



**Enquête sur la disponibilité des ARV
pédiatriques et l'accès au diagnostic précoce
pour les enfants infectés par le VIH ou exposés au VIH
en Afrique
Période 2007 – 2009**



Information, Formation et Appui à projets sur le VIH pédiatrique en Afrique



Table des matières

1. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE.....	3
2. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE.....	5
3. ANALYSE DES RÉSULTATS	10
4. RÉSULTATS SUR L'ENSEMBLE DES SITES.....	11
Vue d'ensemble des sites interrogés, du mieux au moins bien approvisionné en 2009.....	11
Vue d'ensemble de l'accès aux ARV pédiatriques de 1ère ligne, tous sites confondus en 2009.....	12
Focus sur quelques ARV pédiatriques de 1ère ligne, et leur accès sur chaque site, au cours des 3 années d'enquête.....	13
Accès au diagnostic précoce par PCR.....	16
5. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS PAR PAYS.....	18
6. ANNEXES (À TELECHARGER).....	18

1. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

En 2005, partant du constat alarmant que les enfants paient un tribut inacceptable au VIH, Sidaction, Initiative Développement et Sol En Si, associations françaises œuvrant pour la lutte contre le sida dans le monde, ont décidé de s'associer pour assurer un renforcement des capacités des acteurs de la prévention et de la prise en charge du VIH chez l'enfant en Afrique.

Les activités menées dans le cadre du projet suivent 3 axes d'intervention :

- **"Information et formation"**: publication d'informations sur la PTME et le VIH pédiatrique : lettre bimestrielle Grandir Info (français - anglais), fiches pratiques, brochures... Organisation de formations sur la PTME et le VIH pédiatrique.
- **"Projets de terrain"**: soutien financier, technique et logistique de projets de prise en charge du VIH chez l'enfant en Afrique autour de 3 thématiques : alimentation du nourrisson né de mère infectée par le VIH ; diagnostic, traitements et soins du VIH pédiatrique ; accompagnement psychologique et social des enfants infectés par le VIH et de leur famille.
14 projets sont actuellement appuyés, au Bénin (2), Burkina Faso (1), Cameroun (3), Congo (2), Côte d'Ivoire (1), Mali (2), Tchad (1), Togo (2).
- **"Mobilisation communautaire"** : renforcement de l'information des parents et enfants vivant avec le VIH en Afrique, appui à la réalisation de campagnes locales de plaidoyer.

Un des objectifs du programme Grandir est d'améliorer l'accès aux ARV pédiatriques, au diagnostic et au suivi biologique des enfants exposés et infectés par le VIH et à l'appui nutritionnel de ces enfants, en Afrique de l'Ouest et Centrale.

Pour y parvenir, il convient de commencer par documenter la situation d'accès à ces éléments clés de la prise en charge.

L'équipe du programme Grandir s'est pour cela appuyée, depuis 2007, sur son réseau de partenaires africains qui sont les mieux placés pour témoigner de la situation sur le terrain.

En répondant toutes à la même enquête durant 3 années consécutives, les associations partenaires ont donc permis de dresser un panorama de l'accès aux ARV pédiatriques, à la PCR et aux aliments thérapeutiques, sur les sites de prise en charge des enfants et de leurs parents.

Sur la base de cet état des lieux, le programme Grandir propose aujourd'hui plusieurs actions :

→ **Partager cette « cartographie d'accès aux ARV pédiatriques » avec les acteurs de la prise en charge pédiatrique en Afrique**

La diffusion des résultats de cette enquête sur le site Internet de Grandir et dans la newsletter Grandir Info permettra à chacun de connaître la situation locale

→ **Apporter un soutien adapté aux lacunes réelles des partenaires du programme Grandir**

Le programme Grandir n'a pas vocation à approvisionner ses partenaires en ARV pédiatriques, réactifs de biologie ou matériel médical. Des systèmes d'approvisionnement nationaux existent et Grandir est soucieux de s'y intégrer et de ne pas court-circuiter les circuits locaux. Néanmoins, pour certains items qui sont rarement fournis par les programmes nationaux et qui conditionnent fortement la qualité du suivi et du traitement des enfants (matériel de mesure anthropométrique ; aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ; stock de sécurité d'ARV pédiatriques), Grandir appuiera les associations en les mettant en lien avec un fournisseur local existant (Unicef pour le *Plumpy Nut*[®] par exemple) ou en le leur fournissant directement.

→ **Plaider pour un meilleur accès aux ARV pédiatriques, à la PCR et aux aliments thérapeutiques**

Les lacunes et difficultés d'accès révélées par cette enquête sont autant d'arguments concrets qui nécessitent une analyse plus profonde des différents contextes (ouverture de l'enquête aux autres sites de prise en charge des différents pays); une étude approfondie des raisons alimentera ensuite la mise en œuvre d'un plaidoyer pour un meilleur accès aux ARV pédiatriques, à la PCR ou au matériel anthropométrique.

2. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Recueil des données

8, 10 puis 12 sites, appuyés par le programme Grandir, dans 7 pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale ont été interrogés en 2007, 2008 et 2009 sur le niveau de disponibilité sur leur site de :

- traitements ARV pédiatriques (liste complète des ARV pédiatriques autorisés à la commercialisation en Afrique);
- l'examen de diagnostic précoce du VIH par la technique de PCR;
- les compléments nutritionnels de type pâtes thérapeutiques prêtes à l'emploi (*Plumpy Nut*® ou équivalents);
- le matériel de suivi anthropométrique (toises et balances adaptées pour la pédiatrie).

Pour chaque item, les sites ont donné le niveau de disponibilité parmi les quatre niveaux suivants :

Disponible / Ruptures occasionnelles / Ruptures fréquentes / Non disponible.

L'enquête a été envoyée par email sous la forme d'un message aux responsables associatifs, accompagné du questionnaire sous forme de tableau en pièce jointe.

Un délai d'environ 2 mois était donné aux associations pour renvoyer le tableau rempli.

Exploitation des données

Pour en faciliter l'exploitation, les résultats qualitatifs reçus, ont été traduits en données quantitatives.

Les niveaux de disponibilité ont été traduits en scores de disponibilité.

L'ensemble des résultats présentés ci-après se base sur ces scores de disponibilité.

Niveaux de disponibilité (donnée qualitative)	Scores de disponibilité (donnée quantitative)
Disponible	10
<i>ou</i> Ruptures de stock récurrentes PCR disponible avec un délai de retour de résultat > 1 mois	5
Non disponible	0

Liste des sites partenaires interrogés

PAYS	Ville		Nom de l'association	Nombre d'enfants suivis : - <u>total</u> (exposés et infectés) - <u>infectés</u> - <u>sous TARV</u> (2009)	Participation à l'enquête ?		
	Capitale	Province			2007	2008	2009
MALI	Bamako		<i>ARCAD Sida</i>	444 total 287 infectés 165 sous TARV	X	X	X
		Sikasso	<i>Kéné Dougou Solidarité</i>	400 189 111	X	X	X
BENIN	Cotonou		<i>RACINES</i>	130 59 28	X	X	X
COTE D'IVOIRE		Bouaké	<i>Centre SAS</i>	391 355 184	X	X	X
TOGO	Lomé		<i>AMC</i>	256 154 67	X	X	X
	Lomé		<i>EVT</i>	238 169 64	X	X	X
BURKINA FASO		Bobo-Dioulasso	<i>REVS+</i>	217 165 71	X	X	X
TCHAD		Moundou	<i>ADN</i>	107 104 36	X	X	X
CONGO BRAZZAVILLE	Brazzaville		<i>Serment Universel</i>	254 210 179		X	X
		Pointe Noire	<i>Avenir Positif</i>	232 232 182		X	X
CAMEROUN	Douala		<i>Swaa Littoral</i>	ND			X
	Yaoundé		<i>KidAids</i>	196 192 190			X
		Maroua	<i>Wesde</i> (Les résultats de cette association - non médicalisée - n'ont pas été retenus pour l'analyse finale des résultats)	54 48 14			X

Liste des médicaments ARV sur lesquels l'enquête a porté

Les lignes bleues correspondent aux médicaments dont la forme et/ou le dosage sont spécifiquement pédiatriques, adaptés aux enfants < 15kg, et recommandés par l'OMS en 1^{ère} ligne de traitement.

Nous nous sommes concentrés sur ces 17 ARV de 1^{ère} ligne dans l'analyse approfondie des résultats de l'enquête (analyse globale sur l'ensemble des pays & analyse pour chaque pays).

Acronyme	Nom complet du médicament (en DCI)	2007	2008	2009
ARV de première ligne				
3TC	Lamivudine Solution buvable : 10mg/ml	X	X	X
	Lamivudine Comprimé : 150mg	X	X	X
D4T	Stavudine Poudre pour solution buvable : 1mg/ml	X	X	X
	Stavudine Gélule : 15mg	X	X	X
	Stavudine Gélule : 20mg	X	X	X
	Stavudine Gélule : 30mg	X	X	X
AZT	Zidovudine Solution buvable : 10mg/ml	X	X	X
	Zidovudine Gélule : 100mg			X
	Zidovudine Comprimé : 300mg	X	X	X
EFV	Efavirenz Solution buvable : 30mg/ml	X	X	X
	Efavirenz Gélule : 50mg	X	X	X
	Efavirenz Gélule : 100mg	X	X	
	Efavirenz Gélule : 200mg	X	X	X
NVP	Névirapine Solution buvable : 10mg/ml	X	X	X
	Névirapine Comprimé : 200mg	X	X	X
LPV/r	Lopinavir /r Solution buvable : 80mg/ml + 20 mg/ml	X	X	X
	Lopinavir /r Capsule molle : 133mg LPV+ 33mg RTV	X	X	X
	Lopinavir /r Comprimé : 200mg LPV+ 50mg RTV	X	X	X
	Lopinavir /r Comprimé : 100mg LPV+ 25mg RTV			X
AZT+3TC	Comprimé : 60mg AZT+ 30mg 3TC	X	X	X
	Comprimé : 300mg AZT+ 150mg 3TC	X	X	X
D4T+3TC	Comprimé : 6mg D4T+ 30mg 3TC (Cipla)	X	X	X
	Comprimé : 12mg D4T+ 60mg 3TC (Cipla)	X	X	X
	Comprimé : 30mg D4T+ 150mg 3TC			X
D4T+3TC+NVP	Comprimé : 5mg D4T+ 20mg 3TC + 35mg NVP (Ranbaxy)			X
	Comprimé : 10mg D4T+ 40mg 3TC + 70mg NVP (Ranbaxy)			X
	Comprimé : 6mg D4T+ 30mg 3TC + 50mg NVP (Cipla)	X	X	X
	Comprimé : 12mg D4T+ 60mg 3TC + 100mg NVP (Cipla)	X	X	X
	Comprimé : 30mg D4T+ 150mg 3TC + 200mg NVP	X	X	X
AZT+3TC+NVP	Comprimé : 60mg AZT+ 30mg 3TC+ 50mg NVP			X
	Comprimé : 300mg AZT+ 150mg 3TC+ 200mg NVP			X

ARV de seconde ligne				
ABC	Abacavir Solution buvable : 20mg/ml	X	X	X
	Abacavir Comprimé : 60mg			X
	Abacavir Comprimé : 300mg	X	X	X
AZT+3TC+ABC	Comprimé : 300mg AZT+ 150mg 3TC + 300mg ABC	X	X	X
DDI	Didanosine Poudre pour solution buvable : 10mg/ml	X	X	X
	Didanosine Gélule gastro résistante : 125mg			X
	Didanosine Gélule gastro résistante : 250mg			X
	Didanosine Gélule gastro résistante : 400mg			X
	Didanosine Comprimé à mâcher : 25mg	X	X	X
	Didanosine Comprimé à mâcher : 50mg	X	X	X
	Didanosine Comprimé : 100mg	X	X	X
	Didanosine Comprimé : 150mg	X	X	X
	Didanosine Comprimé : 200mg	X	X	X
NFV	Nelfinavir Poudre pour solution buvable : 50mg/ml	X	X	X
	Nelfinavir Comprimé : 250mg	X	X	X

Autres items sur lesquels l'enquête a porté (questionnaire 2009 joint en annexe)

2007	- Diagnostic précoce par la méthode PCR
Items ajoutés au questionnaire en 2008	- Questions sur les ruptures de stock Avez-vous la possibilité de constituer un stock d'ARV pédiatriques pour 1 mois au minimum, afin de pallier aux éventuelles ruptures ? Si vous n'avez pas cette possibilité, quels sont les principaux obstacles ? Selon vous, quelles sont les principales causes des ruptures d'ARV pédiatriques ?
Items ajoutés au questionnaire en 2009	- Pour chaque médicament ARV : nombre de semaines de rupture de stock / an. - PCR Méthode de PCR disponible ? * méthode de PCR ARN (prélèvements de plasma en tube) * méthode de PCR ADN (prélèvements en tube ou sur papier buvard / DBS) Délai entre le dépôt du prélèvement et le retour du résultat ? Coût de l'examen ? - Pour le traitement des enfants souffrant de malnutrition modérée à sévère, disposez-vous d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (type pâte Plumpy Nut) ? Si c'est un produit différent du Plumpy Nut, merci d'en préciser le nom. Quels sont les sources d'approvisionnement et le coût de ces aliments ? - Matériel anthropométrique : pèse-bébé ; balance romaine ; pèse personne ; toise horizontale ; toise verticale. Avez-vous besoin d'exemplaires de ce matériel et en quelle quantité ? - Questions sur les ruptures de stock Est-ce que les ruptures d'ARV pédiatriques menacent la continuité du traitement des enfants déjà sous ARV ? Est-ce que les ruptures fréquentes ralentissent le rythme d'inclusions des enfants nécessitant la mise sous ARV ? Quelles sont, selon vous, les principales raisons de ruptures d'ARV pédiatriques ? Est-ce que la constitution d'un stock de sécurité d'1 mois d'ARV pédiatriques vous paraît utile et suffisante ? Disposez-vous d'un tel stock de sécurité ?

Quelles sont les principales causes de la difficulté d'accès à la PCR ?
Disposez-vous d'une enveloppe budgétaire pour le paiement de la PCR ? Si oui, quel est son montant et quels bailleurs l'apportent ?
Est-ce que les enfants bénéficient de tous les examens et bilans biologiques nécessaires (taux CD4 et %CD4, NFS, biochimie) avant et après mise sous ARV ?
Disposez-vous d'une enveloppe budgétaire pour le paiement de ces bilans ? Si oui, quel est le montant et quels bailleurs l'apportent ?

3. ANALYSE DES RÉSULTATS

- L'évolution des questionnaires dans le temps : les questionnaires ont été remodelés chaque année. Ils se sont enrichis au fil des années en fonction des ARV pédiatriques arrivant sur le marché. La comparaison d'une année sur l'autre ne se base donc pas sur des questionnaires strictement similaires, mais tient compte de l'évolution du contexte. (Cf. tableaux de résultats des enquêtes 2007, 2008 et 2009 en annexes).
- Les réponses données par les acteurs des associations correspondent à la situation sur leur site de dispensation. Les résultats ne sont donc pas révélateurs de la disponibilité d'ensemble pour la région ou le pays ou au niveau de la centrale d'achat. Les données reflètent toutefois la réalité au quotidien des prestataires de santé ainsi des enfants (plus de 3000 enfants exposés ou infectés par le VIH) et leurs familles. Ces données ont également révélé les différents mécanismes d'adaptation des acteurs du soin face aux difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des enfants exposés et infectés par le VIH.
- Les données de l'enquête sont basées sur la perception des acteurs de soins sur la disponibilité des services pédiatriques d'où une divergence selon le contexte. La notion de « ruptures en médicaments » est différente selon les acteurs (« ruptures fréquentes » et « ruptures occasionnelles »). Les sites peuvent vivre les mêmes difficultés mais ne pas le ressentir de la même façon. En 2009, le nombre de semaines de rupture de stock dans l'année a été demandé, ce qui permet d'en évaluer plus précisément la durée et d'uniformiser l'analyse.

4. RÉSULTATS SUR L'ENSEMBLE DES SITES

Vue d'ensemble des sites interrogés, du mieux au moins bien approvisionné en 2009

	2007	2008	2009		
Bamako: ARCAD Sida	105	85	135	↗	Forte progression en 3 ans. Il manque encore le LPV/r en comprimés pédiatriques et AZT+3TC en CDF à dosage pédiatrique. Encore quelques problèmes de rupture de stock.
Yaoundé: KidAids			130		La situation est bonne sur ce site privilégié de Yaoundé. Seules les bithérapies en CDF pédiatriques manquent.
Sikasso: K. Solidarité	50	90	110	↗	Forte progression en 3 ans. Néanmoins le LPV/r n'est pas disponible. Il manque également l'EFV pédiatrique, l'AZT+3TC en CDF à dosage pédiatrique. Problèmes de ruptures de stock fréquents, et quelques difficultés de communication avec la pharmacie hospitalière de Sikasso en charge des commandes d'ARV pédiatriques.
Bouaké: Centre SAS	70	70	100	↗	Bonne progression en 3 ans. Il manque encore le LPV/r en comprimés pédiatriques, et toutes les CDF à dosage pédiatrique.
Pointe Noire: Avenir Positif		45	100	↗	Forte progression en 2 ans. Il manque encore le LPV/r en comprimés pédiatriques, et toutes les bithérapies en CDF pédiatriques.
Cotonou: RACINES	70	85	90	↗	Légère progression en 3 ans. Il manque encore le LPV/r en comprimés pédiatriques, et les CDF à base d'AZT à dosage pédiatrique. Les problèmes de ruptures de stock se sont atténués (pas de rupture en 2009).
Lomé: AMC	25	65	85	↗	Forte progression en 3 ans (liée à l'arrivée d'Unitaid et de la Fondation Clinton et au retour du Fonds Mondial).
Lomé: EVT	25	30	80	↗	Il manque encore le LPV/r en comprimés pédiatriques et les CDF à base d'AZT à dosage pédiatrique.
Bobo-Dioulasso: REVS+	80	70	80	↗	L'accès aux ARV pédiatriques doit s'améliorer mais la situation stagne (distance entre Bobo et Ouagadougou d'où viennent les traitements ; décentralisation de l'approvisionnement pas encore totalement effective). Le LPV/r pédiatrique n'est pas du tout disponible, ni les CDF pédiatriques à base d'AZT. Les ruptures de stock sont rares mais n'ont pas disparu.
Brazzaville: Serment Universel		55	55	↔	L'accès aux ARV pédiatriques est médiocre et stagne (distance entre Brazzaville et Pointe Noire d'où viennent les traitements). Le LPV/r pédiatrique n'est pas du tout disponible et les ruptures de stock sont très fréquentes.
Douala: SWAA Littoral			45		L'accès aux ARV pédiatriques est médiocre (manque de communication entre les structures d'approvisionnement et les sites). Le LPV/r pédiatrique n'est pas du tout disponible, ni les CDF pédiatriques à base d'AZT. Les ruptures de stock sont fréquentes.
Moundou: CDN	50	20	35	↗	L'accès aux ARV pédiatriques est très mauvais. Le LPV/r pédiatrique n'est pas du tout disponible, ni aucune CDF pédiatrique. Les ruptures de stock sont très fréquentes (retards de transport de Ndjaména à Moundou et ruptures nationales).
Score de disponibilité moyen (sur les 17 ARV de 1^{ère} ligne)	59 8 sites interrogés	62 10 sites interrogés	84 12 sites interrogés		

Vue d'ensemble de l'accès aux ARV pédiatriques de 1ère ligne, tous sites confondus en 2009

**Disponibles sur au moins 9 sites
(> 75% des sites interrogés)**

- avec des ruptures de stock sur 2 à 4 sites -

-CDF pédiatrique D4T+3TC+NVP

'Triomune baby' - 6mg D4T + 30mg 3TC + 50mg NVP

- CDF pédiatrique D4T+3TC+NVP

'Triomune junior' - 12mg D4T + 60mg 3TC + 100mg NVP

-Stavudine (D4T) poudre pour solution buvable : 1mg/ml (*à conserver au frigo !*)

-Névirapine (NVP) solution buvable : 10mg/ml = Disponible sur 12 sites

-Lamivudine (3TC) solution buvable : 10mg/ml

-Zidovudine (AZT) solution buvable : 10mg/ml

-Efavirenz (EFV) gélule pédiatrique : 200mg

**Disponibles sur au moins 5 sites
(> 40% des sites interrogés)**

- avec des ruptures de stock sur 2 à 4 sites -

-CDF pédiatrique AZT+3TC+NVP: 60mg AZT + 130mg 3TC + 50mg NVP

-Stavudine (D4T) gélule pédiatrique : 20mg

-Zidovudine (AZT) comprimé pédiatrique : 100mg

-Efavirenz (EFV) gélule pédiatrique: 50mg

-Efavirenz (EFV) solution buvable : 30mg/ml

-Lopinavir /r (LPV/r) solution buvable : 80mg/ml + 20mg/ml

**Disponibles sur 4 sites ou moins
(< 40% des sites interrogés)**

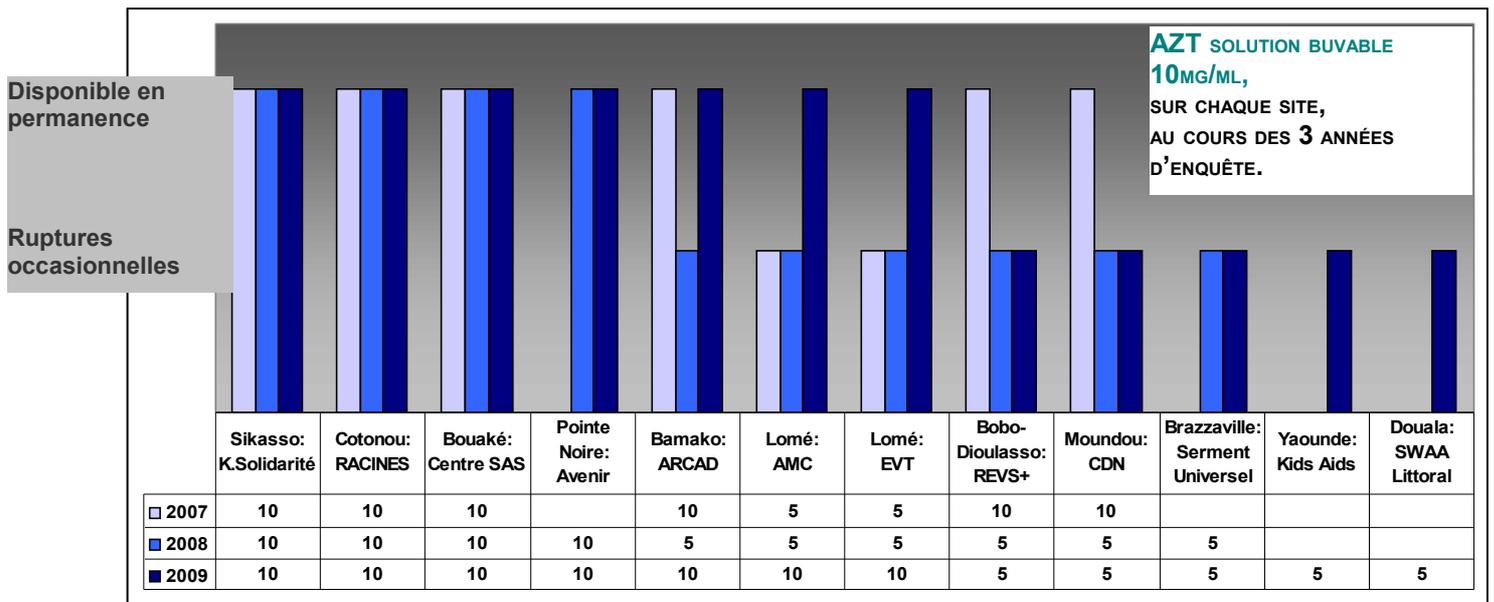
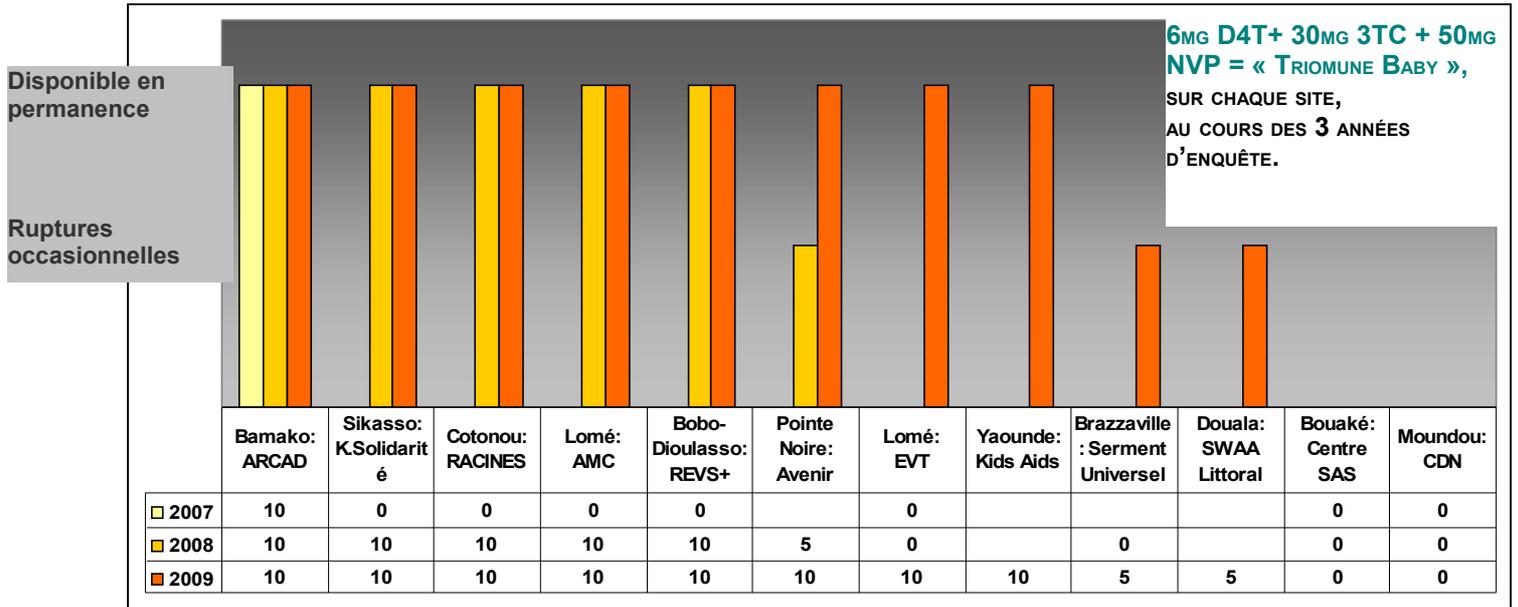
-CDF pédiatrique D4T+3TC 'baby' : 6mg D4T+ 30mg 3TC

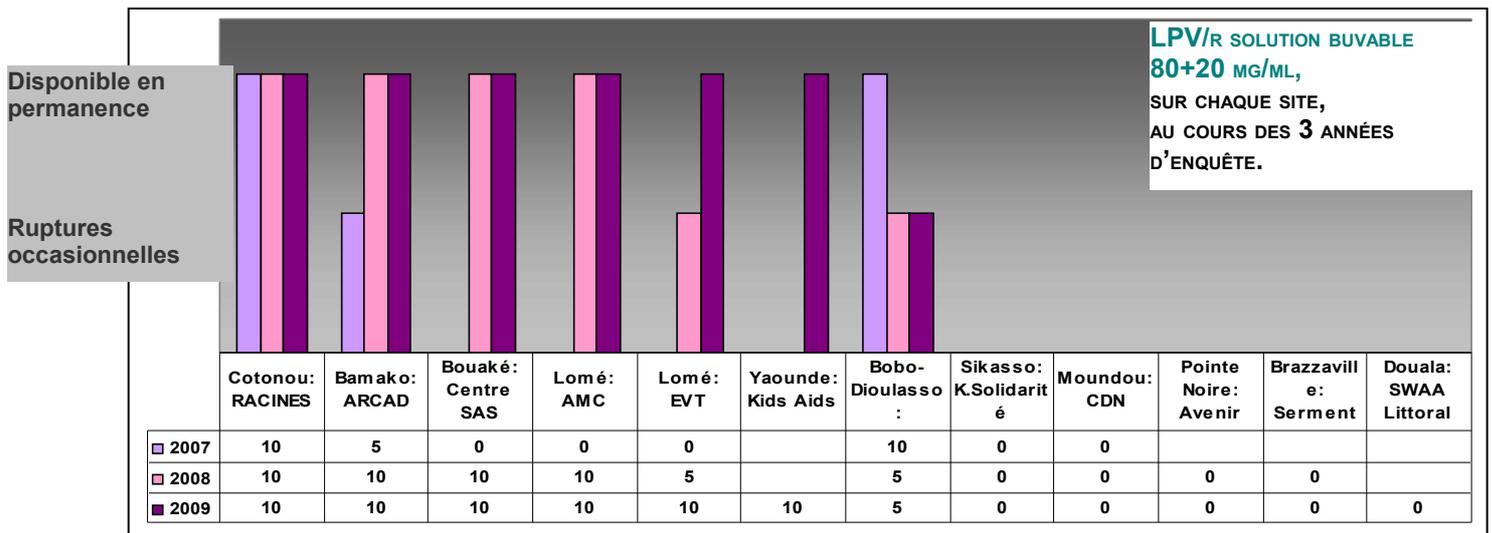
-CDF pédiatrique D4T+3TC 'junior' : 12mg D4T+ 60mg 3TC

-CDF pédiatrique AZT+3TC : 60mg AZT+ 130mg 3TC = Disponible sur 2 sites

-Lopinavir /r (LPV/r) comprimé pédiatrique : 100mg LPV+ 25mg RTV

Focus sur quelques ARV pédiatriques de 1ère ligne, et leur accès sur chaque site, au cours des 3 années d'enquête





L'accès aux combinaisons ARV pédiatriques de 1ère ligne progresse (AZT ou D4T + 3TC + LPV/r ou NVP ou EFV), cependant les formes galéniques disponibles (sirops) restent difficiles d'emploi ou en retard par rapport aux recommandations de l'OMS.

Sous forme de combinaisons à dose fixe (CDF), seulement la moitié des sites ont accès à des 1^{ères} lignes pédiatriques.

D4T+3TC+NVP en CDF (*Triomune baby* et *Triomune junior*) est la plus répandue, et constitue donc le traitement le plus prescrit. Elle est disponible pour 10 sites sur 12, dont 3 sites subissent des ruptures de stock (Bamako, Brazzaville et Douala). Elle est absente sur les sites de Bouaké et Moundou. En 2007, seul le site de Bamako y avait accès.

AZT+3TC+NVP en CDF, recommandé préférentiellement par rapport aux combinaisons à base de D4T, est disponible pour 5 sites sur 12, dont un site avec des ruptures de stock (Brazzaville). Elle est absente à Cotonou, Bouaké, Bobo-Dioulasso, Lomé, Moundou et Douala. En 2007 et 2008, aucun site n'y avait accès.

La disponibilité des CDF influe fortement sur les combinaisons prescrites. Ainsi, les sites disposant de Triomune pédiatrique comme seule CDF prescrivent de la D4T quasi systématiquement tout en sachant que l'AZT est recommandé de préférence car moins toxique.

Les bithérapies en CDF sont réclamées (D4T+3TC et AZT+3TC) car très utiles au moment de l'initiation du TARV contenant de la NVP. Faute d'accès à ces bithérapies en CDF, certains sites démarrent les trois molécules à demi dose pendant les 15 premiers jours (au lieu d'une demi dose de NVP et une dose complète des deux autres molécules).

Le LPV/r (recommandé pour les nourrissons exposés à la NVP à la naissance), reste inaccessible à Sikasso, Moundou, Brazzaville et Douala, et en accès ponctué de ruptures à Bobo-Dioulasso.

Sous la forme de solution buvable, le LPV/r 80+20mg/ml est accessible sans ruptures sur 6 sites.

Sous la forme de comprimés à dose pédiatrique le LPV/r 100+25mg est accessible sur seulement 2 sites (Pointe Noire et Yaoundé).

La variété de combinaisons de 2^{ème} ligne étant limitée, **certains sites réservent le LPV/r pour la 2^{ème} ligne en cas d'échec à la 1^{ère} ligne.** Même en cas d'accès au LPV/r pédiatrique, les

recommandations d'utilisation de cette molécule en 1^{ère} ligne ne sont donc pas appliquées systématiquement.

Pour les sites qui n'ont pas accès aux CDF, la combinaison pédiatrique AZT ou D4T+3TC+NVP est disponible sous forme de trois médicaments séparés (solutions buvables généralement, et parfois comprimés à doses pédiatriques), avec néanmoins des ruptures de stock à Bobo-Dioulasso, Moundou, Brazzaville et Douala.

L'ensemble des sites interrogés s'accorde à dire que **l'utilisation des formes buvables est compliquée et évitée tant que possible**. Elle entraîne de gros risques de non respect des posologies recommandées par l'OMS (erreurs possibles au moment de la prescription, et erreurs possibles au moment de l'administration du sirop à l'enfant).

Quatre sites souffrent de ruptures de stock récurrentes pour l'ensemble des ARV pédiatriques : Bobo-Dioulasso, Moundou, Brazzaville et Douala.

En cas de ruptures de stock, les sites tentent d'éviter les interruptions de traitements en demandant un dépannage à un site pédiatrique voisin, en recourant à un stock tampon acheté sur fonds privés, en substituant par d'autres molécules ARV (D4T/AZT ; NVP/EFV...), ou en remplaçant les formes pédiatriques par des formes adultes coupées ou écrasées. Mais ces « arrangements », quand ils sont possibles, ne sont pas une solution satisfaisante, ne sont pas sans risque pour les enfants et ne résolvent pas tout...

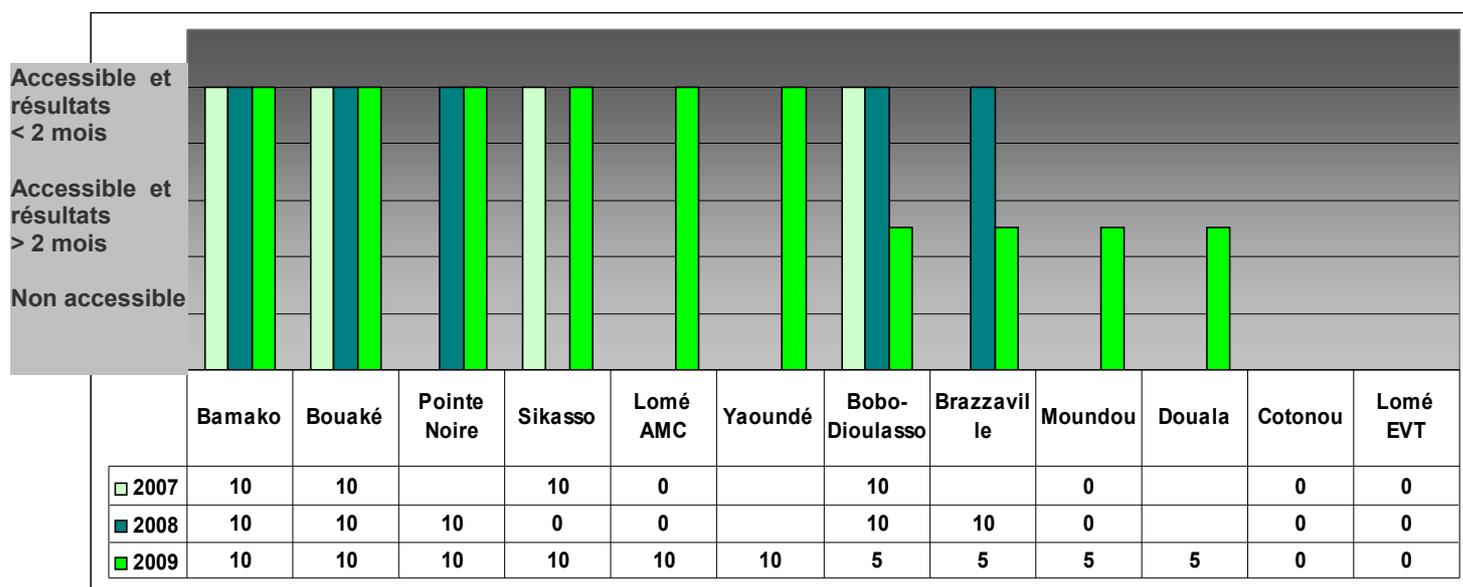
- Les ARV pédiatriques recommandés en seconde ligne par l'OMS (ABC, DDI, LPV/r, NFV) sont moins faciles d'accès que les premières lignes.

Hormis les formes buvables du LPV/r et de l'ABC, les autres ARV de seconde ligne restent très peu accessibles et leur disponibilité ne s'améliore pas, voire diminue, entre 2007, 2008 et 2009. C'est le cas des comprimés de DDI à mâcher qui ne sont disponibles que sur 4 sites en 2009 (Bamako, Cotonou, Bobo-Dioulasso et Brazzaville), et des comprimés pédiatriques de LPV/r disponibles uniquement à Brazzaville, Pointe Noire et Yaoundé en 2009.

Cependant, les besoins en ARV de 2^{ème} ligne sont encore limités. Les sites déclarent que moins de 5% des files d'enfants sous TARV en ont besoin et que cela concerne souvent des « grands enfants », pour lesquels des formes adultes d'ABC+DDI+LPV/r conviennent. Pour les enfants de petit poids qui ont besoin de traitements de seconde ligne, la plupart des sites interrogés déclarent disposer des combinaisons ARV adaptées.

→ Nous avons donc choisi de concentrer l'analyse approfondie des résultats sur l'accès aux ARV pédiatriques de 1^{ère} ligne et l'accès au diagnostic précoce. Toutefois, un intérêt particulier sera accordé aux ARV de seconde ligne encore difficile d'accès et dont le recours cependant va croître les prochaines années.

Accès au diagnostic précoce par PCR



Le diagnostic précoce des nourrissons nés de mère infectée, également recommandé par l’OMS pour une mise sous ARV précoce (avant l’âge de 6 mois si possible) en cas d’infection à VIH détectée, **est disponible sur 10 des sites interrogés en 2009.**

En 2009, les résultats de l’enquête montrent que 6 sites seulement ont accès au diagnostic précoce avec des délais « raisonnables » de rendu des résultats (délais inférieurs à 2 mois entre le dépôt des prélèvements et le retour des résultats). En 2007, 4 sites sur les 8 interrogés avaient accès au dépistage précoce, il y a donc des progrès mais quatre sites (Bobo-Dioulasso, Moundou, Douala et Brazzaville) y ont accès avec un délai de rendu des résultats supérieur à 2 mois, ce qui diminue largement l’intérêt de ce test.

Les sites qui n’y ont pas du tout accès sont celui de Cotonou et un site de Lomé.

L’accès à la PCR progresse donc, mais assez lentement, avec une régression dans certains pays liée au rythme ralenti des examens (engorgement des appareils ou au contraire rythme lent car attente d’un grand nombre d’échantillons pour lancer un cycle), au dysfonctionnement des appareils (maintenance lente) ou à des ruptures de stock de réactifs. On relève souvent une lenteur au démarrage lorsqu’un site est équipé d’un appareil de PCR : l’achat et la livraison des réactifs et du matériel annexe (congélateurs notamment et petit matériel de prélèvement), la formation du personnel, l’organisation du prélèvement et du transport des échantillons, la communication des modalités d’analyses aux sites de prise en charge, sont des facteurs limitants.

De la même façon, des lenteurs de retour des résultats vers les sites, allongent les délais. Il peut parfois se passer 1 à 2 mois pendant lesquels les résultats sont prêts au laboratoire mais non communiqués faute de moyens humains et/ou financiers pour appeler ou aller les déposer vers les sites pédiatriques.

Le résultat est que **de nombreux sites continuent à se baser sur des critères cliniques pour démarrer le TARV chez les nourrissons.**

Pour les sites du Mali, de Bouaké et de Pointe Noire on peut confirmer que l'accès au dépistage précoce est bien là. Avec des résultats rendus dans des délais d'environ 1 mois, offrant une aide réelle à la décision de mise sous TARV.

A Bobo-Dioulasso, l'accès régresse, car les résultats sont rendus avec des délais qui s'allongent jusqu'à 2 ou 3 mois (l'appareil utilisé nécessite un grand nombre d'échantillons pour lancer un cycle de PCR).

A Brazzaville, un appareil de PCR devrait être bientôt disponible mais les analyses sont pour l'instant réalisées à Pointe Noire, elles sont payantes et le délai d'attente est très long (environ 6 mois) car les analyses des patients du CTA de Pointe Noire ont la priorité.

A Moundou, l'accès est récent et pas encore optimal (résultats rendus avec un délai supérieur à 6 mois).

A Lomé, l'accès est récent. Il est gratuit mais réservé à quelques sites « pilotes » dans un premier temps. Le délai annoncé de rendu des résultats est de un mois mais il a été légèrement supérieur au démarrage du fait du grand nombre d'échantillons reçus.

Au Bénin l'accès au diagnostic précoce est pour l'instant nul pour le site interrogé (mais cela devrait évoluer : un appareil de PCR est installé et sera bientôt prêt à recevoir des échantillons en tubes).

Soulignons, que sur les deux sites où le diagnostic précoce est nul en 2009 (RACINES à Cotonou et EVT à Lomé), un appareil de PCR est disponible à proximité du site, mais il n'était pas ouvert à tous les sites au moment où l'enquête a été menée. La difficulté d'accès pour ces sites ne réside donc plus dans l'implantation d'appareils, mais plutôt dans l'organisation de leur utilisation : élargissement de l'accès à l'appareil à tous les sites de prise en charge du VIH pédiatrique, sécurisation de l'approvisionnement en réactifs, réalisation des prélèvements, organisation du circuit entre les sites et le laboratoire : transport des échantillons à l'aller, rendu des résultats au retour...

Modalités d'accès au diagnostic précoce par PCR, en 2009

Pays	Ville	Participation financière demandée aux patients	Technique de PCR accessible
MALI	Bamako	Gratuit	DBS
	Sikasso	Gratuit	DBS
COTE D'IVOIRE	Bouaké	Gratuit	DBS
TOGO	Lomé	Gratuit	PCR ARN
BURKINA FASO	Bobo-Dioulasso	17 000 Fcfa	PCR ARN
TCHAD	Moundou	Gratuit	DBS
CONGO BRAZZAVILLE	Brazzaville	10 000 Fcfa	PCR ARN
	Pointe Noire	8 000 Fcfa	PCR ARN
CAMEROUN	Douala	Gratuit	PCR ARN
	Yaoundé	Gratuit	DBS
	Maroua	Gratuit	DBS

NB : les derniers résultats de cette enquête ont été enregistrés en juillet 2009. Depuis lors, il y a eu des évolutions sur certains sites. Par exemple, le démarrage de la PCR est effectif à Brazzaville et l'examen est gratuit.

5. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS PAR PAYS

Pour chaque pays dans lesquels l'enquête s'est réalisée, une fiche de présentation et analyse des résultats des sites interrogés a été réalisée.

Les huit fiches pays sont donc jointes en annexe et téléchargeables séparément.

[Télécharger la fiche pays BENIN](#)

[Télécharger la fiche pays BURKINA FASO](#)

[Télécharger la fiche pays CAMEROUN](#)

[Télécharger la fiche pays CONGO](#)

[Télécharger la fiche pays COTE D'IVOIRE](#)

[Télécharger la fiche pays MALI](#)

[Télécharger la fiche pays TCHAD](#)

[Télécharger la fiche pays TOGO](#)

6. ANNEXES (À TELECHARGER)

[Télécharger le tableau des résultats 2009](#)

[Télécharger le tableau des résultats 2008](#)

[Télécharger le tableau des résultats 2007](#)

[Télécharger le questionnaire administré aux sites partenaires en 2009](#)

