

CHAPITRE 4



TRAITEMENT DU VIH

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- 1,2 million de personnes supplémentaires ont reçu une thérapie antirétrovirale en 2009, ce qui a porté le nombre total de personnes sous traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire à 5,2 millions, soit une augmentation de 30% par rapport à 2008.
 - À la fin de 2009, 36% (environ 5,2 millions) des 15 millions de personnes qui en avaient besoin dans les pays à revenu faible ou intermédiaire recevaient une thérapie antirétrovirale.
 - Moins de personnes meurent de causes liées au sida. Environ 14,4 millions d'années de vie ont été gagnées par la thérapie antirétrovirale depuis 1996.
 - Environ 50% des femmes enceintes séropositives ont subi un examen permettant de savoir si elles remplissaient les critères pour recevoir une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé.
 - Les enfants et les populations marginalisées (comme les consommateurs de drogues injectables) sont moins susceptibles de recevoir une thérapie antirétrovirale que la population générale.
 - Tandis que des progrès ininterrompus sont accomplis dans l'élargissement de l'accès aux services liés au VIH pour les personnes atteintes de tuberculose, le pourcentage de ces personnes ayant subi un test VIH en 2009 restait bas, à 26%. Les progrès en matière d'élargissement des services contre la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH sont aussi très lents.
 - Les enfants rendus orphelins par le sida étaient presque aussi susceptibles d'être scolarisés que les autres enfants.
 - L'accès à des services de soins palliatifs et de soins à domicile pour les personnes vivant avec le VIH reste inégal.
-

» **Plus de personnes recevaient une thérapie antirétrovirale dans toutes les régions en 2009.**

Des avancées vers l'accès universel aux services de traitement, de soins et d'appui ont été une réalisation importante en 2009, surtout si l'on considère les problèmes considérables qui accompagnaient la stagnation du financement mondial pour les programmes de VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans toutes les régions du monde, plus de personnes reçoivent une thérapie antirétrovirale que jamais auparavant. Les progrès vers les objectifs d'accès universel restent toutefois nuancés, avec des gains plus substantiels dans certains environnements et pour certains aspects de traitement, de soins et d'appui que d'autres.

En décembre 2009, on estimait que 5,2 millions de personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale (1). Cela représentait une augmentation de 1,2 million de personnes, ou 30 %, par rapport au nombre de personnes traitées un an auparavant.

En Afrique subsaharienne, près de 37 % [34 % – 40 %] des personnes qui remplissaient les critères pour recevoir un traitement avaient accès à des médicaments assurant la survie en 2009. Pareillement, 42 % [35 % – 47 %] en Amérique centrale et du Sud, 51 % [40 % – 60 %] en Océanie, 48 % [42 % – 55 %] aux Caraïbes et 19 % [15 % – 21 %] en Europe orientale et en Asie centrale avaient accès à ce traitement. L'augmentation du nombre de personnes recevant une thérapie antirétrovirale en 2009 était presque la même en Europe orientale (34 %), en Afrique subsaharienne (33 %), en Asie (29 %) et aux Caraïbes (30 %). Seules l'Amérique centrale et du Sud (6 %), où la couverture de thérapie antirétrovirale était déjà élevée, avaient un taux d'augmentation de l'accès nettement plus bas en 2009. La couverture de la thérapie antirétrovirale pour les enfants est plus basse que pour les adultes ; peu de femmes enceintes étaient évaluées en vue de recevoir une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé ; des données limitées montrent une couverture basse pour les populations clés plus exposées au risque d'infection. La couverture doit être plus équitable.

Le nombre d'établissements de santé offrant une thérapie antirétrovirale a augmenté de 36 % en 2009, et selon les données fournies par 99 pays, le nombre moyen de personnes recevant une thérapie antirétrovirale par établissement est passé de 260 en 2008 à 274 en 2009.

En 2010, l'OMS a publié une révision des directives de traitement (2), recommandant une initiation plus précoce de la thérapie antirétrovirale à une numération de CD4 de moins de 350 cellules/mm³. Ces nouveaux critères ont augmenté le nombre total de personnes pouvant recevoir une thérapie antirétrovirale d'environ 50 % – de 10 millions à 15 millions en 2009.

Au moins la moitié de tous les adultes qui répondaient aux critères pour recevoir un traitement (CD4 <350 cellules/mm³) recevaient une thérapie antirétrovirale

dans 29 des 109 pays à revenu faible ou intermédiaire pour lesquels on possédait des données en décembre 2009. Huit pays – le Botswana, le Cambodge, la Croatie, Cuba, la Guyane, la Namibie, la Roumanie et le Rwanda – ont réalisé une couverture de thérapie antirétrovirale de 80 % ou plus.

Parmi les 19 des 25 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH, le Rwanda a réalisé une couverture de 88 % des adultes, le Botswana de 83 % et la Namibie de 76 %. Onze pays (le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana, l'Inde, l'Indonésie, le Mozambique, l'Afrique du Sud, la République-Unie de Tanzanie, le Viet Nam et le Zimbabwe) ont une couverture inférieure à 40 %. L'Indonésie et l'Ukraine ont indiqué que moins de 20 % des adultes qui répondaient aux critères pour recevoir une thérapie antirétrovirale en bénéficiaient (Tableau 4.1).

Les enfants ont moins accès à la couverture de thérapie antirétrovirale que les adultes

Le nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans recevant une thérapie antirétrovirale a augmenté d'environ 80 000 (ou 29 %) en 2009, passant de 275 000 à 354 000. Les

37%

En Afrique subsaharienne, proportion des personnes remplissant les critères pour recevoir un traitement et qui avaient accès à des médicaments assurant la survie en 2009.

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA RÉVISION DE 2010 DES DIRECTIVES DE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL DE L'OMS

Un début plus précoce de la thérapie antirétrovirale : démarrer une thérapie antirétrovirale quand le seuil de CD4 est inférieur à 350 cellules/mm³.

Une utilisation d'options moins toxiques et plus proches des patients : réduire le risque d'événements indésirables et améliorer l'adhérence par l'utilisation de médicaments moins toxiques et de combinaisons de thérapie antirétrovirale de dose fixe.

Une amélioration de la gestion des coinfections entre le VIH et la tuberculose ou l'hépatite B : démarrer la thérapie antirétrovirale chez toutes les personnes vivant avec le VIH, qui sont atteintes de tuberculose active et d'une hépatite chronique active, quelle que soit la numération des CD4.

La promotion d'une utilisation stratégique du suivi en laboratoire : utiliser le suivi en laboratoire des numérations de CD4 et de la charge virale pour améliorer l'efficacité et la qualité du traitement du VIH et des soins.

Tableau 4.1

Couverture de traitement pour les adultes et les enfants, 2009 (directives de l'OMS 2006 et 2010)

Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les adultes et les enfants dans 25 pays qui ont le plus de personnes vivant avec le VIH, 2009, basée sur les directives de l'OMS de 2006 et 2010.

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.

	Enfants ^d			Couverture parmi les adultes, Directives 2010 (CD4 350) ^c			Couverture parmi les adultes, Directives 2006 (CD4 200) ^c		
	Estimations ponctuelles ^a	Basse	Haute	Estimations ponctuelles	Basse	Haute	Estimations ponctuelles	Basse	Haute
Botswana	90%	76%	>95%	83%	77%	>95%	>95%	>95%	>95%
Brésil ^b		65%	>95%		50%	89%		65%	>95%
Cameroun ^b	11%	8%	20%	30%	27%	34%	46%	40%	54%
Chine ^b		21%	74%		19%	38%		31%	67%
Côte d'Ivoire ^b	15%	10%	30%	29%	26%	32%	44%	38%	49%
République démocratique du Congo		9%	23%		15%	20%		22%	32%
Éthiopie ^b		14%	38%		52%	65%		72%	94%
Ghana	12%	8%	24%	25%	23%	29%	40%	34%	46%
Inde ^b		24%	59%		23%	27%		37%	45%
Indonésie		14%	48%	21%	14%	30%	34%	24%	58%
Kenya	32%	22%	59%	50%	46%	55%	72%	64%	81%
Lesotho	23%	17%	39%	50%	45%	54%	75%	65%	86%
Malawi	29%	21%	51%	48%	44%	54%	72%	62%	81%
Mozambique	14%	10%	26%	32%	29%	35%	51%	43%	59%
Nigéria	10%	7%	19%	23%	21%	25%	35%	30%	41%
Fédération de Russie ^b		17%	60%		16%	23%		27%	42%
Afrique du Sud	54%	41%	94%	36%	35%	37%	56%	49%	63%
Soudan ^{b,e}	2%	1%	4%						
Thaïlande		73%	>95%	61%	49%	77%	75%	61%	95%
Ouganda	18%	12%	33%	43%	38%	48%	62%	54%	72%
Ukraine		69%	>95%	9%	8%	10%	15%	13%	17%
République-Unie de Tanzanie	17%	11%	34%	32%	29%	35%	49%	43%	55%
Viet Nam		54%	>95%	33%	25%	44%	44%	35%	55%
Zambie	36%	26%	65%	68%	62%	76%	>95%	84%	>95%
Zimbabwe	30%	23%	50%	34%	32%	37%	52%	47%	57%

^a Estimations ponctuelles publiées par les pays qui ont des épidémies généralisées seulement.

^b Les estimations du nombre de personnes qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale, sont en cours de révision et seront ajustées, au besoin, selon la collecte et l'analyse courantes de données.

^c Les estimations de couverture sont basées sur les nombres estimés non arrondis du nombre d'adultes recevant une thérapie antirétrovirale et le besoin estimé non arrondi de thérapie antirétrovirale (selon les méthodes de l'ONUSIDA/OMS). L'étendue des estimations de couverture est basée sur les limites de plausibilité dans le dénominateur : c'est-à-dire, les estimations hautes et basses des besoins. Les estimations sont standardisées pour la comparabilité conformément aux méthodes de l'ONUSIDA/OMS.

^d Les estimations de couverture sont basées sur les nombres estimés non arrondis du nombre d'adultes recevant une thérapie antirétrovirale et le besoin estimé non arrondi de thérapie antirétrovirale (selon les méthodes de l'ONUSIDA/OMS). L'étendue des estimations de couverture est basée sur les limites de plausibilité dans le dénominateur : c'est-à-dire, les estimations hautes et basses des besoins.

^e Les données de couverture de thérapie antirétrovirale pour les adultes au Soudan ne sont pas disponibles pour 2009.

enfants continuaient à avoir moins un accès à la thérapie antirétrovirale que les adultes (couverture de 28 % pour les enfants par rapport à 37 % pour les adultes).

90 % (estimation) des enfants vivant avec le VIH dans le monde résident en Afrique subsaharienne. La couverture de thérapie antirétrovirale des enfants dans la région est légèrement inférieure à la moyenne mondiale, à seulement 26 %. Parmi les 25 pays qui ont le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH, seul le Botswana indiquait une couverture des enfants par thérapie antirétrovirale supérieure à 80 % (Tableau 4.1).

Un certain nombre de pays signalait une couverture nettement plus basse de thérapie antirétrovirale pour les enfants que pour les adultes. La couverture des adultes est supérieure dans 12 des 14 pays à forte charge pour lesquels on possède des estimations de couverture pour adultes et enfants. Dans six pays, la couverture de la thérapie antirétrovirale des enfants est inférieure à celle de la moitié des adultes, avec des différences très grandes dans les pays comme le Cameroun (30 % des adultes contre 11 % des enfants), le Mozambique (32 % contre 12 %) et en Ouganda (43 % contre 18 %). Par contre, deux des 12 pays (l'Afrique du Sud et le Botswana) signalent une couverture de thérapie antirétrovirale plus grande pour les enfants que pour les adultes.

Très peu de femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé

L'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH a augmenté entre 2008 et 2009, mais toujours peu de femmes enceintes vivant avec le VIH sont testées pour leur propre santé. La proportion de femmes enceintes séropositives qui ont été évaluées en vue de recevoir une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé a augmenté, passant de 34 % à 51 %. Seulement 15 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dont le statut séropositif est détecté lors de services de santé maternelle ont aussi reçu une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé au même moment.

Dans les 12 pays à prévalence élevée qui indiquaient un accès à la thérapie antirétrovirale pour les femmes enceintes en 2007 et en 2009, le nombre total de femmes enrôlées dans un traitement a plus que doublé, passant de 18 000 à 37 000. Au Swaziland, un effort important pour offrir une thérapie antirétrovirale dans le cadre de santé maternelle et infantile a fait passer le nombre de femmes commençant une thérapie de 259 en 2007 à 1844 en 2009.

L'accès à la thérapie antirétrovirale échappe aux populations marginalisées

Peu de données sont disponibles en ce qui concerne l'accès à la thérapie antirétrovirale par les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogue injectable. La plupart des pays ne collectent pas ce genre de données. Par exemple, en Europe orientale et en Asie centrale, seuls quatre des douze pays collectent ces données. De nombreux pays d'Asie, d'Amérique centrale et du Sud, et d'autres régions indiquent que les attitudes négatives de la part des agents de santé dissuadent souvent les personnes exposées à un risque élevé d'infection à VIH de demander des services de traitement (4). D'autres obstacles à l'accès à la thérapie antirétrovirale comprennent, dans de nombreux pays qui ont de grandes populations de personnes nées hors des frontières nationales, des lois qui limitent l'accès à la thérapie antirétrovirale à leurs citoyens (5). Selon les rapports nationaux à l'ONUSIDA (6), de nombreux systèmes pénitentiaires limitent l'accès à la thérapie antirétrovirale.

15%

15 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dont le statut séropositif est détecté lors de services de santé maternelle et infantile ont aussi reçu une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé au même moment.

Des 21 pays qui ont des données de couverture de thérapie antirétrovirale pour les personnes vivant avec le VIH qui consomment des drogues injectables, 14 pays traitent 5 % ou moins de ces personnes (7). Dans seulement neuf pays, le traitement atteint plus de 10 % des personnes vivant avec le VIH qui consomment des drogues injectables.

La rétention du traitement est possible et peut être réalisée

De nouvelles données apportent des preuves solides que des taux élevés de rétention de la thérapie antirétrovirale sont possibles. Parmi les pays pour lesquels des données sont disponibles, 26 indiquent qu'au moins 95 % des personnes reçoivent toujours un traitement un an après avoir commencé une thérapie antirétrovirale. Parmi les 25 pays qui ont le nombre le plus élevé de personnes vivant avec le VIH, le Botswana, le Brésil et le Cameroun indiquent que 90 % ou plus restaient en traitement un an après son début. Le Ghana, l'Inde, le Kenya, le Lesotho, la Thaïlande, l'Ouganda, l'Ukraine et le Viet Nam indiquent tous retenir au moins 80 % des personnes en traitement pendant un an au moins. Le Soudan indique un taux de rétention de 12 mois de 56 % et le Tchad de seulement 47 %.

« DE NOUVELLES DONNÉES APPORTENT DES PREUVES SOLIDES QUE DES TAUX ÉLEVÉS DE RÉTENTION DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE SONT POSSIBLES. PARMI LES PAYS POUR LESQUELS DES DONNÉES SONT DISPONIBLES, 26 INDIQUENT QU'AU MOINS 95 % DES PERSONNES REÇOIVENT TOUJOURS UN TRAITEMENT UN AN APRÈS AVOIR COMMENCÉ UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE. »

Une des raisons possibles pour les taux de rétention de traitement inférieurs est le début du traitement à un stade plus avancé de la maladie à VIH et la mort prématurée de la personne recevant le traitement. Des témoignages montrent que les taux de rétention doivent être améliorés, au moins en partie, par des efforts continus de début plus précoce du traitement du VIH. La rétention à long terme en traitement est cruciale pour le bilan de santé et de nombreuses personnes sont perdues de vue pendant la première année. La perte de vue dans les programmes de thérapie antirétrovirale a tendance à augmenter dans le temps.

Au Malawi, pays qui a rapidement élargi sa thérapie antirétrovirale ces dernières années, les données suggèrent que 70 % des personnes qui ont commencé un traitement sont toujours enregistrées comme étant « en traitement » après 24 mois, passant à environ 55 % après 48 mois (Figure 4.1). Au Burundi et en République centrafricaine, le taux de rétention de 48 mois va de 60 à 70 %, tandis qu'au Botswana, il dépasse 80 %. Cependant, les taux de rétention peuvent ne pas toujours être comparables, car certains pays peuvent donner les données des hôpitaux tertiaires seulement, indiquer la survie plutôt que la rétention ou indiquer par erreur comme perdus de vue des patients transférés vers d'autres sites de traitement.

Il faut une meilleure compréhension des facteurs qui diminuent la rétention à long terme, et de nouvelles stratégies sont nécessaires pour améliorer la rétention dans les programmes de thérapie antirétrovirale. Les facteurs possibles qui limitent la rétention du traitement comprennent les contraintes dans les systèmes de santé et de communauté, comme des programmes de traitement trop centralisés qui limitent l'accessibilité géographique, le manque d'agents de santé, la pénurie de médicaments, et le peu de connaissances de traitement par la communauté.

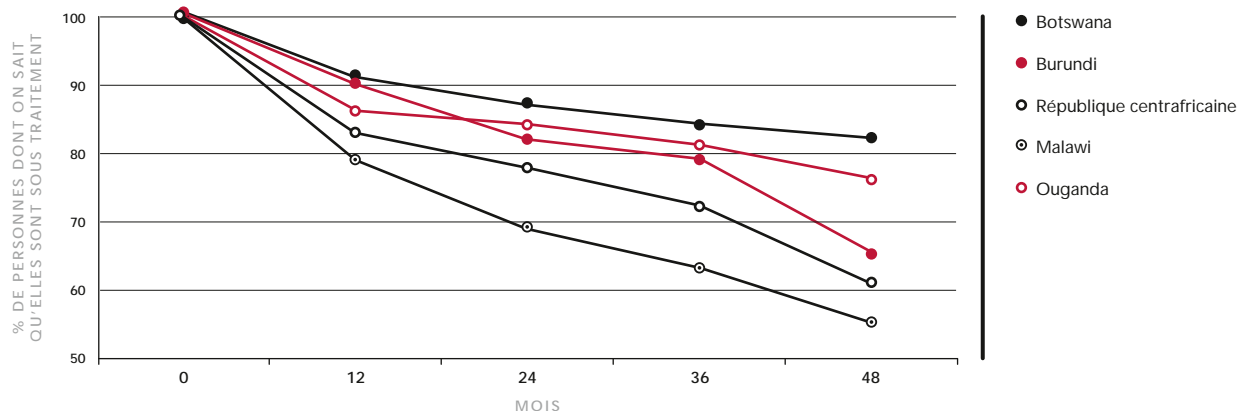
Les systèmes de santé sont mis à l'épreuve par le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH, et en bénéficient

Dans beaucoup de pays, les systèmes de santé surchargés luttent vaillamment pour répondre aux difficultés posées par le VIH, y compris le manque d'agents de santé, des programmes centralisés, des prestations de services fragmentées plutôt qu'intégrées et holistiques, et des systèmes d'achat et approvisionnement faibles. Cela est particulièrement vrai pour les systèmes en Afrique subsaharienne qui doivent prendre en charge deux tiers des personnes vivant avec le VIH, mais n'ont que 3 % des prestataires de soins de santé dans le monde (8). Les difficultés associées avec la capacité du système de santé ne sont toutefois pas limitées à l'Afrique subsa-

Figure 4.1

Rétention d'adultes dans la thérapie antirétrovirale dans certains pays, 0–48 mois, 2009

Source : Sur la voie de l'accès universel, OMS 2010.



harienne. Des pays d'Asie, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord indiquent qu'un nombre inadéquat d'agents de santé capables de fournir une thérapie antirétrovirale empêche l'élargissement de traitement.

En réaction, plusieurs pays ont mis en place des stratégies novatrices pour élargir la capacité des systèmes de santé pour aborder le VIH et autres difficultés. Elles incluent l'accroissement de l'utilisation de partenaires de la société civile pour gérer les établissements de soins de santé, d'autres formes de transfert de tâches dans des cadres cliniques et des arrangements de jumelage institutionnel entre des cliniques locales et des institutions dans des pays à revenu élevé. Le manque de ressources humaines pour la santé a gravement entravé la mise en œuvre de la thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne. Les modèles actuels de mise en œuvre sont exigeants en hôpitaux et médecins. Une étude récente (9) a montré que le transfert de tâches, ou la délégation des tâches effectuées par des médecins au personnel de moindres qualifications, y compris les travailleurs non-professionnels et communautaires, est une stratégie efficace pour répondre aux manques de ressources humaines du domaine de la santé pour le traitement et la prise en charge du VIH.

L'Afrique du Sud utilise un modèle basé sur les infirmiers pour décentraliser la prestation de thérapie antirétrovirale et accélérer l'élargissement du traitement. Un essai clinique comparatif aléatoire qui a évalué l'efficacité du transfert de tâches pour la diffusion de la thérapie antirétrovirale dans les cliniques urbaines de Johannesburg et du Cap a montré que la thérapie antirétrovirale gérée par des infirmiers n'était pas inférieure à la thérapie antirétrovirale gérée par des médecins : les deux services de traitement avaient des résultats semblables de suppression virale, d'adhérence, de toxicité et de mort (10). De même, au Rwanda, les infirmiers déterminaient correctement l'admissibilité pour une thérapie antirétrovirale pour plus de 99 % des personnes

INNOVATION ET SOUPLESSE POUR ACCROÎTRE L'ACCÈS AUX ANTIRÉTROVIRAUX

LA COMMUNAUTÉ DES BREVETS DE MÉDICAMENTS

C'est en juillet 2008 qu'UNITAID, un mécanisme financier international pour la santé, a mis en place la Communauté de brevets sur les médicaments afin d'améliorer l'accès aux médicaments antirétroviraux plus récents par le biais de la création d'un « pot commun » de brevets et d'informations sur les antirétroviraux offerts par les entreprises productrices de médicaments.

La Communauté de brevets sur les médicaments cherche à améliorer l'accès au traitement en favorisant la réduction du prix des antirétroviraux existant, en stimulant la production de médicaments plus récents de première et de deuxième intention, et en augmentant le nombre d'entreprises génériques capables de produire ces médicaments.

Les National Institutes of Health (États-Unis d'Amérique) ont récemment annoncé qu'ils allaient partager les brevets avec la Communauté de brevets sur les médicaments. C'est la première fois qu'un détenteur de brevets partage une propriété intellectuelle sur les antirétroviraux avec la Communauté de brevets sur les médicaments créée il y a peu.

PROFITER LE PLUS DE L'ACCORD SUR LES ADPIC

La Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique adoptée par l'Organisation mondiale du commerce (la déclaration de Doha) souligne que l'Accord sur les ADPIC n'empêche pas et ne devrait pas empêcher les états de prendre des mesures pour protéger la santé publique et réaffirme leur droit d'utiliser complètement les dispositions de l'accord sur les ADPIC qui donnent la flexibilité dans un but de protection de la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments. La déclaration de Doha éclaire aussi certaines des flexibilités contenues dans l'accord sur les ADPIC, y compris que les autorités nationales sont libres de déterminer les motifs pour lesquels les licences sont accordées pour permettre l'achat et l'utilisation de produits qui sont protégés, corrigeant l'idée fautive qu'une urgence est nécessaire pour l'accord de licence obligatoire.

Bien que certains pays à revenu faible ou intermédiaire comme le Brésil, la Thaïlande et plus récemment l'Équateur ont utilisé la flexibilité mise à leur disposition selon l'accord sur les ADPIC et la Déclaration de Doha pour rendre les médicaments contre le VIH plus abordables, moins de pays ont profité de ces opportunités ces dernières années.

Certains pays à revenu faible ou intermédiaire passent toutefois des accords commerciaux bilatéraux et régionaux avec des pays à revenu élevé qui imposent une protection de propriété intellectuelle plus stricte que nécessaire selon l'accord sur les ADPIC et qui peuvent limiter leurs droits à promouvoir l'accès à des médicaments abordables contre le VIH et à d'autres produits pharmaceutiques dans leurs pays.

auscultées (11). Au Mozambique, les personnes vues par des agents de santé de niveau intermédiaire (après une formation de 2 ans et demi) étaient 30 % plus susceptibles d'obtenir une numération des CD4 six mois après le début de la thérapie antirétrovirale que ceux vus par des médecins, et étaient 44 % moins susceptibles d'être perdus de vue. Il n'y avait pas de différences notables de mortalité, de numération des CD4 faite à 12 mois ou de taux d'adhérence (12). Une étude au Malawi a montré que la formation de travailleurs non professionnels comme aides-pharmaciens réduisait les erreurs de prescription de 25 % en diminuant le poids sur le système (13). Dans la République démocratique du Congo, une étude (14) a examiné la concordance entre les décisions

des docteurs et des infirmiers pour commencer une thérapie antirétrovirale et a trouvé qu'ils étaient d'accord dans 95 % des cas.

Le transfert de tâches offre des soins de haute qualité et rentables pour plus de personnes qu'un modèle centré sur les médecins. Les difficultés principales dans la mise en œuvre comprennent une formation adéquate et durable, le soutien et la rémunération du personnel dans ses nouveaux rôles, l'intégration de nouveaux membres dans les équipes de soins de santé et le respect des réglementations. La mise en œuvre prudente du transfert de tâches doit être considérée quand les pénuries de ressources humaines sont une menace pour les programmes de déploiement.

Les déficiences systémiques dans l'achat des produits et la gestion des approvisionnements nuisent aux efforts de traitement dans beaucoup de pays. Parmi 94 pays répondant aux enquêtes, 38 % indiquent au moins une rupture de stock en médicaments en 2009 (1). La République islamique d'Iran, la Tunisie, le Yémen et plusieurs pays d'Amérique centrale et du Sud citent les interruptions d'approvisionnement comme obstacles importants à l'accès à la thérapie antirétrovirale (6). Dans le but d'empêcher les ruptures de stock, le Rwanda a proposé de convoquer un Système d'achats et de distribution coordonnés qui unisse le gouvernement national, les donateurs, les organisations internationales et d'autres partenaires à l'échelon national dans un effort commun pour assurer une fourniture ininterrompue de médicaments contre le VIH et autres produits (1).

Dans tous les systèmes de santé, l'élargissement de la prestation de thérapie antirétrovirale présente non seulement des difficultés, mais aussi des opportunités et des avantages qui s'étendent bien au-delà du VIH. Dans les milieux hyperendémiques où les personnes vivant avec le VIH représentent la majorité des patients hospitalisés ces dernières années, l'élargissement de la thérapie permet aux systèmes de santé d'aborder d'autres priorités sanitaires et réduit l'absentéisme et les morts parmi les agents de santé vivant avec le VIH. En outre, les améliorations d'infrastructure permises par le financement en matière de VIH – y compris la rénovation des cliniques, une meilleure capacité de laboratoires et des systèmes renforcés d'achat de produits et de gestion de l'approvisionnement – augmentent la disponibilité et la qualité des services de santé pour chacun, quel que soit son statut sérologique.

La réduction de la charge de VIH parmi les patients atteints de tuberculose

La tuberculose est une des principales causes de décès parmi les personnes vivant avec le VIH. En 2009, l'estimation était de 380 000 morts dues à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. En Afrique subsaharienne, région qui compte 78 % des personnes atteintes de tuberculose liée au VIH (1), la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose pouvait atteindre 80 % dans certains pays. Toutefois, seulement 79 000 (0,2 %) des personnes vivant avec le VIH recevaient une thérapie isoniazide préventive, un traitement qui peut fortement réduire le risque de contracter la tuberculose.

Selon les nouvelles directives publiées par l'OMS, les personnes atteintes de tuberculose vivant avec le VIH doivent recevoir une thérapie antirétrovirale, quelle que soit leur numération en CD4. En 2009, 1,6 million de personnes atteintes de la tuberculose (26 % du total) avaient reçu un test VIH, comparé à 22 % en 2008 et 4 % en 2003. Parmi les personnes testées, 450 000 étaient séropositives, 75 % de celles-ci recevaient du triméthoprime-sulfaméthoxazole et 37 % bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale. Deux des 21 pays les plus atteints par la tuberculose liée au VIH apportaient un traitement pour les deux maladies pour plus de la moitié des personnes qui en avaient besoin (Figure 4.2 et Figure 4.3).

« LA TUBERCULOSE EST UNE DES PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS PARMI LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH. EN 2009, L'ESTIMATION ÉTAIT DE 380 000 MORTS DUES À LA TUBERCULOSE PARMI LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH. »

Figure 4.2

Couverture des services de lutte contre la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, 2009

Les services de couverture avaient pour objectif de réduire la charge de tuberculose parmi 1000 personnes vivant avec le VIH dans le monde.

Source : estimations de l'ONUSIDA, *Sur la voie de l'accès universel*, OMS 2010 et *Rapport 2010 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*.

- Peuvent prétendre au traitement antirétroviral (441)
 - Connaissent leur statut VIH (333)
 - Sous traitement antirétroviral (158)
 - Nouveaux cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (33)
 - Ont subi un dépistage de la tuberculose (50)
 - Traitements antirétroviral et antituberculeux (5)
 - TPI (2)
- Le carré extérieur représente 1000 nouveaux cas de VIH

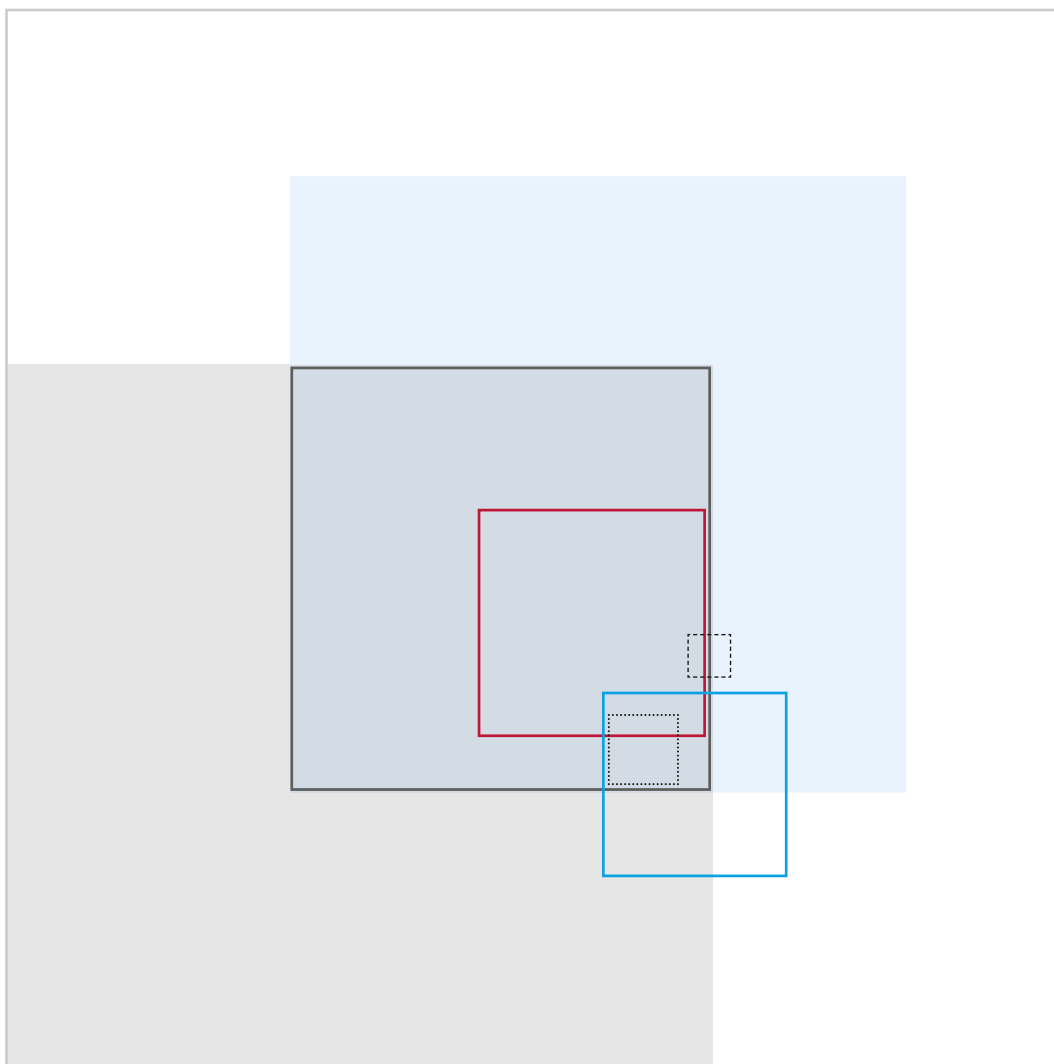


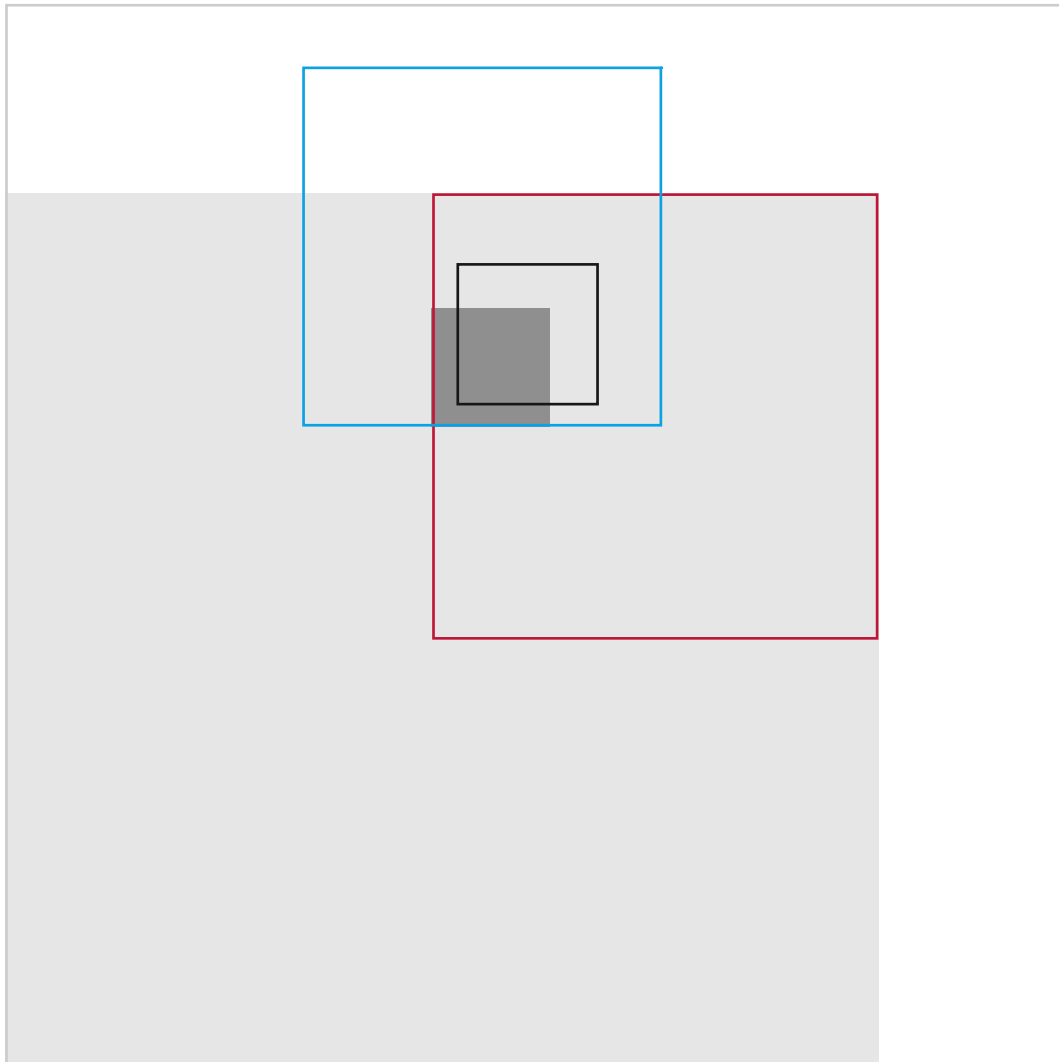
Figure 4.3

Couverture des services de lutte contre le VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose, 2009

Les services de couverture avaient pour objectif de réduire la charge du VIH parmi 1000 personnes atteintes de la tuberculose dans le monde.

Source : Rapport 2010 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde de l'OMS.

- Personnes chez qui la tuberculose a été diagnostiquée et qui sont inscrites dans un programme de lutte contre la tuberculose (656)
 - Personnes à qui on a proposé un test VIH (174)
 - Nouveaux cas de tuberculose positifs pour le VIH (117)
 - Personnes atteintes de la tuberculose séropositives au VIH sous traitement antirétroviral (15)
 - Personnes atteintes de la tuberculose séropositives au VIH sous cotrimoxazole (20)
- Le carré extérieur représente 1000 nouveaux cas de tuberculose



TRAITEMENT 2.0

Le Traitement 2.0 est une nouvelle approche qui vise à simplifier la procédure actuelle de fourniture des traitements contre le VIH et à élargir l'accès à des médicaments salvateurs. En associant différentes actions, cette approche pourrait permettre de diminuer les coûts liés aux traitements, de simplifier et d'améliorer les posologies thérapeutiques, d'atténuer la charge pesant sur les systèmes de santé, et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et de leur famille. Les modélisations indiquent que, grâce au Traitement 2.0, il serait possible d'éviter 10 millions de décès supplémentaires à l'horizon 2025 par rapport aux approches existantes en matière de traitement (Figure 4.4).

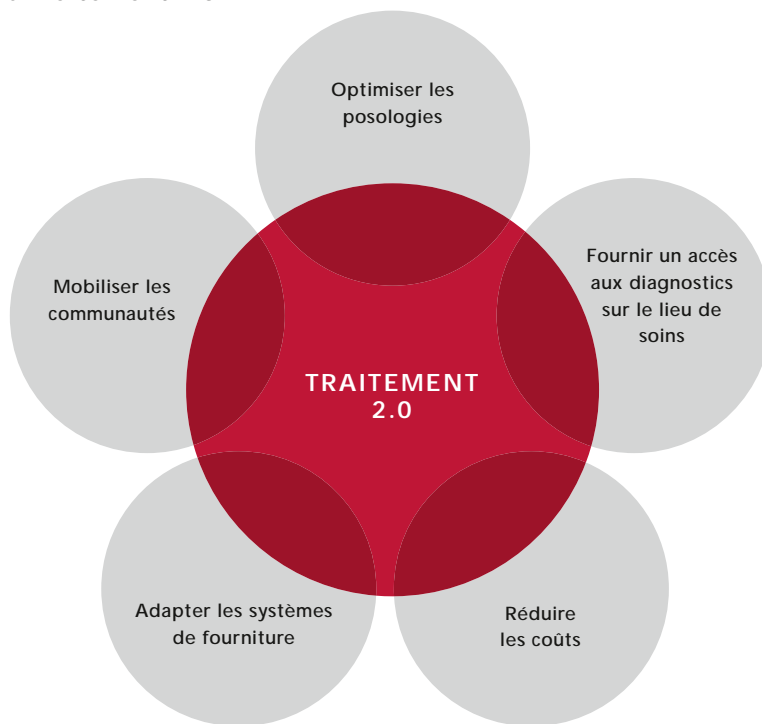
En outre, la nouvelle plateforme peut entraîner une réduction allant jusqu'à un million chaque année du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, si les pays fournissent un traitement antirétroviral à toutes les personnes qui en ont besoin, suivant les directives révisées de l'OMS en matière de traitement. Aujourd'hui, sur les 15 millions de personnes qui en ont besoin, 5 millions ont accès à ces médicaments assurant leur survie.

Pour tirer pleinement parti du Traitement 2.0, il faut accomplir des progrès dans cinq domaines.

- 1. Optimiser les posologies :** L'ONUSIDA appelle au développement de nouveaux composés pharmaceutiques pour aboutir à un comprimé amélioré, plus intelligent, moins toxique, à effet plus prolongé et plus facile d'emploi. En association avec l'optimisation des doses et l'amélioration de l'enchaînement des traitements de première et de deuxième intentions, cela simplifiera les protocoles de traitement et améliorera l'efficacité. L'optimisation du traitement du VIH entraînera également d'autres bénéfices pour la santé, notamment une forte réduction des cas de tuberculose et de paludisme chez les personnes vivant avec le VIH.
- 2. Fournir un accès aux diagnostics sur le lieu de soins :** Le suivi du traitement nécessite un équipement complexe et des techniciens de laboratoire spécialisés. La simplification des outils de diagnostic pour connaître la charge virale et la numération de CD4 sur le lieu de soins pourrait contribuer à réduire la charge qui pèse sur les systèmes de santé. Une plate-forme simplifiée pourrait faire baisser les coûts et élargir l'accès au traitement.
- 3. Réduire les coûts :** Malgré les baisses drastiques du prix des médicaments ces dix dernières années, les coûts des programmes de thérapie antirétrovirale ne cessent d'augmenter. S'il faut continuer à rendre les médicaments plus abordables, y compris les traitements de première et de deuxième intentions, les gains potentiels les plus élevés seront obtenus en réduisant les coûts hors médicaments liés à la fourniture du traitement : hospitalisation, suivi du traitement, dépenses non remboursées... Ces coûts sont actuellement deux fois plus élevés que celui des médicaments.
- 4. Adapter les systèmes de fourniture :** Des diagnostics et des traitements plus simples favoriseront aussi la décentralisation et l'intégration accrues des systèmes de fourniture de services, réduisant ainsi la redondance et la complexité, et renforçant l'efficacité du continuum de soins. La délégation des tâches et le renforcement des systèmes d'achat et d'approvisionnement seront des éléments importants de ce changement.
- 5. Mobiliser les communautés :** L'accès au traitement et l'observance peuvent être améliorés en impliquant la communauté dans la gestion des programmes de traitement. Le renforcement de la demande et le recours au test et au traitement amélioreront la couverture du traitement et contribueront à réduire le coût des activités de proximité à grande échelle. L'implication accrue des organisations à assise communautaire en termes de maintien de traitement, d'appui à l'observance et de suivi allégera la charge qui pèse sur les systèmes de santé.

Figure 4.4

Les cinq atouts du Traitement 2.0



L'élargissement de la prestation de thérapie antirétrovirale réduit l'incidence de tuberculose et de mortalité dues au sida. Plusieurs études de recherches ont montré que la thérapie antirétrovirale peut réduire l'incidence de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. Les données du Botswana (Figure 4.5) indiquent un déclin du nombre de cas de tuberculose dans tout le pays, déclin qui coïncide avec la mise en œuvre rapide de la thérapie antirétrovirale depuis 2002-2003. Des améliorations dans le programme national en matière de tuberculose au même moment, y compris la détection et la communication des cas, signifient que ce déclin reflète une réelle réduction des infections de tuberculose due à la thérapie antirétrovirale.

Effet de la thérapie antirétrovirale sur la mortalité

L'expansion de la thérapie antirétrovirale a rapporté de remarquables dividendes de santé dans les pays où, il y a seulement 10 ans, un diagnostic de VIH était considéré une sentence de mort. Des preuves émergentes montrent les associations entre la mise en œuvre du traitement et une mortalité plus basse de la population dans les zones à forte prévalence. Dans la province du Nord-Ouest de l'Afrique du Sud, la mise en œuvre de la thérapie antirétrovirale, un des efforts les plus précoces et les plus progressifs pour améliorer l'accès, coïncide et semble être associé avec un déclin de la mortalité dans les groupes d'âge les plus touchés (Figure 4.6). Les données suggèrent aussi des déclin de la mortalité initiale en 2007 dans les provinces du Cap-Occidental et de Kwazulu-Natal. Les conclusions préliminaires d'une étude sur l'enregistrement des morts entreprise par le Medical Research Council of South Africa apportent des preuves suffisantes de déclin continu de la mortalité.

Figure 4.5

Thérapie antirétrovirale et incidence de la tuberculose au Botswana

Légende : Incidence signalée de tuberculose et nombre de personnes recevant une thérapie antirétrovirale au Botswana 1990-2007.

Source : Ministère de la Santé, Botswana.

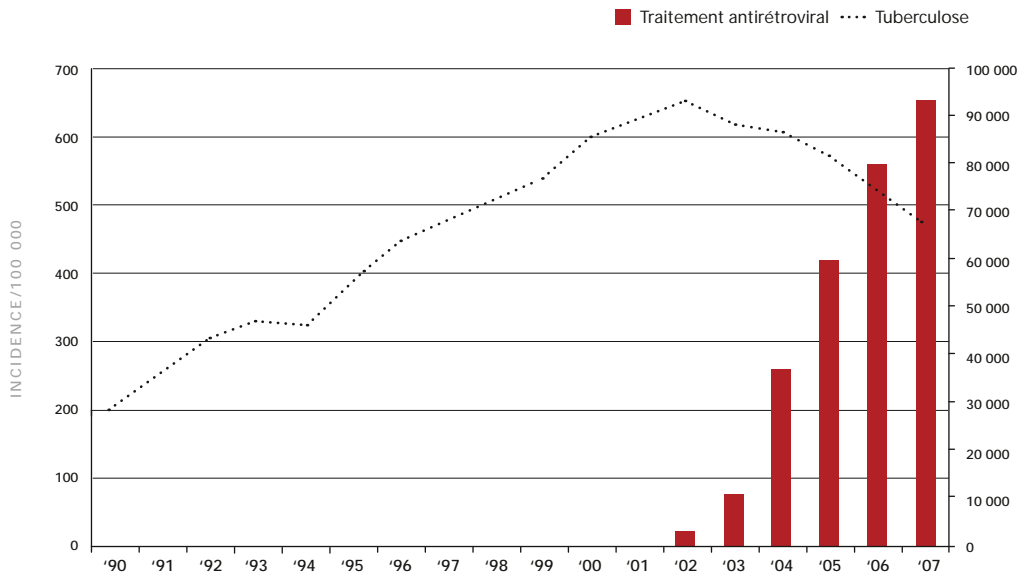
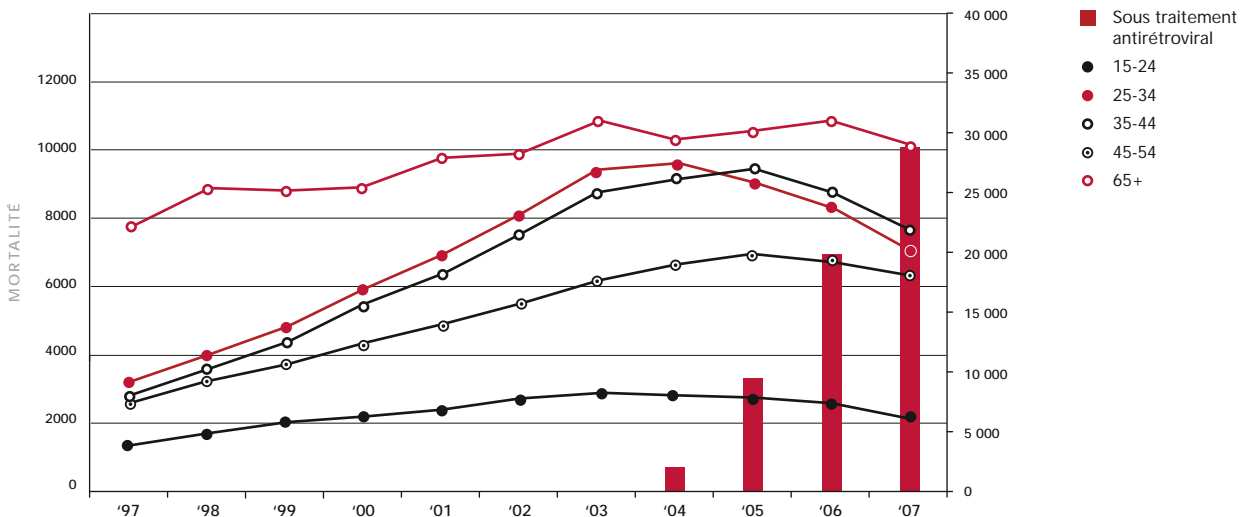


Figure 4.6

Thérapie antirétrovirale et mortalité, province du Nord-Ouest, Afrique du Sud

Légende : Nombre de personnes qui ont déjà reçu une thérapie antirétrovirale et nombre annuel de morts par groupe d'âge, province du Nord-Ouest, Afrique du Sud, 1997-2007.

Source : Ministère de la Santé, Afrique du Sud.



Des estimations suggèrent que dans le monde, environ 14,4 millions d'années de vie ont été gagnées par la thérapie antirétrovirale (Tableau 4.2). On estime que plus de 1,2 million d'années de vie ont été gagnées au Brésil entre 1996 et 2009, pays qui a, de longue date, une politique de couverture universelle de thérapie. En Afrique du Sud, plus de 970 000 personnes sont à présent enrôlées dans une thérapie antirétrovirale et plus de 700 000 années de vie ont déjà été gagnées. Le Kenya et le Nigéria ont tous deux enrôlé plus de 300 000 personnes au traitement, menant à près de 320 000 années de vie gagnées dans chaque pays. Une mise en œuvre plus tardive de la thérapie antirétrovirale ou une couverture basse signifie que des gains importants d'années de vie n'ont pas encore été documentés dans certains des pays à épidémie concentrée comme l'Indonésie, l'Ukraine et le Viet Nam.

L'accès aux soins palliatifs et à domicile reste inégal

Les personnes vivant avec le VIH, y compris les personnes enrôlées dans un traitement et les personnes dans l'attente d'un traitement, ont toute une série de besoins de soins et d'appui en plus de la thérapie antirétrovirale. Ceux-ci comprennent le besoin de prise en charge et d'appui psychosociaux, physiques, socioéconomiques et juridiques. Les soins à domicile qui comprennent la prise en charge des personnes confinées chez elles ou alitées, la distribution de produits de base, les soins palliatifs, et la prise en charge et l'appui aux enfants rendus orphelins par le sida sont des éléments essentiels des programmes de soins et de soutien.

La plupart des pays (162 parmi 171) indiquent avoir « une politique ou une stratégie qui promeut l'ensemble de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH ». L'accès à ces services d'ensemble est toutefois loin d'être général. À cause d'un manque de clarté pour ce qui est d'un ensemble de soins et d'appui, les politiques ou stratégies nationales en matière de VIH peuvent ne pas aborder certains aspects principaux des soins et de l'appui.

Seulement 44 % des gouvernements (et 35 % des répondants de la société civile) indiquent que la plupart des personnes qui en ont besoin ont accès à des services à domicile (Figure 4.7). Comme l'Ouganda le remarque dans son rapport national de 2010 (6), une volonté politique inadéquate et des ressources insuffisantes sont des difficultés importantes à l'augmentation de l'accès à des services de soins et d'appui de haute qualité.

Tandis que 73 % des gouvernements qui ont répondu étaient d'accord avec l'énoncé que « la majorité des personnes qui en ont besoin ont accès à des soins palliatifs et au traitement des infections communément liées au VIH », seulement 57 % des répondants de la société civile pensaient que cet énoncé était correct (Figure 4.8).

En règle générale, des bénévoles plutôt que les gouvernements apportent la plus grande partie des services et de

LES COMMUNAUTÉS CONDUISENT L'EXPANSION DU TRAITEMENT DU VIH

Le leadership des communautés permet de conduire l'expansion de la thérapie antirétrovirale dans le monde entier. Par exemple, la République démocratique populaire lao a fait des efforts concertés pour mobiliser les personnes vivant avec le VIH pour soutenir les initiatives de thérapie antirétrovirale, avec des résultats de diagnostic plus précoce de l'infection à VIH et une amélioration des taux de survie (4). Grâce au soutien fourni par le Fonds collaboratif du VIH, environ 30 organisations basées sur la communauté, dirigées par des personnes vivant avec le VIH apportent des connaissances sur le traitement et des services d'appui à l'adhérence, des soins à domicile et l'éducation de prévention du VIH. En Chine, le suivi continu de plus de 14 000 personnes par AIDS Care China indique que les individus recevant ce type de services basés sur la communauté sont plus susceptibles d'adhérer aux régimes de traitement et sont mieux équipés pour gérer la toxicité des médicaments.

Au Kenya, l'Aids Law Project et l'East African Treatment Access Movement ont déposé une contestation judiciaire en 2008, demandant la suspension de la loi nationale interdisant l'importation ou la fabrication d'antirétroviraux génériques bon marché. En avril 2010, le tribunal saisi de l'action ordonna la suspension de la législation, estimant que cette loi ferait souffrir les personnes vivant avec le VIH de dommages irréparables.

Encore au Kenya, dans la région de Lurambi dans l'ouest du pays, une campagne massive pour mobiliser la population au dépistage et à l'orientation en matière de VIH a mené au test de plus de 47 000 résidents en sept jours, y compris 87 % du groupe d'âge ciblé de 15 à 49 ans. Les 4 % qui étaient séropositifs reçurent trois mois de triméthoprime-sulfaméthoxazole et furent référés pour traitement (18).

Les groupes communautaires entreprennent surtout ces efforts avec peu d'appui financier ou technique. Pour le moment, il existe relativement peu de canaux de financement pour construire la capacité des groupes communautaires de base et de nombreux programmes de thérapie antirétrovirale n'ont pas encore intégré les travailleurs communautaires. En mai 2010, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria a publié son premier guide sur le renforcement des systèmes communautaires dans le contexte de mise en place de programmes du Fonds mondial. Le guide a pour but d'encourager de nouveaux canaux de financement pour améliorer la capacité des communautés à participer à la conception, la prestation, le suivi et l'évaluation des initiatives destinées à améliorer les résultats de santé.

Tableau 4.2

Années de vie d'adulte gagnées par la thérapie antirétrovirale

Légende : Années de vie d'adulte gagnées par la thérapie antirétrovirale dans 25 pays qui ont le nombre le plus élevé de personnes vivant avec le VIH.

Source : estimations de l'ONUSIDA, Sur la voie de l'accès universel, OMS 2010 et Rapport 2010 sur la lutte contre la tuberculose de l'OMS.

	Nombre de personnes vivant avec le VIH, 2009	Nombre de personne sous traitement antirétroviral en décembre 2009	Couverture du traitement antirétroviral (Directives 2010 de l'OMS)			Années de vie gagnées chez les adultes grâce au traitement antirétroviral entre 1996 et 2009
			Estimations ponctuelles	Basse	Haute	
Botswana	320 000 [300 000 - 350 000]	145 190	83%	>95%	77%	271 000
Brésil	[460 000 - 810 000]			50%	89%	1 215 000
Cameroun	610 000 [540 000 - 670 000]	76 228	30%	34%	27%	97 000
Chine	740 000 [540 000 - 1 000 000]	12 762		38%	19%	84 000
Côte d'Ivoire	450 000 [390 000 - 510 000]	72 011	29%	32%	26%	80 000
RD Congo	[430 000 - 560 000]	34 967		20%	15%	42 000
Éthiopie		176 632		65%	52%	160 000
Ghana	260 000 [230 000 - 300 000]	30 265	25%	29%	23%	26 000
Inde	2 400 000 [2 100 000 - 2 800 000]	320 074		27%	23%	233 000
Indonésie	310 000 [200 000 - 460 000]	15 442	21%	30%	14%	13 000
Kenya	1 500 000 [1 300 000 - 1 600 000]	336 980	50%	55%	46%	326 000
Lesotho	290 000 [260 000 - 310 000]	61 736	50%	54%	45%	48 000
Malawi	920 000 [830 000 - 1 000 000]	198 846	48%	54%	44%	161 000
Mozambique	1 400 000 [1 200 000 - 1 500 000]	170 198	32%	35%	29%	139 000
Nigéria	3 300 000 [2 900 000 - 3 600 000]	302 973	23%	25%	21%	316 000

	Nombre de personnes vivant avec le VIH, 2009	Nombre de personne sous traitement antirétroviral en décembre 2009	Couverture du traitement antirétroviral (Directives 2010 de l'OMS)			Années de vie gagnées chez les adultes grâce au traitement antirétroviral entre 1996 et 2009
			Estimations ponctuelles	Basse	Haute	
Fédération de Russie	980 000 [840 000 - 1 200 000]	75 900		23%	16%	65 000
Afrique du Sud	5 600 000 [5 400 000 - 5 900 000]	971 556	36%	37%	35%	707 000
Soudan	260 000 [210 000 - 330 000]	3 825		0%	0%	3 000
Thaïlande	530 000 [420 000 - 660 000]	216 118	61%	77%	49%	389 000
Ouganda	1 200 000 [1 100 000 - 1 300 000]	200 413	43%	48%	38%	293 000
Ukraine	350 000 [300 000 - 410 000]	15 871	9%	10%	8%	16 000
République-Unie de Tanzanie	1 400 000 [1 300 000 - 1 500 000]	199 413	32%	35%	29%	150 000
Viet Nam	280 000 [220 000 - 350 000]	37 995	33%	44%	25%	27 000
Zambie	980 000 [890 000 - 1 100 000]	283 863	68%	76%	62%	270 000
Zimbabwe	1 200 000 [1 100 000 - 1 300 000]	218 589	34%	37%	32%	172 000

l'appui psychosociaux, physiques, socioéconomiques et juridiques. Les familles et les communautés — surtout les femmes dont la contribution à la riposte au VIH n'est pas assez souvent reconnue et soutenue — satisfont la plupart des responsabilités de soins et d'appui. Simultanément, ces familles et communautés ont souvent des difficultés d'accès aux ressources, à une formation et à un appui adéquat pour apporter ces réponses critiques (Figure 4.9).

Pas de déclin du nombre d'enfants rendus orphelins par le sida

Malgré le déclin modeste de la prévalence du VIH dans le monde et de l'augmentation de l'accès au traitement, le nombre total d'enfants âgés de 0 à 17 ans qui ont perdu leurs parents à cause du VIH n'a pas encore diminué. En fait, il a encore augmenté, passant de 14,6 millions [12,4 millions – 17,1 millions] en 2005 à 16,6 millions [14,4 millions – 18,8 millions] en 2009. Presque 90 % d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne. Le nombre d'enfants rendus orphelins par le sida vivent dans six pays – Kenya, Nigéria, Afrique du Sud, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe – est de plus de 9 millions, dont 2,5 millions pour le Nigéria. Plus de 10 % des enfants âgés de 0 à 17 ans ont perdu un ou deux parents à cause du VIH au Zimbabwe (16 %), au Lesotho (13 %), au Botswana et au Swaziland (12 %).

Parmi les contributions les plus remarquables à la riposte globale au VIH se trouvent les systèmes et réseaux, à la fois formels et informels, qui ont été établis pour soutenir les enfants rendus orphelins par l'épidémie (Figure 4.10). La réduction de la différence de la scolarisation entre les orphelins et ceux qui ne le sont pas est une des réussites principales de cette réponse. La plupart des foyers qui prennent soin des enfants touchés par le VIH n'ont toujours pas accès à une prise en charge et un appui externes. ■

Figure 4.7

Accès aux soins à domicile

Évaluation par les gouvernements de l'accès aux soins à domicile pour les personnes qui en ont besoin

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.

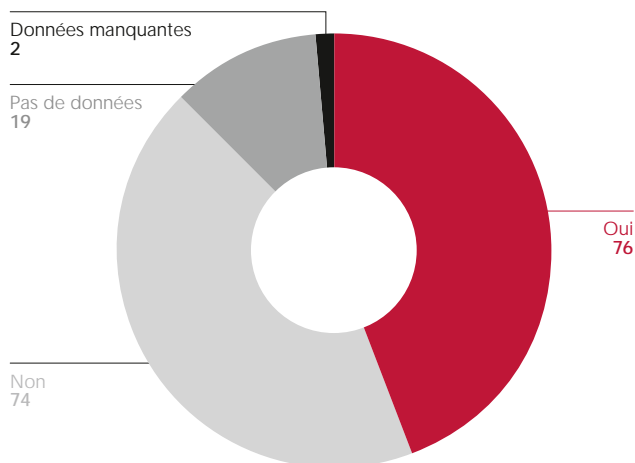


Figure 4.8

Disponibilité des soins palliatifs

Évaluation par les gouvernements de l'accès aux soins palliatifs pour les personnes qui en ont besoin

Source : Rapports de progrès nationaux 2010.

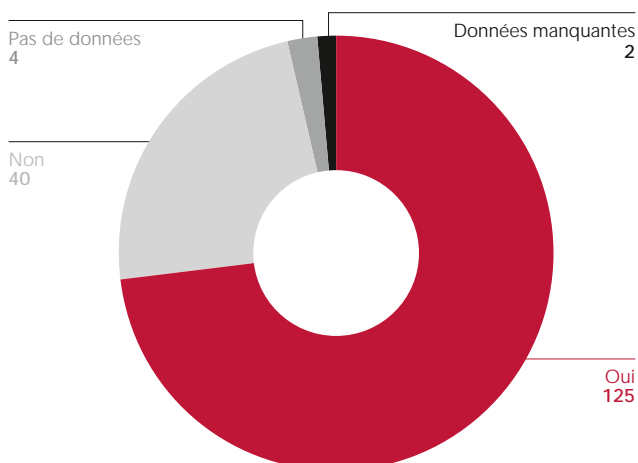


Figure 4.9

Types de soins et d'appui effectués par des bénévoles

Types de soins et d'appui pour les personnes vivant avec le VIH effectués par 1336 prestataires de soins bénévoles interrogés au Cameroun au Kenya, au Malawi, au Nigéria, en Afrique du Sud et en Ouganda.

Source : *Compensation pour contributions : rapport sur des entretiens avec des pourvoyeurs de soins dans six pays.* Huairu Commission et Community Agency for Social Enquiry, sept. 2009.

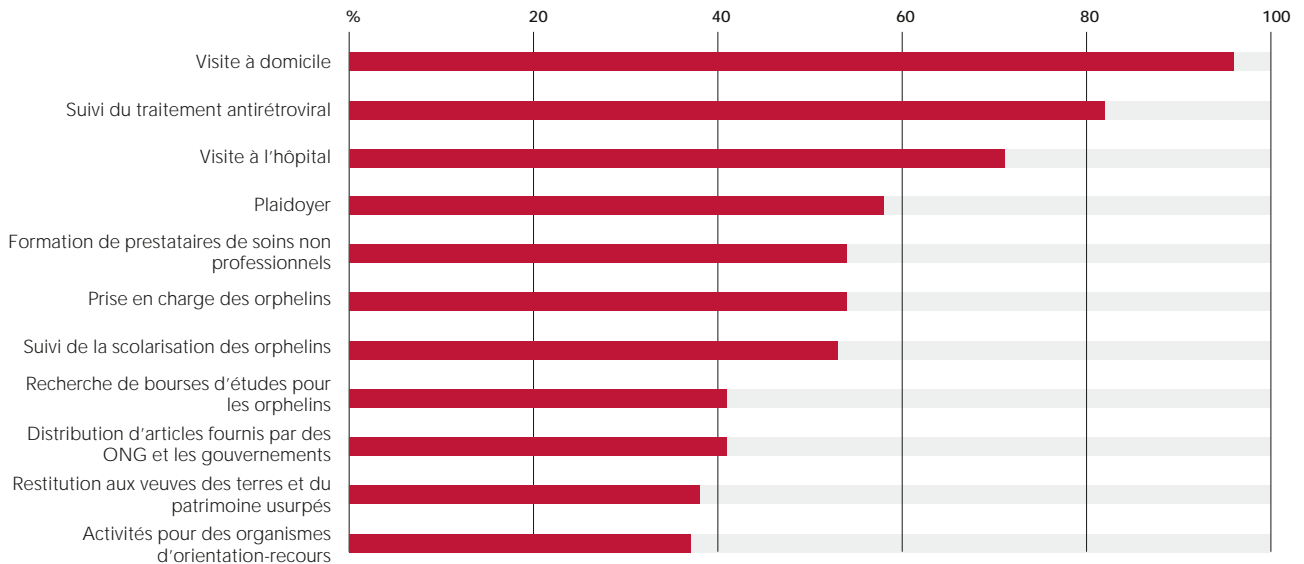


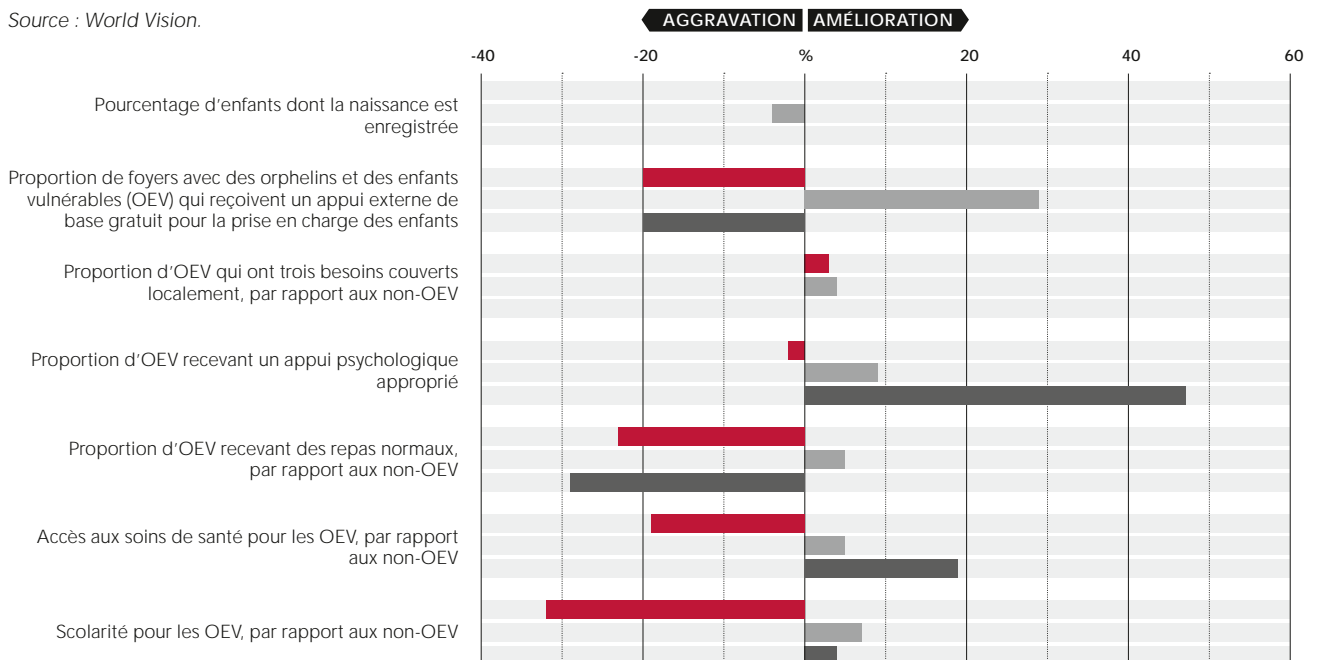
Figure 4.10

Tendances dans l'appui aux orphelins et enfants vulnérables, 2005 à 2010

Les changements dans la couverture des services d'appui pour les orphelins et les enfants vulnérables dans trois pays avec une prévalence haute de VIH, 2005 à 2010.

■ Zambie
■ Ouganda
■ Éthiopie

Source : World Vision.



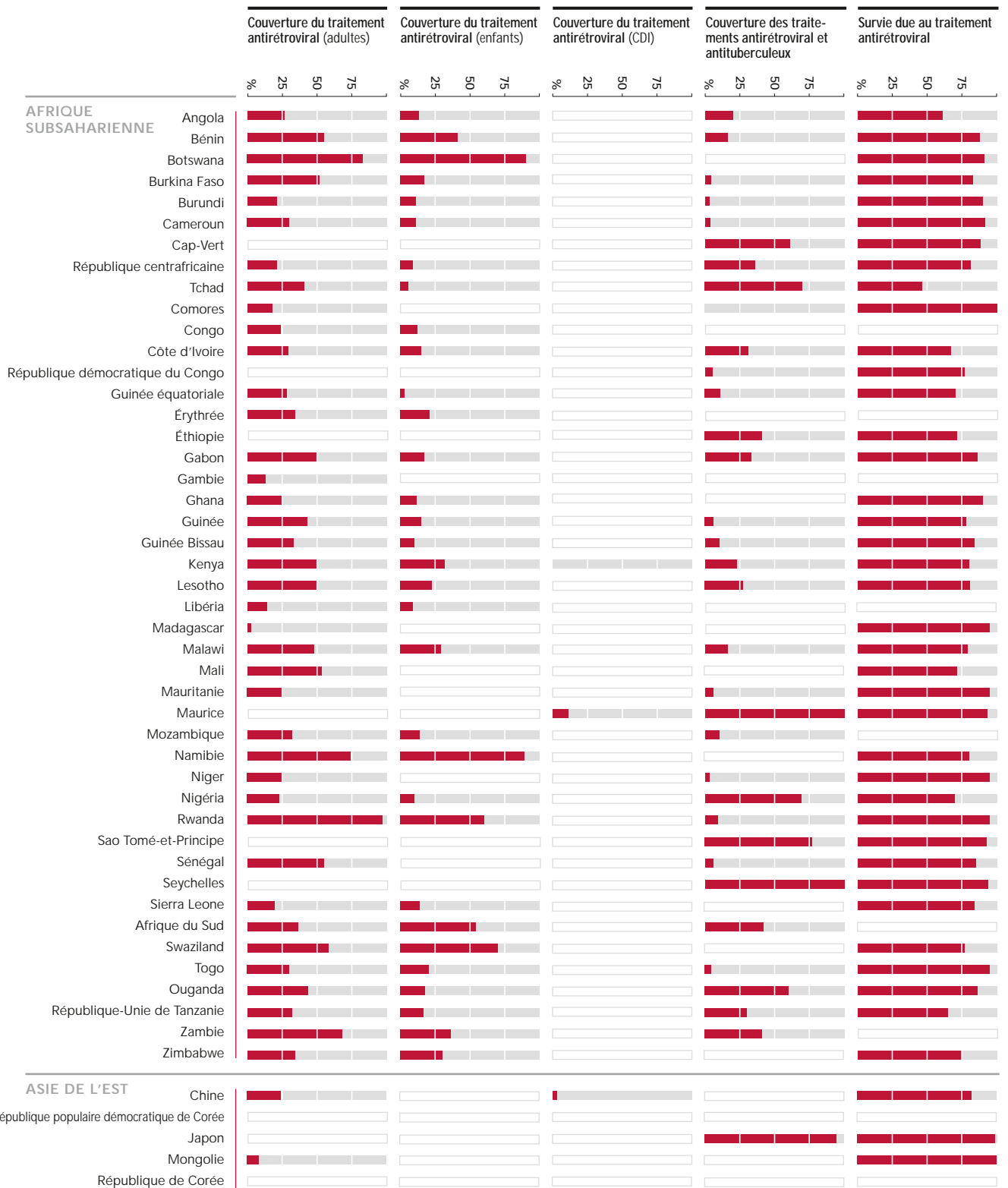


MESURES À PRENDRE

- Le traitement du VIH doit être intensifié pour suivre le rythme croissant de la demande.
 - Les services de conseil et de test VIH doivent être renforcés, car la plupart des personnes apprennent leur statut très tard et ont accès encore plus tard au traitement, ce qui réduit l'efficacité des programmes de traitement.
 - Un programme intégré de lutte contre le VIH et la tuberculose est crucial pour faire face aux difficultés posées par les épidémies doubles.
 - Les services de santé maternelle et infantile doivent être renforcés pour que toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH aient accès à un ensemble de services visant à prévenir la mortalité maternelle et juvénile, empêcher l'infection des nouveau-nés et proposer une thérapie antirétrovirale aux mères.
 - Il faut améliorer l'accès des enfants à la thérapie antirétrovirale. Cela exigera une collaboration étroite des centres de santé maternelle et infantile et des centres de thérapie antirétrovirale. En outre, des outils de diagnostic plus performants et de meilleures formulations de médicaments antirétroviraux pour enfants sont toujours nécessaires.
 - Les approches actuelles en matière de traitement n'ont pas été optimales pour les 15 millions de personnes qui en ont besoin. Le Traitement 2.0 – une plateforme de traitement radicalement simplifiée – vise à simplifier le traitement et à proposer aux personnes qui en ont besoin un cachet perfectionné comportant moins de risques de pharmacorésistance, des diagnostics et un suivi plus simples, et un dépistage simplifié du VIH ; en outre, il permet une plus grande responsabilisation de la communauté. Toutes les parties prenantes doivent s'unir pour réaliser ces objectifs.
 - Le soutien social pour les orphelins doit continuer, et les bons résultats obtenus récemment dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de soutien, comme les transferts d'argent, l'aide alimentaire et les bourses scolaires, doivent être multipliés et axés sur le long terme.
 - Les investissements dans le traitement ont eu une incidence sur la mortalité liée au sida et ont permis de réduire le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH. Il faut maintenir ces investissements et les axer sur le long terme.
-

FEUILLE DE RÉSULTATS : TRAITEMENT DU VIH

□ Données non disponibles

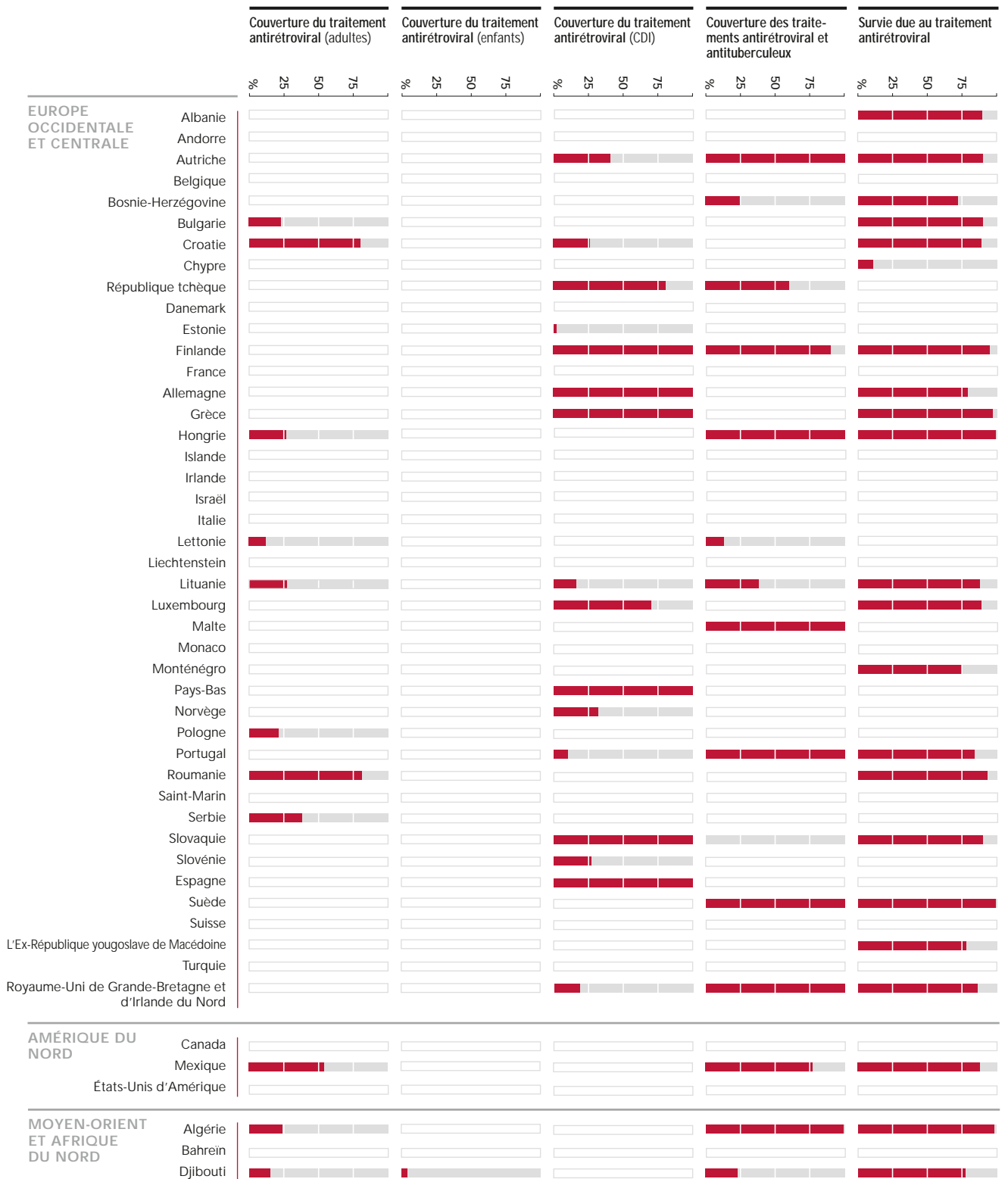


Afin de garantir la comparabilité des données, les estimations de la couverture du traitement antirétroviral sont basées sur le modèle épidémiologique normalisé Spectrum qui sert à estimer le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement. Les estimations Spectrum ne sont disponibles que pour les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pour prendre connaissance de l'ensemble des données fournies par les pays, prière de consulter le site AIDSInfo (www.AIDSInfoOnline.org).



FEUILLE DE RÉSULTATS : TRAITEMENT DU VIH

□ Données non disponibles



Afin de garantir la comparabilité des données, les estimations de la couverture du traitement antirétroviral sont basées sur le modèle épidémiologique normalisé Spectrum qui sert à estimer le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement. Les estimations Spectrum ne sont disponibles que pour les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pour prendre connaissance de l'ensemble des données fournies par les pays, prière de consulter le site AIDSInfo (www.AIDSInfoOnline.org).

