

OBJECTIF VIH

INDÉTECTABLE

MSF PRÉCONISE QUATRE MESURES CAPITALES DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT POUR AMÉLIORER LE TRAITEMENT DU VIH ET RÉDUIRE LA TRANSMISSION.

Aujourd'hui, dix millions de personnes reçoivent un traitement antirétroviral (ARV) dans les pays en développement. Mais avec 18 millions de personnes⁽¹⁾ encore éligibles au traitement, l'effort est loin d'être terminé. En 2013, l'Organisation mondiale de la Santé a publié de nouvelles directives⁽²⁾ pour le traitement ARV que les programmes nationaux, les acteurs de soins et les donateurs devraient s'efforcer de mettre en place.

Le défi à relever aujourd'hui par Médecins Sans Frontières (MSF) et les autres soignants est donc double: continuer à étendre rapidement l'accès au traitement et veiller à ce que les patients sous ARV deviennent et restent 'indétectable' (absence de virus dans le sang).

Pour atteindre cet objectif, quatre mesures devraient être prioritaires: **le traitement plus précoce, le suivi de la charge virale, le renforcement de l'appui à l'observance et le recours accru à l'approche de soins communautaire.**

Ce document résume l'expérience de MSF montrant comment ces 4 approches permettent d'atteindre plus de gens éligibles au traitement, les aident à rester dans le parcours de soins et deviennent et restent 'indétectable'.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS DE L'OMS PUBLIÉES EN 2013 :

- ❖ Mettre les personnes séropositives sous traitement antirétroviral plus tôt (à partir d'un taux de CD4 de 500 par μ l);
- ❖ Mettre en œuvre des protocoles plus efficaces pour prévenir la transmission du VIH (PTME) de la mère à l'enfant (ARV à vie pour toutes les femmes enceintes VIH-positives);
- ❖ Fournir un traitement immédiat pour tous les enfants séropositifs de moins de cinq ans;
- ❖ Étendre le test de la charge virale, la référence dans le suivi du traitement du VIH;
- ❖ Offrir un traitement à toutes les personnes séropositives ayant des partenaires séronégatifs (couples 'sérodiscordants'), indépendamment de l'état de leur système immunitaire.

Pour intensifier le traitement optimal par ARV, les gouvernements doivent honorer leur engagement pris en 2011 sous l'égide de l'ONU en contribuant à hauteur de 22-24 milliards de dollars par an d'ici à 2015⁽³⁾. Le coût de mise en œuvre des nouvelles directives de l'OMS représente une légère augmentation de 10% par rapport à ce chiffre⁽⁴⁾.

1. LA MISE SOUS TRAITEMENT PRÉCOCE SAUVE DES VIES ET CONTRIBUE À RÉDUIRE LA PROPAGATION DU VIRUS

L'OMS recommande désormais de proposer un traitement par ARV à chaque personne dont le taux de cellules CD4 est descendu à 500 cellules/ μ l. Auparavant, elle préconisait d'attendre que le système immunitaire soit davantage affaibli, à un taux de CD4 de 350 cellules/ μ l. Plusieurs études ont prouvé que le traitement précoce maintient les patients en bonne santé, tout en empêchant des

dommages irréversibles au système immunitaire^(5, 6, 7). Un traitement plus précoce est non seulement bénéfique pour l'individu mais également pour la population, car il réduit le risque de transmission du virus: les personnes ayant des niveaux indétectables de VIH dans le sang ont moins de probabilités de le transmettre à d'autres. Plusieurs pays se préparent à mettre en œuvre cette stratégie mais

ils doivent être aidés à le faire. Ceci est particulièrement important car les personnes concernées sont d'une façon générale en meilleure santé et peuvent ne pas percevoir les symptômes de la maladie. La question du bon suivi du traitement devient encore plus importante. MSF a commencé à offrir un traitement antirétroviral précoce dans certains endroits.



MSF - Campagne d'Accès aux Médicaments Essentiels (CAME)

Médecins Sans Frontières, Rue de Lausanne 78, CP 116, CH-1211 Geneva 21, Suisse

Tel: + 41 (0) 22 849 84 05 Fax: + 41 (0) 22 849 84 04 Email: access@msf.org

www.msfaccess.org



facebook.com/MSFaccess



twitter.com/MSF_access

2. SURVEILLER LA CHARGE VIRALE EST LA MEILLEURE FAÇON DE SAVOIR SI LE TRAITEMENT FONCTIONNE

La mesure de la charge virale est la référence pour le suivi du traitement. Elle est utilisée systématiquement et depuis longtemps dans les pays riches. Mesurer le nombre de copies du virus dans le sang permet d'estimer l'efficacité d'un traitement ARV. Lorsque les patients suivent correctement leur traitement, la surveillance de la charge virale montre un niveau 'indéetectable' du virus dans le sang. L'OMS recommande la mesure de la charge virale en routine six mois après le début du traitement ARV, puis annuellement. Ce test régulier aide les patients à poursuivre leur traitement, car savoir que leur statut est 'indéetectable' constitue un facteur de motivation important.

La charge virale permet d'identifier les difficultés liées au suivi ou à l'efficacité du traitement. Cette mesure permet d'identifier ces problèmes beaucoup plus tôt que la numération des CD4. La multiplication du virus dans le sang est en effet plus rapide que la réponse immune retardée du corps (chute du taux de CD4)⁽⁸⁾. Parfois, la constatation du problème survient trop tard pour que l'on puisse sauver la vie du patient.

Lorsque la charge virale révèle des taux nettement détectables (supérieures à 1000 copies / ml), les soignants peuvent renforcer l'appui au suivi du traitement. Une nouvelle mesure trois mois après permet alors de déterminer si cet appui a permis de retrouver des niveaux indéetectables, ou s'il est temps de passer à un autre traitement suite à l'apparition de résistances. L'échec du traitement est sous-diagnostiqué dans les pays à revenu faible et intermédiaire. L'OMS estime a seulement 3% le nombre de personnes sous ARV recevant un traitement de deuxième ligne. Or le nombre de patients en échec virologique dans le monde est estimé à un million de personnes⁽⁹⁾.

La charge virale permet d'indiquer plus précisément si un changement de traitement est nécessaire ou pas. Elle aide donc aussi à éviter un passage inutile vers des lignes de traitement plus coûteuses. Dans la plupart des contextes à ressources limitées, seuls des médicaments de première et deuxième ligne sont disponibles, et les options de traitement pour les patients qui n'y répondent pas sont très réduites.

Dans les pays les plus pauvres, un traitement «de rattrapage», lorsqu'il est disponible, coûte près de 15 fois plus que celui utilisé en première intention, tandis que les prix sont encore plus élevés dans les pays en développement à revenu intermédiaire⁽¹⁰⁾.

En raison de son coût et de sa complexité, la surveillance de la charge virale à ce jour n'est mise en œuvre que dans très peu d'endroits dans les pays à ressources limitées. Une étude menée par MSF en 2012 dans 23 pays a révélé que, bien que la mesure de la charge virale soit prévue dans les protocoles de traitement nationaux dans presque tous les pays, elle n'est réellement disponible que dans quatre d'entre eux⁽¹¹⁾. Aujourd'hui, un nombre croissant d'outils de mesure de la charge virale est en cours de

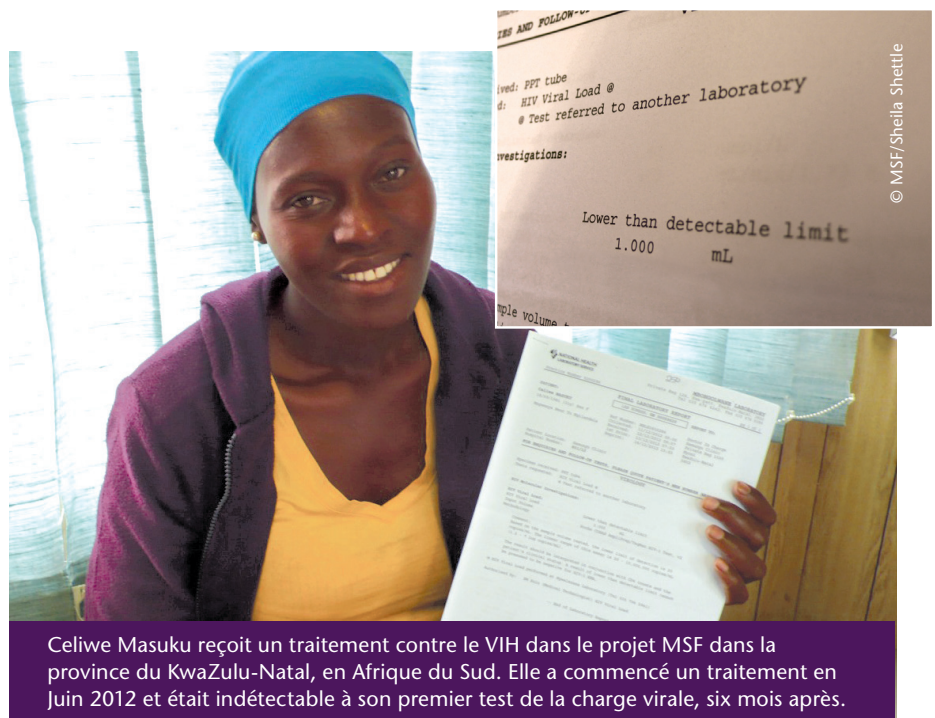
développement, à l'instar des tests PoC (*point-of-care*, c'est-à-dire pratiqués sur le lieu même des soins) qui peuvent être utilisés hors laboratoire. Ceci permet de surmonter les obstacles liés au prix et à la complexité (voir encadré p.3).

Par ailleurs, de nouvelles technologies et de nouveaux outils de prélèvement, comme les papiers buvards et la mise en commun des échantillons de sang, permettent respectivement de simplifier le transport des échantillons et de réduire le nombre de tests qui doivent être effectués, rendant donc la mesure de la charge virale moins chère et plus simple dans les zones rurales (voir infographie p.4).

Selon les informations disponibles, les réactifs les moins chers coûtent 11 dollars. Sur la base de l'expérience de

«La dernière mesure de ma charge virale est 'indéetectable'. Le traitement ARV est un traitement à vie, donc il est encourageant de savoir qu'il marche bien pour moi. Cela m'aide de savoir que malgré les difficultés, je contrôle le virus. Je suis fière que ma charge virale soit 'indéetectable', et je le dis aux autres. Cela m'aide à me projeter dans l'avenir et je suis convaincue que je pourrai vivre normalement.»

– **Fanelwa Gwashu**, 42 ans, vit avec ses deux enfants à Khayelitsha, en Afrique du Sud, où elle fait partie d'une groupe de soutien entre patients. Elle est sous traitement ARV depuis neuf ans.



Celiwe Masuku reçoit un traitement contre le VIH dans le projet MSF dans la province du KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud. Elle a commencé un traitement en Juin 2012 et était indéetectable à son premier test de la charge virale, six mois après.

MSF, les coûts associés (ressources humaines, équipement, etc.) peuvent être de seulement 7 dollars par test. Réactifs et consommables représentent donc la majeure partie des coûts du test de la charge virale, avec des prix variant selon les pays. L'augmentation des volumes d'achat, ainsi que des achats groupés entre pays, par le Fonds mondial et le PEPFAR, aideraient à réduire ces prix grâce à des économies d'échelle.

MSF mène actuellement un projet dans sept pays, avec le soutien de l'UNITAID, afin d'introduire différentes technologies de mesure de la charge virale (en laboratoire ou PoC) et de déterminer les outils et les stratégies les mieux adaptés dans différents contextes à ressources limitées.

«Pour un patient, Il n'y a pas de meilleur encouragement que de savoir que le virus est 'indétectable'. La mesure de la charge virale est le meilleur moyen de maintenir les patients sous un traitement de première ligne et de savoir quand passer à des médicaments de deuxième ligne. Il est grand temps de la mettre à disposition dans les pays où la maladie est le plus répandue. Avec les nouvelles directives de l'OMS, nous devons développer l'accès à cet outil: atteindre plus de gens, les maintenir sous traitement, et avec une charge virale indétectable.»

– Gilles van Cutsem,
coordinateur médical MSF en Afrique du Sud

QU'EST-CE QUI EST EN TRAIN D'ÊTRE MIS AU POINT?

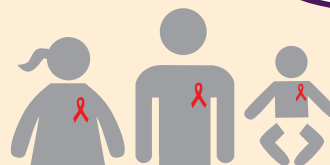
Un certain nombre de technologies *point-of-care* (PoC) entièrement automatisées, faciles à utiliser, et qui ne nécessitent pas de stockage en chaîne du froid sont en voie de développement. Elles peuvent aider à fournir des services aux patients sur le lieu des soins (en particulier dans les zones reculées, où la collecte et le transport des échantillons sont souvent très compliqués), et améliorer la faisabilité des tests. L'automatisation presque complète de certains outils de laboratoire existants a déjà rendu les tests plus abordables. En outre, les fabricants offrent une gamme de kits et des cartouches de test, permettant de diagnostiquer différentes maladies avec le même outil.

Par ailleurs, l'utilisation des téléphones mobiles et des réseaux de communication permet de transmettre les résultats de laboratoire plus rapidement aux centres de soins et aux patients, et de faire remonter les résultats des PoC vers les bases de données centrales. Une meilleure transmission de l'information devrait permettre également une meilleure détection des erreurs de tests et faciliter la supervision et l'évaluation de la qualité à distance.

La mesure de la charge virale, un atout pour nous tous !

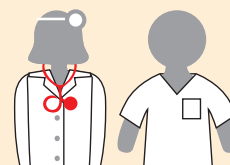
PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Je sais si mon traitement est efficace.
Je peux arriver à être 'indétectable'!
Si nécessaire, je peux être mis sous un traitement plus efficace plus tôt, avant d'être malade.



PERSONNEL SOIGNANT

Je peux identifier plus facilement un échec du traitement.
Je peux savoir plus rapidement si le traitement ne marche pas.
Je sais quand proposer un soutien à la prise du traitement, et quand changer de traitement.



RESPONSABLE DU PROGRAMME DE SOINS

J'ai une meilleure information sur le suivi du traitement et les résultats de mon programme de soins.



DÉCIDEURS POLITIQUES ET GOUVERNEMENTS

Nous pouvons suivre les progrès à l'échelle d'une population vers l'objectif d'une charge virale 'indétectable'.
Nous pouvons identifier les régions qui nécessitent plus d'attention.



BAILLEURS DE FONDS ET ACTEURS DE LA SANTÉ MONDIALE

Nous pouvons réduire les nouveaux cas de VIH dans le monde en réduisant la transmission du virus au sein des communautés.



CE QUE RÉVÈLENT LES ÉTUDES

- Une étude de MSF a analysé les tout premiers tests de la charge virale chez des adultes sous ARV dans trois pays africains qui ont introduit la mesure de la charge virale (Kenya, Malawi et Zimbabwe). Elle montre qu'une proportion importante des patients (10%) avaient une charge virale élevée, même si la plupart ne présentait aucun signe clinique ou immunologique d'échec du traitement. Cela souligne la nécessité d'accélérer la mise en place des tests de la charge virale dans les pays en développement, afin de détecter les problèmes dans le suivi du traitement, ou son échec, le plus tôt possible⁽¹²⁾.
- Une étude de MSF dans la province du KwaZulu Natal, en Afrique du Sud, a montré les effets positifs de la mise en place de la mesure de la charge virale, associée à l'amélioration des services de soutien au suivi du traitement. Parmi les personnes qui avaient commencé un traitement ARV entre 2005 et 2013, 37% avaient une charge virale détectable, suggérant une haute proportion de problèmes dans le respect du traitement et / ou de résistances aux médicaments. L'étude a montré que les personnes ayant commencé un traitement en 2012, après que MSF ait introduit la mesure de la charge virale et amélioré les services de soutien aux patients, avaient moins souvent une charge virale détectable que ceux qui avaient commencé en 2011⁽¹³⁾.
- Une étude MSF sur le suivi de la charge virale dans les zones rurales du Malawi et du Zimbabwe a montré que certaines stratégies permettent de réduire les coûts et de faciliter la mise à disposition des tests de charge virale dans des contextes où les ressources sont limitées et le personnel de santé pas suffisant. Parmi ces stratégies, l'utilisation de papiers buvards pour transporter des échantillons de sang sec (prélevés soit par un prélèvement ou par une simple piqûre d'un doigt), et la mise en commun des échantillons, où un seul test est effectué sur les échantillons de cinq patients. Si l'ensemble des échantillons présente une charge virale détectable, un test individuel est réalisé afin d'identifier le(s) patient(s) avec une charge virale élevée (voir infographie ci-bas). La mise en commun des échantillons de sang sec a réduit de 30% le nombre de tests nécessaires dans un district rural du Malawi où vivent 30 000 patients sous ARV, permettant d'économiser 207 000 dollars par an. Au Zimbabwe, un an après la mise en place des tests de charge virale, 70% des patients sous ARV avaient été testés⁽¹⁴⁾. Cette méthode est encore en cours d'évaluation.
- Dans une étude menée dans trois pays, MSF a constaté que parmi des patients en échec présumé de traitement sur la base de critères cliniques ou immunologiques, seulement 30% avaient une charge virale élevée. Cela signifie que 70% des patients auraient pu être mis sous traitement de deuxième ligne inutilement si la charge virale n'avait pas été utilisée pour confirmer ou infirmer l'échec du traitement⁽¹⁵⁾.
- Une étude menée par MSF sur des personnes sous ARV testés pour la première fois a montré que, la charge virale avait plus de probabilité d'être élevée chez les enfants de cinq à neuf ans (27%) et les adolescents âgés de 10 à 19 ans (35%) que chez les adultes de plus de 25 ans (9%). Des résultats similaires ont été observés dans le programme MSF au Swaziland: la probabilité d'avoir une charge virale détectable était quatre fois plus élevée chez les patients de moins de 20 ans^(16, 17).

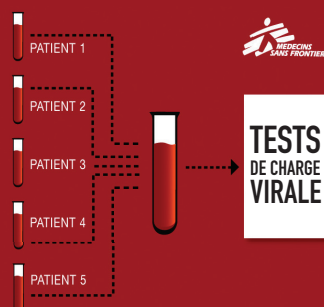
STRATÉGIES UTILISÉES POUR SIMPLIFIER & RÉDUIRE

LES COÛTS DES TESTS DE CHARGE VIRALE DANS LES PAYS À RESSOURCES LIMITÉES.



ECHANTILLONS DE SANG SEC

(obtenus par une simple piqûre du doigt)



MISE EN COMMUN DES ÉCHANTILLONS DE SANG

(un test au lieu de cinq*)

(*un nouveau test individuel si le virus est détectable, au lieu de cinq)

3. FOURNIR UN MEILLEUR SOUTIEN POUR AIDER LES GENS À SUIVRE CORRECTEMENT LEUR TRAITEMENT

Pour être plus efficace, la mise en place du suivi de la charge virale dans les pays en développement devrait être liée étroitement à la capacité de fournir un meilleur soutien au suivi du traitement pour les personnes ayant une charge virale détectable. Dans les projets MSF, ce soutien se traduit souvent par une séance de *counseling* mensuelle au cours des trois mois qui suivent l'identification d'un problème. Un deuxième test de la charge virale est alors réalisé afin de vérifier si cette intervention a permis à la personne de reprendre son traitement de façon correcte, et de revenir à un

niveau 'indétectable' de VIH dans le sang. En identifiant les personnes qui ont le plus besoin de soutien, le suivi de la charge virale peut également aider le personnel de santé à mieux définir ses priorités. Dans un projet de traitement d'envergure soutenu par MSF à Chiradzulu, au Malawi, où les ARV sont disponibles depuis 2001, les agents de santé communautaires ont ainsi pu se concentrer sur les quelques 10% des patients ayant une charge virale détectable, parmi les quelques 300 000 personnes sous ARV dans le district.

Alors que MSF et d'autres ont pu observer à quel point le soutien aux patients est essentiel pour améliorer le suivi du traitement et prévenir le passage à d'autres lignes de traitement lorsque cela n'est pas nécessaire, MSF constate une alarmante tendance de la part des gouvernements et des bailleurs de fonds à réduire leur aide aux initiatives de soutien dans les communautés et entre patients, qui représentent la clé de voute de cette stratégie. Sans ces outils, il devient impossible de répondre de manière adéquate et efficace aux problèmes de suivi du traitement.

«L'expérience dans nos programmes montre que lorsque vous identifiez une personne qui a besoin d'aide pour mieux suivre son traitement, une action rapide et ciblée, sous la forme d'un meilleur soutien, peut vraiment faire la différence. Le suivi de la charge virale, couplé avec l'appui aux patients dont on a identifié la difficulté à suivre le traitement, contribue à ce que les patients fassent de leur mieux en termes de suivi, et à éviter des changements inutiles vers des médicaments plus chers »

– Dr. Helen Bygrave,
Unité médicale MSF en Afrique australe



Une session de *counseling* VIH / Sida dans un centre de santé du district de Thyolo, au Malawi.

CE QUE RÉVÈLÈNT LES ÉTUDES

• Une étude de MSF menée dans trois pays (Kenya, Malawi et Zimbabwe) a comparé trois groupes de patients avec une charge virale supérieure à 1 000 copies/ml lors de leur premier test, qui ont bénéficié d'un soutien renforcé et d'un nouveau test de charge virale 8 à 24 semaines plus tard. Dans l'ensemble, 31% des personnes avaient un niveau viral inférieur à 1 000 copies après cette intervention. Ceux qui avaient une charge virale élevée (supérieure à 5 000 exemplaires) étaient moins susceptibles de revenir en dessous de 1 000 (environ 15%) que ceux ayant une charge virale comprise entre 1 000 et 5 000 (53%). En outre, cette *re-suppression* virale était plus fréquente chez les personnes ayant commencé leur traitement ARV dans les neuf mois précédents. Ces résultats soulignent l'importance d'identifier précocement l'échec virologique par des tests de routine au cours de la première année de traitement. Les taux

élevés de *re-suppression* du virus soulignent l'importance de répéter les mesures de la charge virale avant de décider du passage à une deuxième ligne de traitement⁽¹⁸⁾.

- Dans un projet MSF dans la région de Shiselweni, au Swaziland, la mise en place d'un suivi de routine de la charge virale a permis de montrer que plus de 85% des personnes sous ARV présentaient une charge virale 'indétectable'. Parmi les patients avec une charge virale détectable, 54% ont pu revenir à un niveau 'indétectable' suite à des interventions spécifiques, comme la comparaison du suivi et l'examen clinique, la possibilité de récupérer ses médicaments une fois par mois, et un soutien accru à la prise des médicaments⁽¹⁹⁾.
- Une revue de huit études portant sur les activités de soutien mises en place après la détection d'une charge virale a révélé que 70% des personnes qui reçoivent un soutien au suivi du traitement après un résultat de charge virale détectable reviennent à une situation de suppression virale^(20, 21).

4. AUGMENTER L'AUTONOMIE DES PATIENTS : VERS DES MODÈLES DE TRAITEMENT COMMUNAUTAIRE ET D'AUTOGESTION DES SOINS

La décentralisation des soins dans des cliniques rurales et des postes de santé a joué un rôle clé dans l'augmentation du nombre de patients sous traitement. Ceci a été rendu possible par la délégation des tâches médicales : le personnel de santé moins qualifié peut effectuer des tâches autrefois réservées aux médecins.

La délégation des services de santé au niveau communautaire a démontré son efficacité pour atteindre un plus grand nombre de personnes et en garder la plupart sous traitement, tout en soulageant également le système de santé. Différentes stratégies ont été mises en œuvre dans différents contextes afin de réduire le nombre de rendez-vous dans les structures de soins pour les patients sous traitement dont l'état est stable.

Dans certains contextes, cela se traduit par la création de 'adherence clubs', soit des groupes de jusqu'à 30 patients sous ARV qui se rendent ensemble dans un centre de santé ou un lieu de rendez-vous dans la communauté, ils y reçoivent une évaluation clinique rapide, participent à une session collective de counseling, reçoivent les médicaments pour une période donnée, le tout en moins de deux heures. Cela permet de décongestionner les structures de soins, auparavant surchargées.

Dans d'autres contextes, des 'groupes ARV communautaires' réunissent six amis ou voisins qui se déplacent à tour de rôle pour récupérer les médicaments pour le reste du groupe. Cela signifie que chaque membre du groupe se rend dans le centre de santé seulement une fois ou deux par an, pour recevoir une consultation médicale et une prise de sang de suivi, récupérer les médicaments pour les autres membres du groupe, et les leur distribuer dans un endroit de leur choix. Cette stratégie a montré d'excellents résultats en termes de pourcentage de patients qui poursuivent leur traitement, en réduisant les efforts nécessaires à obtenir leur traitement, en créant un soutien par les pairs, en aidant les patients à faire face à la stigmatisation et en encourageant d'autres personnes dans la communauté à se soumettre à un test de dépistage. Dans d'autres contextes, des systèmes de 'recharge accélérée' dans les centres de santé permettent de séparer les rendez-vous pour une consultation clinique des simples visites mensuelles pour récupérer ses médicaments. Ailleurs, les médicaments sont fournis dans la communauté par des organisations ou des agents de santé communautaire, ou par d'autres patients.

Le suivi de la charge virale permet aux consultants de transférer la grande majorité des patients dont l'état est stable, et le suivi du traitement bon, vers des systèmes de suivi et de distribution de médicaments communautaires. Toutes ces stratégies soulagent les patients, en les aidant à intégrer leur traitement ARV dans leur vie plutôt que de les forcer à organiser leur vie autour de leur traitement. Elles réduisent également la charge de travail du personnel de santé, souvent surchargé, et lui permettent de dédier

plus de temps à la prise en charge des personnes qui ont besoin de soins cliniques (par exemple, le traitement des infections opportunistes et la prise en charge des patients en échec thérapeutique). Ces modèles sont une étape importante vers une prise en charge du VIH similaire à celle d'autres maladies chroniques.



« Le transfert du traitement vers les communautés combine l'intérêt des patients et celui des systèmes de santé. Nous sommes en train de démontrer que nous pouvons prendre en charge le VIH en dehors des hôpitaux et garder les gens en bonne santé, tout en simplifiant la vie des patients et en allégeant la pression sur le système de santé. Nous commençons à aller vers un modèle de soins similaire à celui que l'on applique aux maladies chroniques dans les pays développés. »

– Dr. Tom Decroo, MSF



Carmen Jose Panti distribue les ARV pour un mois aux autres membres de son 'groupe ARV communautaire' dans son habitation, dans la province de Tete, au Mozambique.

CE QUE RÉVÈLENT LES ÉTUDES

- Le modèle de 'groupe ARV communautaire' a été introduit pour la première fois dans la province de Tete, au Mozambique. Après un an dans un groupe, le pourcentage de patients poursuivant leur traitement était de 97,7%; il était de 96% après 2 ans et encore de 91,8% après 4 ans⁽²²⁾. Ces résultats sont comparables à ceux des études publiées. Des groupes ARV communautaires ont également été créés à Thyolo, au Malawi. Ici, après neuf mois, parmi 50 groupes et 299 patients au total, 90% de patients étaient encore sous traitement⁽²³⁾. Au Lesotho, sur 108 membres regroupés en 21 groupes, tous poursuivaient leur traitement après cinq mois⁽²⁴⁾.
- Une autre étude a montré que le manque de soutien financier au personnel de santé non-qualifié représente un facteur de fragilisation des groupes ARV. Par ailleurs, des délais de réapprovisionnement en médicaments plus longs sont très avantageux pour les patients. C'est le cas par exemple au Zimbabwe, où les patients viennent récupérer leur traitement tous les trois mois⁽²⁵⁾.
- Une étude de MSF menée à Khayelitsha, en Afrique du Sud, a comparé le rapport coût/efficacité du modèle 'adherence clubs' par rapport aux soins dans les centres de santé. Les 'adherence clubs' ont montré de meilleurs résultats en termes de patients poursuivant leur traitement (97% contre 85 %), avec un coût par an et par patient de 58 dollars contre 109 dollars. Les patients constataient, parmi les principaux avantages, des délais d'attente plus courts (67 minutes par rapport à 176 minutes), de meilleurs taux de présence aux rendez-vous (19% des membres des 'clubs' étant absents à un rendez-vous contre 37%). La participation à un 'adherence club' réduisait également de deux-tiers le nombre de patients perdus de vue et d'environ 50% la

proportion de personnes présentant des pics de charge virale ou un suivi virologique incomplet⁽²⁶⁾. MSF a participé à la réplication de ce modèle, et en septembre 2013, il y avait 794 «adherence clubs» dans la ville du Cap, regroupant 18 626 patients, soit 23% de tous les patients sous ARV dans la zone urbaine du Cap. Cette étude suggère que les 'adherence clubs' devraient être considérés comme une possible stratégie sur le long terme pour le maintien des patients sous traitement dans tous les contextes où la prévalence du VIH est élevée⁽²⁷⁾.

- Une étude MSF dans la province du Cap-occidental, en Afrique du Sud, a montré que les résultats en termes d'abandon du traitement et de suppression virale étaient également bons à court terme parmi des membres d'un 'adherence club' ayant reçu deux ou quatre mois de médicaments ARV. Ces résultats suggèrent qu'il est possible de considérer l'introduction dans les projets de rendez-vous moins fréquents pour les patients dont l'état de santé est stable, afin de réduire les contraintes pour les patients et de rationaliser les ressources des centres de santé^(28, 29).
- A Kinshasa, en RDC, MSF et une ONG locale ont créé des points de distribution communautaires des ARV, pour rapprocher la distribution de médicaments du lieu de vie des patients. Ces points sont gérés par des personnes vivant avec le VIH qui sont formées. Les patients éligibles pour participer au programme, dont l'état de santé est stable, reçoivent des médicaments ARV tous les trois mois et se rendent une fois par an dans un centre de santé pour une consultation clinique. En Juillet 2013, 2 162 patients avaient été admis dans ce programme, et 89% d'entre eux suivaient correctement leur traitement après un an.⁽³⁰⁾

MAINTENIR LES PRIX DES MÉDICAMENTS BAS

Grâce à la concurrence entre les producteurs de médicaments génériques, principalement en Inde, le coût du traitement pour le VIH a baissé de 99% au cours de la dernière décennie, de plus de 10.000 dollars par personne et par an en 2000 à environ 120 dollars par personne et par an aujourd'hui. Cependant, la multiplication des brevets sur les nouveaux médicaments dans les principaux pays producteurs de médicaments génériques implique que le prix de ces médicaments restera élevé tant que les gouvernements n'interviendront pas. Bien que le prix des médicaments de deuxième ligne ait diminué, jusqu'à 303 dollars par an, cela reste plus du double du prix d'un traitement de première ligne. Pour les personnes ne répondant pas aux traitements de deuxième ligne, le passage à un possible traitement 'de rattrapage' implique une augmentation encore majeure du prix : la combinaison de médicaments la plus abordable coûte plus de 2000 dollars par an, soit 15 fois plus que la première ligne, dans les pays les plus pauvres. Cette situation est encore plus dramatique dans les pays dits 'à revenu intermédiaire', où les entreprises négocient les prix au cas par cas et de façon très peu transparente, avec pour conséquence des prix astronomiques.

ÉVITER LES RUPTURES DE STOCK POUR MAINTENIR UNE CHARGE VIRALE INDÉTECTABLE

Pour que les patients suivent leur traitement et maintiennent une charge virale indétectable, les programmes nationaux doivent assurer un approvisionnement régulier et permanent en ARV. En Afrique du Sud, où se trouve le plus grand programme de distribution d'ARV au monde avec environ 2,4 millions de personnes sous traitement, le *Stop Stock Outs Project* a découvert que, parmi le 91% des 2 342 structures de soins publiques contactés entre septembre et octobre 2013, une sur cinq déclarait avoir subi une rupture de stock dans les trois mois précédents. La durée médiane déclarée d'une rupture de stock était de 30 jours variant entre un jour et un an. Plus de 420 000 patients dépendent de ces structures de santé pour leur traitement vital en ARV. Parmi les conséquences possibles de ces défaillances systémiques et généralisées, le développement de résistances aux médicaments, l'impossibilité pour les patients de suivre correctement leur traitement et de maintenir des niveaux 'indétectables' de charge virale, et par conséquent, un risque accru de transmission du VIH dans la communauté. Les patients et le personnel de santé doivent signaler les ruptures de stock, afin de renvoyer les gouvernements nationaux et provinciaux à leur responsabilité de trouver des solutions pour répondre aux causes profondes de ce problème.

QUE FAUT-IL FAIRE ?

Alors que les 13 dernières années d'ARV dans les pays en développement ont apporté de nombreuses avancées importantes, il faut un effort mondial concerté pour étendre le traitement à plus de personnes, tout en s'assurant que le meilleur traitement et le meilleur suivi sont disponibles. Mettre en œuvre les nouvelles recommandations de l'OMS doit être une priorité pour tous les gouvernements et les bailleurs de fonds, avec un accent particulier sur la mise à disposition la plus large possible de la mesure de la charge virale, associé à un soutien accru au suivi du traitement. Enfin, le passage à des modèles de soins qui mettent l'accent sur une plus grande autonomie pour les personnes vivant avec le VIH devrait être une priorité.

Au niveau des pays :

- ❖ Les recommandations émises par l'OMS en 2013 devraient être reprises par les programmes nationaux, par les ministères de la santé lors de leurs demandes de financements auprès du Fonds mondial, et être promues par le programme PEPFAR du gouvernement américain, en accord avec le *PEPFAR Blueprint: Creating an AIDS-Free Generation (Plan PEPFAR: Créer une génération sans Sida⁽³⁰⁾)*.
- ❖ Les programmes de mise à disposition et de soutien au suivi du traitement doivent être renforcés, sur la base des preuves des stratégies qui marchent, en soutenant le personnel de santé non-qualifié, les agents de santé et les organisations communautaires. Les gouvernements doivent s'assurer qu'il n'y a pas d'interruption de l'approvisionnement en ARV et/ou en médicaments essentiels pour traiter les infections opportunistes.
- ❖ Les programmes nationaux doivent analyser leurs résultats non seulement sur la base du nombre de patients poursuivant leur traitement, mais aussi sur la proportion de patients présentant une charge virale indétectable.
- ❖ Les programmes nationaux devraient soutenir l'autonomisation des personnes vivant avec le VIH.
- ❖ Les gouvernements devraient utiliser tous les mécanismes de garantie et de flexibilité offerts par les règles du commerce international pour s'assurer que les brevets ne représentent pas un obstacle à des prix abordables pour les ARV.

Au niveau mondial :

- ❖ La communauté internationale doit travailler pour atteindre l'objectif global de 70% de toutes les personnes vivant avec le VIH / Sida ayant un taux indétectable de VIH, ou au moins de 90% des patients sous traitement ayant une charge virale inférieure à 1 000 copies/ml.
- ❖ Les financements doivent être à la hauteur des ambitions en termes d'augmentation des patients sous traitement et de suivi.
- ❖ Les acteurs de la santé globale doivent s'assurer que les ARV les plus récents, plus puissants et plus faciles à prendre, sont abordables et disponibles.
- ❖ Les acteurs de la santé globale doivent promouvoir les technologies de diagnostic ouvertes et polyvalentes, afin de favoriser la concurrence (pour maintenir des prix bas) et de traiter plusieurs pathologies, dont le VIH, la tuberculose et les hépatites B et C.

RÉFÉRENCES

1. UNAIDS. Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013 [Online]. New York: UNAIDS; 2013 [cited 2013 Nov 21]. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
2. World Health Organization. Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach [Online]. Geneva: WHO; 2013 Jun [cited 2013 Nov 21]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf
3. UNAIDS. Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS [Online]. New York: UNAIDS; 2011 Jun [cited 2013 Nov 21]. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf
4. World Health Organization. Global Update On HIV Treatment 2013: Results, Impact and Opportunities [Online]. Geneva: WHO; 2013 Jun [cited 2013 Nov 21]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85326/1/9789241505734_eng.pdf
5. Mugavero MJ, Napravnik S, Cole SR, Eron JJ, Lau B, Crane HM, et al. Viremia copy-years predicts mortality among treatment-naïve HIV-infected patients initiating anti-retroviral therapy. *Clin Infect Dis* [Online]. 2011 Nov [cited 2013 Nov 22]; 53(9): 927-35. doi: 10.1093/cid/cir526
6. Weiss L, Piketty C, Assoumou L, Didier C, Caccavelli L, Donkova-Petrini V, et al. Relationship between Regulatory T Cells and Immune Activation in Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients Interrupting Antiretroviral Therapy. *PLoS ONE* [Online]. 2010 Jul 21 [cited 2013 Nov 22]; 5(7): e11659. doi:10.1371/journal.pone.0011659
7. Sandler N, Douek D. Microbial translocation in HIV infection: causes, consequences and treatment opportunities. *Nat Rev Microbiol* [Online]. 2012 Sept 10 [cited 2013 Nov 22]; 10(9): 655-66. doi: 10.1038/nrmicro2848
8. Médecins Sans Frontières. Undetectable: How Viral Load Monitoring Can Improve HIV Treatment in Developing Countries [Online]. New York: MSF; 2012 Jul [cited 2013 Nov 22]. Available from: http://www.msaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/HIV_AIDS/Docs/MSF_ViralLoad_Report_FINAL_Sept2012_webres.pdf
9. Soria A, Gori A. After first-line ART: towards an evidence-based SECOND-LINE. *The Lancet* [Online]. 2013 Jun 15 [cited 2013 Nov 21]; 381(9883): 2062-2063. doi:10.1016/S0140-6736(13)61210-6
10. Médecins Sans Frontières. Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions 16th Edition [Online]. New York: MSF; 2013 Jul [cited 2013 Nov 21]. Available from: http://d2pd3b5abq75bb.cloudfront.net/2013/09/11/10/25/44/896/MSF_Access_UTW_16th_Edition_2013.pdf
11. Médecins Sans Frontières. Speed-Up Scale-Up [Online]. New York: MSF; 2012 Jul [cited 2013 Nov 11]. Available from: http://www.msaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/HIV_AIDS/Docs/AIDS_report_SpeedUpScaleUp_ENG_2012.pdf
12. Ellman T. Multi-Country Viral Load Outcomes: How far are our patients from 'Undetectable'? [Available from: <http://www.msf.lu/research/ressources/dossier-msf-operational-research-day-2013/improving-hiv-outcomes-operational-research-towards-policy-change.html>]
13. Shroufi A, Van Cutsem G, Giuliani R, Govender I, Faniyan O, Reid M. The identification and management of widespread treatment failure: The benefits of routine viral load. ICASA, Cape Town, 2013.
14. Bygrave H, Simons S, Goemaere E, Trivino L, Garone D, Ncube K, et al. Scaling-up viral load monitoring in resource-limited settings: Field experience from ART programmes in rural Malawi and Zimbabwe. ICASA, Cape Town, 2013.
15. Ellman T. Multi-country Viral load outcomes: How far are our patients from 'Undetectable'? Available from: <http://www.msf.lu/research/ressources/dossier-msf-operational-research-day-2013/improving-hiv-outcomes-operational-research-towards-policy-change.html>. ICASA, Cape Town, 2013
16. Parker LA, Jobanputra K, Azih C. Use of viral load (VL) monitoring to enable better targeting of adherence support for antiretroviral therapy (ART) compliance in Swaziland. ICASA, Cape Town, 2013.
17. Ellman T. Multi-country Viral load outcomes: How far are our patients from 'Undetectable'? Available from: <http://www.msf.lu/research/ressources/dossier-msf-operational-research-day-2013/improving-hiv-outcomes-operational-research-towards-policy-change.html>. ICASA, Cape Town, 2013
18. Ellman T, Bygrave H, Munyaradzi D, Kizito W, Garone D, Metcalf C, et al. Predictors of viral suppression after enhanced adherence counseling: Preliminary findings from projects in 3 African countries. ICASA, Cape Town, 2013.
19. Patten G, Conradie K, Cox V, Boule A, Stinson K, Wilkinson L. A facility approach to reduce treatment failure amongst patients on first-line ART.
20. Parker LA, Jobanputra K, Azih C. Use of viral load (VL) monitoring to enable better targeting of adherence support for antiretroviral therapy (ART) compliance in Swaziland. ICASA, Cape Town, 2013.
21. Bonner K, Mezochow A, Roberts T, Ford N, Cohn J. Viral load monitoring as a tool to reinforce adherence: a systematic review. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Online]. 2013 Sep 1 [cited 2013 Nov 25]; 64(1):74-8. doi: 10.1097/QAI.0b013e31829f05ac
22. Decroo T, et al. Scaling up HIV testing in the community: What works for who? Comparing mobile testing, a stand-alone site and door-to-door testing in South Africa. ICASA, Cape Town, 2013.
23. Billaud A, Coulborn R, Zamadenga B, Cuenca M, Garone D, Gerstenhaber R, Trivino D, et al. One stone, two targets. Strategies to improve ART delivery and clinical outcomes of stable ART patients: Lessons learned from the implementation of community ART groups in Thyolo District, Malawi. ICASA, Cape Town, 2013.
24. Motsamai M, Kulele M, Maina C, Makhakhe S, Moliko R, Vandendyck M, et al. Community ART groups (CAGs) in Nazareth, Lesotho: the way forward for an effective community model for HIV care? ICASA, Cape Town, 2013.
25. Baert S, Billaud A, Zamadenga B, Vandendyck M, Dezembre S, Decroo T. Implementing community ART groups in low resource settings: Lessons learned from Médecins Sans Frontières. ICASA, Cape Town, 2013.
26. Luque-Fernandez MA, Van Cutsem G, Goemaere E, Hilderbrand K, Schomaker M, et al. Effectiveness of patient adherence groups as a model of care for stable patients on antiretroviral therapy in Khayelitsha, Cape Town, South Africa. *PLoS ONE* [Online]. 2013 [cited 2013 Nov 11]; 8(2):e60888. doi: 10.1371/journal.pone.0056088
27. Bango F, Wilkinson L, Van Cutsem G, Cleary S. Cost effectiveness of ART adherence clubs for long term management of clinically stable ART patients. ICASA, Cape Town, 2013.
28. Grimrud A, Patten G, Sharp J, Myer L, Wilkinson L, Bekker LG. The impact of circular migration support utilising 4-month versus 2-month ART refills on ART adherence club outcomes. ICASA, Cape Town, 2013.
29. Kalenga L, Luemba A, Luyeye P, Lukela JP, LokoRoka J, Goemaere E, et al. Décentralisation de la prise en charge du traitement antirétroviral au niveau communautaire: Expérience des points de distribution (PODI) communautaires à Kinshasa. ICASA, Cape Town, 2013.
30. PEPFAR. PEPFAR Blueprint: Creating an AIDS-free Generation [Online]. Washington DC: PEPFAR; 2012 Nov [cited 2013 Nov 21]. Available from: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/201386.pdf>



MSF - Campagne d'Accès aux Médicaments Essentiels (CAME)

Médecins Sans Frontières, Rue de Lausanne 78, CP 116, CH-1211 Geneva 21, Suisse

Tel: + 41 (0) 22 849 84 05 Fax: + 41 (0) 22 849 84 04 Email: access@msf.org

www.msaccess.org  facebook.com/MSFaccess  twitter.com/MSF_access