

EN CHUTE LIBRE

© MSF / Greg Constantine



COMMENT LES RÉDUCTIONS DE FINANCEMENT ET L'ANNULATION DU ROUND 11 DU FONDS MONDIAL COMPROMETTENT LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LA TUBERCULOSE.

Un moine tient son traitement ARV à la clinique de MSF de Tharketa en Birmanie.

« L'un des aspects les plus frappants de la lutte contre le VIH est le décalage complet entre notre connaissance de ce qui peut et de ce qui devrait être fait, et les moyens à notre disposition pour y parvenir. Des pays abandonnent la mise en place de stratégies ambitieuses visant à freiner les nouvelles infections, alors que d'autres sont forcés de limiter les soins aux patients les plus malades. C'est en complète contradiction avec l'effet potentiel qu'un traitement accéléré pourrait avoir sur l'épidémie de VIH/sida. »

Dr Unni Karunakara,
président de MSF International

MSF appelle les parties prenantes au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme – y compris ses donateurs, son conseil d'administration et son secrétariat – à convoquer d'urgence une conférence des donateurs afin d'offrir une nouvelle opportunité de financement pour que le Fonds puisse fonctionner à plein régime en 2012. Les pays concernés ne peuvent pas attendre deux ans pour accéder aux financements qui devaient leur permettre de renforcer et d'améliorer les programmes de

lutte contre l'épidémie. Les états membres de l'Union européenne ainsi que la Commission doivent accroître leur soutien financier et les gouvernements des pays affectés doivent faire des efforts afin de renforcer les programmes VIH et tuberculose.

Depuis que Médecins Sans Frontières (MSF) a commencé à fournir un traitement antirétroviral (ARV) aux personnes qui en ont urgemment besoin, il y a 10 ans, nous observons que la mise sous traitement réduit considérablement la maladie et le nombre de décès dans

les communautés où nous travaillons. C'est un moment historique dans la lutte contre le VIH/sida. Grâce aux recherches scientifiques sur les avantages d'un traitement ARV élargi, nous savons à présent que si les soignants prennent certaines mesures spécifiques – connues sous le nom de « traitement accéléré » – et les associent à des stratégies de prévention et à des interventions médicales comme la circoncision médicale, les années à venir nous donneront une excellente occasion d'endiguer et même de faire reculer

l'épidémie de VIH/sida. Le traitement accéléré présente un tel potentiel qu'en juin 2011, à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée des Nations unies sur le sida, les pays ont fixé comme objectif l'augmentation du nombre de personnes sous traitement VIH à 15 millions d'ici 2015, contre 6,6 millions actuellement. À la fin de l'année dernière, les États-Unis ont placé le traitement accéléré au cœur de la lutte contre le VIH/sida, en l'inscrivant dans le programme officiel. Beaucoup de pays concernés élaborent également des plans afin de mettre en place les composants principaux du traitement accéléré, comme le traitement précoce amélioré et l'extension des programmes de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (PTME).

© MSF / Greg Constantine



**LES AVANCÉES
SONT FREINÉES**

Alors que les progrès scientifiques les plus récents montrent ce qui doit être fait et que les pays s'engagent à transformer les promesses en réalité, les financements nécessaires au traitement accéléré du VIH font défaut. De plus, les engagements internationaux pour renforcer le traitement de la tuberculose sensible ou résistante aux médicaments sont loin d'être adéquats.

Après une collecte de fonds décevante et après que certains pays aient revu leurs engagements à la baisse, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme fait face à une pénurie. Il a pris en novembre 2011 une décision sans précédent : l'annulation d'un round entier de financements. Sans le « Round 11 », aucune nouvelle subvention ne sera versée pour la mise à l'échelle jusqu'en 2014, ce qui empêchera les pays de lutter efficacement contre ces épidémies. Le « mécanisme de financement transitionnel » (Transitional Funding Mechanism), créé pour couvrir les besoins essentiels et empêcher l'interruption des programmes en cours jusqu'à 2014, ne comprend pas de financement pour initier de nouveaux patients sous ARV ou traitement antituberculeux.

Traitement accéléré

Traiter à temps

Début du traitement ARV à un stade précoce de la maladie (CD4 350 ou plus).

TB TARV

Mise sous traitement ARV immédiate pour les patients séropositifs avec tuberculose active.

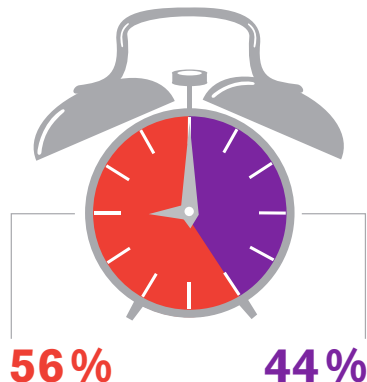
Traitement pour la prévention

Début précoce du traitement pour les personnes séropositives avec partenaires séronégatifs (traitement comme prévention pour les couples sérodiscordants), ce qui réduit le risque de transmission de 96%.

PTME améliorée et élargie

Triple traitement ARV pour la mère, commençant à 14 semaines de grossesse et se terminant une semaine après la fin de l'allaitement, ainsi que prophylaxie quotidienne pour les enfants jusqu'à 4 à 6 semaines (connu sous le nom d'Option B). L'Option B+, quant à elle, signifie la mise sous traitement immédiate et à vie des mères séropositives enceintes et allaitantes, indépendamment du taux CD4, ce qui garantit une protection accrue des mères et des enfants.

PAS DE TEMPS À PERDRE
Pourcentages des personnes
vivant avec le VIH/sida et
recevant un traitement antiré-
troviral dans le monde



Pourcentage mondial de personnes vivant avec le VIH/sida sans traitement ARV.

Pourcentage mondial de personnes vivant avec le VIH/sida recevant un traitement ARV.

Environ 8,4 millions.

Environ 6,6 millions.

Source : UNAIDS

Cette crise survient dans un contexte alarmant où les financements contre le VIH sont globalement en déclin. Pour la deuxième année consécutive, on constate une baisse du financement mondial pour la lutte contre le VIH, bien qu'il soit clair que les pays pauvres n'ont pas les ressources pour combler eux-mêmes le déficit de financement.¹ Le President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) - qui englobe, avec le Fonds mondial, 84%² des traitements VIH dans les pays en voie de développement - fait également face à des coupes budgétaires. Selon la proposition budgétaire 2013 du président Obama, le budget alloué au PEPFAR sera amputé de 12 %, malgré les promesses de traiter deux millions de personnes supplémentaires au cours des deux prochaines années, dont 40 % de plus l'année prochaine.

Au niveau des pays affectés donateurs bilatéraux comme les États membres de l'UE et la Commission européenne réduisent leur soutien au traitement contre le VIH en espérant que le Fonds mondial assumera une plus grande part des frais, alors que dans sa totalité, l'Europe a réduit ses engagements envers le Fonds. D'autre part, le programme VIH/sida de la Banque mondiale et le financement de l'approvisionnement pour le VIH/sida pédiatrique de UNITAID à travers la fondation Clinton arrivent à échéance.



LES ENJEUX :
L'IMPACT SUR LE TERRAIN

Homa Bay, Kenya, où MSF fournit des soins contre le VIH/sida et la tuberculose.

Le traitement accéléré prend en compte les dernières découvertes scientifiques qui montrent que l'administration rapide d'un traitement ARV peut réduire la transmission sexuelle du virus jusqu'à 96%. En pratique, cela veut dire mettre les personnes sous traitement plus tôt – avant qu'elles ne soient très malades – et avec des médicaments de première

© MSF / Julie Damond, MSF

ligne conformes aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Des stratégies de prévention et des interventions médicales qui ont fait leurs preuves, notamment celles utilisées depuis dix ans par MSF pour traiter les personnes dans les pays en développement, peuvent selon les experts, enrayer l'épidémie.³ Le temps presse pour sauver des vies mais aussi pour éviter que les coûts de traitement n'explorent comme l'illustre la formule employée par ONUSIDA : « Payez maintenant ou payez pour toujours ».⁴

Le présent rapport décrit l'impact du manque de financement sur la lutte contre le VIH et la tuberculose. La tuberculose est l'une des principales causes de mortalité de maladie infectieuse après le VIH⁵ et la première cause de décès chez les personnes séropositives, avec près de 1,5 million de morts par an. Alors que la tuberculose multi-résistante (TB-MR) est en recrudescence en Europe de l'Est, en Asie centrale et en Afrique, plus d'investissements sont nécessaires pour lutter efficacement contre la maladie. On prévoit que les besoins passeront de 1,3 milliard de dollars en 2010 à 4,4 milliards en 2015. Les moyens disponibles sont manifestement inappropriés : le Fonds mondial soutient la lutte contre la tuberculose à hauteur de 362 millions de dollars cette année et seulement 86 millions de dollars sont attendus des autres donateurs.⁶ L'annulation du Round 11 signifie que les pays aux prises avec des taux élevés de co-infectés VIH/TB seront dans l'incapacité d'augmenter l'accès au diagnostic et au traitement, négligeant ainsi grossièrement ce qui pourrait être un élément clé pour enrayer la maladie et la mortalité causées par le VIH.

Dans un contexte de financement aussi morose, les plans de nombreux pays sont revus à la baisse ou mis en suspens indéfiniment. Les équipes de MSF sur le terrain observent que des pays comme le Malawi, le Mozambique, l'Ouganda et le Zimbabwe retardent ou annulent leurs projets visant à mettre en place des stratégies pour le traitement accéléré. Ces stratégies qui figurent dans les recommandations de l'OMS sont nécessaires pour devancer la vague des nouvelles infections et atténuer l'impact de l'épidémie sur les communautés et leurs moyens de subsistance. Dans les pays où l'accès au traitement ARV est déjà très limité, comme en République démocratique du Congo et au Myanmar, où la couverture est inférieure à 25 %, nos médecins constatent que les nouvelles initiations de traitement sont plafonnées et que le traitement est rationné. MSF craint que les plans visant à renforcer le traitement contre la tuberculose dans des pays comme l'Ouzbékistan soient mis de côté.

Le présent rapport rend compte d'une enquête menée dans 13 pays où MSF soutient des projets de traitement du VIH/sida et de la tuberculose. Il démontre comment l'annulation du Round 11 a déjà un impact sur la capacité des pays à mettre en place les stratégies les plus récentes et les plus prometteuses de lutte contre la double épidémie.

© MSF / Mario Travain



RENFORCER L'ACCÈS AU TRAITEMENT VIH

En RDC, en raison de la pénurie de financement qui touche le Fonds mondial seulement 2000 nouveaux patients ont débuté un traitement ARV en 2011.

Après une décennie de lutte contre le VIH/sida, les avantages d'augmenter massivement la couverture sont extrêmement clairs. Non seulement les traitements sauvent des vies, mais ils ont un effet direct sur les coûts globaux des soins en réduisant l'incidence des nouvelles infections et la gravité de l'état de santé des patients.⁷ Ils ont également un effet majeur sur la société; selon des recherches scientifiques récentes, lorsque vous soignez une personne vous contribuez à empêcher que son ou sa partenaire ne contracte le virus. De plus, les personnes infectées sont en meilleure santé, peuvent continuer à travailler, à contribuer à leur communauté et les parents restent en vie pour soutenir leur famille et leurs enfants.

Toutefois, en dépit des preuves sur l'avantage d'un traitement ARV précoce et élargi, des dizaines de pays ont vu leurs plans contre-carrés en raison du manque de financement.

Voici quelques-uns des exemples les plus dérangeants :

République démocratique du Congo (RDC)

On estime à un million le nombre de personnes vivant avec le VIH en RDC. Environ 15 000 personnes sont déjà en attente d'un traitement ARV, alors que l'on estime à 300 000 le nombre de personnes qui devraient en bénéficier. Le fait de ne pas avoir accès à temps à un traitement ARV entraîne inévitablement une augmentation de la morbidité et de la mortalité due au VIH. Lorsque les patients arrivent dans les cliniques soutenues par MSF, qui traitent environ 5 600 patients à travers le pays, ils sont tellement malades que leur état de santé rappelle la période datant d'avant les traitements ARV. Cette situation extrême est devenue rare dans les autres pays d'Afrique sub-saharienne. Suite au manque de financement par le Fonds mondial, seuls 2 000 nouveaux patients ont commencé un traitement ARV en 2011, soit cinq fois moins que l'année précédente. Comme le financement des médicaments n'est pas garanti pour les années à venir, les soignants hésitent à mettre de nouveaux patients sous traitement. En RDC, les objectifs de couverture de traitement des projets financés par les subventions du Fonds mondial ont été revus à la baisse – le but initial d'atteindre 82 000 personnes pour la fin de 2014 pourrait être réduit de 28 000 personnes.

Guinée

Notamment en raison des réductions de financements, de nouvelles règles ont été édictées, suite auxquelles la Guinée n'était plus éligible pour le Round 11.⁸ Les subventions actuelles du Fonds mondial pour la Guinée sont insuffisantes, si bien que les nouvelles initiations de traitements, déjà plafonnées à 220 nouveaux patients par mois, seront réduites de moitié.

Lesotho

La prévalence du VIH atteint les 23 % et le pays manque de professionnels de la santé. Seuls 4 % des centres de santé primaire affichent le nombre minimum requis de personnel.⁹ Afin de répondre aux besoins, le pays a formé et payé des conseillers non médicaux spécialisés pour assumer de nombreuses tâches – notamment pour le dépistage du VIH et le dépistage symptomatique de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles. Les conseillers s'assurent également de l'observance du traitement et retrouvent les patients perdus de vue, ce qui décharge les infirmières, peu nombreuses et souvent débordées. Sans ces conseillers VIH, il aurait été impossible d'atteindre une couverture TARV de 66 %.¹⁰ Cependant, les financements externes de ce programme (hors Fonds mondial) prennent fin cette

année et avec l'annulation du Round 11, le Lesotho ne sera pas en mesure de payer ses conseillers. Avec une telle pénurie d'infirmières, et en l'absence de conseillers, l'augmentation de l'accès au traitement risque d'être interrompue brusquement.

Ouganda

L'Ouganda ne sera pas en mesure de doubler le nombre de personnes mises sous traitement ARV, comme planifié (estimation à 100 000 par an).

Le pays ne pourra finalement que maintenir les initiations au niveau actuel de 50-65 000 par an.

Zimbabwe

Selon les chiffres du ministère de la Santé, la couverture du traitement ARV atteignait les 67 % en octobre 2011. Même si le pays parvient à augmenter la taxe nationale pour le sida, qui lève actuellement des fonds permettant d'administrer un traitement ARV à 26 % des patients, le Zimbabwe ne pourra pas supporter seul les coûts de ces programmes. Le pays est déjà confronté à des déficits de financement sur les TARV, dus à la réduction de l'enveloppe accordée par les donateurs bilatéraux et l'Union européenne. Le Round 11 aurait permis de couvrir partiellement la pénurie, qui laisse plus de 60 000 personnes sans traitement en 2012, et potentiellement 120 000 d'ici 2014.

Ci-dessous, des informations sur les pays où le VIH est endémique et qui sont mentionnées dans le présent rapport, la prévalence du VIH chez les adultes, la couverture ARV, la dernière proposition VIH du pays approuvée par le Fonds mondial, ainsi que l'éligibilité ou l'intention de soumettre une proposition VIH pour le Round 11.

Pays	Prévalence VIH (OMS 2011)	Couverture TARV (OMS 2011)	Dernier round FM VIH	Pays a soumis une proposition pour le Round 11 ?
Afrique du Sud	17,8%	55%	Round 10	Non éligible
Cameroun	5,3%	38%	Round 10	Non éligible
RCA	4,7%	24%	Round 7	Oui
RDC	1,5%	14%	Round 8	Oui
Guinée	1,3%	57%	Round 10	Non éligible
Kenya	6,3%	61%	Round 10	Non éligible
Lesotho	23,6%	57%	Round 9	Non éligible
Malawi	11,0%	49 – 57%	Round 7	Oui
Mozambique	11,5%	40%	Round 9	Non éligible
Myanmar	0,6%	24%	Round 9	Oui
Ouganda	6,5%	47%	Round 7	Oui
Swaziland	25,9%	72%	Round 7	Oui
Zimbabwe	14,3%	59%	Round 8	Oui

**Zoom sur un pays :
le Myanmar**

Le Myanmar reçoit très peu d'aide internationale au développement et n'a pas eu accès aux subventions du Fonds mondial pendant cinq ans, jusqu'en 2011. Le pays a urgemment besoin des financements nécessaires pour renforcer l'accès aux traitements contre le VIH et la tuberculose résistante. Seuls 40 000 personnes reçoivent un traitement ARV sur les 125 000 qui en auraient besoin.¹¹ Le Round 11 aurait pu permettre à 46 500 patients supplémentaires d'accéder au traitement ARV. Malgré **9300 nouveaux cas de TB-MR enregistrés chaque année**, seulement 300 personnes avaient entamé un traitement, fin 2011.¹² La proposition du Myanmar pour le Round 11 prévoyait notamment de mettre 10 000 personnes sous traitement pour la TB-MR au cours des cinq prochaines années. Comme dans d'autres pays, le mécanisme de financement transitionnel du Fonds mondial ne couvrira pas les nouveaux cas de TB-MR. Les perspectives sont inquiétantes pour ces patients. En raison de l'annulation du Round 11, aucun nouveau financement ne permettra d'étendre l'accès aux traitements contre le VIH, la TB et ses formes résistantes avant 2014, au plus tôt.

**MANQUE DE TRAITEMENTS
POUR LES PERSONNES
ATTEINTES DE TUBERCULOSE
MULTI-RÉSISTANTE (TB-MR)**

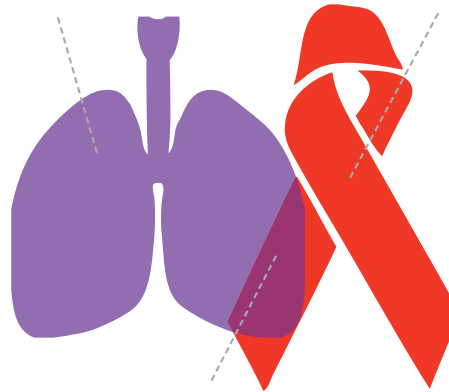
3.2 %

Pourcentage estimé des patients atteints de TB-MR qui sont sous traitement



300 000 personnes vivant avec la tuberculose

120 000 personnes vivant avec le VIH/sida et qui ont besoin de traitements ARV



20% des personnes atteintes de tuberculose au Myanmar sont co-infectées VIH/TB



TRAITEMENT PRECOCE

La mise sous traitement à un stade précoce de la maladie (c'est-à-dire lorsque le taux de CD4 d'une personne chute en dessous de 350 cellules/ μ l) contribue à empêcher les infections opportunistes, comme la tuberculose, réduit le taux de mortalité, d'hospitalisation, de maladies et de complications qui augmentent le coût global du traitement des personnes vivant avec le VIH/sida.

Les pays comme la RDC et la Guinée reconnaissent l'importance d'un traitement précoce et ont pris des mesures concrètes allant dans ce sens. Toutefois, leur mise en œuvre est freinée par la situation actuelle du financement et par d'autres enjeux propres aux pays.

Traitement comme prévention Réduire les nouvelles infections et les coûts associés

L'incidence de nouvelles infections au VIH diminue du fait d'une couverture élevée des traitements ARV. Des études scientifiques ont prouvé que si une personne séropositive se conforme à un protocole thérapeutique efficace, le risque de transmettre le virus au partenaire sexuel non infecté peut être réduit de 96%.¹³ Des modélisations indiquent qu'un renforcement de l'accès aux TARV pour certaines populations cibles peut avoir des bénéfices importants au niveau de la communauté, comme la réduction rapide du fardeau que représentent de nouvelles infections, permettant ainsi de réaliser d'importantes économies. Toutefois, le rythme d'augmentation de la couverture doit être nettement accéléré afin de maximiser ces bénéfices.

Un de ces modèles évalue l'effet notoire d'une augmentation de la couverture des TARV de routine. Pour 1 000 traitements ARV initiés, 228 vies sont sauvées, 61 nouvelles infections par transmission sexuelle sont évitées, et la transmission à 26 nourrissons est aussi évitée. Les économies sociétales sont également importantes : réduction des infections opportunistes, diminution des nouvelles infections, baisse du nombre d'hospitalisations et réduction des coûts liés à la prise en charge des enfants orphelins, et compensent 59 % des coûts d'une année de traitement.¹⁴

Selon un autre modèle de mise sous de traitement ARV accélérée (TARV à vie pour les femmes séropositives enceintes ou allaitantes, initiation du traitement ARV dès un taux de CD4 inférieur à 500, pour tous les patients atteints de tuberculose active et les partenaires séropositifs de couples sérodiscordants), les chercheurs ont observé une réduction encore plus spectaculaire de l'incidence du VIH. Le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) d'Atlanta a utilisé les données kenyanes pour modéliser l'accélération du traitement et prouvé que l'augmentation de la couverture du traitement ARV à 323 000 Kenyans

supplémentaires d'ici 2015, réduirait l'incidence de nouvelles infections de 31%.¹⁵ La réduction du nombre de nouvelles infections permettra de réaliser des économies futures. En fait, l'implémentation rapide et complète des mesures de traitement est l'option la plus durable au niveau financier.

Outre la modélisation, des données récemment publiées à propos d'un programme en Afrique du Sud confirment que l'augmentation de la couverture des traitements ARV entraîne une baisse de l'incidence de nouvelles infections au niveau communautaire. Une étude menée dans le district d'Umkhanyakude au nord du KwaZulu-Natal, publiée en mars 2012 par le Centre des études démographiques et sanitaires en Afrique, démontre que dans les régions où le taux de

couverture atteint 30-40% des besoins, l'incidence est nettement inférieure que dans les régions où le taux de couverture est moindre (inférieure à 10%). Dans les régions où la couverture est importante, la probabilité de contracter le VIH est presque 40% inférieure par rapport aux régions faiblement couvertes.¹⁶

MSF a commencé ses traitements contre le VIH/sida en 2000 et fournit actuellement un traitement contre le VIH à 222 000 personnes dans 19 pays. À la lumière des découvertes citées ci-dessus, MSF a ouvert un projet pilote au KwaZulu Natal, en Afrique du Sud, dans le but de réduire l'incidence de nouvelles infections dans la communauté, grâce au dépistage et au traitement accéléré et parallèlement à la prévention traditionnelle.

LE TRAITEMENT ACCÉLÉRÉ ENGENDRE UNE RÉDUCTION DES NOUVELLES INFECTIONS AU VIH (KENYA)



Selon le scénario actuel dans la mise en d'accès au traitement, l'incidence du VIH au Kenya devrait rester constante à 120 000 nouveaux cas par année. Avec le traitement accéléré, les nouvelles infections pourraient tomber à 86 500 d'ici à 2015.

Source : John Blandford, PhD, CDC



PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT (PTME)

Alum Elder est enceinte de 7 mois et séropositive. Maintenant qu'elle suit le programme PTME de MSF en Ouganda, Alum espère que son bébé sera en bonne santé.

La transmission du VIH de la mère à l'enfant n'existe quasiment pas dans les pays industrialisés, car les femmes séropositives ont accès au traitement ARV qui élimine presque totalement les risques de transmission du virus à leur bébé. La situation est radicalement différente dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, où les infections transmises de la mère à l'enfant représentent au moins 20% des nouvelles infections.¹⁷ Si les donateurs rappellent inlassablement qu'il est urgent de réduire le nombre d'enfants nés séropositifs, les pays concernés peinent à mettre en place des programmes adéquats pour des raisons de financement. Par exemple :

République démocratique du Congo (RDC)

Seulement 1% des mères séropositives ont accès aux TARV qui leur permettent de ne pas transmettre le virus à leur enfant. La demande de subvention que la RDC souhaitait soumettre au Round 11 visait à augmenter la couverture de la PTME.

Cette possibilité de financement ayant été annulée, les prévisions d'élargissement du programme de PTME ne se concrétiseront pas, du moins pas avant 2014.

Malawi

Les nouvelles recommandations nationales incluent le traitement à vie pour toutes les femmes séropositives enceintes (une stratégie ambitieuse appelée « programme PTME Option B+ »). Ce programme devrait réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant, qui était estimé à plus de 42% en 2010.¹⁸ Le pays demeure presque entièrement dépendant du financement extérieur, notamment du Fonds mondial, pour sa réponse au VIH. Au Malawi, le Fonds mondial finance la plupart des kits de dépistage VIH et des médicaments, dont les TARV. Grâce aux subventions du Round 11, le Malawi espérait financer l'intensification de son programme national de PTME et de TARV en améliorant leur accessibilité dans plus de 600 structures de santé à travers le pays.

Ouganda

En 2010, la transmission de la mère à l'enfant était la cause de 20%¹⁹ des nouvelles infections en Ouganda, alors que le taux de couverture du programme PTME n'est que de 50%.²⁰ Le gouvernement a adopté l'Option B+, qui offre un traitement à vie à toutes les femmes séropositives enceintes. Toutefois, l'Option B+ n'est actuellement appliquée que sur des sites pilotes soutenus par des organisations non gouvernementales. L'Ouganda espérait adopter progressivement le programme PTME Option B+ grâce au financement du Round 11.

Zoom sur un pays : le Kenya

Grâce au soutien extérieur, celui du PEPFAR et du Fonds mondial, le Kenya a augmenté l'accès aux TARV à plus de 500 000 personnes, soit 61% de ceux qui en ont besoin.²¹ Le gouvernement s'est fixé comme objectif d'atteindre la barre du million de personnes sous traitement d'ici 2015 et a mis en place les nouvelles recommandations de l'OMS, comprenant l'utilisation du ténofovir en traitement de première ligne et l'initiation précoce sous TARV (taux de CD4 inférieur à 350). De plus, le gouvernement évalue la possibilité d'adopter l'Option B+ pour les femmes enceintes séropositives.²²

L'Accord cadre avec PEPFAR fixe l'objectif ambitieux de 80% pour la couverture ARV, le dépistage du VIH et la PTME. Ce même accord prévoit une augmentation de la part du budget national pour les ARV et la santé, qui a été largement respecté par le gouvernement. Cependant, les E-U proposent de couper de 44%^{23/24} le budget PEPFAR au Kenya. Une telle baisse de financement pourrait faire dérailler les plans et freiner les progrès, en particulier dans la volonté nationale de renforcer la PTME.





**DES MEDICAMENTS DE
PREMIERE LIGNE AMELIORES
CONTRE LE VIH**

© MSF / Jo Kuper, MSF

En 2006, l'OMS recommandait aux pays de cesser l'utilisation de thérapies basées sur la stavudine (d4T) en raison de sa toxicité. Néanmoins, compte tenu du coût élevé des médicaments comme le ténofovir (TDF), les pays ont mis du temps à adopter cette recommandation. Les prix du TDF ont beaucoup chuté depuis, grâce à la concurrence des médicaments génériques entre 2008 et 2011. Selon l'OMS, cette baisse des prix a permis à presque tous les pays à revenus faibles et intermédiaires de modifier leurs protocoles nationaux en vue de cesser l'utilisation de la d4T.²⁵ En 2011, MSF a mené une étude dans 16 des pays où l'association est présente. Environ la moitié de ces pays avaient adopté un traitement de première ligne à base de TDF et l'autre moitié, comme la Guinée et le Mozambique, avaient opté pour la zidovudine (AZT).²⁶

Le TDF est préférable à l'AZT. Le principal avantage qu'il a sur l'AZT est qu'il ne cause pas d'anémie,²⁷ ce qui d'expérience chez MSF favorise une meilleure observance du traitement. Par exemple, dans le traitement de routine d'une cohorte au Lesotho, les patients sous AZT étaient deux fois plus susceptibles de subir une modification de traitement liée à la toxicité, comparés à ceux sous TDF.²⁸ Contrairement à l'AZT, le TDF est disponible en dose unique à prise quotidienne (CDF), traitement que les patients respectent plus facilement que lorsqu'il y a plusieurs comprimés²⁹ ou deux prises par jour.^{30/31}

Malawi

Le pays a connu des difficultés pour obtenir les fonds nécessaires pour l'achat de TDF. L'annulation du Round 11 et l'absence de nouveaux donateurs oblige le gouvernement à limiter l'administration de TDF à des groupes spécifiques de patients, comme les femmes enceintes ou allaitantes nouvellement diagnostiquées séropositives, les patients co-infectés par le VIH et la TB et ceux subissant des effets secondaires graves avec d'autres traitements ARV.



Des mères attendent avec leur enfant pour une consultation dans une clinique MSF du bidonville de Kibera à Nairobi. Les soins de santé dispensés incluent la PTME.

Mozambique

Lorsque le pays a modifié son protocole national et abandonné la d4T, l'AZT a été choisi pour des raisons de financement. Désormais, les inquiétudes croissantes suscitées par l'anémie dont souffrent les patients sous AZT et la baisse du prix du TDF incitent le Mozambique à passer aux traitements à base de TDF, qui sont mieux tolérés. Toutefois, le passage au TDF dépend de l'obtention de financements plus importants.³²

Zimbabwe

Faute de fonds, le pays avait déjà reporté la mise en œuvre des nouvelles recommandations d'adoption du TDF pour tous les patients traités en première ligne pour se concentrer sur la continuité du traitement de base. Le gouvernement envisage désormais de feiner le déploiement sur cinq ans l'administration de TDF en traitement de première ligne à l'intégralité des patients. À ce jour, le traitement à base de TDF est limité aux cas de co-infections VIH/TB ou aux femmes enceintes, ainsi qu'aux patients présentant des risques de toxicité aux médicaments.

MÉDICAMENTS DE DEUXIÈME LIGNE

Le suivi de l'observance au traitement, qui est capital pour éviter les échecs thérapeutiques et les résistances aux médicaments, est malheureusement souvent insuffisant. La charge virale, test biologique essentiel pour un suivi adéquat et l'identification d'échecs de traitement, n'est pas disponible à grande échelle et son prix rédhibitoire le rend difficile à adopter pour les pays aux prises avec l'épidémie de VIH/sida. Pourtant, de plus en plus de patients auront besoin d'un suivi avec la charge virale ce qui permettra un changement rapide vers un traitement ARV de deuxième ou troisième ligne.

Des études tendent à démontrer que des souches VIH résistantes ont été retrouvées dans des primo-infections. Le virus résistant est transmissible, ce qui implique que certains patients séropositifs devront être initiés directement sous des traitements plus complexes.

Cameroun

Au Cameroun, l'utilisation de charge virale de routine dans un projet de MSF montre que certains patients doivent bénéficier d'un changement thérapeutique; environ 4% des patients ont déjà été mis sous traitement de deuxième ligne due à la résistance aux traitements de première ligne.

Malgré les fonds alloués à travers le Round 10, le Cameroun n'aura pas les financements nécessaires pour assurer le suivi adéquat des patients actuellement sous ARV et sera dans l'incapacité de transférer à temps les patients nécessitant un traitement de deuxième ligne.

L'obstacle au diagnostic de l'infection par le VIH chez les nourrissons a longtemps été d'ordre technique; le dépistage était impossible avant l'âge de dix-huit mois. Le développement de nouveaux tests de dépistage permettent aujourd'hui de diagnostiquer les nourrissons dès l'âge de six semaines, ce qui signifie qu'ils peuvent bénéficier plus tôt du traitement nécessaire à leur survie et que l'on risque moins de les perdre pendant le suivi. Il est absolument nécessaire de traiter les enfants séropositifs car faute d'un traitement antirétroviral, la moitié de ces enfants décèderont avant de souffler leur deuxième bougie.³³ Dans ses orientations de 2010, l'OMS recommande en effet de mettre sous ARV tous les enfants séropositifs de moins de 2 ans. Cependant, certains pays n'ont pas été en mesure d'appliquer ces recommandations; à peine 23% des enfants ayant besoin d'un traitement ARV en bénéficient effectivement, alors que ce taux s'élève à près de 50% pour les adultes.³⁴

Les problèmes de financements chroniques et aigus menacent les modestes progrès réalisés dans la couverture du traitement ARV chez les enfants. Au vu des coupes opérées dans le Fonds mondial, beaucoup d'autres enfants séropositifs décèderont sans avoir pu être diagnostiqués. Voici quelques exemples :

© MSF / Greg Constantine



DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT PRÉCOCE DU VIH CHEZ LES NOURRISSONS ET LES ENFANTS

Khine Htun et Moe Zaw Hein dirigent un groupe de sensibilisation au VIH dans leur village du Myanmar. La mère, le père et le fils sont séropositifs. Seule la fille aînée a été épargnée.

République démocratique du Congo (RDC)

Alors que 100 000 enfants sont atteints du VIH, seulement 6250 sont actuellement sous traitement. Le Projet d'approvisionnement pour le VIH/sida pédiatrique de l'UNITAID prendra fin en 2012 et les subventions actuelles du Fonds mondial ne pourront assurer la poursuite du traitement que pour un maximum de 6 000 enfants. Sans le Round 11, la continuité et l'extension des traitements ne sera plus garantie au-delà de 2013.

Swaziland et Ouganda

Le projet pédiatrique de UNITAID, entamé en 2006, a permis de renforcer l'accès des enfants séropositifs au diagnostic et aux traitements dans 40 pays. D'après UNITAID, presque tous les pays bénéficiant du programme pédiatrique ont trouvé une autre source de financement, à l'exception de 11 pays pour lesquels les subventions de l'organisation seront reconduites pour une année.³⁵ Parmi ces pays, le

Swaziland, l'Ouganda étaient de ceux qui comptaient le plus sur le Round 11 pour aider à financer leurs services VIH. Le financement d'UNITAID prend fin en 2012. Le Round 11 ayant été annulé et sans financement spécifique prévu pour ces enfants au-delà de cette date, le petit nombre de traitements mis à disposition par le GFATM feront alors l'objet d'une intense compétition. UNITAID doit s'engager à prolonger ses subventions jusqu'à ce qu'une autre source de financement soit trouvée, en incluant les pays dans lesquels les subventions ont déjà pris fin et où le traitement pédiatrique demeure fragile.

Kenya

La couverture du traitement antirétrovirale pédiatrique reste très insuffisante au Kenya; seuls 24 % des enfants ayant besoin d'un traitement immédiat reçoivent des TARV. Alors que le traitement pédiatrique devait être étendu dans le cadre des plans de lutte nationaux contre le VIH/sida, l'échéance du programme de financement d'UNITAID

ainsi que les coupes prévues dans le budget du programme PEPFAR menacent la réalisation de cet objectif.

Zimbabwe

Le pays compte 150 000 enfants vivant avec le VIH.³⁶ Grâce au soutien des donateurs, et en particulier grâce au partenariat entre UNITAID et l'initiative contre le VIH/sida de Clinton Health Access Initiative (CHAI), le pays a pu augmenter le nombre de sites de diagnostic précoce chez les nourrissons. Le nombre de sites est passé de 4 en 2008 à plus de 400 en 2010. Au vu de l'absence d'une relève financière, UNITAID a décidé de poursuivre la prise en charge des traitements pédiatriques pendant encore un an. Le pays s'est fixé pour objectif de placer 51 000 enfants sous traitement d'ici 2015, mais des déficits de financement sont à prévoir à partir de 2013. La soumission du Zimbabwe au Round 11, avait pour but de combler ce déficit.

© MSF / Michael Tsegaye

de renforcer la prévention et le traitement de la TB, faute de quoi 10 millions de personnes mourront de cette maladie avant 2015, alors que les traitements existent.⁴⁰

De nouveaux outils de diagnostic et la phase finale de développement de nouveaux médicaments renforcent l'espoir de venir à bout de la tuberculose résistante. Il est plus que jamais essentiel d'augmenter les ressources consacrées à la lutte contre la TB afin d'assurer une large diffusion de ces nouvelles techniques et avoir un effet maximum, comme ce fut le cas avec le paludisme lorsque de nouveaux outils ont fait leur apparition. Tour d'horizon des pays les plus touchés :

République Centrafricaine (RCA)

La prévalence et la mortalité de la TB ont doublé entre 1990 et 2009. La RCA a été confrontée à de graves pénuries de médicaments contre le VIH et la TB, parfois pendant plusieurs mois, ce qui a eu un impact catastrophique pour les patients. En soumettant une demande de financement au programme consacré au renforcement des systèmes de santé du Round 11, la RCA espérait pouvoir obtenir un soutien pour ses plans nationaux et surtout assurer la

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TB ET TB-MR

La lutte contre la TB et la co-infection VIH/TB souffre du manque de financement et d'une mauvaise gestion. L'accès à un diagnostic de qualité (y compris à des tests de sensibilité aux médicaments ou « DST ») demeure très faible; dans de nombreux pays, le test de sensibilité aux médicaments n'est effectué que pour 5 % des patients.³⁷ L'accès au traitement est également insuffisant. En 2010,

à peine 46 000 personnes atteintes de TB-MR avaient entamées un traitement, ce qui ne représente que 16 % des cas estimés dans le monde.³⁸

Les programmes qui devaient être financés par le Fonds mondial, conformément aux standards de l'OMS, devaient permettre de diagnostiquer et soigner environ 250 000 personnes atteintes de TB-MR d'ici 2015.³⁹ Il est urgent

continuité de l'approvisionnement en médicaments antituberculeux pour les patients en cours de traitement.

Lesotho

Le Lesotho se classe au septième rang mondial en terme de prévalence de la tuberculose⁴¹ et le taux de co-infection VIH/TB atteint les 76,5%.⁴² La couverture en ARV chez les patients co-infectés demeure faible (en dessous de 30%) et l'intégration des services TB et VIH est médiocre, voire nulle.⁴³ Chaque année, près de 1000 personnes contractent une souche de TB résistante aux médicaments. Afin de relever les défis liés au traitement de la tuberculose, le Lesotho prévoyait intégrer un volet TB dans sa demande de financement au Round 11.

Mozambique

Le financement de la lutte contre la TB au Mozambique dépend principalement du Fonds mondial. La subvention actuelle se terminera en juin 2013 et aucune source alternative de financement n'est prévue après cette date.

Afrique du Sud

L'Afrique du Sud arrive au troisième rang mondial pour la prévalence de la TB, avec une augmentation de 400% au cours des quinze dernières années.⁴⁴

Le VIH est le facteur principal favorisant l'épidémie de TB: plus de 70% des patients atteints de TB sont également séropositifs. La situation est d'autant plus grave qu'une grande proportion de ces patients est atteinte de la forme résistante de la TB. En 2010, 7386 cas de TB-MR et plus de 70 cas de tuberculose ultra-résistante (TB-UR ou XDR-TB) ont été confirmés.⁴⁵ Ces chiffres ont probablement encore augmenté grâce à l'amélioration de la capacité de diagnostic. En 2011, le gouvernement sud-africain a approuvé l'introduction à l'échelle nationale de nouveaux tests moléculaires permettant de détecter plus rapidement une éventuelle résistance aux médicaments. Le pays prévoyait intégrer un volet TB dans sa demande de financement du Round 11 afin de pouvoir prendre en charge le diagnostic et le traitement de la TB-R.

Ouzbékistan

Au moins 14% des nouveaux patients infectés par la TB et 49% des patients re-traités sont atteints la forme multi-résistante de la tuberculose.⁴⁶ Alors que MSF, dans le cadre de son projet au Karakalpakstan, est en mesure de réaliser un test de sensibilité aux médicaments sur tous les patients présentant des symptômes de TB, il n'en va pas de même au niveau national, où

la réalisation de DST est loin d'être systématique, notamment pour des raisons de financement. En 2010, l'Ouzbékistan a réalisé des DST sur seulement 18% des nouveaux patients et 26% des patients en re-traitement.⁴⁹ Depuis qu'elle effectue des DST systématiques, MSF a constaté que le nombre de «rechutes» et de «nouveaux» patients (c'est-à-dire n'ayant encore jamais reçu de traitement contre la TB), présentent une hausse du nombre de cas de TB-R. L'Ouzbékistan comptait beaucoup sur les futures subventions du Round 11 pour poursuivre l'élargissement du traitement de la TB en 2014 (ainsi que pour couvrir la deuxième année de traitement des patients pris en charge en 2013) et pour financer des programmes d'élargissement à long terme.

Zoom sur un pays: le Swaziland

Le Swaziland a une prévalence VIH les plus hautes du monde (26% des adultes⁴⁷ et 41% des femmes enceintes vivent avec le VIH⁴⁸). Presque 8% de nouveaux cas de tuberculose sont diagnostiqués comme étant de souches multi-résistantes.

À travers le Round 11, le Swaziland souhaitait obtenir des financements pour mettre en place des stratégies innovantes comme la délégation des tâches (délégation de certaines responsabilités des médecins vers les infirmières et des infirmières aux travailleurs communautaires); décentralisation des soins vers les cliniques de santé primaire pour amener les traitements plus près des patients jusque dans les zones rurales et reculées; et support communautaire pour l'observance. Avec l'annulation du Round 11, ce type de stratégies, si importantes pour assurer l'élargissement des traitements, ne seront pas financées, tout comme l'augmentation du nombre d'infirmières (10%) et de travailleurs communautaires de santé, qui avait été prévue dans la proposition.

© MSF / Krisanne Johnson



Happiness Dlamini, 31 ans, se repose avec sa fille dans leur maison de la région de Mhlabeni, au Swaziland. Dlamini souffre d'une co-infection VIH/TB-MR.



© MSF / Brendan Bannon

CONCLUSION

**CES DEUX ÉPIDÉMIES
NE POURRONT ÊTRE
ÉRADIQUÉES SANS UN
ENGAGEMENT FINANCIER
ET POLITIQUE, CE QUI
SUPPOSE D'ABORD DE
TENIR LES ENGAGEMENTS
DÉJÀ PRIS.**

Odonkero Fred, 15 mois. Sa mère, diagnostiquée séropositive alors qu'elle était enceinte, a pris part à un programme visant à prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant. Aujourd'hui, elle attend les résultats du test VIH de son bébé.

Alors que l'espoir lié au traitement accéléré n'a jamais été si grand, les perspectives de financement n'ont, quant à elles, jamais été aussi sombres. De plus en plus de données démontrent l'importance des traitements ARV pour les individus ainsi que pour les communautés. Nous n'avons jamais été aussi près de savoir comment enrayer le VIH. Cependant, pour espérer mettre un terme à la spirale des nouvelles infections et éviter un grand nombre de morts inutiles, nous devons utiliser tous les moyens à notre disposition. Si nous voulons faire reculer l'épidémie, nous ne pouvons pas perdre les progrès durement acquis, ni mettre de côté les efforts d'élargissement d'accès au traitement jusqu'en 2014.

MSF appelle la communauté internationale à renforcer son engagement pour faire reculer l'épidémie de VIH/sida au cours de la prochaine décennie. Des financements sont nécessaires pour appliquer les connaissances, les outils et les stratégies qui aideront à atteindre cet objectif. La lutte contre la tuberculose doit également faire partie de cet effort. Il est plus que jamais urgent d'étendre le diagnostic et le traitement de la TB afin d'améliorer les soins et les résultats sur les patients atteints de TB ou d'une co-infection VIH/TB.

RECOMMANDATIONS

MSF appelle au renouvellement des engagements politiques et financiers dans la lutte contre le VIH et la tuberculose :

- Les gouvernements donateurs doivent œuvrer à la réalisation de l'objectif « 15 millions de patients séropositifs sous ARV d'ici 2015 », en garantissant le bon fonctionnement et le plein financement du Fonds mondial, et en permettant une nouvelle opportunité de financement en 2012 pour soutenir l'expansion des programmes de traitement des pays affectés;
- Une conférence des donateurs doit être convoquée en urgence d'ici la mi-2012 afin de créer une nouvelle opportunité de financement du Fonds mondial. Les États-Unis, le Royaume-Uni, la France, l'Australie et la Commission européenne sont des donateurs clés à qui il appartient de faire de cet objectif une réalité;

- Les pays affectés doivent augmenter la part des ressources nationales consacrées à la lutte contre le VIH, la TB et à d'autres programmes de santé, ils doivent accélérer l'augmentation de l'accès au traitement pour le VIH et la TB et améliorer les soins offerts aux personnes séropositives (prise en charge plus rapide avec des médicaments plus efficaces) de manière à s'aligner sur les normes internationales;
- Les gouvernements doivent apporter leur support aux mécanismes de financement innovants, y compris une taxe sur les transactions financières, qui permettrait de mobiliser de manière ininterrompue les fonds additionnels nécessaires au soutien de la lutte contre le VIH et la TB, ainsi que d'autres priorités mondiales en matière de santé;
- Les gouvernements doivent faire tout ce qui est en leur pouvoir pour contrôler le prix des médicaments, notamment en utilisant les souplesses de l'accord sur les ADPIC pour garantir l'accès aux médicaments. Les gouvernements doivent s'appuyer sur la déclaration de Doha selon laquelle la santé publique doit primer sur les intérêts commerciaux, en s'abstenant d'inclure dans lesdits accords des mesures entravant l'accès aux médicaments. Dans l'immédiat, il convient d'assurer la continuité de l'approvisionnement en médicaments de qualité à bas coût en provenance d'Inde, la « pharmacie du monde en développement ».

RÉFÉRENCES

1. Hecht R, Stover J, Bollinger L, Muhib F, Case K, de Ferranti D, «Financing of HIV/AIDS Programme Scale-up in Low-income and Middle-income Countries», 2009-31. The Lancet. 2010 Oct 9;376(9748):1254-60. Review.
2. PEPFAR, «Using Science to Save Lives : Latest PEPFAR Results », PEPFAR Press Room Electronic Press Kit, November 2011. 1-2. Available : www.pepfar.gov/documents/organization/178217.pdf
3. Fauci A, «AIDS: Let Science Inform Policy», Science 333, no. 6038. 1 July 2011.
4. Speech by Michel Sidibé, Executive Director of UNAIDS, UN General Assembly High Level Meeting on AIDS, New York, 8 June 2011.
5. World Health Organization, «Global Health Observatory Data Repository», 2008. Available : www.who.int/gho/mortality_burden_disease/global_burden_disease_DTH6_2008.xls
6. World Health Organization, «Global Tuberculosis Control », 2011, 43.
7. Resch S, Korenromp E, Stover J, Blakley M, Krubiner C, et al. (2011), «Economic Returns to Investment in AIDS Treatment in Low and Middle Income Countries», PLoS ONE 6(10): e25310. doi:10.1371/journal.pone.0025310 .
8. Global Fund, «Global Fund Eligibility », 2012.
9. Ministry of Health and Social Welfare, Government of Lesotho, «Retention Strategy for the Health Workforce, Ministry of Health and Social Welfare », 1 September 2010.
10. Ministry of Health and Social Welfare, Government of Lesotho, «Report on the National Response to HIV and AIDS », 2006-2010.
11. Strategic Information and M&E Working Group: Technical and Strategy Group on AIDS. «HIV Estimates and Projections : Asian Epidemiological Model », Myanmar 2010-2015.
12. Figures will be published by the Myanmar Ministry of Health / WHO in 2012. For 2012, WHO reported 192 MDR-TB patients had been started on treatment. WHO, Global Tuberculosis Control 2011. Available : www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_a2.pdf
13. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al., «Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy». N Engl J Med 2011; 365:493-505.
14. Blandford J, «Estimating Health Impact and Costs of Treatment in PEPFAR-Supported Programs ». PEPFAR Scientific Advisory Board, Washington, DC, 14 September 2011.
15. Blandford, «Estimating Health Impact », 2011.
16. Tanser F, «Effect of ART Coverage on Rate of New HIV Infections in a Hyper-endemic, Rural Population : South Africa ». Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 2012, Seattle, 8 March 2012.
17. Kirungi WL and Bukuluki P, «The National HIV Prevention Strategy for Uganda : 2011-2015 ». February 2011.
18. WHO, UNAIDS, UNICEF, «Global HIV/AIDS Response : Epidemic Update & Health Sector Progress Towards Universal Access », Progress report, November, 2011.
19. Kirungi WL and Bukuluki P, «The National HIV Prevention Strategy for Uganda : 2011-2015 ». February 2011.
20. Dr. Godfrey, PMTCT National Coordinator, Ministry of Health, «Scaling PMTCT Services in Uganda : Are We Doing Enough ? », Kampala, Uganda. 13 October, 2010.
21. WHO, «Global HIV/AIDS Response », 2011.
22. Muraguri N, Director National AIDS & STIs Control Programme (NASCOF), «Remarks to the PMTCT Technical Working Group ». 15 February 2012.
23. Kelley Kevin J, «Obama Reduces Aids Funds in 2013 Budget », Saturday Nation, 3 March 2012.
24. Perry Katherine, «MSF in Person Meeting with PEPFAR Country Coordinator », 27 March 2012.
25. WHO, «Global HIV/AIDS Response », 2011, 109-114.
26. MSF. «Getting Ahead of the Wave : Lessons for the Next Decade of the AIDS Response ». Geneva, 11 May 2011.
27. Pozniak A. «Tenofovir What Have Over 1 Million Years of Patient Experience Taught Us ? », Int J Clin Pract, 2008 August; 62(8): 1285-1293.
28. Bygrave H, Ford N, van Cutsem G et al, «Implementing a Tenofovir-based First-line Regimen in Rural Lesotho : Clinical Outcomes and Toxicities after 2 Years », J Acquir Immune defic Syndr, 2011. 56(3):e75-8.
29. Connor J, Rafter N, Rodgers A, «Do Fixed-dose Combination Pills or Unit-of-use Packaging Improve Adherence ? A Systematic Review », Bull World Health Organ, 2004 Dec;82(12):935-9.
30. Airoldi M, Zaccarelli M, Bisi L, Bini T, Antinori A, Mussini C, Bai F, Orofino G, Sighinolfi L, Gori A, Suter F, Maggiolo F, «One-pill Once-a-day HAART : A Simplification Strategy that Improves Adherence and Quality of Life of HIV-infected Subjects ». Patient Prefer Adherence, 2010 May 13;4:115-25.
31. Parienti JJ, Bangsberg DR, Verdon R, Gardner EM. «Better Adherence with Once-daily Antiretroviral Regimens : A Meta-analysis ». Clin Infect Dis, 2009 Feb 15;48(4):484-8.
32. Global Fund, «Global Fund Eligibility », 2012.
33. WHO. «Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health ». Available : www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/mortality/en/index.html Accessed on 8th March, 2012.
34. WHO, «Global HIV/AIDS Response », 2011.
35. According to UNITAID documents : «Burundi, Cameroon, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo (DR Congo), Malawi, Mozambique, Nigeria, Swaziland, Tanzania, Uganda, and Zimbabwe. The estimated number of children on ART for 2012 via this Project extension would be approximately 192'153 children ».
36. Zimbabwe National AIDS Council, «Zimbabwe National HIV and AIDS Strategic Plan : 2011- 2015 », October 2011.
37. WHO. «Global Tuberculosis Control : WHO Report 2011 », Geneva : WHO Press, 2011.
38. WHO, «Global Tuberculosis Control », 2011.
39. Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria, «Stepping Up Commitments to Scale-up MDR-TB Treatment by 2015 », 24th March 2011. Available : www.theglobalfund.org/en/ events/2011_World_TB_Day
40. WHO and Stop TB Partnership, «The Global Plan to Stop TB 2011-2015 : Transforming the Fight Towards Elimination of Tuberculosis », 2011.
41. WHO, «WHO Report 2009 Global Tuberculosis Control Epidemiology, Strategy, Financing », Geneva : WHO Press, 2009, 9.
42. WHO, «Global Tuberculosis Control », 2011, 62.
43. Lesotho Ministry of Health and Social Welfare, «Annual Joint Review 2011 », Maseru 2011.
44. WHO, «Global Tuberculosis Control », 2011.
45. National Department of Health, «Multi-Drug Resistant Tuberculosis. A Policy Framework on Decentralised and Deinstitutionalized Management for South Africa », August 2011. Available : www.doh.gov.za/docs/ policy/2011/policy_TB.pdf
46. World Health Organization, «WHO Report 2011 Global Tuberculosis Control », Geneva : WHO Press, 2011, 22.
47. Swaziland National DHS 2007 .
48. National ANC Sentinel Surveillance 2010.
49. WHO, «Global Tuberculosis Control », 2011, 37.