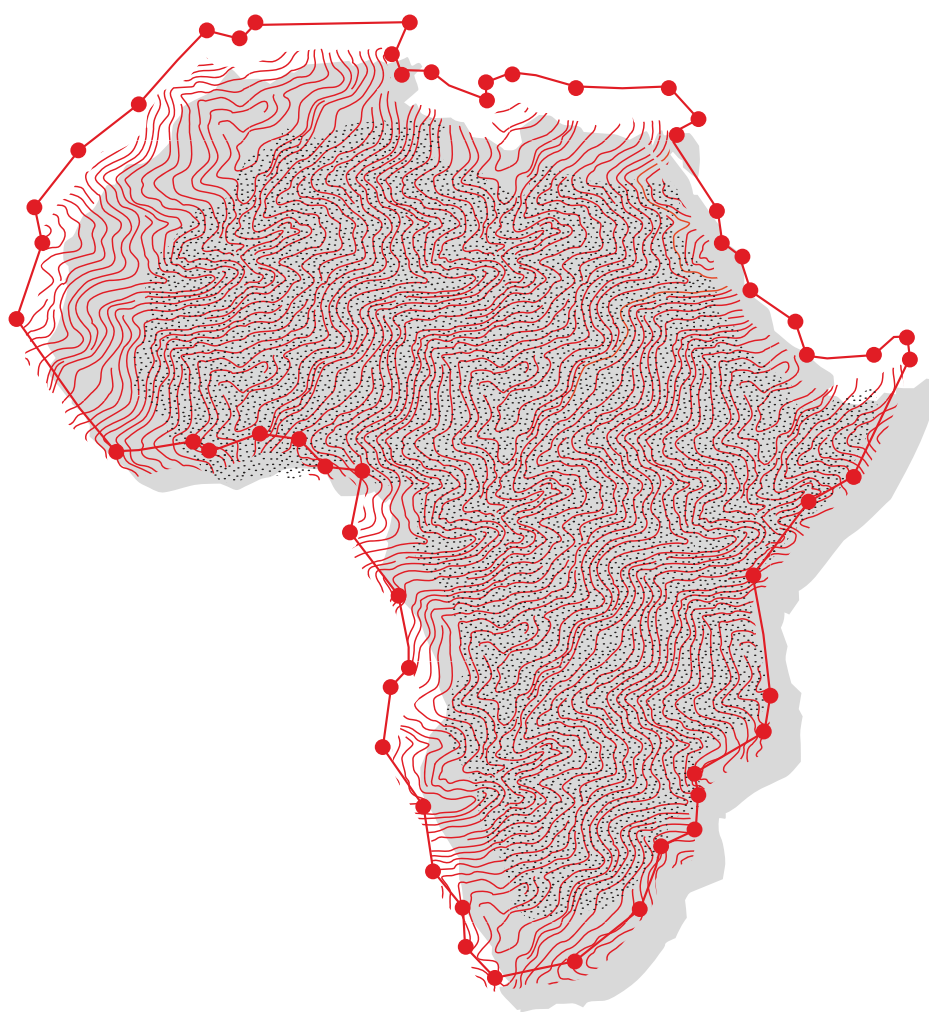




Accès aux ARV pédiatriques et analyses virologiques

Avenir incertain pour les enfants vivant avec le VIH dans 11 pays d'Afrique



CONSTATS DE TERRAINS ET RECOMMANDATIONS



REMERCIEMENTS

aux associations africaines partenaires de Sidaction
ayant participé sans relâche aux enquêtes entre 2008 et 2018

Rédaction : Julie LANGLOIS

Conception graphique : Ségolène CARRON

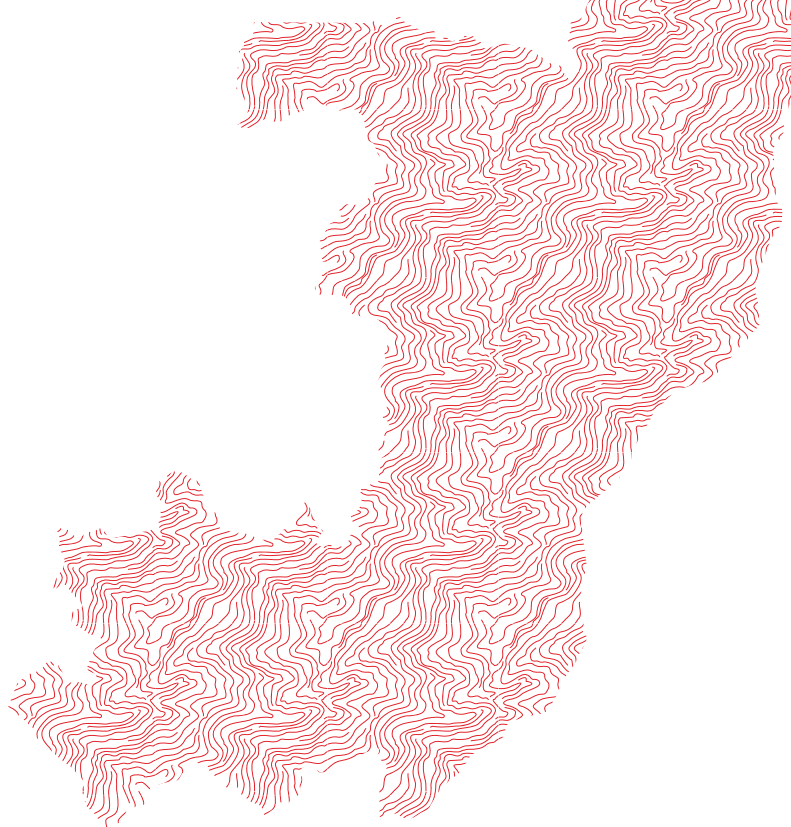
Coordination : Anaïs SAINT-GAL,

Contributions, participation et révision : Jessica BURRY, David MASSON, Hélène ROGER et Réjane ZIO

Pour plus d'informations :

Anaïs SAINT-GAL

a.saint-gal@sidaction.org



Acronymes et abréviations

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
ADN	Acide désoxyribonucléique
ARV	Antirétroviraux
AZT	Zidovudine
ATV	Atazanavir
Cp	Comprimé
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DRV	Darunavir
DTG	Dolutégravir
EFV	Efavirenz
IIN	Inhibiteurs d'Intégrase
INNTI	Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
IP	Inhibiteurs de la Protéase
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
NVP	Névirapine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCR	Polymerase Chain Reaction
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
RAL	Raltégravir
RDC	République Démocratique du Congo
RTV	Ritonavir
Sol buv	Solution buvable
TDF	Ténofovir Disoproxil Fumarate



ARV : Retour Terrain & Recommendations





CONSTATS SUR LE TERRAIN

⊕ Une forte progression de l'accès aux ARV pédiatriques de 1^{ère} ligne :

En 2008, seules quelques formes buvables (AZT solution buvable, NVP solution buvable et LPV/r solution buvable) et l'EFV 200 mg étaient disponibles sur les sites interrogés. En 2018, tous les sites ont accès à au moins une combinaison de 1^{ère} ligne recommandée par l'OMS depuis 2016.

L'accès aux ARV recommandés en priorité est notamment en progression :

- ABC/3TC 30/60 mg : 95 % des sites et 97 % des pays en disposent en 2018, contre 95 % et 80 % en 2016. Avant 2014, moins de 10 % des sites interrogés y accédaient. Le seul pays qui n'en dispose toujours pas est Djibouti.
- AZT/3TC 60/30 mg, AZT/3TC/NVP 60/30/50 mg et EFV 200 mg : accessibles sur 90 % des sites et dans quasiment tous les pays en 2018 et en 2016. En 2013, la moitié des sites interrogés y avaient accès alors qu'il s'agissait du protocole pédiatrique de base.
- LPV/r 100/25 mg : 92 % des sites et 100 % des pays en disposent en 2018, contre 73 % et 93 % en 2016. Avant 2014, moins de 10 % des sites interrogés y accédaient.

Qui plus est, hormis au Burundi, les sites interrogés constatent peu de différence d'accès aux ARV pédiatriques de 1^{ère} ligne entre les sites décentralisés et les sites en capitale.

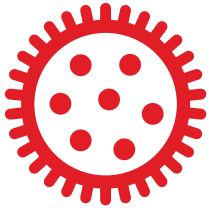
Quant au LPV/r sa disponibilité sous forme buvable et granules est en progression même si le passage de la solution buvable aux granules tel que recommandé par l'OMS en 2016 reste à mettre en œuvre dans plusieurs pays :

- LPV/r solution buvable : 60 % des sites et des pays en disposent en 2018, contre 60 % des sites et 80 % des pays en 2016 et 50 % des sites et des pays avant 2013.
- LPV/r granules : 18 % des sites et 34 % des pays en disposent en 2018 contre 8 % et 10 % en 2016. Les pays qui en disposent sont le Bénin, le Burundi, le Cameroun et la RDC, mais pour certains cela reste uniquement au niveau central. Exemple au Burundi où cette galénique est disponible sur les 2 sites de Bujumbura mais sur seulement 25 % des sites en périphérie.

⊖ Un choix limité dans les combinaisons de 1^{ère} ligne dans certains pays :

À Djibouti, en l'absence d'ABC/3TC ou d'AZT/3TC pédiatrique à associer à l'EFV pédiatrique, une seule combinaison pédiatrique est disponible, l'AZT/3TC/NVP.

Au Tchad, en l'absence de LPV/r sirop ou granules pour les enfants de moins de 10 kg et aucune autre combinaison d'ARV adaptée pour cette tranche de poids, les prescripteurs proposent des comprimés de LPV/r 100/25 mg non recommandés par l'OMS avant 10 kg car compliqués à avaler (non dispersibles, non sécables et ne pouvant être écrasés). Or, une galénique inadaptée peut entraîner un risque de mauvaise observance (prises de traitement sautées) puis l'émergence de résistances au traitement.

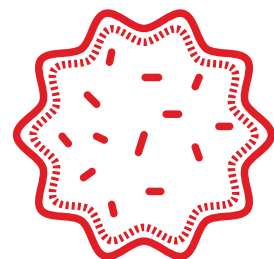
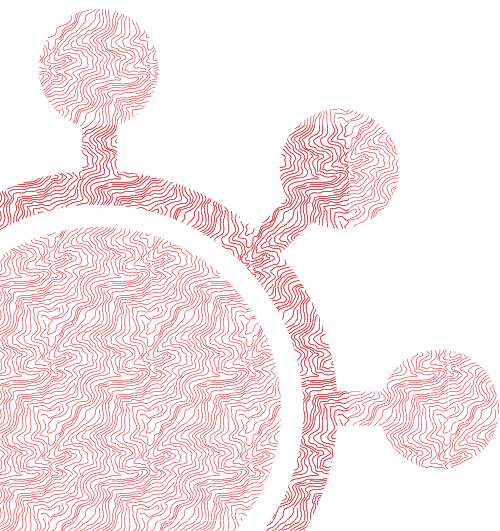


“ Le LPV/r granules est disponible depuis février/mars 2018 au niveau national mais lors de la rupture de LPV/r sirop et en attendant les granules, les nourrissons ont été mis sous NVP sirop combiné avec des comprimés d’ABC/3TC pédiatriques. ” ANSS AU BURUNDI

Un autre exemple a été la transition de 1^{ère} ligne de l’AZT/3TC/NVP vers ABC/3TC + EFV, recommandé préférentiellement en 1^{ère} ligne depuis 2016. Dans certains pays, ces changements de protocole de 1^{ère} intention ont été appliqués de façon systématique et généralisée, sans accompagnement suffisant des prescripteurs : les enfants sont passés de AZT/3TC/NVP à ABC/3TC + EFV et les adolescents à TDF/3TC/EFV. Pour les patients en succès virologique au moment de ce changement de protocole, les conséquences ont été mineures. Mais pour les patients qui étaient en échec virologique, ce changement fut beaucoup plus délétère : tous ceux qui avaient développé une résistance à la NVP sont restés résistants au nouveau régime ARV, en raison de la résistance croisée entre NVP et EFV. Le nouveau protocole équivalait donc à une bithérapie (ABC/3TC ou TDF/3TC selon les cas), voire une monothérapie (pour ceux qui avaient également une résistance au 3TC), inefficace sur le virus et à risque de développer de nouvelles résistances à l’ABC, au 3TC ou au TDF. Pour ces patients-là, une combinaison de 2^{ème} ligne aurait été nécessaire.

Deux constats sur le terrain : dans certains sites, le faible accès aux examens de la charge virale a conduit les prescripteurs à réaliser le changement de protocole « à l’aveugle » ; dans d’autres sites, les prescripteurs savaient que le patient était en échec ou en rebond virologique, mais faute de formation, ils ont maintenu un traitement de 1^{ère} ligne avec le nouveau protocole. Dans les deux cas, la décision de passage en 2^{ème} ligne fut prise plusieurs mois (ou années) plus tard, hypothéquant les chances de succès en raison des risques élevés de mutations de résistance acquises contre tous les INTI (AZT, ABC, 3TC, TDF...).

Au moment où il est question d’introduire les inhibiteurs de l’intégrase en 1^{ère} ligne, il serait pertinent de bien définir les modalités de l’introduction de ces nouvelles molécules, en prenant en compte pour chaque patient son historique thérapeutique et en vérifiant l’efficacité de son traitement ARV par une mesure de la charge virale avant toute nouvelle modification de régime.





ARV PÉDIATRIQUES DE 2^{ème} ET DE 3^{ème} LIGNE

Des échecs de traitements sous-évalués et des molécules quasi-indisponibles

Changer de molécule au sein d'une même famille (par exemple si échec sous ABC + 3TC, passer à AZT + 3TC, et inversement) et y associer une nouvelle molécule de la famille des IP : LPV/r (si cette molécule n'a pas été utilisée en 1^{ère} ligne) ou ATV + RTV ou DRV + RTV. Ces traitements existent en dosage et galénique pédiatriques pour les 10-25 kg.

- ▶ Depuis 2016, l'OMS recommande le RAL ou l'ATV + RTV en 2^{ème} ligne (RAL 25 mg et 100 mg, et ATV 200 mg + RTV 25 mg) et depuis 2018 le DRV + RTV (DRV 75 mg + RTV 25 mg).
- ▶ Effectuer au moins 1 mesure de la charge virale par an. Si cette charge virale de routine est → 1000 copies/ml, l'OMS recommande de faire une deuxième mesure de la charge virale 3 à 6 mois après la première et après un renforcement de l'observance. En cas de démarrage d'un nouveau schéma thérapeutique, effectuer un examen de la charge virale 6 mois après pour en vérifier l'efficacité.



CONSTATS SUR LE TERRAIN

⊕ Une progression de l'accès au LPV/r cp 100/25 mg tel que recommandé en 2013 :

En 2018, le LPV/r cp 100/25 mg est accessible au niveau central dans 100 % des sites interrogés, contre 83 % en 2015 et 41 % en 2014. Pour la plupart des sites interrogés, la combinaison de traitement utilisée en 2^{ème} ligne est l'AZT ou ABC + 3TC + LPV/r, ce qui correspond aux recommandations de l'OMS de 2013.

⊖ Des difficultés à identifier les besoins en 2^{ème} et 3^{ème} ligne chez les enfants de moins de 25 kilos :

Les sites interrogés déclarent suivre peu d'enfants de moins de 25 kg ayant besoin d'un traitement de 2^{ème} ligne et aucun enfant de moins de 25 kg ayant besoin de 3^{ème} ligne. Pourtant d'après une revue des dossiers réalisée en 2018 dans le cadre des appuis techniques de Sidaction parmi les enfants et adolescents de 0-19 ans, le taux d'échecs de 1^{ère} ligne est estimé à 20-30 %. Les besoins en 2^{ème} et 3^{ème} ligne semblent donc sous-évalués. Les sites de prise en charge évoquent des difficultés à évaluer les échecs et les résistances pour le passage à la 2^{ème} ou 3^{ème} ligne : non accès au test



RECOMMANDATIONS

Adressées aux ministères de la santé, en lien avec les PNLs

- ▶ Intégrer dans les recommandations nationales les schémas de 2^{ème} et 3^{ème} ligne pédiatriques recommandés par l'OMS depuis 2018 ; Et un examen de charge virale tous les 6 mois pour les enfants et les adolescents, en raison de la plus grande fréquence d'échecs chez ces patients.
- ▶ Quantifier au niveau national les besoins en traitements de 2^{ème} et 3^{ème} ligne pour les enfants de moins de 25 kg.
- ▶ Intégrer dans les demandes de financement :
 - l'accès à des traitements ARV adaptés et diversifiés en se basant sur la quantification des besoins en ARV de 2^{ème} et 3^{ème} ligne ;
 - l'accès à la charge virale pour tous les enfants sous traitement ARV ;
 - l'accompagnement des équipes à la détection des échecs de 1^{ère} ligne chez l'enfant ;
 - l'accès à au moins un appareil de génotypage dans le pays, pour lequel la maintenance, les réactifs et la main d'œuvre formée sont financés.
- ▶ Accompagner et former les prescripteurs à la prescription d'examen de la charge virale, au diagnostic d'échec, à la conduite à tenir devant une charge virale détectable et à la prescription d'une 2^{ème} ou 3^{ème} ligne de traitement si nécessaire.

Adressées aux centrales d'achat nationales pharmaceutiques :

- ▶ Assurer la disponibilité des ARV pédiatriques de 2^{ème} ligne sur tous les sites de prise en charge du VIH pédiatrique ou a minima dans le site le plus important de chaque ville.
- ▶ Assurer la disponibilité des ARV pédiatriques de 3^{ème} ligne telle qu'ils sont recommandés au niveau national dans au moins un site de référence au niveau du pays ou de la région.



EXAMENS VIROLOGIQUES

Une progression de l'accès au diagnostic du VIH mais un accès très insuffisant à la mesure de la charge virale.

Dépister les enfants par PCR (recherche d'ADN du VIH dans le sang du bébé) à l'âge de 6 semaines, voire dès la naissance.

- Rendre les résultats de cette PCR dans un délai maximal de 4 semaines, directement à la mère de l'enfant, afin de démarrer le plus rapidement possible un traitement ARV.

Sur l'examen de la charge virale :

- Réaliser un examen de charge virale à 6 et 12 mois de traitement, puis 1 fois par an.



CONSTATS SUR LE TERRAIN

⊕ Forte progression de la disponibilité du diagnostic précoce avec un résultat rendu en moins de 3 mois :

Excepté au Congo-Brazzaville (où le diagnostic est possible au niveau central mais avec un délai supérieur à 3 mois), l'amélioration de l'accès au diagnostic précoce est notable. La PCR était accessible au niveau national pour 60% des sites en 2008 contre 79% en 2011 et 2013, et 100% depuis 2016. Le délai de rendu de résultat est de 1 à 2 mois pour la majorité des pays. Au Cameroun et au Tchad, le délai est meilleur : les sites interrogés déclarent récupérer leur résultat en moins d'un mois. Au Togo et en Côte d'Ivoire le délai est supérieur : entre 2 et 3 mois.

⊕ Forte progression de la disponibilité de l'examen de la charge virale disponible au moins 10 mois par an :

Excepté au Congo-Brazzaville, depuis 2010 il y a eu une nette progression de l'accès à l'examen de la charge virale, accessible au moins 10 mois par an au niveau central. En 2008, seuls 10% des sites y avaient accès contre 43% en 2011, 67% en 2015 et 84% en 2018. La plupart des sites accèdent à ces examens au niveau de l'hôpital de référence le plus proche (en capitale ou grandes villes secondaires). Certains sites y accèdent par le biais de sites de recherche ou de laboratoires privés, le plus souvent gratuitement.



prélèvement par rapport aux autres rendez-vous du patient. Grouper le prélèvement avec le RDV avec le médecin et la pharmacie permet de ne pas multiplier les trajets et les frais.

- **Manque de souplesse dans les plannings de prélèvement, notamment en zone rurale :** Les sites convoquent souvent les personnes sur des créneaux fixes pour ne pas faire attendre les échantillons plus de 4h. Or, une plus grande souplesse dans le planning des prélèvements faciliterait la venue et le trajet de patients notamment ruraux. Les échantillons peuvent être gardés au moins 24h voire plusieurs jours au frigo.

⊖ Des retours de résultats incertains :

- **Transport long et risqué des échantillons :** Contexte sécuritaire instable, routes mal entretenues, etc.

“ Le contexte sécuritaire est toujours précaire dans la province, les trajets sont souvent non praticables par des mauvaises routes et le manque de transport propre. Quand nous transportons des échantillons vers la capitale (de Bukavu à Kinshasa) les délais de transmission de résultat sont inconnus (souvent plus de 3 mois) ... ” SOS SIDA EN RDC

- **Rupture de stock de papiers buvards permettant le recueil des échantillons.**
- **Circuit de dépôt et d'acheminement des échantillons insuffisamment coordonné avec les sites décentralisés.**

“ Les appareils de mesure de la charge virale sont uniquement à Brazzaville et Pointe Noire. Il n’y a pas de système d’acheminement des échantillons pour les antennes pour avoir accès à ce test. ” SERMENT UNIVERSEL AU CONGO

Face à l’urgence, certains sites ont organisé un circuit efficace pour la mesure de la charge virale, en synchronisant le moment du dépôt des prélèvements à celui du retour des résultats.

“ La stratégie que le site de RACINES a mis en place permet d’avoir les résultats de charge virale dans l’intervalle de moins d’un mois parfois même en 2 semaines car nous faisons des prélèvements groupés hebdomadaires que nous convoyons au laboratoire de référence chaque mercredi et le porteur des prélèvements revient chaque fois avec nos résultats de charge virale précédemment déposés. ”

RACINES AU BÉNIN

Cette synchronisation (hebdomadaire ou bi hebdomadaire) implique qu’une personne soit responsabilisée et formée dans l’association et que ce système soit accepté par le laboratoire partenaire.

- **Décalage entre le nombre d’échantillons envoyés et la capacité des appareils.** Dans le cas des machines à grande capacités, les prélèvements sont parfois mis en attente le temps qu’il y en ait suffisamment pour initier un cycle d’analyse. Dans le cas des laboratoires de référence, ceux-ci sont au contraire dépassés par le nombre d’échantillons envoyés et manque de moyens matériels et/ou humains pour les traiter.



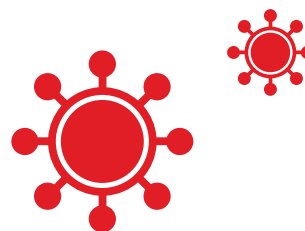
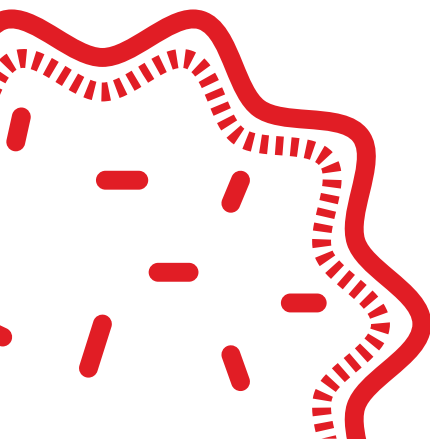
- ▶ Affecter, dans chaque laboratoire, les moyens humains nécessaires à la charge de travail prévue.
- ▶ Mettre en place un système de prélèvements et un circuit sécurisé de transport des échantillons et de retour des résultats adaptés aux contextes (sécuritaire, géographique, routiers, etc.) permettant de couvrir les sites les plus reculés ou enclavés : tubes de sang ou papiers buvard suivant les conditions de conservation, appareil de proximité, regroupement des dépôts de prélèvement, assouplissement des horaires et jours de prélèvements, retour des résultats par téléphone (SMS) et/ou internet (emails ou plateformes d'échange, etc.).

Adressées aux centrales d'achat nationales pharmaceutiques et laboratoires de référence:

- ▶ Assurer la disponibilité des réactifs et consommables et la maintenance des appareils permettant de suivre les recommandations nationales de suivi biologique des enfants sous traitement ARV.

Adressées aux sites de prises en charge du VIH pédiatrique:

- ▶ Proposer le détachement d'un laborantin de leur équipe vers le laboratoire de référence si cela permet d'éviter la mise en attente des prélèvements.
- ▶ En lien avec les laboratoires, organiser un circuit de dépôt des prélèvements efficace et former et affecter une personne de l'équipe sur le suivi de ce circuit.
- ▶ En lien avec les laboratoires, organiser et faciliter le rendu rapide des résultats : téléphone et/ou SMS, envoi des résultats positifs en priorité, etc. (de façon anonyme, en codant les patients).
- ▶ Sensibiliser les familles à l'importance de l'examen de charge virale pour leur enfant.
- ▶ Faire remonter au PNLS les dysfonctionnements (problème de circuit d'échantillons, échantillons mis en attente au laboratoire, résultats non transmis, etc.) afin de les résoudre ensemble et d'éviter qu'ils ne se reproduisent.
- ▶ Mettre en place une procédure pour gérer le plus rapidement possible les résultats de PCR positive ou de charge virale détectable : signalement des cas au prescripteur, appel du patient, décision thérapeutique de mise sous traitement ou de modification de régime ARV, dans le respect du protocole national.





⊖ Pas de stock tampon et des alternatives improvisées en cas de rupture de stock

En cas de ruptures de stock prolongées, les problèmes de communication deviennent particulièrement problématiques. Les responsables de l'approvisionnement ne proposent pas toujours des schémas alternatifs adaptés sur toute la durée de la rupture.

“ RACINES est régulièrement informé par l'intermédiaire du PNLs à qui nous avons souvent recours en cas de difficultés et qui nous propose des alternatives de schémas thérapeutiques en fonction des ARV disponibles. Mais malgré que nous ayons des référents pour nous donner des informations sur la date de réapprovisionnement, celle-ci n'est souvent pas respectée et nous sommes souvent embêtés avec les alternatives. ” RACINES AU BÉNIN

Ce sont parfois les équipes des sites de dispensation qui trouvent des alternatives en « jonglant » avec les stocks disponibles.

“ Concernant deux ruptures, les pharmaciens des sites ont été prévenus mais c'est au niveau de chaque site que des mesures ont été prises pour le traitement des enfants. ” ARCAD/SIDA AU MALI

D'autres sites prévoient des stocks dits « tampons » pour pallier aux ruptures de stock.

“ C'est l'UPEC (Unité de Prise en Charge) qui est en lien direct avec la centrale d'achat. En cas de rupture des ARV nous prévoyons des stocks de sécurité pour palier à la rupture à notre niveau. Pour 2 mois d'ARV nous commandons 3 mois de dotation : 2 mois pour la dispensation et 1 mois en réserve. Nous souhaitons constituer un stock tampon en ARV pédiatriques avec les molécules qui rentrent dans le protocole préférentiel de 1^{ère} ligne pédiatrique (ABC/3TC + LPV/r ou ABC/3TC + EFV). Le processus est en cours. ” SWAA LITTORAL AU CAMEROUN

Bonnes pratiques

Certains sites sont intégrés dans un **système d'alerte précoce national** permettant une remontée rapide des problèmes de stock sur les sites vers le niveau central et parfois un dépannage d'un site à l'autre dans une région ou un pays.

Centre SAS en Côte d'Ivoire « Ce système a été mis en place en 2006 par la plateforme des organisations de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose en collaboration avec le Fonds mondial. Lorsque nos conseillers communautaires constatent qu'une ordonnance d'ARV n'a pas pu être honorée pour cause de rupture de stock sur un site de prise en charge, ils informent le responsable de l'alerte. Celui-ci vérifie l'information puis alerte le pharmacien du district sanitaire concerné et le pharmacien de région qui vérifient aussi l'information puis la transmettent à l'organisme chargé de la gestion des stocks. Une fois alerté, ce dernier s'assure de la disponibilité du produit concerné sur des sites de la région ou d'autres régions pour venir en aide au site ou à la région concernée par la rupture. Deux exemples : récemment une rupture en ABC 600 mg/3TC 300 mg a été constatée sur deux sites du district de Bouaké. Le système d'alerte précoce a été activé et des produits ont été pris au district de Gagnoa qui était apparemment en « surstock » pour les acheminer à Bouaké environ 5 jours après l'alerte.



Conclusion

Cette étude réalisée sur 10 ans témoigne d'une nette amélioration de la prise en charge pédiatrique dans les 11 pays concernés. Néanmoins, cette amélioration est loin d'être suffisante. L'état des lieux et les témoignages de terrain des partenaires du programme Grandir confirment le retard d'accès aux traitements ARV pédiatriques et au suivi virologique en Afrique de l'Ouest et Centrale. À l'heure actuelle, les enfants (de moins de 25 kg) vivant avec le VIH ne disposent pas d'ARV suffisamment diversifiés, adaptés et disponibles pour être suivis efficacement. Un retard net et flagrant comparé aux traitements ARV pour adultes qui, au-delà des freins techniques, témoigne d'un manque de volonté politique et stratégique de faire de l'accès aux traitements pour les enfants une réelle priorité.

Actuellement, faute de moyens financiers, humains et techniques, l'application des recommandations OMS et leurs transpositions au niveau national restent impossibles sur le terrain. Pis, ces insuffisances entraînent des complications dans la prise en charge et le suivi des enfants dont des modifications de combinaisons ARV inadaptées avec un risque d'émergence de résistances. Ces risques recouvrent des enjeux sanitaires, humains et de développement cruciaux auxquels les États et les instances régionales et internationales de lutte contre le VIH doivent répondre.

Le VIH pédiatrique ne doit plus être mis au ban des grands enjeux de la lutte contre le sida mais au contraire être intégré au cœur des actions menées en vue de mettre fin, un jour, à l'épidémie de VIH. Des moyens et des dispositifs adaptés doivent y être consacrés à tous les niveaux. Que ce soit par la baisse du prix des ARV pédiatriques, la diversification de la palette et des formes ARV disponibles, la fourniture et maintenance d'appareils pour le suivi virologique, la sécurisation des stocks et le suivi de la file active et la mise en place de procédures adaptées au contexte terrain (période de transition, système d'alerte précoce, etc.).

Afin que ces mesures soient efficaces, elles doivent par ailleurs s'inscrire dans une politique de gratuité de l'accès aux soins tout au long du processus de prise en charge (test de dépistage, traitements ARV, suivi biologique,...), incluant toutes les initiatives permettant de réduire, voire de supprimer, tous les coûts annexes faisant obstacle à cet accès aux soins (coûts de transport, de séjour en capitale,...).

L'accès à un dépistage précoce du VIH pour les enfants, leur accès à des traitements et à un suivi biologique adaptés tout au long de leur enfance et de leur adolescence sont une condition sine qua non pour qu'ils deviennent un jour des adultes en bonne santé. C'est un enjeu de santé individuelle mais également un enjeu de santé publique à l'heure où le sida demeure la 1^{ère} cause de mortalité chez les jeunes de 10 à 19 ans en Afrique.

**Disponibilité des traitements ARV pédiatriques au niveau central
et sur les sites d'après les associations partenaires interrogés en 2018**

	Traitements ARV pédiatriques 1 ^{ère} ligne (3-25 kg)					
	AZT/3TC Comprimé : 60 mg / 30 mg	AZT/3TC/NVP Comprimé : 60 mg / 30 mg / 50 mg	ABC/3TC Comprimé : 60 mg / 30 mg	LPV/r Granules : 40 mg / 10 mg	LPV/r Solution buvable : 80 mg/ml / 20 mg/ml	LPV/r Comprimé : 100 mg / 25 mg
BENIN niveau central	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
1 site Cotonou	100%	100%	100%	100%	100%	100%
BURKINA FASO niveau central	Disponible	Disponible	Disponible	Indisponible	Disponible	Disponible
1 site décentralisé (Bobo-Dioulasso)	100%	100%	100%	0%	100%	0%
BURUNDI niveau central	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Indisponible	Disponible
2 sites Bujumbura	100%	100%	100%	100%	0%	100%
8 sites décentralisés (Gitega, Kayanza, Kirundo, Makamba, Muyinga, Ngozi, Ruyigi)	75%	100%	100%	25%	0%	100%
CAMEROUN niveau central	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
1 site Douala	100%	100%	100%	0%	0%	0%
CONGO BRAZZAVILLE niveau central	Disponible	Disponible	Disponible	Indisponible	Disponible	Disponible
2 sites Brazzaville et Pointe Noire	50%	100%	100%	0%	100%	100%
2 sites décentralisés (Dolisie et Nkayi)	100%	100%	100%	0%	0%	50%
CÔTE D'IVOIRE niveau central	Indisponible	Indisponible	Disponible	Indisponible	Disponible	Disponible
1 site décentralisé (Bouaké)	0%	0%	100%	0%	100%	100%
DJIBOUTI niveau central	Indisponible	Disponible	Indisponible	Indisponible	Indisponible	Disponible
1 site Djibouti	0%	100%	0%	0%	0%	100%
MALI niveau central	Disponible	Disponible	Disponible	Indisponible	Disponible	Disponible
7 sites Bamako	100%	100%	100%	0%	100%	100%
2 sites décentralisés (Sikasso et Koutiala)	100%	100%	100%	0%	100%	100%
RDC niveau central	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Indisponible	Disponible
1 site décentralisé (Bukavu)	100%	100%	100%	100%	0%	100%
TCHAD niveau central	Disponible	Indisponible	Disponible	Indisponible	Indisponible	Disponible
1 site décentralisé (Moundou)	0%	0%	100%	0%	0%	100%
TOGO niveau central	Disponible	Disponible	Disponible	Indisponible	Disponible	Disponible
6 sites Lomé	100%	100%	100%	0%	100%	100%
2 sites décentralisés (Kpalimé et Sokodé)	100%	100%	100%	0%	100%	100%

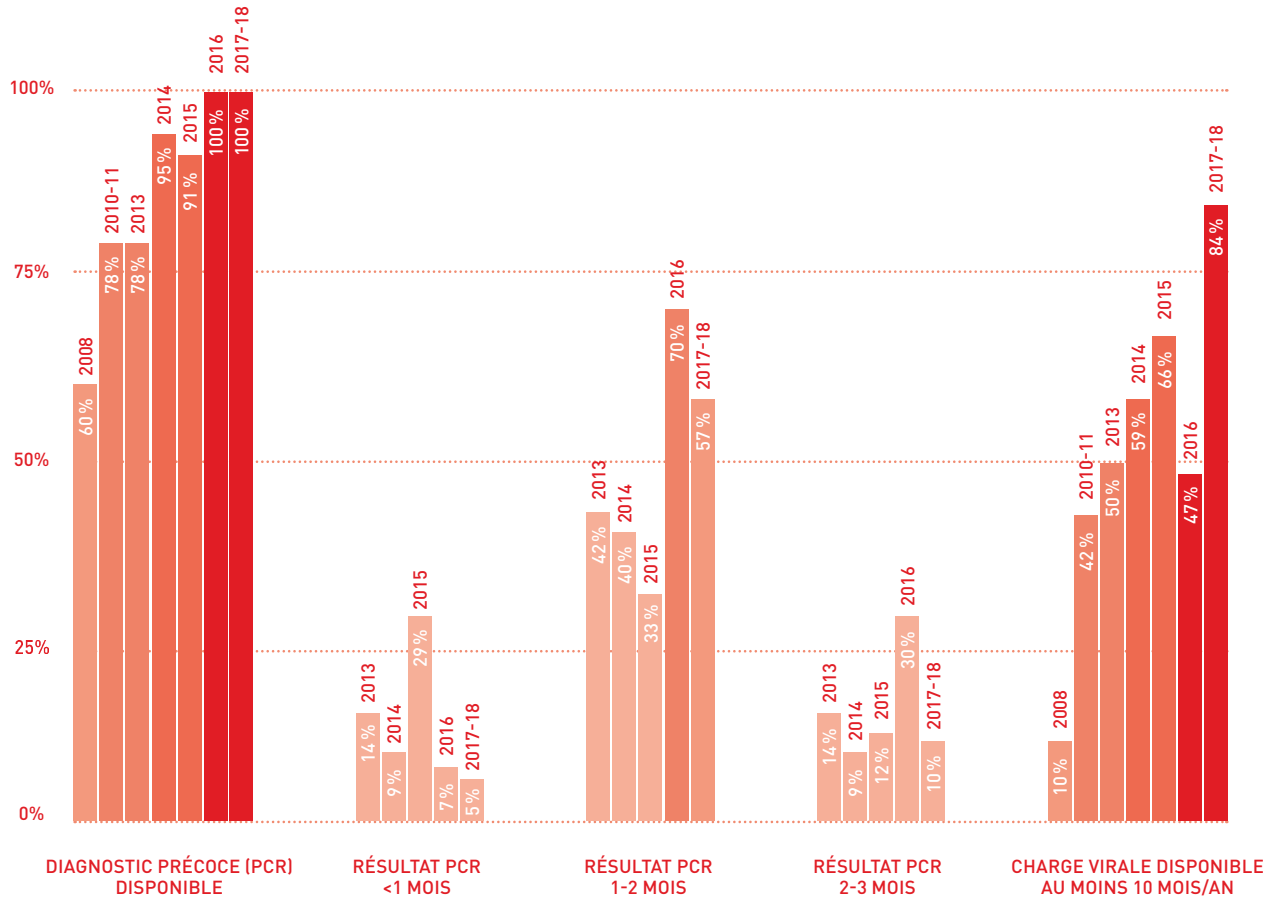


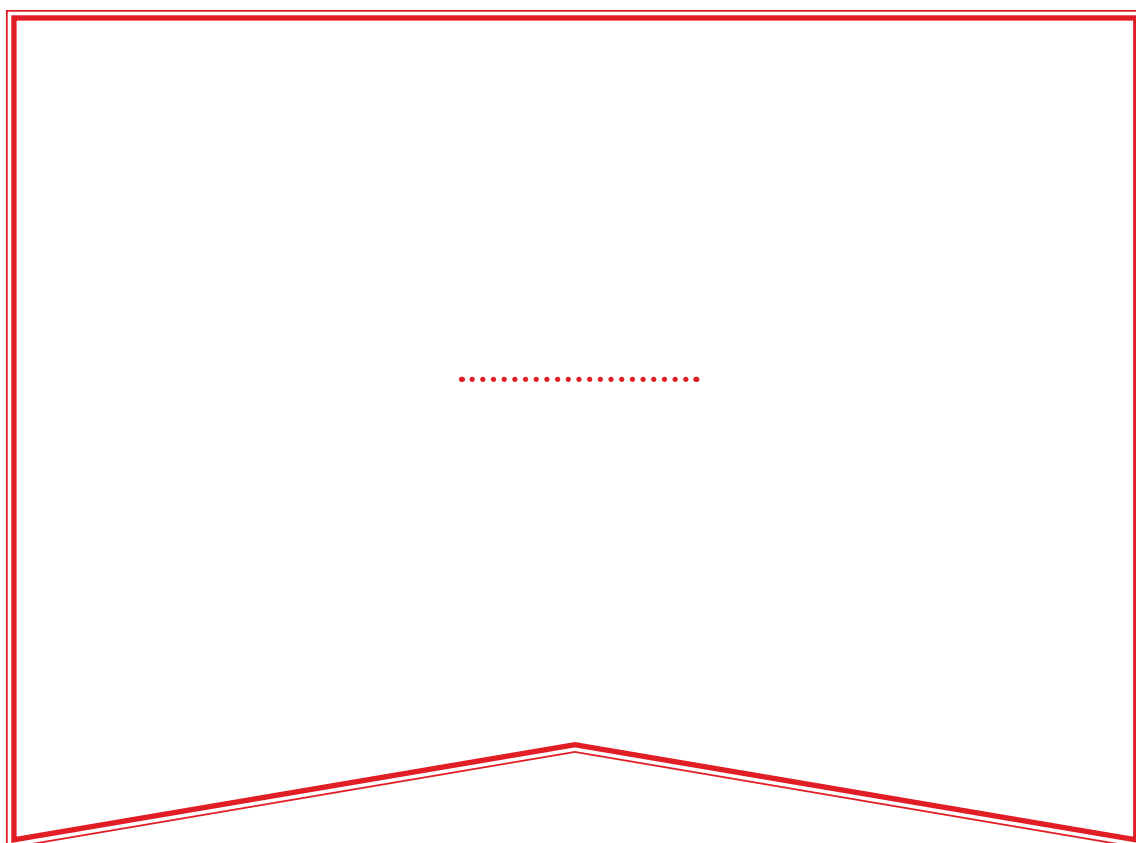
Disponibilité des traitements ARV pédiatriques de 1^{ère} ligne sur les sites de dispensation interrogés par Sidaction sur 10 ANS d'enquête

	2007	2008	2009	2010-11	2013	2014	2015	2016	2018
AZT Sol buv : 10 mg/ml (50 mg/5 ml)	75%	80%	100%	78,5%	100%	59%	25%	30%	31,5%
NVP Poudre orale : 10 mg/ml (50 mg / 5 ml)	100%	50%	100%	93%	93%	82%	33%	55%	58%
EFV Cp ou gélule : 200 mg	75%	50%	69%	43%	50%	64%	87,5%	87,5%	92%
LPV/r Sol buv : 80 mg/ml LPV ; 20 mg/ml RTV	37,5%	60%	54%	64%	50%	50%	21%	57,5%	68%
LPV/r Cp 100 mg LPV ; 25 mg RTV	0%	20%	15%	21%	7%	14%	46%	72,5%	92%
AZT/3TC Cp 60 mg AZT ; 30 mg 3TC	0%	0%	0%	71%	43%	68%	79%	77,5%	81,5%
NVP Cp 50 mg	0%	0%	0%	14%	0%	14%	12,5%	25%	37%
ABC/3TC Cp 60 mg ABC ; 30 mg 3TC	0%	0%	0%	7%	7%	64%	62,5%	80%	95%
3TC Sol buv 10 mg/ml	0%	0%	0%	0%	86%	36%	8%	27,5%	3%
AZT/3TC/NVP Cp 60 mg AZT ; 30 mg 3TC ; 50 mg NVP	0%	0%	0%	0%	57%	73%	100%	87,5%	92%
LPV/r Granules ou autres formes orales solides 40/10 mg	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7,5%	13%



Disponibilité de la PCR et de l'examen de la charge virale au niveau central selon les sites interrogés par Sidaction sur 10 ANS d'enquête





228, rue du Faubourg Saint-Martin / 75010 – PARIS

01 53 26 45 55

www.sidaction.org