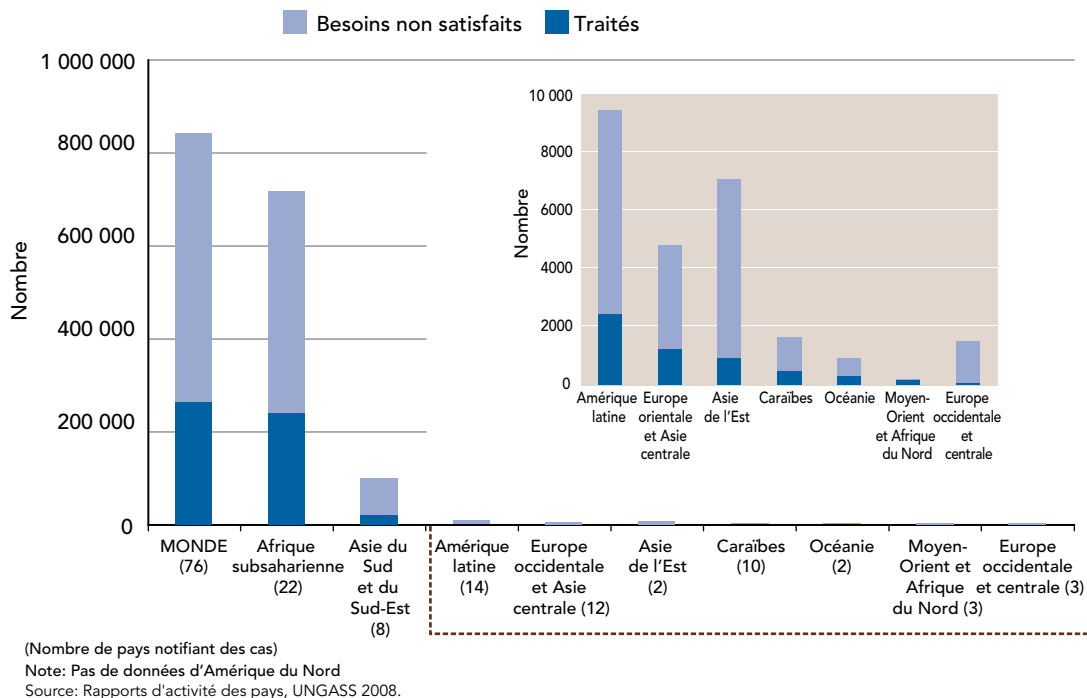
Note: pas de données de l'Amérique du Nord

(nombre de pays faisant rapport)

Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

FIGURE 5.8

Besoins de traitement non satisfaits pour les cas incidents de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, par région, 2007



sont également infectés par la tuberculose (Prendergast et al., 2007). Bien que l'incidence de la tuberculose ait baissé à l'échelle mondiale ces dernières années, le nombre de cas continue d'augmenter dans les zones fortement touchées par le VIH ou par la tuberculose pharmacorésistante, comme c'est le cas en Afrique et en Europe orientale (OMS, 2008a).

Diagnostiquer et traiter la tuberculose active. La tuberculose est particulièrement difficile à diagnostiquer chez les personnes vivant avec le VIH, que ce soit par la microscopie des crachats ou sur le plan clinique (Hopewell et al., 2006; Chaisson & Martinson, 2008). Des outils de diagnostic plus sensibles permettraient de réduire de 20% la mortalité liée à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (Dowdy et al., 2006), mais ces techniques sont rarement disponibles dans les milieux où les ressources manquent (Chaisson & Martinson, 2008).

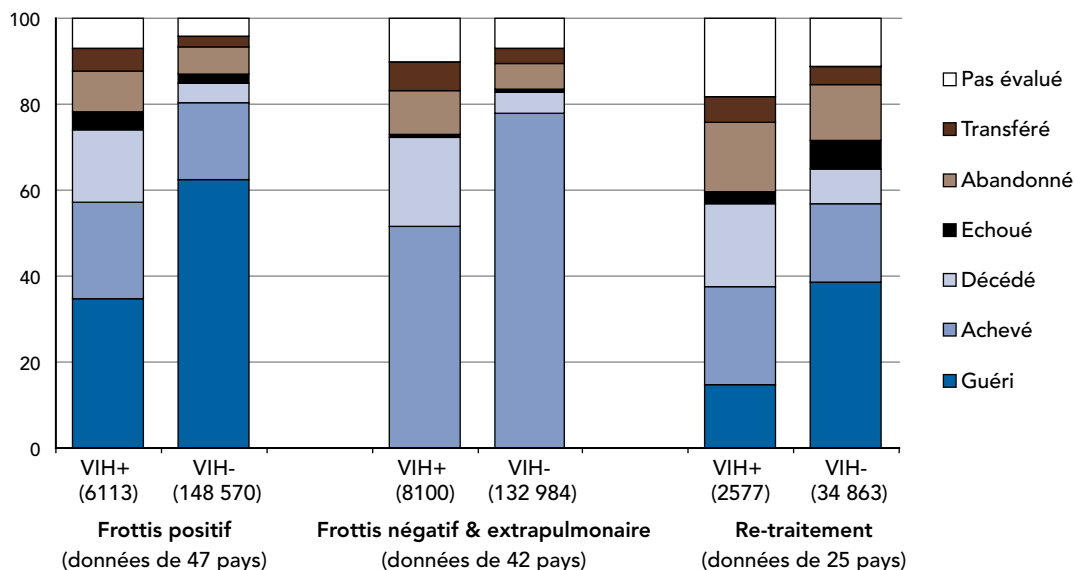
Le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH suit la même approche de base que pour les patients qui ne sont pas infectés par le VIH.

Pourtant, malgré l'existence de traitements abordables et bien maîtrisés de la tuberculose, 32% seulement des cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH bénéficient à la fois des médicaments antirétroviraux et antituberculeux (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Si l'on se réfère au nombre de malades qui devraient bénéficier de ce double traitement, c'est en Afrique subsaharienne que ce besoin est le moins satisfait (Figure 5.7). Si on les compare aux personnes atteintes de tuberculose sans infection à VIH, les personnes tuberculeuses vivant avec le VIH ont des taux de succès de traitement moins élevés, en raison principalement d'un risque de décès accru (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008; OMS, 2008a).

On recommande aux malades séropositifs au VIH de prendre systématiquement du cotrimoxazole, qui peut amener une baisse de 40% de la mortalité (OMS, 2007b). En 2006, 78% des personnes séropositives au VIH atteintes de tuberculose ont bénéficié d'une prophylaxie au cotrimoxazole (OMS, 2008a).

FIGURE 5.9

Résultats des traitements des personnes atteintes de tuberculose séropositives au VIH et séronégatives au VIH, cohorte 2005



Note: Les chiffres sous les colonnes représentent le nombre de malades figurant dans la cohorte.

Source: Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Organisation mondiale de la Santé, Genève.

Les interactions potentielles entre médicaments, ainsi que les difficultés associées à l'observance de plusieurs schémas thérapeutiques, peuvent compliquer le traitement simultané de la tuberculose et du VIH (Hopewell et al., 2006). En 2007, l'OMS a publié un nouveau module pour la prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH dans le cadre de son initiative sur la Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (OMS, 2007b). Une information précise et continue est essentielle si l'on veut aider les malades qui suivent un traitement contre le VIH et la tuberculose à prendre correctement un grand nombre de comprimés et à respecter les modifications de médication exigées par les schémas thérapeutiques standard du double traitement.

Quelle que soit la sérologie VIH, l'observance consciencieuse des traitements de la tuberculose est cruciale pour éviter l'apparition de la pharmacorésistance, qui entraîne des échecs de traitement et peut être transmise à d'autres. On a montré que les personnes vivant avec le VIH avaient un risque deux fois plus élevé d'être atteintes de tuberculose multirésistante (TB-MR) que les

personnes qui ne sont pas infectées par le VIH (OMS, 2008c). Dans une zone rurale de la province du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, une flambée de tuberculose ultra-résistante aux médicaments TB-UR), c'est-à-dire une tuberculose qui est résistante à la fois aux médicaments de première et de deuxième intentions, a été associée à une mortalité extrêmement élevée parmi des personnes vivant avec le VIH (Gandhi et al., 2006).

Prévenir la tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH. Il est recommandé à toutes les personnes vivant avec le VIH de procéder régulièrement au dépistage de la tuberculose active. En l'absence de preuves de maladie active, il faudrait que ces personnes soient traitées pour une infection tuberculeuse latente au moyen d'une thérapie préventive de six à neuf mois (OMS, 2004). D'après les gouvernements nationaux, 42% seulement des pays connaissant des épidémies généralisées ont mis en œuvre le dépistage systématique de la tuberculose chez les personnes séropositives au VIH et 27% seulement fournissent une thérapie de prévention de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH dans

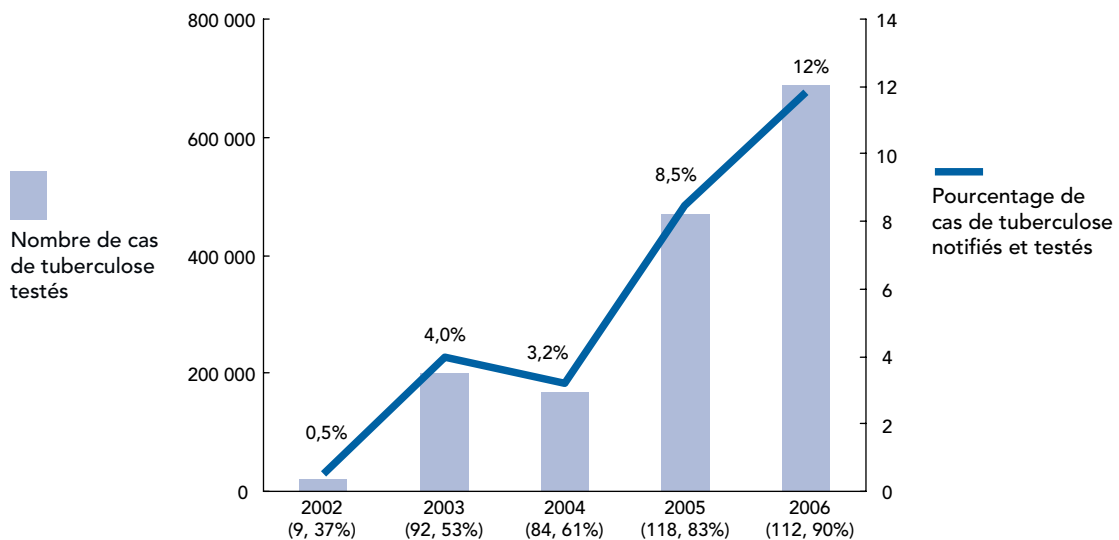
les districts qui en ont besoin; des informateurs non gouvernementaux indiquent que ces deux services ne sont largement disponibles que dans 24% des pays connaissant des épidémies généralisées (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Une enquête OMS dans 41 pays qui connaissent un fardeau de VIH et de tuberculose modéré à élevé a noté que, si 51% des pays disposent de politiques nationales pour la fourniture de thérapie antituberculeuse préventive aux personnes séropositives au VIH atteintes d'infection tuberculeuse latente, 15% seulement des pays avaient mis en œuvre la politique à l'échelle nationale. A l'échelle mondiale, 27 000 personnes séropositives au VIH seulement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avaient entamé une thérapie préventive à l'isoniazide en 2006 et presque toutes dans un seul pays, le Botswana (OMS, 2008a).

Prévenir la poursuite de la transmission. Les établissements de soins sont potentiellement des lieux importants de transmission de la tuberculose – et plus gravement, de la TB-UR – aux personnes vivant avec le VIH. Un modèle mathématique a montré que la mise en place des méthodes disponibles de lutte contre l'infection dans les établissements de soins

pourrait prévenir près de la moitié de tous les cas de TB-UR en Afrique du Sud (Basu et al., 2007). Selon des rapports nationaux, plus de 60% des pays connaissant des épidémies généralisées n'ont toujours pas mis en œuvre les bonnes pratiques de lutte contre l'infection pour prévenir la transmission de la tuberculose dans les milieux à forte prévalence, par exemple les dispensaires de prise en charge du VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Problèmes rencontrés par les systèmes de santé pour prendre en charge la coinfection VIH/tuberculose. Les insuffisances institutionnelles se combinent pour entraver les efforts déployés par les pays afin de répondre à la menace synergique que présente la coinfection VIH/tuberculose. Les actions entreprises notamment pour réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH sont contrecarrées par l'échec de l'intégration des services VIH et tuberculose aux niveaux national et sous-national, qui a pour effet des occasions manquées de fournir des services optimaux de prévention, de diagnostic et de traitement.

FIGURE 5.10 Dépistage du VIH chez les malades de la tuberculose, tous pays, 2006



Note: Les chiffres sous les colonnes représentent le nombre de pays qui notifient des données, suivi du pourcentage du total estimé des cas de tuberculose séropositifs au VIH observés dans les pays qui notifient des cas.

Source: OMS, 2008a.

Le financement des efforts de lutte contre la tuberculose dans les pays connaissant un lourd fardeau de cette maladie a plus que doublé depuis 2002, mais un grand nombre des pays les plus touchés n'ont pas encore prévu de budget suffisant pour les activités visant à réduire le fardeau de la tuberculose liée au VIH. Les obstacles au sein des systèmes de santé, par exemple l'insuffisance des approvisionnements en médicaments et des capacités de laboratoire, limitent encore et toujours la prise en charge efficace des personnes vivant avec le VIH (OMS, 2007d).

Sur les 63 pays qui, collectivement, abritent 97% des cas de tuberculose séropositifs au VIH dans le monde, 63% ont mis en place des plans nationaux pour la fourniture intégrée de la prise en charge du VIH et de la tuberculose. Néanmoins, un grand nombre de ces plans n'ont pas été traduits en réels systèmes de prestations. Bien que le Plan mondial « Halte à la tuberculose » 2006–2015 ait fixé comme objectif mondial de dépister le VIH chez 1,6 million de malades de la tuberculose chaque année, quelque 700 000 seulement de ces malades avaient été testés pour le VIH en 2006 (OMS, 2008a) (Figure 5.10).

Défis techniques à relever pour améliorer l'issue de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. En plus de 40 ans, aucune nouvelle classe de médicaments antituberculeux n'a été approuvée et le principal test de diagnostic est vieux de plus de 100 ans. Il faudrait considérablement accroître les investissements dans la recherche de nouveaux outils pour prévenir, diagnostiquer et traiter la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Autres maladies liées au VIH

En plus de la tuberculose, les personnes vivant avec le VIH peuvent être vulnérables à toutes sortes d'infections opportunistes, par exemple la pneumonie à *Pneumocystis carinii*, la rétinite due au cytomégalovirus, diverses maladies et complications orales, des changements de la masse osseuse et un risque accru de maladies osseuses, ainsi que le cancer du col de l'utérus. La thérapie antirétrovirale est souvent cruciale pour une gestion efficace des infections opportunistes, car le rétablissement des fonctions immunologiques réduit généralement considérablement le risque de survenue d'une maladie opportuniste (Heiden et al., 2007). En outre, les interventions cliniques portent sur les infections

opportunistes elles-mêmes, ce qui exige un suivi constant du malade, des outils de diagnostic précis, une prophylaxie en temps opportun et un traitement ciblé.

L'accès aux médicaments et aux autres services de santé nécessaires à la prise en charge des maladies opportunistes liées au VIH est souvent sévèrement limité dans un grand nombre des pays manquant de ressources. Soixante-dix pour cent des pays participant à une enquête de l'OMS ont indiqué que des approvisionnements irréguliers et des ruptures de stock fréquentes constituaient des obstacles à l'élargissement de la prophylaxie au cotrimoxazole à l'échelle nationale, prophylaxie utilisée dans le traitement de la tuberculose et d'autres infections opportunistes liés au VIH.

L'hépatite B est endémique dans un grand nombre de pays à forte prévalence du VIH et elle se concentre particulièrement chez les enfants. Dans une étude en Côte d'Ivoire, 12% des enfants vivant avec le VIH étaient également infectés par l'hépatite B (Rouet et al., 2008). Les adultes atteints d'une double infection VIH et hépatite B passent au stade chronique de l'hépatite B cinq fois plus rapidement que les adultes qui ne sont pas infectés par le VIH. Les personnes atteintes à la fois de VIH et d'hépatite B ont parfois des difficultés à tolérer les antirétroviraux, ce qui exige un suivi étroit et continu des malades (Hoffman, 2007). Certaines études ont également relevé un risque potentiel accru de résistance aux antirétroviraux chez les enfants coinfectés par le VIH et l'hépatite B (Rouet et al., 2008). On ne peut pas guérir l'hépatite B, bien que la suppression de la maladie soit possible par une thérapie prolongée, de durée parfois indéterminée. Malheureusement, sur les sept médicaments actuellement utilisés pour traiter l'hépatite B chronique dans les pays à revenu élevé, un seul est largement disponible en Afrique et en Asie (Hoffman, 2007).

Besoins des consommateurs de drogues injectables en matière de traitement

Même s'il est parfaitement possible d'obtenir d'excellents résultats par la thérapie antirétrovirale chez des individus séropositifs qui dépendent de substances, la toxicomanie peut avoir un effet important sur les approches thérapeutiques. La consommation d'alcool, par exemple, peut exacerber les effets secondaires des médicaments (NIH, 2008) et

les malades dépendants de substances chimiques ont parfois de la peine à respecter les traitements prescrits.

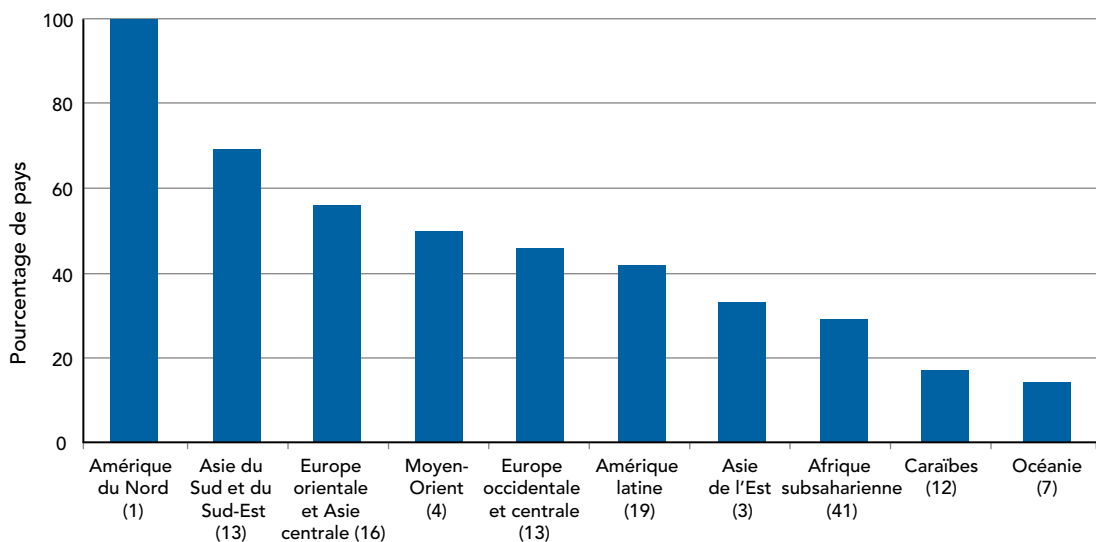
Les traitements de substitution par la méthadone ou la buprénorphine sont efficaces pour traiter la dépendance aux opiacés. L'OMS a ajouté la méthadone à la liste des médicaments essentiels en 2005. Néanmoins, l'insuffisance ou l'absence totale de traitements de substitution dans de nombreuses parties du monde, en raison de l'interdiction de ces services par les politiques gouvernementales, constitue un obstacle majeur au traitement efficace des personnes séropositives dépendantes des opiacés (voir Chapitre 4). Le manque de traitements de substitution pour la dépendance aux substances chimiques est particulièrement important en Chine, en Fédération de Russie et en Inde (OMS, 2008b). Selon les rapports des informateurs non gouvernementaux, de nombreux pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, d'Asie du Sud et du Sud-Est et d'Amérique du Nord sont dotés de loi, de réglementations et de politiques qui entravent la fréquentation des services liés au VIH par les consommateurs de drogues injectables (données de l'Indice composite des politiques nationales fournies par les pays, 2008) (Figure 5.11).

La coinfection avec une ou plusieurs formes d'hépatite est fréquente chez les personnes vivant avec le VIH dans de nombreuses régions du monde. Des études aux Etats-Unis suggèrent que 50% à 90% des consommateurs de drogues injectables séropositifs au VIH sont aussi infectés par l'hépatite C (Centers for Disease Control and Prevention, 2005). L'infection à VIH accroît significativement le risque de décès par maladies hépatiques chez les individus infectés par l'hépatite C (Smit et al., 2008). Bien qu'il soit possible d'obtenir d'excellents résultats cliniques chez les individus coinfectés par le VIH et l'hépatite C, la prise en charge médicale simultanée des deux maladies peut être complexe étant donné les interactions et la toxicité potentielles des médicaments et les incertitudes quant au choix des meilleures approches thérapeutiques (Sulkowski & Benhamou, 2007).

Maladies du vieillissement

Dans les situations où les antirétroviraux sont largement utilisés depuis le milieu des années 1990, le traitement a radicalement changé le cours naturel de l'infection à VIH, élargissant le spectre des problèmes de santé présentés par les individus

FIGURE 5.11 Pourcentage de pays qui annoncent des lois, réglementations ou politiques constituant des obstacles à la fréquentation des services pour les consommateurs de drogues injectables



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

(nombre de pays faisant rapport)

vivant avec le VIH et modifiant les causes de décès les plus courantes chez les personnes séropositives au VIH (Smit et al., 2006). En particulier, les maladies chroniques et les maladies concomitantes provoquent un pourcentage toujours plus grand de décès parmi les personnes vivant avec le VIH dans les milieux où les antirétroviraux sont utilisés depuis plus d'une décennie. Entre 1995 et 2006, le pourcentage de décès non liés au VIH parmi les personnes vivant avec le VIH à New York a augmenté de 8% à 32%, les maladies cardio-vasculaires et les cancers non associés au sida représentant près de la moitié de tous les décès (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2007). En Norvège, alors que le risque de décès lié au VIH a baissé de 80% depuis l'apparition des trithérapies, le taux de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH reste quatre fois plus élevé que celui de la population générale (2007).

Au fur et à mesure que les personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire vivent plus longtemps grâce à un accès accru aux médicaments antirétroviraux, il est probable que le nombre et la prévalence des infections opportunistes liées au VIH vont également évoluer. Par exemple, en se basant sur l'expérience des pays à revenu élevé, où les médicaments sont largement disponibles depuis le milieu des années 1990, plusieurs cancers non liés au sida pourraient bien devenir des complications de plus en plus importantes de l'infection à VIH (Grulich et al., 2007; Dhir et al., 2008).

Santé mentale

L'infection à VIH, maladie potentiellement mortelle et objet de stigmatisation, a inévitablement des effets sur la santé mentale. On estime que près de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde souffriront à un moment ou un autre de dépression clinique (Miller, 2006). En plus de ses conséquences psychosociales, l'infection à VIH peut avoir d'importants effets biologiques sur le fonctionnement de la santé mentale, avec pour effet des déficiences cognitives et la démence (Freeman et al., 2005).

L'intégration des services de santé mentale dans les programmes de traitement antirétroviral est essentielle pour une prise en charge et un traitement efficaces. En moyenne, les malades qui connaissent des troubles de l'humeur, de l'anxiété ou un abus de substances

ont une réaction virologique moins marquée à la thérapie antirétrovirale que les personnes qui ne sont pas atteintes de ces maladies (Pence et al., 2005). La dépression a également été associée à une baisse des apports nutritionnels chez les personnes vivant avec le VIH (Isaac et al., 2008).

Il existe des stratégies avérées de conseil, de soutien social et de psychothérapie pour répondre aux besoins en matière de santé mentale des personnes vivant avec le VIH (Catalan et al., 2005). Les gouvernements nationaux des pays connaissant des épidémies généralisées indiquent que des services d'appui psychosocial existent dans tous les districts qui en ont besoin dans 52% des pays, bien que les informateurs non gouvernementaux estiment que ceci n'est le cas que dans 27% de ces pays (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Des services professionnels de santé mentale sont rarement disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Alors que les troubles mentaux représentent plus de 11% du fardeau total de morbidité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, nombreux sont les pays qui investissent moins de 1% de leurs budgets de santé dans les services de santé mentale (Patel, 2007). L'élargissement des capacités en santé mentale des établissements où l'on administre des antirétroviraux est une priorité importante sur la voie de l'accès au traitement universel.

Nutrition et traitement et prise en charge du VIH

L'état nutritionnel est un des meilleurs indicateurs de prédiction de la mortalité liée au VIH. Avec la progression de la maladie à VIH, l'état nutritionnel se détériore fréquemment. L'infection à VIH augmente les besoins en protéines, micronutriments et énergie chez les adultes comme les enfants (OMS, 2003; Friis, 2005). Dans le même temps, les symptômes liés au VIH, tels que le manque d'appétit, les ulcères buccaux et une mauvaise absorption des nutriments est susceptible de réduire la consommation d'aliments. Le manque d'accès à une nourriture adéquate constitue un problème particulier pour les personnes qui entament une thérapie antirétrovirale et il arrive qu'il entrave la fréquentation des services de traitement.

La VIH accentue les carences nutritionnelles déjà importantes qui sont le lot d'un grand nombre de pays fortement touchés par l'épidémie. Généralement, dans les pays les moins développés 35% de la population souffre d'une nutrition insuffisante (PNUD, 2005). Les carences en micronutriments sont l'une des formes les plus courantes de la mauvaise nutrition dans les pays à faible revenu et elles peuvent porter encore davantage atteinte au système immunitaire des personnes vivant avec le VIH, réduisant ainsi la capacité de l'organisme à combattre l'infection (Food and Nutrition Technical Assistance, 2004a; Jones et al., 2006).

Dans le cas des enfants séropositifs au VIH, une mauvaise nutrition accélère la progression de la maladie à VIH et accroît le risque de décès dans les premières années de vie (Walzer et al., 2006). En Afrique subsaharienne et dans d'autres pays touchés par le VIH, les carences nutritionnelles sont fréquentes chez les enfants (Bryce et al., 2008). Il est particulièrement important de suivre le régime alimentaire des enfants allaités au sein nés de mères séropositives au VIH au moment où ils sont sevrés, car cette transition a souvent pour effet une sous-alimentation et un risque accru de mortalité ou de retard de croissance (Becquet et al., 2006).

Un soutien nutritionnel offert en temps utile aux personnes vivant avec le VIH peut contribuer à prolonger la période asymptomatique de relative bonne santé pour ces personnes ou, si le système immunitaire est déjà gravement atteint, à réduire le risque de décès. (Pour un résumé des données disponibles sur l'impact de l'appui nutritionnel sur la santé des personnes vivant avec le VIH, voir Gillespie & Kadiyala, 2005). Parmi les stratégies avérées permettant d'améliorer l'état nutritionnel des personnes vivant avec le VIH, on peut noter la distribution de rations dans les zones d'insécurité alimentaire, les suppléments en micronutriments et les aliments thérapeutiques pour combattre les effets de la malnutrition modérée ou grave (Gillespie & Kadiyala, 2005). D'après les rapports non gouvernementaux, seuls 11% des pays connaissant des épidémies généralisées assurent la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH dans tous les districts, alors que les rapports des gouvernements indiquent que ces services sont largement disponibles dans 23% des pays (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Le suivi nutritionnel, associé à une intervention appropriée en temps utile, est un élément crucial de la gestion des antirétroviraux. Au niveau le plus élémentaire, lorsque les malades ont faim ou sont sous-nutris, il leur est difficile et parfois même impossible de suivre des schémas thérapeutiques complexes (Marston & Decock, 2004). Selon le traitement prescrit, la prise de médicaments antirétroviraux exige certaines restrictions diététiques; certains médicaments doivent être pris à jeun, alors que le métabolisme d'autres médicaments est optimisé lorsqu'ils sont pris au moment des repas (Food and Nutrition Technical Assistance, 2004b). Comme c'est le cas pour tous les médicaments, les antirétroviraux seront vraisemblablement plus efficaces lorsqu'ils sont absorbés par des personnes bien nourries. En outre, certains effets secondaires courants des médicaments, comme la nausée ou le manque d'appétit, peuvent entraîner une baisse de la consommation alimentaire. Un récent projet de recherche opérationnelle conduit par le Programme alimentaire mondial et le Centre de recherche sur les maladies infectieuses en Zambie a trouvé que les malades sous thérapie antirétrovirale qui bénéficiaient d'un soutien nutritionnel ciblé avaient de meilleurs taux d'observance des traitements.

Améliorer l'accès aux services de traitement et de prise en charge

Même si d'importants progrès ont été faits, l'élargissement des traitements n'a pas suivi l'accroissement des besoins réels. Dans plusieurs régions, les actions destinées à fournir les thérapies indispensables à ceux qui en ont besoin ont rencontré toutes sortes d'obstacles. Pour atteindre l'accès universel, il faudra élaborer des stratégies efficaces pour surmonter ces obstacles.

Connaissance insuffisante de sa sérologie VIH

On dispose de techniques financièrement abordables pour diagnostiquer l'infection à VIH, y compris les tests rapides qui évitent aux individus un retour au laboratoire pour recevoir leurs résultats. Si le diagnostic du VIH est assez facile chez les adultes – sauf juste après l'exposition au virus, où des techniques plus pointues sont nécessaires pour poser un diagnostic définitif – il est plus compliqué chez les jeunes enfants, comme on l'a montré plus haut.

Les soins palliatifs dans les ripostes nationales au VIH

Une des questions qui revêt une importance croissante dans l'intensification de l'accès universel, c'est le rôle des soins palliatifs en tant que composante intégrale des ripostes nationales au VIH. Les soins palliatifs, ce sont l'appui psychosocial, l'accès aux médicaments susceptibles de contrôler les douleurs et les symptômes et les autres mesures traitant des difficultés physiques, mentales et spirituelles rencontrées lorsqu'on doit faire face au VIH et aux maladies qui lui sont associées.

Les programmes actuels de soins palliatifs sont soumis à d'énormes pressions pour répondre à une demande croissante. Par exemple, dans le district de Motheo de l'Etat libre, en Afrique du Sud, on estime à 44 000 le nombre d'orphelins de mère, dont 7736 vivent avec le VIH. On pense que plus de 25 000 enfants de moins de 10 ans souffrent de malnutrition. Le seul programme de soins palliatifs du district permet d'aider 1300 enfants, soit une fraction de ceux qui ont besoin d'un soutien (Dippenaar & Marston, 2008).

Les obstacles juridiques et réglementaires à l'accès aux médicaments analgésiques simples et peu coûteux constituent une entrave importante à l'efficacité des services de soins palliatifs. L'Organe international de contrôle des stupéfiants admet que la plupart des pays ont une faible consommation de médicaments à base d'opiacés et que sept pays à revenu élevé représentant 12% seulement de la population mondiale (Allemagne, Australie, Autriche, Canada, Etats-Unis, France et Royaume-Uni) consomment 84% de la morphine médicale. L'Organe a invité les gouvernements à examiner de manière critique et à réviser les méthodes qu'ils appliquent pour estimer les besoins de leurs pays en opiacés (Organe international de contrôle des stupéfiants, 1989).

Un diagnostic en temps utile de l'infection à VIH est crucial pour une prise en charge efficace de l'infection à VIH. Les personnes diagnostiquées tardivement répondent moins bien à la thérapie antirétrovirale et sont exposées à un risque accru de maladie et de décès (Girardi, Sabin & Monforte 2007). Une étude réalisée à New York a révélé que les personnes atteintes d'une infection opportuniste au moment de leur diagnostic de sida avaient un risque trois fois plus élevé de mourir dans les trois ans que les personnes ayant moins de 200 CD4 par mm³, mais aucun antécédent d'infection opportuniste (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2005).

Pour de nombreuses personnes vivant avec le VIH, le diagnostic du virus n'est posé qu'après une importante détérioration de leur système immunitaire. Au Brésil par exemple – malgré plus d'une décennie d'expérience dans la fourniture d'antirétroviraux dans le cadre du système de santé publique – près de la moitié des personnes vivant avec le VIH apprennent leur diagnostic d'infection en même temps que leur diagnostic de sida (Agence

France Presse, 2008). Ce n'est que récemment que de vastes enquêtes démographiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ont commencé à recueillir des informations sur les antécédents des personnes concernant le test VIH, c'est pourquoi il est encore impossible d'analyser les tendances du dépistage. Plus récemment encore, le test sérologique a été introduit dans ces enquêtes, ce qui permet une analyse à la fois de la sérologie VIH et des antécédents de test. Dans les 16 pays où cette analyse était possible, la plupart des personnes interrogées qui ont présenté un test positif pour le VIH n'avaient jamais fait de test VIH auparavant (MEASURE DHS, 2008). Dans presque 40% des pays connaissant des épidémies généralisées, les gouvernements indiquent que les services de conseil et de dépistage du VIH n'ont pas été mis en place dans tous les districts qui en auraient besoin. Les sources non gouvernementales rapportent que c'est dans 70% des pays que ces services ne sont pas largement répandus (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Les services de conseil et de dépistage du VIH à l'intention des personnes atteintes de tuberculose ne sont pas encore disponibles

partout : dans les pays connaissant des épidémies généralisées, 46% des rapports gouvernementaux indiquent que ces services sont disponibles dans tous les districts qui en ont besoin, mais les rapports non gouvernementaux affirment que ce n'est le cas que dans 27% des pays seulement (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Ce ne sont pas que les pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont de la peine à assurer une connaissance élargie et en temps utile de la sérologie VIH. On estime que 25% de toutes les personnes séropositives aux Etats-Unis n'ont pas été diagnostiquées (Centers for Disease Control and Prevention, 2002). A New York, capitale financière mondiale, une personne sur quatre qui a présenté un test VIH positif a reçu un diagnostic de sida dans le mois suivant son test de séropositivité (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2007).

Comme le décrit le Chapitre 2, la forte stigmatisation qui entoure le VIH dans de nombreux pays décourage bien des gens de chercher à connaître leur sérologie VIH (Weiser et al., 2006). Pourtant de plus en plus de données montrent qu'une action nationale concertée pour promouvoir le dépistage et combattre la stigmatisation liée au VIH peut accroître considérablement le niveau du dépistage. Par exemple, de nombreux pays ont mis en place le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé (ONUSIDA & OMS, 2007) et utilisent les tests rapides, les laboratoires mobiles et d'autres méthodes extra-institutionnelles pour améliorer les connaissances relatives à la sérologie VIH. Au Botswana, le nombre de personnes utilisant les services de dépistage a plus que doublé dans l'année qui a suivi le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant (Steen et al., 2007). La recherche sociale et comportementale suggère que l'importance et la nature des services liés au test sont souvent des déterminants essentiels de la fréquentation des services (Obermeyer & Osborn, 2007).

Une campagne nationale de promotion de la connaissance de sa sérologie VIH au Malawi a culminé avec la deuxième « Semaine nationale de conseil et de dépistage du VIH » en juillet 2007. Un total de 186 631 personnes ont été testées cette semaine-là, dépassant largement la cible de 130 000 fixée par la campagne, et 80% de ces personnes

n'avaient jamais été testées auparavant. La campagne a permis de diagnostiquer une infection à VIH chez 15 667 personnes, soit 6,1% des hommes testés, 9,7% des femmes non enceintes, et 11,3% des femmes enceintes (Malawi National AIDS Commission, 2007). De même, l'Éthiopie a noté une multiplication par huit de la fréquentation des services de conseil et de test VIH, détectant plus de 108 000 nouvelles infections, soit 6% de toutes les personnes testées (Ethiopia Federal Ministry of Health, 2007).

La médecine traditionnelle africaine est souvent la première, et parfois la seule, option de soins de santé accessible dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne, c'est pourquoi la participation des guérisseurs traditionnels à la riposte au VIH est cruciale. Dans la province du KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, des actions ont porté sur le développement des capacités des guérisseurs traditionnels à parler de VIH et de sexualité avec les personnes qui les consultent.

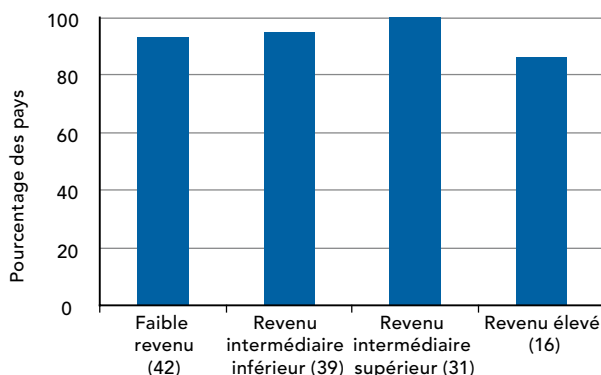
Obstacles économiques

Des problèmes économiques empêchent souvent les gens d'utiliser les médicaments antirétroviraux, car ils doivent par exemple payer une redevance, partager le paiement ou s'acquitter d'autres coûts-patient qui sont supportés par les ménages affectés. La plupart des pays (92% selon des rapports non gouvernementaux) ont des politiques de fourniture gratuite de médicaments antirétroviraux (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Cependant, des études de la société civile dans 17 pays ont découvert que de nombreux patients recevant des médicaments gratuits devaient supporter eux-mêmes les coûts parfois considérables des tests de diagnostic ou du traitement des infections opportunistes (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007) (voir Figure 5.12). Reconnaissant les obstacles à l'accès que peuvent représenter les coûts-patient, le Gouvernement du Cameroun a introduit la gratuité du traitement du VIH en 2007, une approche qu'appliquent de nombreux autres pays.

Le traitement peut être parfois beaucoup plus accessible dans les régions urbaines que dans les zones rurales. Un accès limité aux moyens de transport peut considérablement restreindre l'accès au traitement pour les personnes séropositives au VIH dans les zones rurales. Même dans les cas où un dispensaire local est en mesure de fournir des médicaments antirétroviraux,

FIGURE 5.12

Pourcentage par revenu des pays qui annoncent la gratuité du traitement antirétroviral



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

les habitants séropositifs des zones rurales doivent parfois voyager des heures pour faire un test de CD4 ou de la charge virale (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007). En 2008, les Chemins de fer indiens ont annoncé un rabais de 50% du prix des billets de train pour les personnes voyageant pour recevoir un traitement du VIH.

Garantir un accès équitable

En plus d'augmenter le nombre total de personnes recevant des antirétroviraux, il faut déployer des efforts ciblés pour garantir que toutes les personnes qui ont besoin de traitement aient un même accès aux médicaments. Des études de la société civile confirment que de nombreuses personnes vivant avec le VIH, en particulier celles venant de groupes marginalisés, sont souvent confrontées à des obstacles considérables pour accéder au traitement du VIH (Human Rights Watch, 2007a; Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007). Des informateurs non gouvernementaux rapportent que 74% des pays ont mis en place des politiques en vue de garantir un accès égal à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien dans le domaine du VIH pour les populations les plus menacées. Cependant, ils indiquent aussi que 63% des pays ont des lois, réglementations ou politiques qui entravent l'accès de ces groupes aux services ((Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Par exemple, plusieurs pays stipulent que les jeunes gens vivant avec le VIH doivent obtenir le consentement de leurs parents avant de recevoir des médicaments antirétroviraux. Selon le rapport « fantôme » de la société civile sur les progrès nationaux en Fédération de Russie, la constitution d'un registre

national des consommateurs de drogues injectables entraîne souvent la discrimination dans l'accès aux services à l'encontre des personnes séropositives au VIH dont les noms figurent dans ce registre.

Soutenir le traitement et les soins VIH

Bien que des progrès importants aient été réalisés dans l'extension de l'accès à la thérapie antirétrovirale, un effort collectif sur des décennies sera nécessaire pour soutenir un accès au traitement du VIH qui doit durer toute la vie. Le nombre de personnes nécessitant un traitement continuera à augmenter, car le processus de la maladie à VIH va se poursuivre chez les 30 millions de personnes dans le monde qui sont séropositives au VIH mais n'ont jamais suivi de traitement. De plus, les coûts du traitement par personne vont probablement augmenter avec le temps, au fur et à mesure que les malades sous associations standard de médicaments en doses fixes vont passer à des médicaments plus coûteux de deuxième et troisième intentions.

Le défi de la pérennisation des traitements est clairement illustré par l'expérience du Brésil. Ce pays, leader des efforts mondiaux d'élargissement de l'accès au traitement, a commencé en 1996 à offrir un traitement antirétroviral dans le cadre de son système de santé, puis a rapidement étendu l'accès en divisant par cinq le coût des médicaments entre 1997 et 2004. Mais récemment, les dépenses budgétaires pour le traitement du VIH ont considérablement augmenté (Nunn et al., 2007). On estime que le coût de la fourniture de médicaments au Brésil en 2008 atteindra US\$ 525 millions – plus du double de la somme dépensée en 2004 (ONUSIDA, 2007b).

Détermination mondiale à renforcer les systèmes de santé dans les milieux pauvres en ressources

Pour étendre et soutenir l'accès aux traitements dans les milieux pauvres en ressources, il faudra mettre en place des compétences humaines solides et durables pour administrer les thérapies antirétrovirales. Cette priorité a attiré un large éventail d'efforts de renforcement des capacités. Une de ces initiatives, menée par l'OMS, est axée sur les moyens de «traiter, former et fidéliser» les professionnels de la santé (Samb et al., 2007).

Les donateurs attachent une importance grandissante au renforcement des systèmes de santé pour soutenir l'élargissement du traitement du VIH. En 2007, le PEPFAR a dépensé US\$ 638 millions pour développer les capacités des secteurs privés et publics de la santé (PEPFAR, 2008). En novembre 2007, le Fonds mondial a annoncé que 20% des fonds de sa série 2008 d'attribution de subventions porteraient sur les mesures de renforcement des systèmes, notamment l'amélioration de l'infrastructure, le renforcement des filières d'approvisionnement et des ressources humaines (Fonds mondial, 2007b).

L'effort actuel d'accroissement de l'accès aux thérapies contribue à soutenir les systèmes de santé fragiles, apportant des bénéfices qui vont au-delà du VIH. Par exemple, 13 pays cibles du PEPFAR ont montré une amélioration de 36% dans le respect des normes relatives à la sécurité du sang au cours des trois dernières années (PEPFAR, 2008). L'intégration du VIH dans les services de soins de santé primaires peut contribuer à améliorer la fréquentation globale des services de santé. Au Rwanda, par exemple, la fourniture de soins VIH de base a été associée à une augmentation des services sans rapport avec le VIH, tels que les consultations ambulatoires, les tests de laboratoire sans rapport avec le VIH, le dépistage de la syphilis et les consultations prénatales (Family Health International, 2007).

À la clôture de la toute première conférence de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé à Kampala, Ouganda, en mars 2008, plus de 1000 participants venus de 57 pays ont adopté la Déclaration de Kampala, qui a appelé à un financement accru pour s'attaquer aux pénuries de professionnels de la santé en Afrique. L'Alliance estime que 1,5 million de professionnels supplémentaires devront être formés pour s'attaquer à la crise des infrastructures de santé en Afrique, pour un coût annuel de US\$ 3,3 milliards. Entre autres, la déclaration invite les pays à revenu élevé à payer une contrepartie aux pays dont ils recrutent les professionnels de la santé.

Des efforts ciblés seront nécessaires afin de garantir que les améliorations récentes dans l'accès au traitement sont soutenues sur le long terme et de s'attaquer aux facteurs clés qui pourraient mettre en péril l'accès au traitement dans les années à venir.

Ressources humaines

De graves pénuries de professionnels de la santé entravent l'élargissement du traitement dans de nombreux pays lourdement affectés par l'épidémie. Abritant plus de deux tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde, l'Afrique subsaharienne ne compte que 3% des professionnels de la santé dans le monde et représente moins de 1% des dépenses mondiales de santé (OMS, 2006d).

En guise d'exemple, alors que 347 médecins sont disponibles pour 100 000 personnes en Norvège, il n'y en a que deux pour 100 000 au Malawi ou en République-Unie de Tanzanie (PNUD, 2007). De nombreux facteurs contribuent à la crise des ressources humaines dans les systèmes de santé, parmi lesquels : la faiblesse des programmes nationaux d'éducation et de formation médicales, la mise en œuvre limitée des politiques nationales de gestion des ressources humaines et la « fuite des cerveaux » bien documentée des professionnels de la santé, qui quittent des emplois peu rémunérés dans leurs pays d'origine pour un travail mieux rémunéré dans des pays à revenu élevé ou dans des pays voisins (Moore & Morrison, 2007 ; Arah, Ogbu & Okeke, 2008).

La thérapie antirétrovirale permet à des millions de personnes dans le monde de mener une vie productive et en bonne santé. Le traitement ne préserve pas seulement la vie des individus, mais bénéficie aux familles, aux communautés et à l'ensemble de la société.



L'épidémie elle-même sape la capacité des systèmes de santé à répondre au défi que représente l'intensification de l'action en vue de l'accès universel. Alors que le nombre actuel de professionnels de la santé infectés par le VIH peut sembler relativement modeste dans un pays donné, ces infections peuvent avoir un impact majeur sur la riposte nationale au VIH car fréquemment, le nombre de cliniciens chargés de la fourniture des antirétroviraux est limité, et ceci même dans des pays à forte prévalence. Le besoin crucial de préserver des compétences humaines essentielles dans les secteurs de la santé a poussé certains pays à introduire des services spéciaux de prévention et de traitement VIH pour les professionnels de la santé. Au Malawi, par exemple, plus de 1000 professionnels de la santé recevaient des médicaments antirétroviraux en juin 2006. Le Gouvernement du Malawi estime qu'un accès amélioré aux thérapies antirétrovirales a sauvé la vie de 250 professionnels de la santé, générant des économies de productivité équivalant approximativement aux ressources humaines nécessaires pour fournir des médicaments antirétroviraux à l'échelle nationale (Makombe et al., 2007). Le fait que le manque de ressources humaines ait été identifié comme un obstacle à la mise en œuvre d'une subvention du Fonds mondial au Malawi a poussé le Fonds mondial à approuver l'allocation de US\$ 40 millions pour soutenir la stratégie d'urgence du pays en matière de ressources humaines, qui a également attiré un financement important du Département du Royaume-Uni pour le développement international.

Le manque d'effectifs entrave également le fonctionnement de systèmes qui sont vitaux pour l'accès au traitement. Par exemple, les autorités nationales de réglementation sont souvent très

insuffisantes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Gray, 2004). En conséquence, bien des médicaments antirétroviraux plus récents et de deuxième intention ne sont toujours pas homologués dans certains pays à forte prévalence (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007). Plusieurs stratégies ont été proposées pour réduire les blocages dans l'homologation des médicaments dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, y compris le développement ciblé des capacités au sein des autorités nationales de réglementation, une plus grande collaboration régionale dans l'homologation des médicaments et une assistance accrue aux pays à faible revenu de la part de spécialistes de la réglementation des pays à revenu élevé (Gray, 2004).

Des problèmes de gestion des approvisionnements peuvent également faire obstacle à la distribution des antirétroviraux. Des études de la société civile dans 17 pays ont montré que des ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux (soit aucune réserve disponible) avaient été observées dans divers établissements cliniques dans plusieurs régions en 2007 (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007). Tant que les ruptures de stocks seront un problème courant pour de nombreuses maladies dans les pays pauvres en ressources, il faudra des systèmes de remplacement fonctionnels pour prévenir l'interruption des traitements du VIH.

Améliorer la capacité de diagnostic

Si une approche de santé publique permet d'administrer des médicaments antirétroviraux même en l'absence des techniques de diagnostic perfectionnées qui sont la norme dans les pays riches,

Le transfert de tâches pour accroître la capacité des systèmes de santé

Le transfert de tâches est une des stratégies permettant de s'attaquer au manque de professionnels de la santé. Elle implique la redistribution de tâches cliniques au sein des équipes de santé, des agents de santé les plus spécialisés à ceux qui le sont moins, par exemple, des médecins spécialistes aux généralistes, des médecins au personnel infirmier et du personnel infirmier à des membres formés de la communauté. Le transfert de tâches augmente l'efficacité de la fourniture des soins de santé, accroît les effectifs en ressources humaines et facilite une extension plus rapide des programmes de traitement (OMS, 2007e).

Le transfert de tâches est apparu ces dernières années comme un important sujet de discussion dans les cercles VIH suite à l'élargissement des traitements, mais cette approche est courante dans de nombreux milieux pauvres en ressources. Les cliniciens non-médecins sont nombreux dans 25 des 47 pays africains étudiés, surpassant même le nombre de médecins dans neuf pays (OMS, ONUSIDA & PEPFAR, 2008). Plus de trois décennies d'expérience dans l'emploi des agents communautaires pour la thérapie DOTS contre la tuberculose montrent bien la capacité de ces agents à fournir de nombreux services de soins de santé primaires (Samb et al., 2007). Bien que l'accent mis sur le transfert de tâches pour l'élargissement de la thérapie antirétrovirale puisse soulever des inquiétudes quant à la possibilité de soins de deuxième classe dans des milieux aux ressources limitées, la réalité est que le transfert de tâches est devenu courant dans les établissements cliniques des pays à revenu élevé, avec l'emploi étendu et satisfaisant des assistants médicaux et des personnels infirmiers (Wilson et al., 2005).

Afin d'accélérer l'extension des traitements et d'accroître les ressources humaines, plusieurs pays à forte prévalence du VIH ont complété leur emploi informel de non-médecins, de longue date, avec des efforts plus systématiques pour promouvoir le transfert de tâches en tant qu'élément de leurs stratégies nationales de lutte contre le VIH. Ces efforts produisent des résultats prometteurs. Au Mozambique, après avoir formé des non-médecins à prescrire des médicaments antirétroviraux dans 85% des établissements cliniques du pays, le nombre de sites administrant des médicaments a été multiplié par trois et la couverture des traitements a passé de 9,4% à 16,4% (Gimbel et al., 2007). Les programmes adoptant une approche de la fourniture de services VIH axée sur les personnels infirmiers en Haïti et au Rwanda signalent peu de pertes dans le suivi médical, des taux élevés de réussite du traitement et des niveaux de mortalité qui sont comparables à ceux des programmes antirétroviraux plus traditionnels (OMS, ONUSIDA & PEPFAR, 2008).

Afin de guider les efforts de renforcement des ressources humaines pour le VIH, l'OMS, l'ONUSIDA et l'initiative PEPFAR ont élaboré conjointement des directives détaillées relatives au transfert de tâches. Ces directives traitent des mécanismes de garantie de qualité et autres questions connexes. Le transfert de tâches n'est pas une panacée contre les faiblesses infrastructurelles qui freinent l'élargissement des traitements, mais une des approches parmi d'autres qui doivent être poursuivies, par exemple l'augmentation de la rémunération des professionnels de la santé dans les milieux pauvres en ressources et l'amélioration de l'éducation et de la formation médicales.

une amélioration de la capacité de diagnostic dans les milieux aux ressources restreintes aidera les cliniciens à maximiser l'impact et la viabilité de la thérapie antirétrovirale. Le besoin de tests virologiques pour diagnostiquer le VIH chez les enfants exposés à la naissance a des implications particulières pour la capacité des laboratoires locaux. L'expérience a démontré la faisabilité de la mise en place des tests de détermination des CD4 et de la charge virale dans

des milieux aux ressources limitées et l'expansion de ces tests constitue une importante priorité de santé (OMS, 2007a).

Il existe plusieurs méthodes pour mesurer les CD4, y compris un test nouveau, simple et peu coûteux qui pourrait être particulièrement bien adapté aux petits établissements qui n'ont pas les capacités de laboratoire suffisantes (Srithanaviboonchai et al., 2008). La Fondation Clinton a négocié des

réductions de prix jusqu'à 80% auprès des principaux fabricants de techniques permettant de déterminer les CD4 et la charge virale.

Garantir des médicaments antirétroviraux abordables

Dans de nombreux pays lourdement affectés par le VIH – y compris le Kenya, le Malawi, le Nigéria et la Zambie – la dépense annuelle pour les soins de santé de tous ordres est inférieure à US\$ (PPA) 100 par personne (PNUD, 2007). Dans les milieux où les ressources pour la santé sont très limitées, de nombreux médicaments sont considérés comme trop coûteux pour être systématiquement utilisés (Steinbrook, 2007). Jusqu'ici ceci était particulièrement le cas pour les nouveaux médicaments brevetés mis au point par des entreprises pharmaceutiques dans les pays à revenu élevé.

Comme dans de nombreux autres domaines, la riposte au VIH a contribué à trouver de nouveaux moyens d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Grâce à la pression des activistes, à l'émergence de la concurrence des fabricants de génériques et à des négociations directes de l'ONUSIDA et d'autres partenaires avec les entreprises pharmaceutiques, les prix des principaux médicaments antirétroviraux ont nettement baissé au cours des 10 dernières années. Un système de fixation des prix, préconisé depuis longtemps par les experts de la santé mondiale mais rarement mis en pratique, a été mis en place sous l'appellation de « prix différenciés », c'est-à-dire que les entreprises fixent des prix différents selon les capacités de paiement d'un pays. Cette nouvelle approche dans la fixation des prix a libéré des ressources considérables pour les services de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Par exemple, on estime que le Brésil a économisé à peu près US\$ 1 milliard entre 2001 et 2005 grâce à la fabrication interne de huit antirétroviraux génériques et à la négociation d'une baisse des prix auprès des fabricants (Nunn et al., 2007). Les gouvernements nationaux de 94% des pays connaissant des épidémies généralisées et 61% des pays à épidémies concentrées indiquent disposer de politiques nationales d'utilisation des médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour promouvoir l'accès aux antirétroviraux (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Les prix ont été réduits suite à l'adoption de règles du commerce international qui permettent une application flexible des dispositions légales relatives à la propriété intellectuelle en ce qui concerne les médicaments nécessaires pour résoudre des problèmes de santé publique graves. Selon les règles en vigueur, les pays peuvent délivrer des licences obligatoires pour des médicaments brevetés lorsque leur accès est indispensable à la protection de la santé publique.

De plus, l'existence d'une industrie pharmaceutique générique florissante dans des pays tels que l'Afrique du Sud, le Brésil, l'Inde et la Thaïlande a exercé une pression sur les prix et élargi la gamme des options abordables pour les programmes nationaux de traitement. L'Inde, le plus important fournisseur de médicaments aux pays à revenu faible ou intermédiaire, exporte deux tiers des médicaments qu'elle fabrique (Steinbrook, 2007).

Le cadre mondial actuel de la propriété intellectuelle n'a pas empêché l'émergence de controverses et d'incertitudes. En 2007, par exemple, une dispute publique a eu lieu entre la Thaïlande et Abbott Laboratories après que le pays eut annoncé son projet de délivrer des licences obligatoires pour l'utilisation du médicament antirétroviral de cette entreprise, le lopinavir-ritonavir. Cette décision de la Thaïlande faisait suite à l'échec des négociations de son gouvernement avec Abbott sur un prix abordable pour le médicament. Par ailleurs, depuis 2005, l'Inde délivre des brevets, comme l'exige l'Organisation mondiale du Commerce. Le fait que ce changement puisse finir par pousser les prix vers le haut en empêchant l'industrie générique indienne de produire des médicaments antirétroviraux essentiels est préoccupant.

En dépit des avancées de ces dernières années dans la fixation des prix, de nouvelles baisses du prix d'achat des antirétroviraux seront nécessaires pour accélérer l'élargissement des traitements. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les médicaments antirétroviraux de deuxième et troisième intentions, qui coûtent considérablement plus cher que les médicaments de première intention dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Même si 4% seulement des malades sous thérapie antirétrovirale dans 23 pays étudiés par l'OMS étaient sous traitement de deuxième intention en 2006 (OMS, 2007a), le besoin de thérapies de deuxième intention va s'accroître avec le temps. On estime à 3% chaque année le nombre de patients suivant un traitement antirétroviral de première

intention – environ 180 000 personnes en 2008 – qui devront passer à un traitement de deuxième intention (OMS, 2006b). A la suite de négociations avec les principaux fabricants de médicaments génériques, la Fondation Clinton et UNITAID ont annoncé en mai 2007 des réductions importantes du prix de 16 différentes formulations de huit médicaments antirétroviraux de deuxième intention. L'OMS a publié des conseils aux pays sur les critères à employer dans la sélection des traitements de deuxième intention, critères qui seront utilisés dans les directives nationales relatives aux traitements (OMS, 2007a).

Même si des progrès majeurs ont été réalisés, des défis impressionnants restent à relever si le monde veut parvenir à l'accès universel. Cependant, l'expérience acquise lors de cette dernière décennie montre que ces défis peuvent être surmontés. Comme l'explique le Chapitre 7, soutenir la riposte à long terme nécessitera un engagement politique fort, de plus grandes ressources encore, un accroissement des capacités nationales et l'implication active de toutes les parties prenantes, en particulier les personnes vivant avec le VIH.

Données pour l'action

Prend-on les bonnes mesures ?

- Tous les pays ont une politique nationale ou stratégie pour promouvoir le traitement, la prise en charge et le soutien complets en matière de VIH.
- Presque tous les pays (85%) connaissant des épidémies généralisées et 52% des pays connaissant des épidémies concentrées indiquent disposer d'évaluations fiables et avoir projeté les besoins à venir des personnes nécessitant une thérapie antirétrovirale.
- Les gouvernements nationaux de 92% des pays à revenu faible ou intermédiaire rapportent que leurs politiques actuelles permettent la fourniture gratuite de médicaments antirétroviraux.

Les bonnes mesures sont-elles prises de la bonne manière ?

- De manière générale, les femmes bénéficient d'une couverture par la thérapie antirétrovirale plus étendue que les hommes, alors que les enfants n'ont eux qu'une couverture bien plus restreinte que les adultes et adolescents dans les pays connaissant des épidémies généralisées, là où le poids de la maladie est le plus lourd.
- Des informateurs non gouvernementaux rapportent que de nombreux pays (40%), y compris la plupart des pays d'Europe orientale, d'Asie centrale, du Sud et du Sud-Est, et d'Amérique du Nord ont des lois, réglementations et politiques qui entravent l'accès des consommateurs de drogues injectables aux services liés au VIH.
- Les services de traitement du VIH et de la tuberculose n'ont pas été réellement intégrés dans la plupart des pays où un grand nombre de personnes sont infectées à la fois par le VIH et la tuberculose. Les gouvernements nationaux indiquent que 42% seulement des pays à épidémies généralisées ont mis en œuvre un dépistage systématique de la tuberculose chez les patients séropositifs au VIH et 27% seulement d'entre eux fournissent une thérapie préventive de la tuberculose dans toutes les régions qui en ont besoin; les rapports non gouvernementaux indiquent que ces deux services ne sont largement disponibles que dans 24% des pays à épidémies généralisées.

Ces actions ont-elles été suffisamment étendues pour faire la différence ?

- A fin 2007, trois millions de personnes avaient eu accès à des médicaments antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, soit 31% du besoin mondial estimé et une amélioration de 45% par rapport à 2006.
- Le nombre de décès dus au sida a commencé à décliner, en partie grâce à l'amélioration de l'accès au traitement. Cette amélioration de l'accès augmente aussi la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.
- Seuls 32% des cas de tuberculose incidente chez des personnes vivant avec le VIH ont bénéficié d'un double traitement pour leur infection à VIH et leur tuberculose en 2007.