

# Prise en charge du VIH dans les pays à ressources limitées : sept défis

*Serge Eholié  
CHU de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire)*

**Si de grands succès ont été obtenus en matière de traitements antirétroviraux (ARV) dans les pays à ressources limitées, de nombreux défis demeurent.**

L'accessibilité aux thérapies ARV efficaces a débuté dans les pays à revenus faibles ou moyens à la fin des années 1990. De 1998 à 2001, ont eu lieu des initiatives pilotes de l'Onusida (en Côte d'Ivoire, au Chili, en Ouganda, au Vietnam), nationales (au Sénégal) ou d'ONG (Médecins sans frontières, notamment). Celles-ci ont clairement démontré la faisabilité et l'efficacité des multithérapies antirétrovirales dans le contexte des pays à ressources limitées<sup>1</sup>. De 2001 à 2011, les différents programmes pays ou ONG avec des grandes cohortes de patients sous ARV ont confirmé ces résultats probants.

Les succès obtenus sont matérialisés par<sup>2</sup> :

- le nombre croissant de patients bénéficiant du traitement ARV (fin juin 2010, 6,6 millions de personnes sous ARV au Sud dont 4,5 millions en Afrique subsaharienne) ;
- la décentralisation large avec une offre de prise en charge par les ARV étendue en zone urbaine et rurale (19000 centre de prise en charge au Sud) ;

– l'impact des ARV sur la réduction de la morbidité et la mortalité ;

– la réduction du coût des molécules, la disponibilité des génériques et la mobilisation financière permettant une gratuité du traitement dans la quasi-totalité des pays du Sud.

## **Défi n°1 : assurer un financement pérenne**

Le premier défi est le maintien et l'augmentation des financements. Dans la majorité des pays du Sud, ils sont assurés par le partenariat extérieur. Les principaux bailleurs sont le Pefar [plan américain de lutte contre le sida en Afrique] et le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Ce soutien indispensable constitue malheureusement le talon d'Achille de la lutte contre le sida au Sud. Paradoxalement, alors que les besoins augmentent, depuis 2010 les ressources financières diminuent. La pérennisation représente un défi majeur. Les états du Sud doivent combler les déficits financiers constatés sur le terrain. Ils doivent répondre aux promesses

1 - Katzenstein D, Laga M, Moatti JP, « The evaluation of the HIV/AIDS Drug access initiatives in Côte d'Ivoire, Senegal and Uganda: how access to antiretroviral treatment can be feasible in Africa », AIDS 2003, 17: S15-7

2 - OMS, Onusida, Unicef, Towards Universal Access, Progress Report 2010

d'augmentation de la part du budget alloué à la lutte contre le VIH. Ils doivent aussi mobiliser les ressources « endogènes » en sensibilisant et en impliquant la société civile et le secteur privé. Mais dans le même temps, les bailleurs du Nord doivent maintenir voire augmenter leur contribution aux financements de la lutte contre le VIH au Sud.

## **Défi n°2 :** **augmenter la couverture en antirétroviraux**

46

Il apparaît essentiel d'augmenter les files actives de patients recevant des ARV au Sud. On observe des disparités régionales entre les pays. Rien qu'en Afrique subsaharienne, la couverture est de plus de 60 % en Afrique australe et orientale, et de moins de 45 % en Afrique orientale et centrale. Plus préoccupantes encore, les différences criantes au sein des régions. La question de la couverture sera d'autant plus cruciale si l'on applique le seuil de moins de 350 CD4/ml recommandé par l'OMS en 2010<sup>3</sup> pour débiter le traitement ARV. Le nombre de patients éligibles pourrait augmenter de 25 à 35 % au total, avec des situations variables selon les pays.

## **Défi n°3 :** **réduire la morbidité sévère et la mortalité sous ARV**

Les données de cohorte indiquent qu'en Afrique subsaharienne, la mortalité chez les adultes sous ARV varie entre 7 % et 30 %. Elle est surtout retrouvée dans les 12 premiers mois suivant l'initiation du traitement. Les principaux facteurs de risque sont le stade clinique avancé (stade 3-4 OMS, stade C CDC), l'immunodépression sévère (moins de 200 CD4/mm<sup>3</sup>) et une charge virale supérieure à 5 logs. Des études récentes ont clairement démontré que débiter les ARV à moins de 350 CD4 réduit de 75 % de la mortalité en comparaison au seuil 200 CD4. La question du seuil idéal reste posée : moins de 350 CD4/mm<sup>3</sup> tel que recommandé par l'OMS, moins de 500 CD4 comme proposé dans les pays développés ou plus de 500 CD4 comme cherchent à le démontrer des études en cours ? Autre point important : réduire la morbi-mortalité chez les personnes prises en charge tardivement. Pour cela, il

faut améliorer la prise en charge avec un accès renforcé voire universel pour le diagnostic et le traitement des affections classant sida et des maladies infectieuses sévères non classantes.

## **Défi n°4 :** **mettre œuvre les recommandations 2010 de l'OMS**

En rehaussant le seuil de mise sous traitement à 350 CD4 et en demandant l'abandon de la stavudine, ces recommandations rendent plus prégnante encore la nécessité d'accroître les ressources financières et humaines disponibles. L'utilisation en routine de la charge virale est une priorité pour un monitoring adéquat des personnes, évitant des passages en 2<sup>e</sup> ligne injustifiés (diagnostic par excès) ou au contraire trop tardifs (qui permettent l'émergence de résistances au INTI). Ces passages trop tardifs mettent en péril les 2<sup>es</sup> lignes qui deviennent trop souvent des monothérapies fonctionnelles. Il est important de réduire les coûts, via les génériques notamment, et assurer les conditions d'une utilisation au point de prise en charge (*point of care*). Les 3<sup>es</sup> lignes sont encore 8 à 10 fois plus chères, très peu accessibles, et d'utilisation difficile en raison de la non disponibilité des tests de résistance génotypiques (lire p. 48-50).

## **Défi n°5 :** **assurer une prise en charge au long cours de qualité**

Entre 10 et 30 % des patients suivis au Sud sont exposés depuis plus de 5 ans aux ARV. En Afrique subsaharienne, le nombre de personnes vivant avec le VIH âgées de plus de 50 ans est de 3 millions. C'est 14 % de la population globale des adultes séropositifs ! Vivre et vieillir avec le virus nécessite un suivi plus renforcé que le bilan minimal recommandé par l'OMS (dosage de l'hémoglobine, de la créatinine et des transaminases). Mais la majorité des programmes ne disposent pas des outils pour assurer un suivi de qualité aux personnes sous ARV, ou âgées de plus de 50 ans. Ces personnes doivent bénéficier des moyens de diagnostic et de traitement des complications métaboliques, cardio-vasculaires, osseuses, et des maladies non transmissibles telles que les cancers. Les défis de la prise en charge au long

3 – OMS, « Antiretroviral therapy for HIV Infection in adults and adolescents, recommandations 2010 »  
<http://www.who.int>

cours de qualité sont d'améliorer le monitoring des patients, de favoriser l'observance aux ARV, de prévenir et prendre en charge les effets indésirables au long cours, de diagnostiquer et traiter la morbidité non classante en particulier les cancers.

### Défi n°6 :

#### améliorer le maintien dans le soin

Indicateur-clé, le maintien dans le soin est insuffisamment pris en compte. En Afrique subsaharienne, le nombre de perdus de vue augmente au cours des deux premières années suivant l'initiation du traitement ARV (rétention de 80-85 % à six mois, 75-80 % à un an, 65-70 % à deux ans). Les études montrent que le taux de perdus de vue est généralement surestimé, alors que la mortalité précoce, principale cause de mauvaise rétention, est sous-estimée. Un autre facteur est l'insuffisance des ressources allouées à la prise en charge. Les fonds sont majoritairement consacrés aux ARV, très peu au suivi biologique. Mais rares sont la subvention ou la gratuité du diagnostic et du traitement des affections opportunistes, de la gestion des effets indésirables voire des déplacements des patients. Ces composantes d'une véritable prise en charge globale de l'infection à VIH représentent entre 50 et 75 % des dépenses des ménages liés au VIH/sida. Difficultés de déplacement, délais d'attente pour la prise en charge, difficultés logistiques dans les centres sont des obstacles majeurs. Par ailleurs, la rétention des patients suppose celle du personnel soignant sur les sites de traitement. Mais un nombre important de praticiens formés partent pour des ONG aux salaires plus attractifs. Et lorsque les soignants restent dans les sites, leur présence physique est parfois virtuelle, en raison des multiples formations et surtout de la course aux per diem. La « perdiemite » aigüe est une maladie émergente touchant les personnels de santé en Afrique subsaharienne.

### Défi n°7 :

#### réagir aux événements imprévus

Les pays à ressources limitées sont les endroits de la planète où surviennent la majorité des crises humanitaires. Ces événements imprévus sont des catastrophes naturelles (tremblements de terre à

Haïti par exemple) ou des perturbations climatiques (inondations ou sécheresse comme actuellement en Afrique de l'Est). Ou des crises socio-politiques pré ou post-électorales. Conséquence majeure : la relégation au second plan de la lutte contre le VIH, compromettant en un court laps de temps des succès obtenus en 10 à 15 ans.

### Conclusion

Des succès considérables ont été obtenus après plus de 10 années de prise en charge de l'infection à VIH dans les pays à ressources limitées. Les défis pour maintenir les résultats obtenus engagent tous les acteurs de la lutte contre le sida dans les pays du Sud. Nous avons tous un devoir moral envers les personnes vivant avec le VIH, les acteurs de soins et les scientifiques qui ont ouvert la voie. Pour citer Kevin De Cock, il y a beaucoup plus à admirer chez ces militants de la lutte contre le VIH qu'à désespérer. – Serge Eholié