

# LE POINT 2013 DE L'OMS SUR LE TRAITEMENT DE L'INFECTION À VIH DANS LE MONDE : RÉSULTATS, IMPACT ET OPPORTUNITÉS

JUIN 2013

RÉSUMÉ





# LE POINT 2013 DE L'OMS SUR LE TRAITEMENT DE L'INFECTION À VIH DANS LE MONDE :

RÉSULTATS, IMPACT ET OPPORTUNITÉS

JUIN 2013

**RÉSUMÉ**

Le point 2013 de l'oms sur le traitement de l'infection à vih dans le monde : résultats, impact et opportunités, Juin 2013 Résumé

WHO/HIV/2013.9

© Organisation mondiale de la Santé 2013. Tous droits réservés.

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857). Courriel : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse [www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé. L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Crédit pour l'image de couverture: OMS/Jerry Redfern

Mise en page: Blossom, Italie

# Sommaire

<b>Résumé de synthèse</b>	7
Des résultats prometteurs	7
Un impact de plus en plus important	9
Maximiser les bénéfices des traitements antirétroviraux	10
Implications des guides 2013 de l’OMS sur les ARV	11
<b>1. Progrès accomplis vers la réalisation des objectifs mondiaux</b>	13
<b>2. Avoir un impact : l’utilisation stratégique des médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir le VIH</b>	15
<b>3. Défis et opportunités pour renforcer le continuum de soins</b>	16
<b>4. Envisager l’avenir</b>	20
<b>References</b>	22



# Résumé de synthèse

L'élargissement considérable de l'accès au traitement de l'infection à VIH dans le monde a modifié non seulement l'épidémie mais aussi l'ensemble du paysage de la santé publique, montrant ainsi qu'il était possible de faire du droit à la santé une réalité même dans les circonstances les plus difficiles.

La présente publication rend compte des progrès accomplis dans l'élargissement de l'utilisation des traitements antirétroviraux (TAR) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, des obstacles qui sont en train d'être surmontés ou pour lesquels on cherche encore une solution et des possibilités de tirer parti des succès remportés ces 10 dernières années.<sup>1</sup>

Le chapitre 1 présente de nouvelles données sur les efforts récemment déployés au niveau mondial dans le domaine des

traitements et souligne les évolutions positives ainsi que les aspects qu'il faut améliorer. Il examine également les *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH* (1) de l'OMS (2013), qui sont destinées à permettre d'exploiter toutes les possibilités offertes par les TAR pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Le chapitre 2 décrit succinctement l'impact de l'extension des traitements en termes de réduction de la mortalité liée au SIDA et du nombre de nouvelles infections à VIH. Le chapitre 3 aborde en détail les différentes étapes à franchir pour parvenir à fournir des TAR et explore les vastes opportunités d'innovation. Enfin, le chapitre 4 aborde les conséquences et l'impact attendu des nouvelles lignes directrices de l'OMS sur les traitements antirétroviraux (2013).

## Des résultats prometteurs

L'augmentation remarquable de l'accès aux TAR vitaux s'est poursuivie en 2012. À la fin de l'année, au total, 1,6 million de personnes de plus que l'année précédente bénéficiaient d'un TAR dans les pays à revenu faible ou intermédiaire – il s'agit de la plus forte augmentation annuelle jamais enregistrée et celle-ci concerne principalement la Région africaine de l'OMS. En 2012, 9,7 millions de personnes bénéficiaient d'un TAR dans les pays à revenu faible ou intermédiaire contre 300 000 en 2002.

Dans la Région OMS de l'Afrique, qui reste la plus touchée par l'épidémie de VIH, plus de 7,5 millions de personnes bénéficiaient d'un traitement fin 2012 contre 50 000 dix ans plus tôt. Des progrès ont été enregistrés dans toutes les Régions OMS, même celles qui avaient du retard. Le rythme de l'extension des traitements reste le même malgré la crise économique.

Ces succès sont le fruit de l'engagement politique, de la mobilisation communautaire, de l'innovation technique, du financement et des autres formes de soutien qui ont facilité l'extension des TAR au niveau mondial.

Cependant, beaucoup reste à faire pour permettre à 15 millions de personnes d'accéder à un TAR en 2015, conformément à l'objectif convenu par les États Membres de l'Organisation des Nations Unies en juin 2011 à New York,

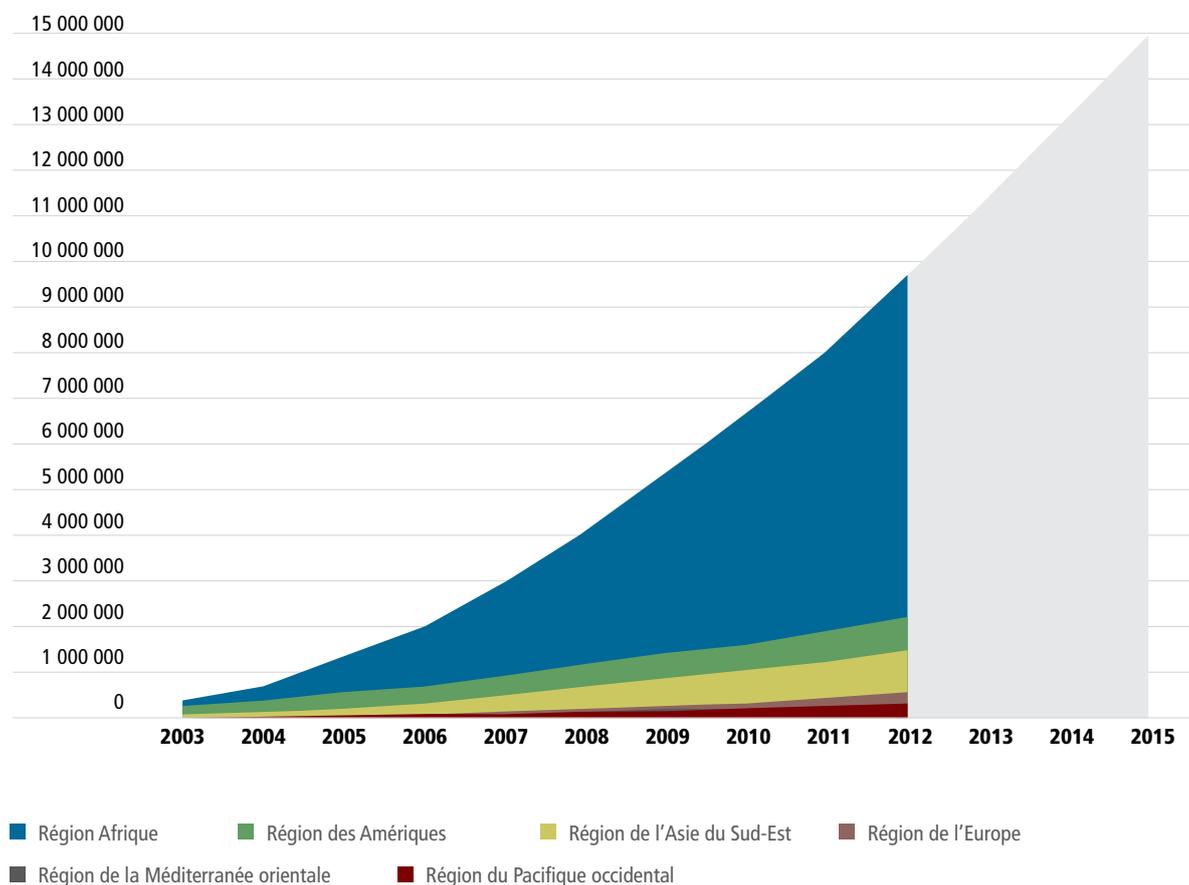
lors de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée Générale consacrée au VIH/SIDA (2). Le nombre de personnes qui bénéficiaient d'un TAR en 2012 (9,7 millions) représentait 65 % de la cible de 15 millions, contre 54 % fin 2011 (Figure 1).

Les progrès globaux masquent cependant d'importantes disparités. Dans la plupart des Régions de l'OMS, y compris la Région Afrique, il semble que les hommes aient moins de chances que les femmes de recevoir le TAR dont ils ont besoin. En outre, pas assez d'enfants, d'adolescents et de populations exposés à un risque élevé d'infection à VIH (en particulier les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des relations homosexuelles et les personnes transgenres) ne bénéficient d'un TAR.

Le nombre d'enfants de moins de 15 ans bénéficiant d'un TAR est passé de 566 000 en 2011 à 630 000 en 2012, mais l'augmentation a été beaucoup plus faible que pour les adultes. On estime qu'en 2012, au niveau mondial, plus de 900 000 femmes enceintes vivant avec le VIH ont bénéficié d'une prophylaxie ou d'un traitement pour éviter la transmission mère-enfant (à l'exclusion de la névirapine monodose, qui est obsolète) – un tiers de plus qu'en 2009. Cependant, de nombreuses femmes vivant avec le VIH et qui ont besoin du TAR n'ont pas la possibilité d'entamer un traitement pendant la grossesse, même dans certains pays où la charge de morbidité de l'infection à VIH est forte.

<sup>1</sup> Au moment de la publication de ce rapport (juin 2013), des données de 2012 sur les programmes nationaux de lutte contre le VIH étaient disponibles pour la plupart des pays mais pas pour tous et les estimations relatives aux TAR n'étaient disponibles que pour 22 des pays visés par le Plan Mondial. Par conséquent, ce rapport sur la présentation et l'analyse des données sur l'extension des services qui sont basées sur les rapports programmatiques des pays qui ont présenté des données et limite l'étude de la couverture des services fin 2012 aux 22 pays figurant dans le *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*.

**Fig. 1. Nombres actuels et projection d'adultes et d'enfants bénéficiant d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (au niveau mondial et par Région OMS), 2003-2015**



Source : Rapport d'activité sur la riposte au SIDA dans le monde, 2013 (OMS/UNICEF/ONUSIDA).

D'après l'évolution actuelle d'extension des programmes de TAR, il est possible de classer les pays en trois grandes catégories.<sup>2</sup> La première comprend les pays qui fournissent déjà un traitement à 80 % au moins des personnes qui remplissent les critères pour en bénéficier<sup>3</sup> – y compris certains où la charge de morbidité du VIH est élevée – ainsi que plusieurs autres pays qui sont sur le point de faire de même. La deuxième catégorie comprend les pays qui ont considérablement progressé dans l'élargissement de l'accès aux traitements mais qui doivent accélérer le rythme s'ils veulent atteindre la cible des 80 % de couverture en

2015. Enfin, la troisième catégorie comprend les pays qui sont assez en retard et qui souffrent de graves faiblesses structurelles de leur système de santé et de gouvernance. Ce groupe de pays, plus petit, doit être fermement soutenu afin d'accélérer les efforts déployés en faveur de l'accès aux traitements.

Quel que soit leur statut en ce qui concerne l'élargissement de l'accès aux traitements, les pays de toutes parts doivent faire preuve d'efforts renouvelés pour obtenir un impact maximisé au niveau de la prévention et du traitement.

<sup>2</sup> La catégorisation est basée sur une projection linéaire des changements du nombre de personnes recevant et étant éligibles au TAR jusqu'à la fin 2015, basé sur l'année la plus récente ou des données étaient disponibles à la fois sur la mise à disposition et l'éligibilité des TAR, par exemple l'année 2012 pour les 22 pays inclus dans le Plan Mondial.

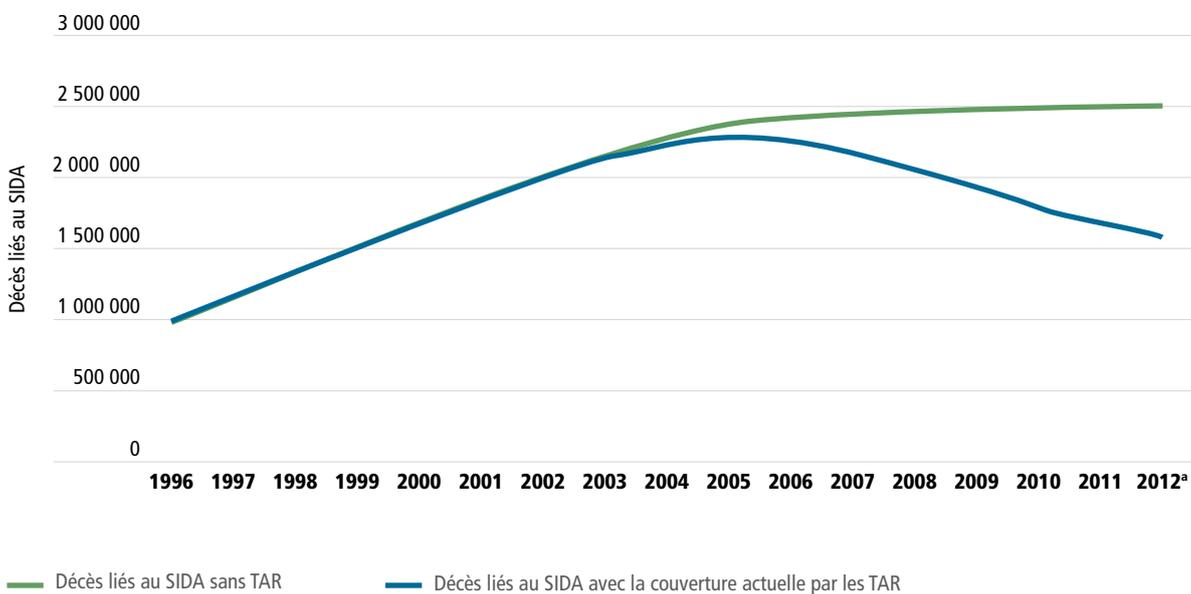
<sup>3</sup> Selon les critères d'éligibilité de l'OMS 2010 : nombre CD4  $\leq$  350 cellules/mm<sup>3</sup>.

## Un impact de plus en plus important

L'accès élargi aux TAR modifie profondément l'épidémie de VIH dans le monde. Les taux de mortalité liée au SIDA baissent rapidement. On estime que l'élargissement de l'accès aux TAR a évité 4,2 millions de décès dans les pays

à revenu faible ou intermédiaire de 2002 à 2012 (Figure 2) (3). Les interventions de lutte contre la co-infection tuberculose-VIH ont permis de sauver plus de 400 000 vies en 2011 seulement (huit fois plus qu'en 2005) (4).

**Fig. 2. Nombre annuel de décès attribuables à des causes liées au SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, par rapport à une situation où il n'y aurait pas de traitement antirétroviral, 1996-2012**



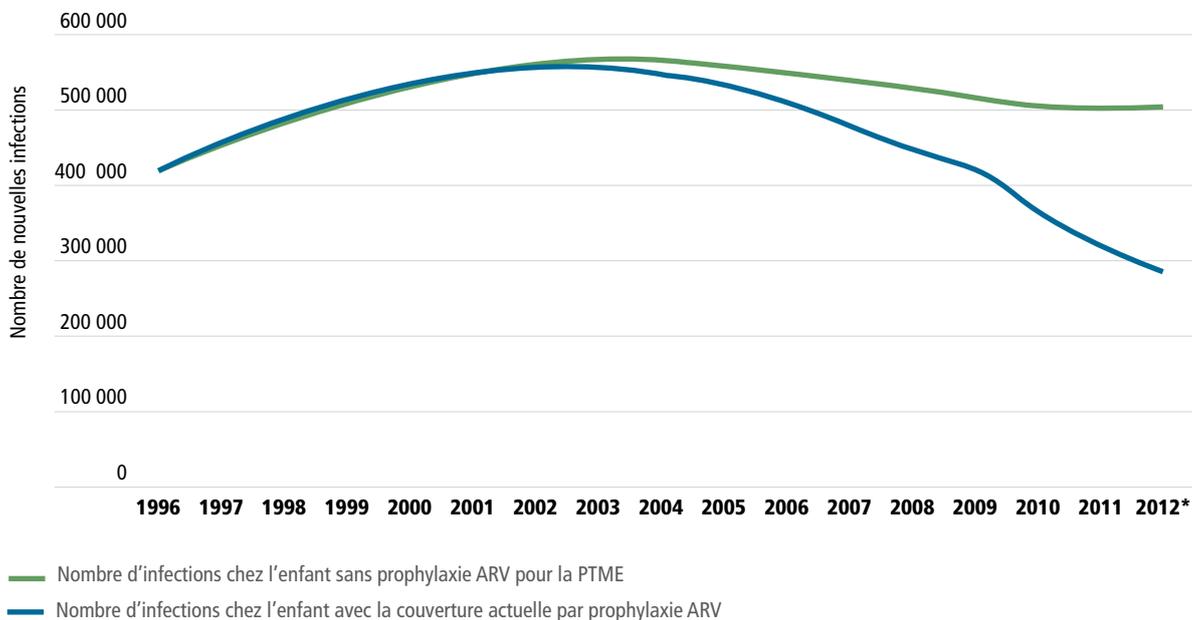
<sup>a</sup> Les données de 2012 sont des projections basées sur l'extension des TAR de 2009 à 2011 et ne représentent pas les estimations officielles du nombre annuel de décès liés au SIDA.

L'amélioration de l'accès aux TAR a fait considérablement augmenter l'espérance de vie. Ainsi, en Afrique du Sud, il ressort des données des programmes de TAR dans trois provinces, que l'espérance de vie des adultes bénéficiant d'un TAR est égale à environ 80 % de l'espérance de vie normale, dans la mesure où ces mêmes patients commencent le traitement tôt (5).

L'effet préventif des TAR est de plus en plus évident (6-10), même dans les cas où l'épidémie d'infection à VIH est concentrée (11) et notamment lorsqu'ils sont associés aux mesures de prévention classiques. Ainsi, une étude menée récemment dans les campagnes d'Afrique du Sud a montré qu'une augmentation de 10 % du nombre de personnes bénéficiant d'un TAR faisait baisser l'incidence de l'infection à VIH de 17% (12).

L'élargissement de l'accès aux TAR contribue nettement à la baisse, chaque année, du nombre de nouvelles infections à VIH dans le monde, y compris chez l'enfant. L'extension des programmes de PTME et l'utilisation de schémas thérapeutiques plus efficaces ont permis de prévenir plus de 800 000 infections chez l'enfant entre 2005 et fin 2012. Dans les 22 pays prioritaires qui figurent dans le Plan Mondial (13), qui concentre environ 90 % des femmes enceintes qui vivent avec le VIH et où surviennent 90 % des nouvelles infections chez l'enfant, on estime que le taux de transmission mère-enfant est passé globalement de 26% [23-28%] en 2009 à 17% [15-18%] en 2012 (Figure 3).

**Fig. 3. Nombre de nouvelles infections à VIH chez l'enfant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 1996-2012**



\* Les données de 2012 sont des projections basées sur l'extension des programmes de 2009 à 2011.

## Maximiser les bénéfices des traitements antirétroviraux

La couverture des programmes s'améliore dans toutes les Régions OMS, mais un nombre non négligeable d'adultes et d'enfants cessent encore leur traitement pour l'infection à VIH à différentes étapes du continuum de soins entre le diagnostic VIH et la rétention dans la filière de soins. Pour maximiser les bénéfices des TAR, il faut augmenter le recours au dépistage et au conseil, assurer le lien des personnes avec la filière de soins, permettre aux patients d'entamer le traitement assez tôt et favoriser l'observance et leur rétention dans la filière de soins.

Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne où une enquête a été menée, plus de la moitié des personnes dont on estime qu'elles vivent avec le VIH ignorent leur statut sérologique (14). Dans certains pays, chez une proportion importante des femmes enceintes qui vivent avec le VIH, l'infection n'est pas diagnostiquée ou, lorsqu'elle l'est, aucun traitement ARV n'est instauré pour préserver leur santé et pour éviter la transmission mère-enfant du VIH. D'autres études effectuées en Afrique subsaharienne montrent que près de la moitié des personnes séropositives pour le VIH sont perdues de vue entre le dépistage et le moment où on évalue qu'elles sont éligibles à un TAR, et que 32 % des personnes considérées comme éligibles pour un traitement sont perdues de vue avant de l'entamer (15). De nombreux efforts sont faits pour atténuer cette perte de patients.

### Extension du dépistage et du conseil pour VIH

Le dépistage est la première étape cruciale pour que les personnes vivant avec le VIH puissent entamer un traitement, de plus il offre une opportunité afin de renforcer la prévention VIH. Au niveau mondial, le recours au dépistage a considérablement augmenté dans toutes les Régions OMS : plus de 118 millions de personnes dans 124 pays ont bénéficié d'un dépistage et de conseils relatifs au VIH en 2012.

Une large couverture du dépistage et du conseil à l'initiative du prestataire a été atteinte dans le cadre des soins prénatals et dans les centres de prise en charge de la tuberculose (mais pas dans d'autres services cliniques), notamment dans les pays où la charge de morbidité de l'infection à VIH est élevée (16). On a constaté que les services communautaires de dépistage et de conseil (incluant ceux destinés aux populations clés) et l'intégration du dépistage du VIH dans d'autres campagnes de lutte contre les maladies permettaient d'augmenter le recours au dépistage.

Cependant, une proportion importante de la population ne connaît pas son statut sérologique vis-à-vis du VIH. Dans toutes les Régions OMS, les hommes sont moins

susceptibles que les femmes de se faire dépister. En particulier, la couverture du dépistage et du conseil pour le VIH est particulièrement faible parmi les adolescents et les populations clés. Des obstacles structurels, opérationnels, logistiques et sociaux – dont la stigmatisation, la discrimination et les lois et politiques punitives – empêchent toujours les populations clés d'accéder aux TAR. Bien que la situation concernant le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson s'améliore dans de nombreux pays, en 2011, 35 % [29-41 %] seulement des nourrissons nés de mères vivant avec le VIH ont bénéficié d'un dépistage VIH au cours des deux premiers mois suivant la naissance.

Par conséquent, dans toutes les Régions, un grand nombre de personnes se font dépister et traiter tardivement, généralement lorsque leur état de santé commence à décliner, ce qui diminue les bienfaits des TAR.

## Orientation des patients du dépistage vers les services de soins

Trop de patients sont « perdus de vue » entre le dépistage du VIH et le début du TAR. Plusieurs approches pour surmonter cette difficulté semblent prometteuses, notamment le conseil de qualité, la fourniture gratuite d'un traitement prophylactique au cotrimoxazole, la réduction des temps d'attente dans les dispensaires et la numération des CD4 sur le lieu des soins (17).

## Instauration du traitement ARV, observance et rétention des patients

Pour qu'un traitement antirétroviral soit efficace, il est essentiel de l'instaurer tôt. La médiane de numération des

CD4 en début de TAR augmente dans toutes les Régions OMS, mais elle est encore trop basse : dans les pays à revenu faible, environ une personne sur quatre commence le TAR tardivement, alors que la numération des CD4 est  $<100$  cellules/mm<sup>3</sup>.

Une fois que le traitement est instauré, les taux de rétention sont d'abord élevés puis baissent progressivement. Les données rapportées en 2013 pour 23 pays indiquent que les taux de rétention moyens tendent à baisser de 86 % au bout de 12 mois à 82 % au bout de 24 mois, puis 72 % au bout de 60 mois. Des études confirment que la décentralisation des services de TAR améliore la rétention en filière de soins (18-20), y compris pour les enfants (21), et que plusieurs formes d'aide à l'observance se révèlent efficaces, y compris les réseaux d'entraide pour le traitement et les clubs communautaires destinés à favoriser l'observance, les rappels par SMS, les bons pour des produits laitiers et les rations de nourriture (22).

Les TAR visent à obtenir et ceci de façon durable une suppression virale chez les personnes recevant un TAR. Des études récentes montrent que ces traitements permettent d'obtenir d'excellents résultats, même dans des milieux à faible ressources (23). Par exemple, une étude de grande ampleur menée au Rwanda a montré que la suppression virale était obtenue chez 86 % des sujets 18 mois après le début du TAR (24) ; au Sénégal, la suppression virale était obtenue au bout de cinq ans chez 80 % des sujets (25). Des efforts particuliers seront nécessaires pour pérenniser ces acquis, car il semble qu'avec la poursuite de l'extension des TAR, les taux de pharmacorésistance pourraient augmenter (26). Il faut mettre en place des systèmes de suivi des indicateurs d'alerte précoce et de surveillance de la résistance aux traitements VIH afin de détecter à temps ces modifications.

## Implications des guides 2013 de l'OMS sur les ARV

L'évolution actuelle de l'élargissement de l'accès aux TAR donne toutes les raisons d'être optimiste. Néanmoins, de nouvelles améliorations sont encore nécessaires et possibles. Pour tirer pleinement parti de l'énorme impact des TAR sur la prévention des décès et des nouvelles infections à VIH, l'OMS a révisé ses lignes directrices et guides sur les ARV pour recommander une initiation plus précoce du TAR et un TAR immédiat dans certaines circonstances. Selon les nouvelles lignes directrices 2013 (1), le TAR doit être instauré plus tôt – dès que la numération des CD4 est  $\leq 500$  cellules/mm<sup>3</sup> – et immédiatement pour les couples sérodiscordants, les femmes enceintes vivant avec le VIH, les séropositifs atteints de tuberculose ou d'hépatite B et les enfants de moins de cinq ans qui vivent avec le VIH, quelle que soit la numération des CD4.

Si elles sont totalement appliquées, ces lignes directrices pourraient éviter, entre 2013 et 2025, au moins 3 millions de décès et 3,5 millions de nouvelles infections de plus que si l'on continuait à appliquer les lignes directrices de 2010 (Figures 4 et 5).

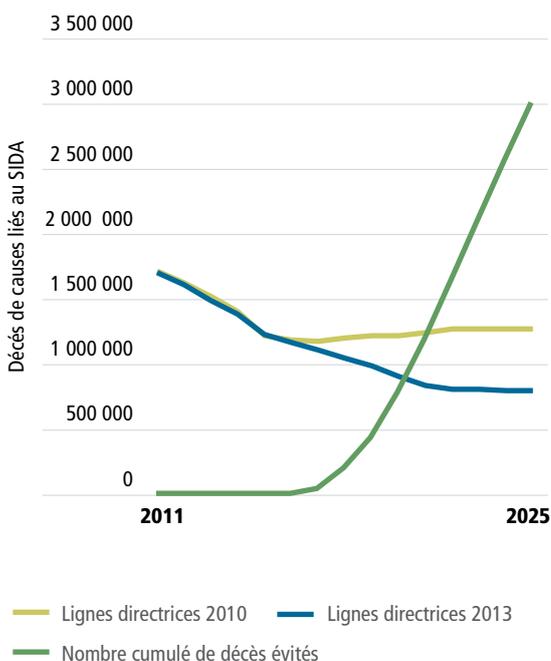
Pour faire de ces projections une réalité, il faudra augmenter de 10 % l'investissement annuel total dans la riposte mondiale au VIH d'ici 2025 ; ce qui selon les critères mondiaux, est considéré comme un investissement supplémentaire « très rentable ». Les ressources nécessaires devraient augmenter au cours de la période considérée puis baisser après 2025 en raison des bénéfices accumulés, en termes de prévention, de l'extension des TAR. L'amélioration de l'accès aux TAR fera

baïsser le nombre de nouvelles infections à VIH et donc le nombre de personnes qui auront besoin d'un traitement.

Les bienfaits avérés des TAR en termes de prévention des décès évités et des infections dépassent les attentes qu'avait suscité l'élargissement de l'accès à ces traitements il y a 10 ans. Les lignes directrices 2013 de l'OMS sur les ARV (1) sont

destinées à étendre encore plus largement ces bénéfices et à permettre à environ 25.9 millions de personnes de bénéficier d'un traitement en 2013 (soit 9.2 millions de personnes de plus que celles qui pourraient accéder à un traitement suivant les lignes directrices de 2010). Cette évolution souligne qu'il faut encore déployer davantage d'efforts au niveau mondial pour élargir l'accès aux TAR.

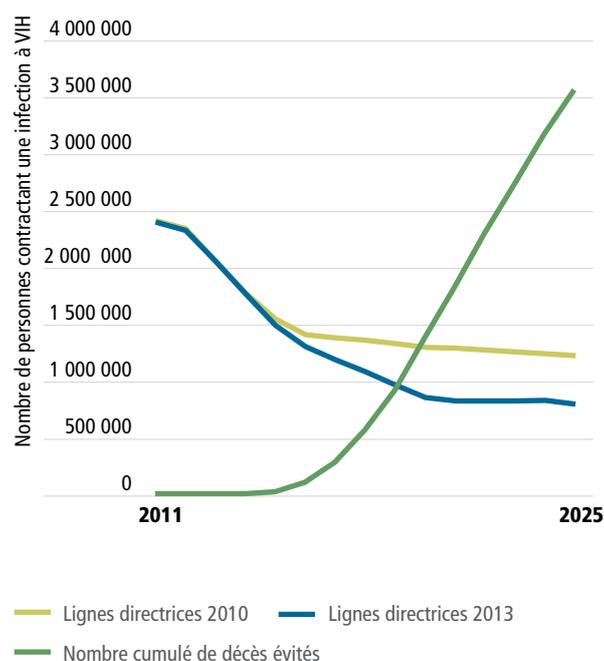
**Fig. 4. Projection du nombre annuel de décès liés au SIDA dans le monde sur la base des lignes directrices de l'OMS sur les ARV de 2010 et celles de 2013, et nombre cumulé de décès évités entre 2011 et 2025**



Source : Analyse spéciale effectuée par le Futures Institute, 2013.

Pour maintenir une couverture de 80 % suivant les lignes directrices de l'OMS de 2010, il faut instaurer le TAR dès que la numération des CD4 est  $\leq 350$  cellules/mm<sup>3</sup> ou au stade clinique III ou IV ; pour maintenir une couverture de 80 % suivant les lignes directrices de l'OMS de 2013, il faut instaurer

**Fig. 5. Projection du nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez l'adulte dans le monde sur la base des lignes directrices de l'OMS sur les ARV de 2010 et celles de 2013, et nombre cumulé d'infections évitées entre 2011 et 2025**



Source : Analyse spéciale effectuée par le Futures Institute, 2013.

le TAR dès que la numération des CD4 est  $\leq 500$  cellules/mm<sup>3</sup>, ainsi que pour les couples sérodiscordants, les femmes enceintes qui vivent avec le VIH et les enfants qui vivent avec le VIH quelle que soit la numération des CD4.

# Chapitre 1 : Progrès accomplis vers la réalisation des objectifs mondiaux

## POINTS ESSENTIELS

**En 2012, Le nombre de personnes ayant bénéficié de médicaments antirétroviraux (ARV) salvateurs a été plus important que jamais**

Au niveau mondial, le nombre de personnes ayant accès au traitement antirétroviral (TAR) continue à progresser rapidement, et l'objectif des 15 millions de personnes bénéficiant de ce traitement salvateur est à portée de main.

- Le nombre de personnes recevant un traitement contre le VIH a triplé en cinq ans – et a atteint 9,7 millions dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2012. Ce total représente 65 % de la cible mondiale de 15 millions de personnes fixée pour 2015, un résultat en hausse par rapport aux 54 % atteints à la fin de 2011.
- À la fin 2012, environ 1,6 million de personnes supplémentaires bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale par comparaison à la fin 2011, soit l'augmentation la plus importante jamais obtenue au cours d'une seule année. L'extension des TAR se poursuit à un rythme remarquable malgré la persistance de la crise économique mondiale.
- Si l'on parvient à maintenir cet effort important, il sera possible d'atteindre l'objectif mondial de 15 millions de personnes bénéficiant du TAR d'ici 2015.
- La plupart des pays où la charge de morbidité de l'infection à VIH est élevée ont les capacités de parvenir à l'accès universel (défini comme une couverture de 80 % par le TAR, sur la base des critères OMS 2010 d'éligibilité au traitement). Toutefois, dans d'autres pays, un important soutien doit être apporté rapidement pour favoriser l'extension du traitement.
- L'accès au traitement ARV a progressé dans chaque Région OMS. La Région africaine de l'OMS est au premier rang des efforts et elle abrite les quatre cinquièmes de la population ayant commencé le traitement ARV en 2012. Des augmentations encourageantes ont été constatées dans la Région Europe et dans la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS, mais ces deux Régions restent celles où la couverture par le traitement est la plus faible dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

L'extension de l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) progresse de manière satisfaisante.

- En 2012, selon les estimations, 900 000 femmes dans le monde recevaient des médicaments antirétroviraux pour la PTME, soit un tiers de plus qu'en 2009, année de référence pour le Plan Mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH des enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie.
- Dans 21 des pays africains prioritaires du Plan Mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH des enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, 64% [58-70%] des femmes enceintes vivant avec le VIH recevaient des médicaments ARV pour la PTME en 2012, alors qu'elles n'étaient que 59 % en 2011 et 49 % en 2009.
- Sur la base de l'évolution actuelle, l'une des principales cibles du Plan Mondial – fournir des ARV à 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dans le monde d'ici la fin 2015 – semble à portée de main.

Le traitement contre le VIH n'atteint pas encore suffisamment les enfants et les populations clés.

- Le nombre des enfants de moins de 15 ans bénéficiant d'une TAR a augmenté pour passer de 566 000 en 2011 à 630 000 en 2012, mais, en pourcentage, l'augmentation a été plus faible que pour les adultes (11 % contre 21 %).
- Un énorme effort est nécessaire pour atteindre l'objectif qui est de fournir un TAR à tous les enfants pouvant en bénéficier d'ici 2015.
- Certaines populations à risque plus élevé d'infection par le VIH ne bénéficient pas de manière équitable du TAR, en particulier les utilisateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, les transgenres et les professionnels du sexe.

- La stigmatisation, la discrimination et les lois répressives privent ces populations clés des avantages multiples du TAR.
- Dans certaines Régions OMS, dont la Région africaine de l'OMS, les hommes qui auraient besoin du TAR sont moins susceptibles d'en bénéficier que les femmes.
- Le seuil des CD4 pour le traitement des adultes vivant avec le VIH est porté à 500 cellules/mm<sup>3</sup> et le traitement – quel que soit la numération des CD4 – est recommandé pour tous les enfants de moins de cinq ans vivant avec le VIH, toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH, les personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une co-infection par la tuberculose ou l'hépatite B, et les partenaires positifs pour le VIH des couples sérodiscordants.

Les nouvelles lignes directrices mondiales de l'OMS sur l'utilisation des médicaments ARV pour le traitement et la prévention visent à augmenter l'impact des antirétroviraux en élargissant les critères permettant d'en bénéficier.

- Les nouvelles lignes directrices sont le reflet des données factuelles qui attestent des multiples avantages d'un démarrage précoce du TAR à la fois pour la prévention et le traitement.
- Compte tenu de la situation actuelle, l'application des nouvelles lignes directrices 2013 aboutirait, à l'échelle mondiale, à une augmentation du nombre total des personnes pouvant bénéficier du TAR dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, de 16,7 millions à 25,9 millions en 2013. Toutefois, les avantages supplémentaires du TAR en termes de prévention signifieraient que le nombre total des personnes éligibles au TAR atteindrait un sommet en 2021 pour ensuite diminuer de façon significative.

## Chapitre 2 : Avoir un impact : l'utilisation stratégique des médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir le VIH

### POINTS ESSENTIELS

#### L'élargissement de l'accès à la thérapie antirétrovirale modifie l'épidémie mondiale du VIH de manière spectaculaire à de nombreux égards

Les taux de mortalité liée au SIDA diminuent rapidement, y compris dans les pays où la charge de morbidité de l'infection à VIH est très élevée.

- L'extension du traitement au niveau mondial a permis de sauver 4,2 millions de vies entre 2002 et 2012 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Au niveau mondial, le nombre de personnes décédant chaque année de causes liées au SIDA a diminué pour passer du niveau maximal de 2,3 millions en 2005 à 1,7 million en 2011.
- En Afrique orientale et australe, le SIDA a causé 38 % de décès de moins en 2011 qu'en 2005, lorsque le TAR a commencé à être mis en œuvre à grande échelle dans cette région.

- L'espérance de vie des personnes bénéficiant d'un TAR est désormais proche de l'espérance de vie moyenne normale, y compris dans les pays où la charge de morbidité de l'infection à VIH est élevée.

L'extension des TAR est un élément majeur qui a contribué aux succès obtenus récemment dans la prévention du VIH, et au recul de l'incidence de la tuberculose et de la mortalité due à cette maladie.

- Le nombre de personnes contractant l'infection à VIH dans le monde a diminué de 20 % entre 2001 et 2011.
- L'extension des services de PTME a permis d'éviter que plus de 800 000 enfants contractent l'infection à VIH entre 2005 et la fin de 2012.
- Les interventions conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH ont permis de sauver plus de 400 000 vies pour la seule année 2011 (huit fois plus qu'en 2005).

## Chapitre 3 : Défis et opportunités pour renforcer le continuum de soins

### POINTS ESSENTIELS

- Les principales étapes du continuum de soins consistent à diagnostiquer l'infection à VIH, orienter les personnes qui ont passé un test de dépistage vers les services de traitement et de prévention, les recruter pour qu'elles bénéficient de la prise en charge préalable au TAR et les retenir dans la filière de soins, commencer le TAR, veiller à l'observance à long terme du traitement et parvenir finalement à supprimer la charge virale et à maintenir cette suppression.
- La couverture par le programme s'améliore dans toutes les Régions OMS, mais des proportions importantes de la population concernée abandonnent encore les soins à chaque étape du continuum de soins.
- Les programmes s'efforcent d'identifier de nouvelles possibilités d'améliorer le recours au test, de réduire le temps s'écoulant avant l'évaluation de l'éligibilité au traitement et le début de celui-ci, et de favoriser l'observance du traitement et la rétention dans la filière de soins.
- Le cadre de l'initiative « Traitement 2.0 » permet de recenser les possibilités d'amélioration à chaque étape, les interventions étant axées sur l'adaptation de la prestation des services, l'optimisation des schémas thérapeutiques et des diagnostics, la réduction des coûts et la mobilisation des communautés.

### DÉPISTAGE DU VIH ET LIEN AVEC LA FILIÈRE DE SOINS



### POINTS ESSENTIELS

**Un dépistage précoce du VIH est la première étape pour que les soins du VIH soient un succès**

- À l'échelle mondiale, plus de 118 millions de personnes dans 124 pays à revenu faible ou intermédiaire ont bénéficié de tests de dépistage et de conseils relatifs au VIH en 2012.
- Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fait l'objet d'une étude, la plupart des hommes et des femmes vivant avec le VIH n'ont jamais été testés pour le VIH, et ne sont donc pas en position de connaître leur statut sérologique.
- Dans toutes les Régions OMS, nombreux sont ceux qui effectuent le test de dépistage et se présentent tardivement pour bénéficier d'un traitement contre le VIH, généralement une fois que leur santé a commencé à décliner.
- La couverture du dépistage et des conseils relatifs au VIH est particulièrement faible chez les adolescents et au sein des groupes de populations clés dans la plupart des parties du monde.
- À l'échelle mondiale, environ 40 % des femmes enceintes des pays à revenu faible ou intermédiaire ont bénéficié d'un dépistage et de conseils relatifs au VIH en 2012, un résultat en hausse par rapport aux 26 % de 2009.
- Le dépistage précoce des nourrissons est mis en place à plus grande échelle dans la plupart des pays, mais, en 2011, seuls 35 % [29-41 %] des nourrissons nés de mères vivant avec le VIH ont bénéficié d'un test de dépistage au cours de leurs deux premiers mois de vie.
- La couverture du diagnostic précoce des nourrissons est à 10 % ou inférieure dans cinq des pays prioritaires du Plan Mondial.
- Au niveau mondial, le nombre de personnes bénéficiant de soins contre le VIH qui ont été dépistées pour la tuberculose a augmenté de 46 % entre 2010 et 2011, passant de 2,4 millions à 3,5 millions.

## RECRUTEMENT EN FILIÈRE DE SOINS ET PRISE EN CHARGE PRÉALABLE À LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE



### POINTS ESSENTIELS

Un grand nombre de personnes sont « perdues de vue » entre le moment où elles passent le test de dépistage du VIH et le début de la thérapie antirétrovirale

- Pour les enfants, l'orientation vers la filière de soins chargés du traitement après la pose du diagnostic et l'évaluation de l'éligibilité au traitement varie de 40 à 99 % selon les pays.
- En 2012, 68 % des femmes enceintes dont les résultats des tests de dépistage du VIH ont été positifs ont ensuite fait l'objet d'une évaluation d'éligibilité au TAR, un chiffre en hausse par rapport aux 57 % de 2011.
- L'accès à la numération des CD4 reste limité avec, dans certaines Régions, moins de 20 % des personnes dont le test de dépistage du VIH est positif obtenant une numération des CD4.
- La numération des CD4 sur le lieu des soins peut considérablement accélérer le début du TAR et améliorer la fidélisation parmi les personnes qui peuvent bénéficier du traitement.
- Les interventions qui permettent d'améliorer les résultats pour les personnes recevant les soins préalables au TAR sont notamment les conseils, l'administration gratuite d'une prophylaxie par le cotrimoxazole, l'évaluation régulière de l'éligibilité au TAR, une réduction du temps d'attente dans les dispensaires, ainsi que des méthodes visant à encourager les consultations cliniques régulières.

## THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE : DÉBUT, RÉTENTION ET OBSERVANCE



### POINTS ESSENTIELS

#### Le démarrage précoce du traitement est essentiel au succès

- À partir de 2012, la plupart des pays dans le monde ont autorisé le démarrage du TAR lorsque la numération des CD4 était  $\leq 350$  cellules/mm<sup>3</sup>, et un petit nombre d'entre eux ont déjà adopté un seuil supérieur de démarrage du traitement lorsque la numération des CD4 était  $\leq 500$  cellules/mm<sup>3</sup>.
- La médiane de la numération CD4 lors du démarrage du TAR est en progression dans toutes les Régions OMS mais reste trop faible : près d'une personne sur quatre dans les pays à faible revenu commence le TAR tardivement, lorsque la numération des CD4 est  $< 100$  cellules/mm<sup>3</sup>.
- L'option B+ pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH est rapidement adoptée en tant que moyen d'accroître la couverture du TAR pour les femmes enceintes vivant avec le VIH.

- La décentralisation des soins du VIH permet d'améliorer l'accès et la rétention en filière de soins, et un nombre toujours plus grand de pays ont expérimenté ou mis en place l'administration du TAR au niveau communautaire.

#### L'amélioration de la rétention en filière de soins du TAR est un défi majeur pour les programmes

- Les données les plus récentes de 23 pays indiquent que le taux de rétention moyens des personnes sous TAR a baissé avec le temps, d'environ 86% à 12 mois à 82% à 24 mois et 72% à 60 mois, avec de considérables variations entre les pays.

## SUPPRESSION DE LA CHARGE VIRALE



### POINTS ESSENTIELS

**Retenir en filière de soins les personnes qui bénéficient de la thérapie antirétrovirale et veiller à une bonne observance du traitement sont des déterminants essentiels pour parvenir à la suppression de la charge virale à long terme**

- Des données recueillies au Rwanda ont montré que, parmi les personnes bénéficiant du TAR, 86 % étaient parvenues à la suppression de la charge virale 18 mois après le début du traitement. Au Sénégal, environ 80 % des personnes recevant un traitement de première intention parvenaient à éliminer la charge virale cinq ans après le début du traitement.
- L'accès à la mesure de la charge virale reste limité mais augmente rapidement dans certains pays. Par exemple, le Kenya a multiplié par 40 ses capacités de mesure de la charge virale : moins de 10 000 tests étaient pratiqués en 2011 alors que 400 000 tests sont prévus en 2013.

## Chapitre 4 : Envisager l'avenir

### POINTS ESSENTIELS

**La mise en œuvre des lignes directrices 2013 de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention du VIH peut permettre d'éviter à un nombre beaucoup plus important de personnes de décéder de causes liées au SIDA ou de contracter l'infection à VIH**

- La pleine mise en œuvre des lignes directrices 2013 de l'OMS sur les ARV permettra de réduire le nombre des personnes qui décéderont annuellement de causes liées au SIDA de 1,7 millions à moins de 800 000 en 2025, par comparaison à une baisse anticipée de 1,3 millions si les lignes directrices 2010 étaient pleinement mises en œuvre.
- Entre 2013 et 2025, le nombre total de décès liés au SIDA évités pourraient augmenter de 9 à 12 millions si les lignes directrices 2013 sont pleinement mises en œuvre.
- La pleine mise en œuvre des lignes directrices 2013 sur les ARV réduirait le nombre annuel des personnes nouvellement infectées par le VIH de 2,4 millions en 2011 à près de 800 000 en 2025, par comparaison à une baisse anticipée à 1,25 millions si les lignes directrices 2010 étaient pleinement mises en œuvre.
- Entre 2013 et 2025, le nombre total d'infections à VIH évitées pourraient augmenter de 15,5 à 19,0 millions si les lignes directrices 2013 sont pleinement mises en œuvre.



## Références

1. *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.
2. *Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida*. New York, Nations Unies, 2011.
3. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012*. Genève, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/fr/resources/publications/2012/name,76121,fr.asp>, consulté le 11 juin 2013).
4. *Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/fr/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/index.html), consulté le 11 juin 2013).
5. Johnson LF et al. Life expectancies of South African adults starting antiretroviral treatment: collaborative analysis of cohort studies. *PLoS Medicine*, 2013, 10:e1001418.
6. Wood E et al. Extent to which low-level use of antiretroviral treatment could curb the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2000, 355:2095-2100.
7. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011: 365:493-505.
8. Granich RM et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet*, 2009, 373:48-57.
9. Donnell D et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet*, 2010, 375:2092-2098.
10. Jia Z et al. Antiretroviral therapy to prevent HIV transmission in serodiscordant couples in China (2003-11): a national observational cohort study. *Lancet*, 2012 S0140-6736(12)61898-4.
11. Kato M et al. The potential impact of expanding antiretroviral therapy and combination prevention in Vietnam: towards elimination of HIV transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, sous presse.
12. Tanser F et al. High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Science*, 2013, 339:966-971.
13. *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*. Genève, ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaids.org/fr/targetsandcommitments/eliminatingnewhivinfectionamongchildren/>, consulté le 3 juin 2013).
14. Staveteig S et al. *Demographic patterns of HIV testing uptake in sub-Saharan Africa*. Calverton, MD, ICF International, 2013 (DHS Comparative Reports No. 30).
15. Rosen S, Fox MP. Retention in HIV care between testing and treatment in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001056.
16. Baggaley R, Henson B, Lule F. De la prudence à l'urgence : l'évolution des activités de conseil et de dépistage du VIH en Afrique (texte complet en anglais). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2012, 90:652B-658B.
17. Kranzer K et al. Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 2012, 15:17383.

18. Fatti G, Grimwood A, Bock P. Better antiretroviral therapy outcomes at primary healthcare facilities: an evaluation of three tiers of ART services in four South African provinces. *PLoS One*, 2010, 5:e12888.
19. Massaquoi M et al. Patient retention and attrition on antiretroviral treatment at district level in rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2009, 103:594-600.
20. Ford N et al. Early initiation of antiretroviral therapy and associated reduction in mortality and morbidity and defaulting in a nurse-managed, community cohort in Lesotho. *AIDS*, 2010, 24:2645-2650.
21. Fayorsey RN et al. Decentralization of pediatric HIV care and treatment in five sub-Saharan African countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2013, [version électronique avant impression].
22. Bärnighausen T et al. Interventions to increase antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa: a systematic review of evaluation studies. *Lancet Infectious Diseases*, 2011, 11:942-951.
23. Loutfy MR et al. Systematic review of HIV transmission between heterosexual serodiscordant couples where the HIV-positive partner is fully suppressed on antiretroviral therapy. *PLoS One*, 2013, 8:e55747.
24. Elul B et al. High levels of adherence and viral suppression in a nationally representative sample of HIV-infected adults on antiretroviral therapy for 6, 12 and 18 months in Rwanda. *PLoS One*, 2013, 8:e53586.
25. De Beaudrap P et al. Risk of virological failure and drug resistance during first and second-line antiretroviral therapy in a 10-year cohort in Senegal: results from the ANRS 1215 cohort. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2012, [version électronique avant impression].
26. *WHO HIV drug resistance report 2012*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75183/1/9789241503938\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75183/1/9789241503938_eng.pdf), consulté le 3 juin 2013).







**Pour de plus amples informations, contact:**

World Health Organization  
Department of HIV/AIDS  
20, avenue Appia  
1211 Geneva 27  
Switzerland

E-mail: [hiv-aids@who.int](mailto:hiv-aids@who.int)

[www.who.int/hiv](http://www.who.int/hiv)

**WHO/HIV/2013.9**