

LA LUTTE CONTRE LA PHARMACORÉSISTANCE DU VIH DANS LA RÉGION AFRICAINE

PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2019-2023



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

LA LUTTE CONTRE LA PHARMACORÉSISTANCE DU VIH DANS LA RÉGION AFRICAINE

PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2019-2023



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

La lutte contre la pharmacorésistance du VIH dans la région Africaine plan d'action régional 2019-2023

ISBN 978-929031323-6

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique 2019

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. La lutte contre la pharmacorésistance du VIH dans la région Africaine plan d'action régional 2019-2023. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2019. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et impression : Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, République du Congo

TABLE DES MATIÈRES

	Sigles	iv
	Résumé d'orientation	v
1.	Aperçu	1
	VISION	1
	BUTS	1
	OBJECTIFS	1
	PRINCIPES FONDAMENTAUX	1
	CIBLES À L'HORIZON 2023	2
2.	Le risque de l'apparition d'une pharmacorésistance du VIH en Afrique	4
	LES EFFETS DE LA PHARMACORÉSISTANCE DU VIH AU NIVEAU MONDIAL	5
	LE COÛT DE L'INACTION	6
	LA MENACE CROISSANTE DE LA PHARMACORÉSISTANCE DU VIH EN AFRIQUE	6
3.	La riposte à la pharmacorésistance du VIH dans la Région africaine de l'OMS	10
	PROGRÈS RÉALISÉS EN AFRIQUE	10
	DÉFIS QUI SE POSENT DANS LA RÉGION AFRICAINE	10
4.	Le plan d'action	12
	OBJECTIF STRATÉGIQUE 1. PRÉVENTION ET RIPOSTE	12
	OBJECTIF STRATÉGIQUE 2. SUIVI ET SURVEILLANCE	13
	OBJECTIF STRATÉGIQUE 3. RECHERCHE ET INNOVATION	14
	OBJECTIF STRATÉGIQUE 4. CAPACITÉ DES LABORATOIRES	16
	OBJECTIF STRATÉGIQUE 5. GOUVERNANCE ET MÉCANISMES FAVORABLES	17
	Coordination, intégration, conformité et appropriation par les pays	17
	Financement durable	17
	Plaidoyer et communication	17
	SUIVI ET ÉVALUATION	18
	PARTENARIATS FONDÉS SUR LA COLLABORATION	18
	CADRES DE RESPONSABILISATION	19
5.	Références	20
6.	Annexes	23
	Annexe 1: Cadre de suivi du plan d'action régional pour la lutte contre la pharmacorésistance du VIH	23
	Annexe 2: Plan de renforcement de la surveillance de la lutte contre la pharmacorésistance du VIH	25

SIGLES

ADR	Pharmacorésistance acquise du VIH
AMR	Résistance aux antimicrobiens
ARV	Médicaments antirétroviraux
CDC	Centres de Lutte contre la Maladie (États-Unis d'Amérique)
EWI	Indicateur d'alerte précoce
GAP	Plan d'action mondial
HIVResNet	Réseau mondial sur la pharmacorésistance du VIH
INNTI	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PDR	Pharmacorésistance prétraitement
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PrEP	Prophylaxie préexposition
PRVIH	Pharmacorésistance du VIH
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RAP	Plan d'action régional
S-E	Suivi et évaluation
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TDR	Pharmacorésistance transmise du VIH
US \$	Dollar des États-Unis
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

L'action mondiale de lutte contre le VIH/sida a produit des effets notables au niveau de la Région africaine. À la fin de l'année 2017, en tout 15,3 millions de personnes vivant avec le VIH dans la Région africaine, avaient accès aux médicaments antirétroviraux indispensables. Ce nombre représentait 70 % de la population mondiale ayant accès aux antirétroviraux, alors estimée à 21,7 millions de personnes (1).

L'OMS et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ont fixé comme objectif de faire en sorte que, d'ici à 2020, la charge virale soit supprimée chez 90 % des personnes vivant avec le VIH et placées sous traitement antirétroviral. Cependant, l'avantage potentiel de l'utilisation à plus grande échelle du traitement antirétroviral est menacé par une prévalence accrue de la pharmacorésistance du VIH. À mesure que cette prévalence de la pharmacorésistance du VIH augmente, son impact se fait de plus en plus ressentir sur la société, l'économie et la santé. Si la prévalence de la pharmacorésistance du VIH aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse dépasse le seuil de 10 % en Afrique subsaharienne avant le traitement, et que les mêmes inhibiteurs continuent d'être utilisés dans les schémas thérapeutiques de première intention sur une période de cinq ans, la pharmacorésistance prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse peut être à l'origine de 135 000 décès liés au sida. Cette prévalence de la pharmacorésistance du VIH peut aussi causer 105 000 nouvelles infections par le VIH, ce qui augmenterait de US \$650 millions les fonds destinés à l'achat de médicaments antirétroviraux en Afrique subsaharienne (2).

Face à cette nouvelle menace, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé, en 2017, le Plan d'action mondial contre la pharmacorésistance du VIH (ci-après désigné le « Plan d'action mondial »). Élaboré conjointement par l'OMS et ses partenaires, ce plan définit un cadre d'action visant à réduire au minimum l'émergence et la transmission de la pharmacorésistance du VIH et à procurer le traitement le plus efficace à toutes les personnes vivant avec le VIH. Le Plan d'action mondial propose aux États Membres et aux autres partenaires des mesures à prendre en fonction de cinq objectifs stratégiques, à savoir:

1. la prévention et la riposte : mettre en œuvre des interventions à fort impact pour prévenir et combattre la pharmacorésistance du VIH ;
2. le suivi et la surveillance : obtenir des données de qualité sur la pharmacorésistance du VIH, à partir d'enquêtes périodiques, tout en élargissant et en améliorant la couverture, ainsi que la qualité de l'évaluation systématique de la charge virale et de la pharmacorésistance du VIH. Surveiller la qualité de prestation des services ;

3. la recherche et l'innovation : encourager les travaux de recherche pertinents et innovants qui auront le plus fort impact sur la santé publique en réduisant au minimum la pharmacorésistance du VIH ;
4. les capacités des laboratoires : renforcer les capacités et la qualité des laboratoires en vue de soutenir et d'étendre la pratique des tests de la charge virale et développer les capacités pour surveiller la pharmacorésistance du VIH ; et
5. la gouvernance et les mécanismes favorables : s'assurer que la gouvernance et les mécanismes favorables en l'occurrence la sensibilisation, l'appropriation par les pays, la coordination de l'action et un financement durable, soient en place pour soutenir l'action menée contre la pharmacorésistance du VIH.

Élaboré par le Bureau régional de l'Afrique, le plan d'action contre la pharmacorésistance du VIH dans la Région africaine énonce les priorités des États Membres africains en matière de suivi et de prévention de la pharmacorésistance du VIH. Il traite également de la nécessité d'assurer la disponibilité et l'efficacité des antirétroviraux d'importance vitale. La mise en œuvre des objectifs stratégiques du Plan d'action mondial, initiée depuis 2017, a progressé dans certains États Membres de la Région africaine malgré la lenteur observée. Par conséquent, pour assurer la mise en œuvre de l'ensemble des mesures recommandées dans le Plan d'action mondial, le plan d'action régional adapte les objectifs stratégiques du Plan d'action mondial au contexte africain et accorde la priorité aux mesures proposées en fonction des retours d'information des États Membres de l'OMS. Le plan d'action régional quinquennal s'étend au-delà de 2021 et est aligné sur le treizième programme de général de travail de l'OMS 2019-2023.

Les objectifs du plan d'action régional contre la pharmacorésistance du VIH pour la période 2019-2023 sont les suivants :

1. accroître la priorité accordée aux aspects de prévention et de riposte à la pharmacorésistance du VIH dans les programmes nationaux et régionaux, au sein de la Région africaine ;
2. renforcer l'engagement, les capacités, la gouvernance au niveau national sans oublier les partenariats afin d'accélérer les actions nationales en matière de prévention, de suivi et de riposte à la pharmacorésistance du VIH ;
3. encourager la collaboration entre les États Membres en vue de la mise en œuvre des objectifs stratégiques.

Le plan d'action régional s'efforce de contribuer à l'élan mondial pour l'atteinte des cibles « 90-90-90 ».

FIGURE 1 : LE PLAN D'ACTION CONTRE LA PHARMACORÉSISTANCE DU VIH DANS LA RÉGION AFRICAINE

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

1 ■ Accroître la priorité accordée aux aspects de prévention et de riposte à la pharmacorésistance du VIH dans les programmes nationaux et régionaux, au sein de la Région africaine ;

2 ■ Renforcer l'engagement, les capacités, la gouvernance au niveau national sans oublier les partenariats afin d'accélérer les actions nationales en matière de prévention, de suivi et de riposte à la pharmacorésistance du VIH ;

3 ■ Encourager la collaboration entre les États Membres en vue de la mise en œuvre des objectifs stratégiques.



LA PRÉVENTION
ET LA RIPOSTE



LE SUIVI ET LA
SURVEILLANCE



LA RECHERCHE
ET L'INNOVATION



LES CAPACITÉS
DES LABORATOIRES



LA GOUVERNANCE ET LES
MÉCANISMES FAVORABLES

PLAN D'ACTION

- **1.** Accroître la surveillance de la charge virale.
- **2.** Optimiser la prestation des services de traitement antirétroviral.
- **3.** Surveiller et réagir régulièrement aux indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH aux niveaux clinique et national.
- **4.** S'assurer que les personnels de santé sont formés pour la prévention, le suivi et la riposte à la pharmacorésistance du VIH.

- **5.** Mener des enquêtes régulières sur la pharmacorésistance du VIH.
- **6.** Surveiller les indicateurs d'alerte précoce.
- **7.** Intégrer les indicateurs d'alerte précoce aux activités routinières de suivi-évaluation.
- **8.** Produire des rapports régionaux sur la pharmacorésistance du VIH ou contribuer à la rédaction du rapport mondial sur la pharmacorésistance du VIH.
- **9.** Utiliser la base de données sur la pharmacorésistance du VIH pour relier les séquences de données épidémiologiques et celles de la pharmacorésistance du VIH.

- **10.** Rassembler toutes les informations pertinentes pour la pharmacorésistance du VIH, issues de la recherche.
- **11.** Identifier les interventions de programme à base factuelle.
- **12.** Évaluer l'impact des interventions identifiées.

- **13.** S'assurer que les stratégies de lutte contre la pharmacorésistance du VIH prennent en compte la formation des professionnels de la santé travaillant comme spécialistes de laboratoires.
- **14.** Étendre les services de tests de la charge virale.
- **15.** Faire des tests de résistance pour les nouveaux médicaments puis un génotypage à l'aide de prélèvements de sang séché.
- **16.** Constituer un réseau de laboratoires travaillant sur la pharmacorésistance du VIH.

- **17.** Élaborer une stratégie nationale d'une durée de cinq ans pour la lutte contre la pharmacorésistance du VIH.
- **18.** Établir des liens avec des programmes de lutte contre la résistance des antimicrobiens.
- **19.** Mettre en place un groupe de travail technique national pour la pharmacorésistance du VIH.
- **20.** Identifier des mécanismes de financement.
- **21.** Inclure des estimations de coûts.
- **22.** Élaborer des plans de mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la pharmacorésistance du VIH.
- **23.** Établir une stratégie de communication au niveau national.
- **24.** Accroître la participation communautaire.

1

APERÇU

Le plan d'action régional de l'Afrique contre la pharmacorésistance du VIH pour la période 2019-2023, s'inscrit dans une durée de cinq ans et est aligné sur les objectifs stratégiques de plusieurs instruments, à savoir : le Plan d'action mondial de l'OMS contre la pharmacorésistance du VIH (2017-2021) (3) ; le Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens (2015)(4) ; le document intitulé « VIH/sida : Stratégie pour la Région africaine » (5) ; la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH (2016-2021) ; (6) et le treizième programme général de travail (2019-2023) (7).

Ce plan d'action régional contre la pharmacorésistance du VIH fournit un cadre complet d'action pour les États Membres, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, sans oublier les partenaires de mise en œuvre, les chercheurs, la société civile et les autres partenaires. Figure également dans ce plan, un éventail d'interventions et de ressources pour orienter la riposte à la pharmacorésistance du VIH. (Figure 1).

VISION

La vision du plan d'action régional contre la pharmacorésistance du VIH est celle d'une Région africaine dans laquelle l'émergence et la transmission de la pharmacorésistance du VIH sont surveillées, prévenues, gérées et inversées, et où chaque personne vivant avec le VIH a accès à un traitement efficace à vie.

BUTS

1. Faire en sorte que la Région africaine puisse effectivement prévenir, surveiller et riposter à la pharmacorésistance du VIH.
2. S'assurer que la pharmacorésistance du VIH n'empêche d'atteindre les cibles régionales en matière de santé, notamment l'éradication du sida et les objectifs de développement durable.

OBJECTIFS

1. Relever le niveau de priorité de la prévention et de la riposte à la pharmacorésistance du VIH dans les programmes, aux niveaux national et régional des États Membres du Bureau régional de l'Afrique.

2. Renforcer l'engagement, les capacités la gouvernance et les partenariats au niveau national afin d'accélérer l'action des pays en matière de prévention, de suivi et de riposte à la pharmacorésistance du VIH.
3. Promouvoir la collaboration entre États Membres à l'heure de la mise en œuvre des objectifs stratégiques.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

Les principes énoncés ci-dessous fournissent un cadre éthique général qui s'applique au plan d'action régional contre la pharmacorésistance du VIH.

Une approche fondée sur les droits de l'homme en vue de l'accès universel

L'impact du VIH/sida est amoindri partout où l'on promeut et protège les droits de l'homme. Une approche fondée sur les droits de l'homme garantit aux personnes vivant avec le VIH, non seulement l'existence d'un environnement ouvert et solidaire, mais aussi un traitement digne, la protection contre la discrimination et l'accès au traitement, aux soins de santé et au soutien nécessaires. Cette approche encourage les individus à se faire dépister et permet aux personnes séropositives de demander et de recevoir un traitement et un soutien psychosocial. En outre, l'approche leur permet de prendre des mesures pour prévenir la transmission de la maladie à d'autres personnes.

Une appropriation et une responsabilisation au niveau national

Un engagement et un leadership politiques forts, sont essentiels à l'orientation et à l'appropriation par les pays, de leur riposte nationale au sida. Cette appropriation requiert l'adhésion de la société civile, des personnes vivant avec le VIH et de la population en général ce qui permettra d'assurer l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nationales participatives contre le VIH.

Une prestation de service complète, coordonnée et intégrée et des partenariats efficaces

La collaboration à l'échelle mondiale, régionale et nationale revêt une importance capitale. Il convient d'instaurer la collaboration entre les principaux partenaires, en l'occurrence les États Membres, les organisations non gouvernementales, les organisations de la société civile, sans oublier les programmes et organismes des Nations Unies, les partenaires de mise en œuvre et les donateurs internationaux. De tels niveaux de collaboration permettent

d'améliorer la prestation des services, d'avoir un impact plus important et plus durable, de mobiliser et d'utiliser plus efficacement les ressources, de mieux partager l'information et de renforcer la recherche d'approches novatrices.

Financer pour assurer la durabilité : Les ressources devraient être allouées, à des ensembles d'interventions alignées sur les stratégies et programmes nationaux, capables de produire le plus grand impact possible, et exploitant au mieux les investissements des principaux organismes de développement et des donateurs, au profit de la riposte mondiale au VIH.

CIBLES À L'HORIZON 2023

Conformément au Plan d'action mondial, le présent plan d'action régional devra atteindre les cibles ci-après dans le cadre de cinq objectifs stratégiques, à savoir :

1. la prévention et la riposte ;
2. le suivi et la surveillance ;
3. la recherche et l'innovation ;
4. les capacités des laboratoires ;

5. la gouvernance et les mécanismes favorables (figure 2).

La Région africaine peut, au moyen du plan d'action régional, contribuer à l'atteinte des cibles mondiales pour 2020 qui reviennent :

- à ramener à moins de 500 000 le nombre de décès liés au VIH en Afrique ;
- à faire le nécessaire, pour que 90 % des personnes vivant avec le VIH dans la Région africaine et sous traitement antirétroviral, voient leur charge virale disparaître ; pour intensifier la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments liés au VIH pour le traitement et la prévention principalement dans le contexte sanitaire africain ;
- à veiller à ce que tous les pays aient intégré les services essentiels de prise en charge du VIH aux mécanismes nationaux de financement de la santé ;
- à veiller à ce que les investissements financiers en faveur de la riposte au sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire atteignent au moins US \$26 milliards, avec une augmentation progressive des niveaux de financement du secteur public.

ENCADRÉ NO 1. À QUI EST DESTINÉ LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL ?

Le plan d'action régional a été élaboré à l'intention de plusieurs groupes d'acteurs, chacun jouant un rôle essentiel. Le plan régional prend en compte le fait que de nombreuses compétences, capacités, ressources et approches différentes, sont nécessaires pour combattre la pharmacorésistance du VIH. Pour atteindre leurs objectifs communs, les acteurs doivent initier des partenariats axés sur la collaboration. Le plan régional est destiné aux acteurs suivants.

- **Les États Membres.** Les principaux responsables de la mise en œuvre du plan d'action régional dans les États Membres sont les Ministères de la santé et les groupes de travail techniques focalisés sur la pharmacorésistance du VIH. Le plan d'action régional propose une série d'actions prioritaires que les États Membres peuvent adapter et classer en fonction de leur contexte national. Le plan régional formule aussi des suggestions concernant divers mécanismes de facilitation et d'appui qui permettront aux États Membres de recevoir les ressources dont ils ont besoin pour atteindre leurs objectifs.
- **Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique** joue un rôle fédérateur dans la mise sur pied de réseaux de collaboration et de partenariats entre les différents acteurs. Le Bureau régional définit au niveau régional, des normes, des lignes directrices et les meilleures pratiques, tout en harmonisant les efforts des États Membres et en exigeant que ces derniers soient comptables de leur contribution en faveur de la prévention, du suivi et de la riposte à la pharmacorésistance du VIH.
- **La société civile**, tout comme les personnes vivant avec le VIH, les communautés affectées par le VIH et les groupes de plaidoyer, ont un rôle majeur à jouer pour garantir le succès de la mise en œuvre du plan d'action régional. Celui-ci accorde la priorité à la sensibilisation au sein des collectivités, de sorte à obtenir l'appui général nécessaire à la réalisation de ses objectifs. La société civile devrait être intégrée au processus de prise de décision, de planification et de mise en œuvre, afin de garantir que toutes les interventions reflètent la volonté et les intérêts des citoyens.
- **Les agences de développement international** apportent des ressources techniques et financières aux programmes nationaux et régionaux de lutte contre la pharmacorésistance du VIH. Le plan d'action recommande un soutien durable des partenaires internationaux en faveur de la Région africaine et décrit les principaux domaines d'action stratégique où leurs contributions produiront le plus grand impact.
- **Les institutions de recherche** fournissent les preuves nécessaires à l'élaboration d'un programme efficace de lutte contre la pharmacorésistance du VIH. Le plan d'action propose des mesures qui aideront à coordonner les activités de recherche régionales et à diffuser les résultats, afin d'optimiser son application efficace et d'améliorer l'accès aux ressources dans des contextes où ces ressources sont limitées.

FIGURE 2 : CIBLES À L'HORIZON 2023

OS1 PRÉVENTION ET LA RIPOSTE



- Moins de 15 % des pays africains ont une rupture de stock de médicaments antirétroviraux quelconques sur une période de 12 mois.
- Plus de 80 % des pays africains mettent les patients sous un traitement antirétroviral de deuxième intention selon les lignes directrices de l'OMS.
- Plus de 80 % des pays africains ont moins de 5 % de leurs patients qui sont soumis à un traitement antirétroviral de deuxième intention.
- Plus de 90 % des pays africains déclarent un taux estimatif de poursuite du traitement par les patients supérieur à 85 %.
- Sur la base des résultats des tests de charge virale effectués, 90 % des pays africains présentent, un taux de suppression de la charge virale estimé à 90 %, chez les patients sous traitement antirétroviral.
- Tous les pays africains dits « prioritaires » combattent la pharmacorésistance du VIH par des modifications de leur programme d'action ou une révision de leurs lignes directrices nationales.
- Dans 50 % des pays africains, au moins 70 % des patients sous traitement antirétroviral ont dans leur dossier médical, les résultats d'un test de charge virale effectué après 12 mois.

S02 CONTRÔLE ET SURVEILLANCE



- Tous les pays prioritaires mettent à jour leur stratégie de prévention, de suivi et de riposte à la pharmacorésistance du VIH.
- Tous les pays prioritaires mènent à bien la surveillance de la pharmacorésistance du VIH.
- Les indicateurs de qualité des soins liés à la pharmacorésistance du VIH sont évalués dans 90 % des pays prioritaires.
- Un rapport à mi-parcours et un rapport final sont publiés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.



OS3 RECHERCHE ET L'INNOVATION

- Une note de synthèse du Bureau régional de l'OMS, indiquant les enquêtes en cours et celles prévues, portant sur au moins la moitié des besoins prioritaires de recherche de la Région africaine.



S04 CAPACITÉ DES LABORATOIRES

- Une proportion de 70 % des laboratoires du Réseau mondial sur la pharmacorésistance du VIH sont sélectionnés pour des tests à l'aide de prélèvements de sang séché, portant sur la pharmacorésistance du VIH.
- Une proportion de 70 % des laboratoires du Réseau mondial sur la pharmacorésistance du VIH a la capacité de faire le génotypage de l'inhibiteur d'intégrase.

OS5 GOUVERNANCE ET MÉCANISMES FAVORABLES



- Tous les pays prioritaires, intègrent des activités liées à la pharmacorésistance du VIH, à leur proposition de financement adressée au Fonds mondial, au Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, à d'autres donateurs ou au budget national de la santé.
- Le montant total du budget utilisé dans la riposte à la pharmacorésistance du VIH provient des allocations des pays et des ressources extérieures.
- Tous les États Membres disposent d'une stratégie nationale de riposte à la pharmacorésistance du VIH.

2

LE RISQUE DE L'APPARITION D'UNE PHARMACORÉSISTANCE DU VIH EN AFRIQUE

ENCADRÉ 2. PRINCIPAUX CONCEPTS ET DÉFINITIONS

La pharmacorésistance du VIH est due aux mutations intervenant dans la structure génétique du VIH, qui ne permettent pas à un médicament particulier ou à une combinaison de médicaments de bloquer la prolifération du virus. Tous les médicaments antirétroviraux actuels, y compris les nouvelles catégories, risquent de devenir partiellement ou entièrement inactifs, du fait de l'apparition de souches virales résistantes. On compte, en général, trois principales catégories de médicaments résistants au VIH :

1. la pharmacorésistance acquise se manifeste, lorsque le VIH subit des mutations causées par la multiplication du virus chez les patients auxquels sont administrés des médicaments antirétroviraux ;
2. la pharmacorésistance transmise est détectée chez les personnes non traitées aux antirétroviraux* et qui n'en ont jamais entendu parler. Cette résistance se manifeste, lorsque des personnes non infectées, le sont par des virus ayant subi des mutations médicamenteuses ;
3. la pharmacorésistance du VIH avant le traitement est une définition opérationnelle de la planification à des fins de santé publique. Elle se manifeste chez des personnes non traitées aux antirétroviraux qui entament un traitement antirétroviral ou des personnes qui ont déjà suivi ou qui reprennent des traitements antirétroviraux de première intention. La pharmacorésistance du VIH avant le traitement est un type de résistance soit transmise, soit acquise ou les deux à la fois. Elle peut avoir été transmise au moment de l'infection (la pharmacorésistance

transmise), ou acquise à la suite d'un traitement antirétroviral antérieur, comme c'est le cas chez les femmes traitées par des médicaments antirétroviraux dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. La pharmacorésistance peut également être acquise par les personnes ayant reçu une prophylaxie préexposition avant d'être traitées, ou par les personnes qui bénéficient à nouveau de traitements antirétroviraux de première intention, après avoir arrêté le traitement initial pendant un certain temps.

*Par personnes non traitées aux antirétroviraux, on entend des personnes n'ayant jamais eu recours à un traitement antirétroviral.

L'approche adoptée par l'OMS dans le domaine de la santé publique, concernant le traitement antirétroviral, repose sur l'utilisation de trois traitements séquentiels standardisés d'antirétroviraux, qui représentent deux INTI, ainsi qu'un inhibiteur d'intégrase – le Dolutegravir – comme traitement de première intention. Lorsque ce traitement n'a pas d'effet, on passe à un inhibiteur de protéase combiné à du ritonavir (PI) et à deux INTI, nouveaux ou recyclés, en tant que traitement de deuxième intention, suivi d'un inhibiteur de transfert de brin de l'intégrase (INSTI), et d'un ou de deux INTI, nouveaux ou recyclés, comme traitement antirétroviral de troisième intention.

Source. Organisation mondiale de la Santé, 2017. Plan d'action mondial sur la pharmacorésistance du VIH 2017-2021.

LES EFFETS DE LA PHARMACORÉSISTANCE DU VIH AU NIVEAU MONDIAL

La résistance aux antimicrobiens devient une menace de plus en plus grande pour la santé publique dans le monde et nécessite que des mesures collectives soient prises, afin de prévenir et de lutter efficacement contre les infections. La pharmacorésistance du VIH est une forme de résistance aux antimicrobiens. La réduction au minimum de l'apparition et de la transmission de la pharmacorésistance du VIH, est un aspect critique de la riposte aux antimicrobiens, dans un contexte mondial plus large.

Le rapport 2017 de l'OMS sur la pharmacorésistance du VIH (1), qui a utilisé les données d'enquêtes de 14 pays, a montré que la résistance du VIH est en hausse dans toutes les régions objet de l'étude, notamment l'Afrique de l'Est, l'Afrique australe, l'Afrique de l'Ouest et du Centre, l'Amérique latine et l'Asie. Selon le rapport, la résistance aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, chez les personnes sous traitement antirétroviral a varié entre 4 % et 28 %, tandis que chez les personnes où la charge virale n'a pas été supprimée, et qui sont sous traitements aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse de première intention, elle a varié de 47 % à 90 %. Ces résultats corroborent une analyse systématique d'études réalisées précédemment (7), qui a évalué les niveaux de pharmacorésistance avant traitement chez les adultes, dans 63 pays à revenu faible ou intermédiaire, de 2001 à 2016 et qui est parvenue à la conclusion que les niveaux de pharmacorésistance du VIH ne cessent d'augmenter dans le monde.

Selon la mise à jour des données mondiales du sida réalisée par ONUSIDA(1), en 2018, un total de 21,7 millions de personnes étaient sous traitement antirétroviral dans le monde. Le rapport indique qu'un plus grand nombre de personnes doivent commencer et poursuivre le traitement du VIH à vie, en vue d'atteindre les objectifs de lutte contre l'épidémie dans le monde. Néanmoins, on constate une

pharmacorésistance du VIH, due à l'échec du traitement, à la transmission de souches virales résistantes aux médicaments du VIH à des personnes nouvellement infectées, et à des lacunes dans la qualité des services en lien avec le VIH. Ainsi, en dépit des énormes succès enregistrés au cours de la dernière décennie, la pharmacorésistance du VIH deviendra probablement plus accentuée à mesure que le nombre des personnes sous traitement antirétroviral et la durée moyenne de la thérapie augmenteront.

La hausse de la pharmacorésistance du VIH aura un impact significatif sur l'initiative « 90-90-90 », un ensemble ambitieux de cibles mondiales, fixées par l'ONUSIDA et ses partenaires en 2014 (figure 3). Ces objectifs ont été largement adoptés par la communauté internationale et reflètent les engagements qu'elle a pris, en vue d'étendre l'accès aux traitements antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH.

Selon le rapport 2018 de l'ONUSIDA, en 2017, des tests performants couplés à une bonne couverture thérapeutique en Afrique de l'Est et australe ont permis de diagnostiquer 81 % des personnes vivant avec le VIH, et 66 % des patients séropositifs qui connaissaient leur statut sérologique étaient placés sous traitement antirétroviral, alors que la charge virale avait été supprimée chez 52 % des sujets sous traitement (1). Par ailleurs, en Afrique de l'Ouest et centrale, 48 % des personnes vivant avec le VIH avaient été diagnostiquées ; 40 % des séropositifs qui connaissaient leur statut sérologique étaient sous antirétroviraux ; et la charge virale avait été supprimée chez 29 % des patients sous traitement. Dans la Région africaine, particulièrement en Afrique centrale et de l'Ouest, il importe de veiller à ce que la performance des programmes relatifs à la thérapie antirétrovirale soit optimale pour prévenir, suivre la pharmacorésistance du VIH et y riposter, ce qui permettra d'atteindre les cibles « 90-90-90 » fixées sur le plan mondial. Le fait de parvenir à une suppression optimale de la charge

FIGURE 3 : LES CIBLES PRIORITAIRES « 90-90-90 »

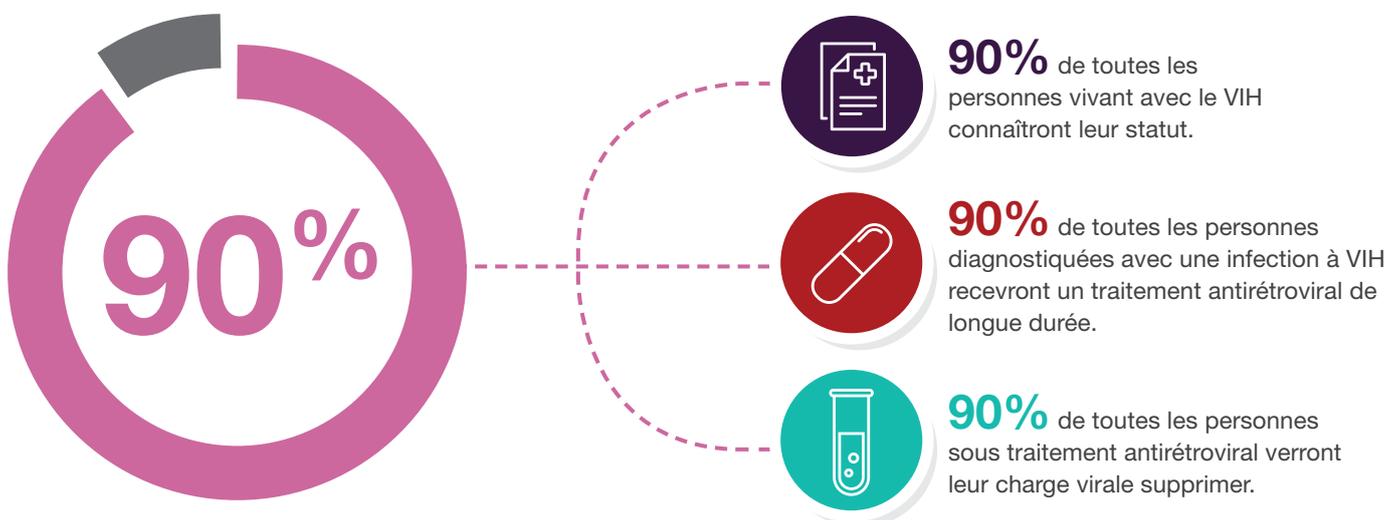
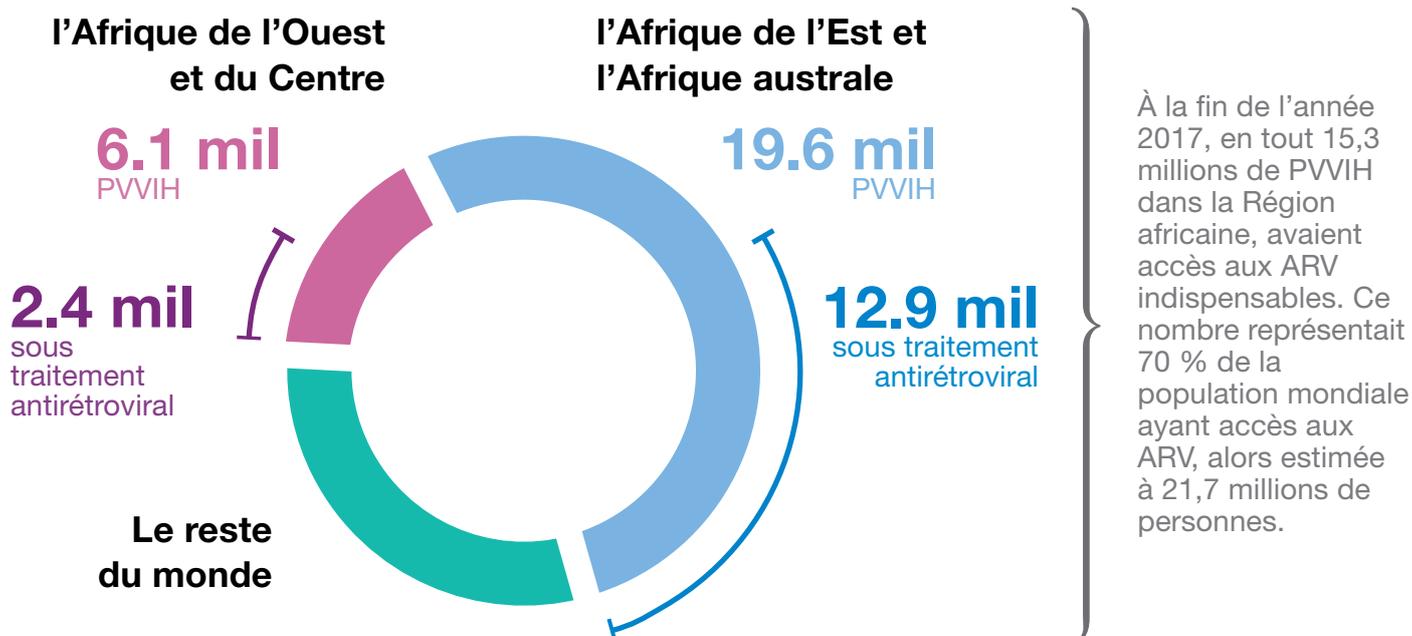


FIGURE 4 : PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH



virale, ce qui équivaut à une suppression de 73 % de la charge virale – objectif entravé par la pharmacorésistance du VIH –, est fondamental pour atteindre les cibles prioritaires « 90-90-90 », d'ici à 2020, et pour éliminer le sida en tant que menace pour la santé publique, d'ici à 2030.

LE COÛT DE L'INACTIION

L'adoption d'une approche éthique pour trouver des solutions à la pharmacorésistance du VIH est indispensable pour atteindre les cibles « 90-90-90 », en particulier « la troisième cible » qui a trait à la suppression de la charge virale chez les personnes sous traitement. Il ne faudrait pas sous-estimer le coût humain de la pharmacorésistance du VIH. Tant que la pharmacorésistance antirétroviraux ne sera pas maîtrisée, la cible liée à la suppression de la charge virale ne sera peut-être pas atteinte, en raison des options thérapeutiques plutôt limitées et des coûts élevés des traitements de deuxième et troisième intention.

Les personnes présentant une pharmacorésistance du VIH acquise ont moins de chance de parvenir à une suppression de la charge virale, sont plus vraisemblablement sujettes à un échec virologique ou à la mort. Ces personnes sont davantage enclines à arrêter le traitement et à acquérir de nouvelles mutations liées à la pharmacorésistance du VIH. Il faut donc nécessairement prévenir, contrôler et riposter à la pharmacorésistance du VIH, afin de maintenir les acquis actuels, d'améliorer les résultats des traitements chez les personnes vivant avec le VIH, de protéger les investissements des donateurs et publics, et de garantir la viabilité à long terme des programmes de soins et de traitement.

LA MENACE CROISSANTE DE LA PHARMACORÉSISTANCE DU VIH EN AFRIQUE

Nulle part ailleurs, la lutte contre le VIH n'est aussi importante qu'en Afrique, qui abrite 70 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde, ainsi que 66 % de toutes les nouvelles infections qui apparaissent au niveau mondial (1). Avec la menace croissante de la pharmacorésistance du VIH, le continent se retrouve au centre de la lutte mondiale contre le VIH. Malgré ces statistiques, le continent a enregistré des progrès notables dans la lutte contre le VIH. En Afrique australe et orientale, une zone où vit 53 % de la population mondiale des personnes vivant avec le VIH, la prise de mesures collectives, la mise en œuvre d'initiatives clés et la hausse du financement national et international pour la recherche, ont conduit à une baisse de 30 % des nouveaux cas d'infection au VIH, ainsi qu'à une diminution de 42 % des décès liés au SIDA, entre 2010 et 2017(1).

Le succès de la mise en œuvre des directives consolidées de l'OMS sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention des infections à VIH (2016), qui recommande à tout le monde de commencer avec le traitement antirétroviral, quel que soit le nombre de cellules CD4, a permis, à un total cumulé de 15,3 millions de personnes, d'avoir accès aux antirétroviraux dans la Région africaine. Un meilleur accès aux antirétroviraux a, également, contribué à la baisse de l'incidence du VIH et de la mortalité dans la Région africaine. Cette situation est particulièrement évidente en Afrique de l'Est et en Afrique australe, où un accès accru aux antirétroviraux a été suivi d'une baisse des décès liés au sida et d'un net recul dans les niveaux d'infections signalés.

Même si les succès enregistrés en Afrique, à ce jour, sont remarquables, l'accès accru aux antirétroviraux pour le traitement et la prévention du VIH a entraîné une augmentation des niveaux de pharmacorésistance du VIH. Des enquêtes représentatives au niveau national menées dans quatre pays africains (Ouganda, Namibie, Zimbabwe et Cameroun) de 2014 à 2016 ont montré que la pharmacorésistance du VIH prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI, définie comme la résistance à l'efavirenz ou la névirapine), et indiquent des niveaux de pharmacorésistance du VIH prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse de 15,4 %, 13,8 %, 10,9 % et 8,1 % respectivement, soit une moyenne supérieure au seuil d'alerte de 10 % (figure 5). Selon les estimations, les niveaux de la pharmacorésistance du VIH prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse chez les femmes ont été deux fois plus supérieurs à ceux enregistrés chez les hommes (2). Du fait de la pharmacorésistance du VIH, l'efficacité du traitement de première intention actuel sera moindre et constituera, dans le même temps, une menace pour les progrès enregistrés dans le monde dans le domaine de la réalisation des cibles « 90-90-90 ».

D'autres signes des niveaux élevés de pharmacorésistance du VIH peuvent être observés dans les récentes enquêtes démographiques sur l'évaluation des effets du VIH, qui ont été menées au Malawi et au Zimbabwe, chez des personnes nouvellement diagnostiquées (2). En outre, un

examen systématique des études sur la pharmacorésistance du VIH mené dans la Région africaine, vient confirmer les conclusions qui prouvent qu'au fil du temps, la prévalence de la pharmacorésistance du VIH prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse est plus grande et qu'il existe également une prévalence sensiblement plus élevée de la résistance du VIH aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse et aux INTI chez les personnes déjà sous traitement antirétroviral, par rapport à celles qui n'ont jamais été sous traitement antirétroviral (8). Ces études ont montré que les niveaux de pharmacorésistance du VIH prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse demeurent élevés (21,6 %) chez les personnes déjà sous traitement antirétroviral, chez qui l'on note une apparition ou une réapparition de la pharmacorésistance du VIH prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, par rapport à celles qui n'ont jamais été sous thérapie antirétrovirale (8.3 %).

En ce qui concerne la pharmacorésistance du VIH chez les nourrissons en Afrique (moins de 18 mois), diagnostiqués séropositifs à la suite d'un dépistage précoce chez le nourrisson, entre 2014 et 2016, une seule enquête représentative au niveau national de la pharmacorésistance du VIH sur cette population a été signalée. Cette unique enquête a été menée en Afrique du Sud et a révélé des niveaux de pharmacorésistance du VIH de 63,7 % à tout médicament. Les données portant sur cette population sont plutôt rares. Cependant, les niveaux de pharmacorésistance

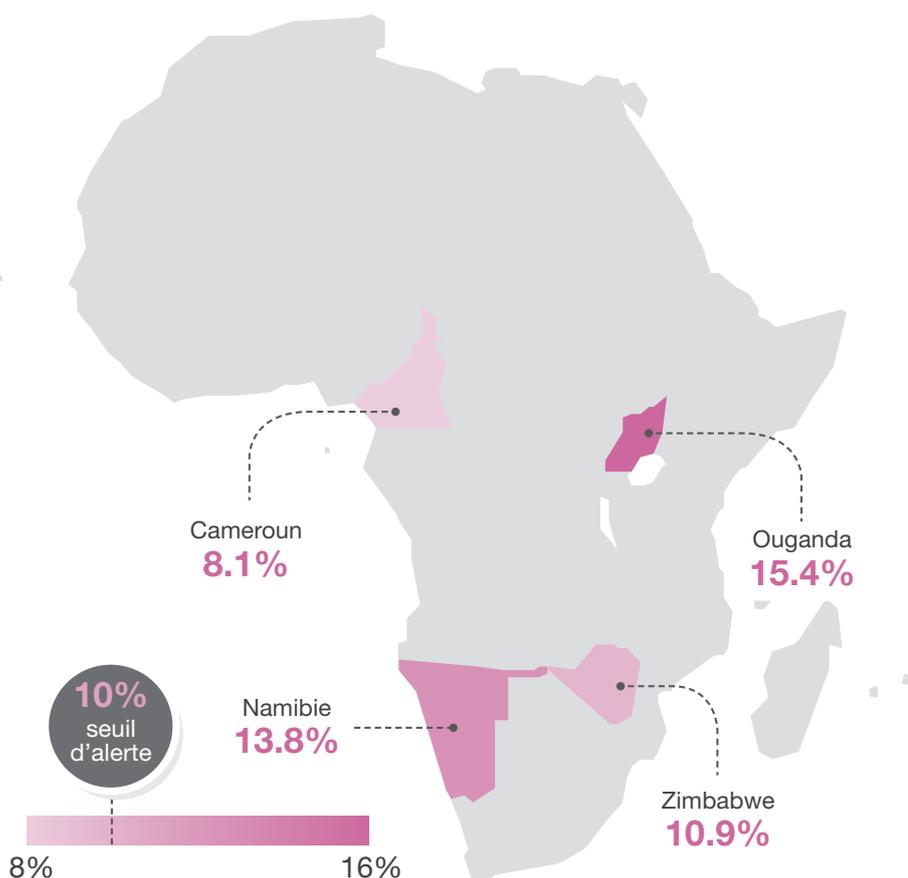


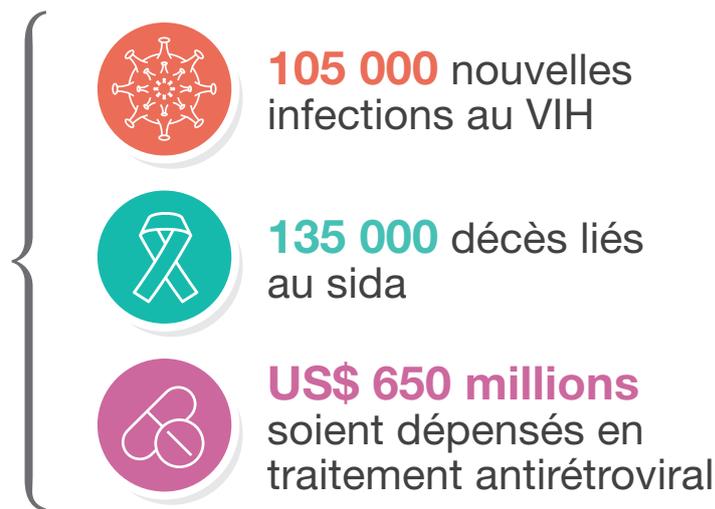
FIGURE 5 :
PHARMACORÉSISTANCE*
DU VIH PRÉTRAITEMENT
AUX INHIBITEURS NON
NUCLÉOSIDIQUES DANS
LA RÉGION AFRICAINE,
NOTIFICATION DES
DONNÉES DE L'ENQUÊTE
NATIONALE À L'OMS,
2014-2016

*résistance à l'efavirenz ou la névirapine

Source : Organisation mondiale de la Santé. 2017.
WHO HIV Drug Resistance Report 2017

FIGURE 6 : LE COÛT HUMAIN ET L'IMPACT ÉCONOMIQUE

Dans les pays africains où la **pharmacorésistance du VIH est $\geq 10\%$** , son incidence prévue sur cinq ans pourrait être grave



Source : Organisation mondiale de la Santé, 2017. Plan d'action mondial sur la pharmacorésistance du VIH 2017-2021.

* INNTI, définie comme la résistance à l'efavirenz ou la névirapine

du VIH prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse sont anormalement élevés chez les nourrissons qui contractent alors le virus, malgré le recours à la prévention de la transmission mère-enfant. Une méta-analyse d'études, menées à l'échelle nationale, entre 2011 et 2014, au Mozambique, au Swaziland, en Afrique du Sud, en Ouganda et au Zimbabwe, a montré que, un nourrisson sur deux est infecté par le virus, soit le signe d'une pharmacorésistance du VIH prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse avant le début du traitement, et le taux de la pharmacorésistance du VIH prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse au Zimbabwe était de 63 % (10).

En général, les données disponibles indiquent une hausse alarmante de la pharmacorésistance du VIH en Afrique. Dans l'ensemble, les hausses de la résistance aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse ont été plus fortes en Afrique de l'Est et en Afrique australe, où la prévalence de la résistance aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse avant le traitement est supérieure à 10 %. Parmi les malades en échec thérapeutique, 70 % à 90 % présentaient une résistance aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, tandis que 53 % à 88 % présentaient une résistance au squelette nucléosidique.

Si les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse sont toujours inclus dans les thérapies de première intention du traitement antirétroviral, dans le contexte de niveaux élevés de la pharmacorésistance du VIH prétraitement, alors la cible mondiale consistant à mettre fin au sida, en tant que menace à la santé publique, d'ici 2030, pourrait ne pas être atteinte (3). En outre, le coût humain et l'impact économique seront importants. Il se peut que, sur

une période de cinq ans, la pharmacorésistance du VIH prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse entraîne un total cumulé de 135 000 décès liés au sida, de 105 000 nouvelles infections au VIH et que US \$650 millions soient dépensés en traitement antirétroviral en Afrique subsaharienne (figure 6). Pour contourner les effets des taux élevés de pharmacorésistance du VIH prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, l'OMS recommande aux pays, dont les niveaux nationaux de pharmacorésistance du VIH prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse sont supérieurs à 10 %, d'adopter une thérapie antirétrovirale de première intention sans inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse. Plusieurs pays africains adoptent le Dolutegavir (DTG), un inhibiteur d'intégrase doté d'une barrière génétiquement très résistante. Il s'agit donc d'une étape importante qui devrait atténuer, au moins de manière temporaire, la menace de la pharmacorésistance du VIH. Au fur et à mesure que le Dolutegavir est introduit dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les niveaux de la charge virale et les résultats de la pharmacorésistance devront être étroitement surveillés. Par conséquent, la surveillance de la pharmacorésistance du VIH continue de jouer un rôle important, pour orienter les lignes directrices portant sur les soins et le traitement ainsi que sur le fonctionnement du programme.

Il est important de surveiller la pharmacorésistance du VIH prétraitement, en vue d'établir les profils polymorphes de base du gène de l'intégrase, dans les infections du sous-type non-B du VIH-1, dont certains pourraient avoir des effets sur une réponse ou une non-réponse clinique au Dolutegavir dans les différents sous-types et populations. En outre, les taux de suppression de la charge virale et de résistance chez

les personnes qui suivent un traitement antirétroviral à base de Dolutegavir, dont la charge virale n'a pas été supprimée, sont encore peu connus et nécessitent un suivi étroit. En conséquence, la surveillance de la pharmacorésistance du VIH acquise, ainsi que de fortes mesures représentatives au plan national, concernant la suppression de la charge virale, sont essentielles pour évaluer le fonctionnement du programme ayant trait au Dolutegavir.

L'évaluation de la pharmacorésistance du VIH prétraitement aux INTI en cours continuera de jouer un rôle important et pertinent pour deux raisons. La première, en raison de son impact éventuel et encore méconnu sur le traitement antirétroviral à base de Dolutegavir, administré en association avec deux INTI. La deuxième qui consiste à mesurer la charge de la résistance aux INTI chez les populations, causée par une prophylaxie préexposition au ténofovir (TDF) et à l'emtricitabine (FTC).

Par ailleurs, l'OMS recommande le recours aux régimes à base d'inhibiteur de protéase chez les enfants de moins de 6 ans, quel que soit leur exposition à la prévention de la transmission mère-enfant. Toutefois, malgré ces recommandations, une enquête de l'OMS sur les antirétroviraux dans le monde, menée dans 66 pays à revenu faible ou intermédiaire a montré que seuls 14 % de 748 638 enfants, âgés de 0 à 5 ans, ont reçu des schémas de traitement antirétroviral de première intention à base d'inhibiteurs de protéase rehaussés de ritonavir (PI/r) (3).

La prévalence sans cesse croissante de la pharmacorésistance du VIH associée au fait que c'est en Afrique que se trouve le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH, nécessite une riposte concertée face à l'apparition de la menace que représente la pharmacorésistance du VIH, pour atteindre les cibles « 90-90-90 », afin de réduire au minimum le coût énorme pour les vies humaines et le développement de l'Afrique, ainsi que pour veiller à ce que le continent continue d'aller de l'avant dans sa lutte contre le VIH/sida.

3

LA RIPOSTE À LA PHARMACORÉSISTANCE DU VIH DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

PROGRÈS RÉALISÉS EN AFRIQUE

En règle générale, une plus grande disponibilité de ressources pour la lutte contre le VIH en Afrique de l'Est et en Afrique australe, a conduit à plus de ripostes au VIH au cours de la dernière décennie (1). Le financement des initiatives de lutte contre le VIH, à partir de sources nationales et internationales, a également augmenté pendant cette période et, en 2017, 42 % de toutes les ressources provenaient des investissements au niveau national. Même si l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale n'ont pas réussi à mobiliser beaucoup de ressources pour les programmes de lutte contre le VIH, un programme régional de formation dans le domaine de la lutte contre le VIH a été institué en 2016 (1).

En 2016, la Déclaration politique sur le VIH/sida (13) a reconnu que l'Afrique reste la région la plus touchée, en particulier, parce que les 22 pays prioritaires pour lesquels des mesures urgentes sont requises sont situés en Afrique. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a, par conséquent, décrit la pharmacorésistance du VIH comme prioritaire pour la riposte.

Le cadre du VIH/sida pour la Région africaine de l'OMS (2016) (5) vise à accélérer les ripostes nationales au VIH et à encourager le progrès dans la réalisation des objectifs nationaux pour un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui à la lutte contre le VIH. En outre, le plan d'action régional sur la pharmacorésistance du VIH en Afrique est conforme au Plan d'action mondial sur la pharmacorésistance du VIH et au Cadre d'action mondial sur le VIH/sida dans la Région africaine de l'OMS 2016-2020 (5). Les actions prioritaires du plan d'action régional viennent en appui au « Programme de transformation de la santé en Afrique 2015-2021 : une vision pour la couverture sanitaire universelle » (13), tout comme la Stratégie mondiale

du secteur de la santé sur le VIH, qui a été approuvée par la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en 2016 (figure 7) (6).

Le plan d'action régional sur la pharmacorésistance du VIH en Afrique est, en outre, enrichi par les consultations régionales du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, ainsi que par des données d'enquêtes fournies par 36 pays africains. Celles-ci ont permis de déterminer les actions prioritaires requises pour faire face à la nouvelle menace posée par la pharmacorésistance du VIH dans la Région africaine, conformément aux objectifs stratégiques du Plan d'action mondial sur la pharmacorésistance du VIH.¹

DÉFIS QUI SE POSENT DANS LA RÉGION AFRICAINE

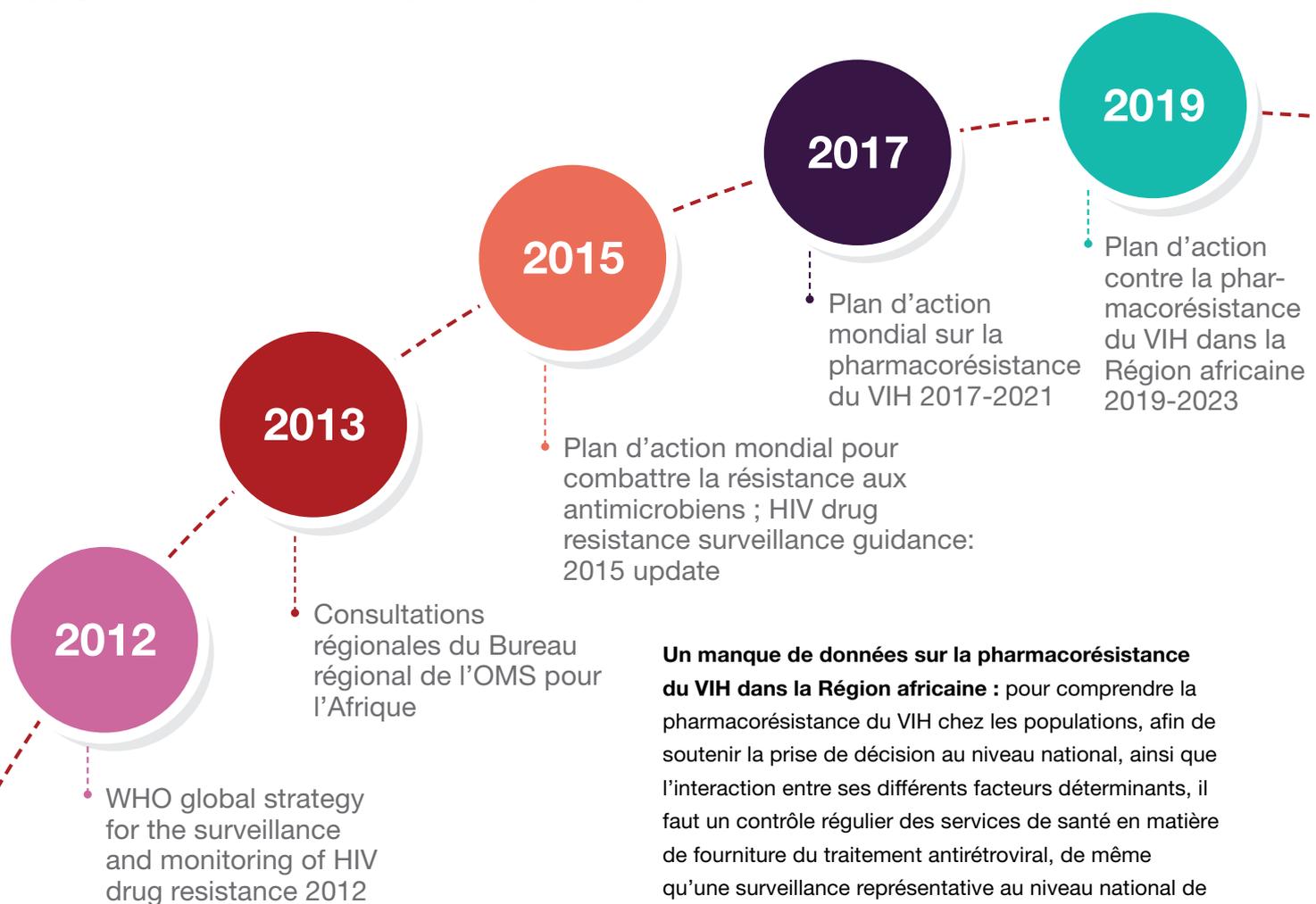
Le plan d'action régional a été élaboré à l'intention des États Membres de l'Afrique et sera mis en œuvre dans un contexte marqué par les écueils décrits ci-après.

Les faibles ressources (humaines et financières)

dans le secteur de la santé : des ressources financières importantes et du personnel sont requis pour garantir des approvisionnements quotidiens et en quantités suffisantes de traitement antirétroviral, ainsi que pour disposer des ressources humaines devant assurer le dépistage, les consultations et le suivi au fil du temps. En Afrique subsaharienne, le nombre de médecins ou d'infirmières est de loin inférieur à 2,28 pour 1000 personnes, le seuil minimum requis pour assurer des services de santé de base (15). Les systèmes de santé en Afrique manquent généralement d'effectifs, ce qui peut constituer une entrave pour la mise en œuvre du plan d'action régional. Parmi les principales contraintes, figurent : le manque des compétences requises pour mener les

¹ Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

FIGURE 7 : INITIATIVES DE LUTTE CONTRE LE VIH



enquêtes sur la pharmacorésistance avant le traitement et la pharmacorésistance acquise, la capacité limitée des laboratoires, en vue de mener des tests de mesure de la charge virale à grande échelle, le dépistage de la pharmacorésistance du VIH, de même que les agents de santé en première ligne, qui doivent faire face à de lourdes charges de travail et aux ruptures de stocks des antirétroviraux (16).

Des obstacles psychosociaux et économiques à l’observance du traitement antirétroviral : les conclusions de différentes études laissent supposer que, même si les personnes vivant avec le VIH sont très motivées en ce qui concerne la prise des antirétroviraux tels qu’ils sont prescrits, les difficultés comme les ruptures de stocks des médicaments, le coût des transports, les longues heures d’attente, la faim, la stigmatisation, les effets secondaires et le manque de consultations appropriées les démobilisent (17). Les malades qui arrêtent le traitement antirétroviral risquent, par conséquent, de développer une pharmacorésistance du VIH, et de fausser, en conséquence les résultats des traitements aux niveaux individuel et des populations (18).

Un manque de données sur la pharmacorésistance du VIH dans la Région africaine :

pour comprendre la pharmacorésistance du VIH chez les populations, afin de soutenir la prise de décision au niveau national, ainsi que l’interaction entre ses différents facteurs déterminants, il faut un contrôle régulier des services de santé en matière de fourniture du traitement antirétroviral, de même qu’une surveillance représentative au niveau national de la pharmacorésistance du VIH. Néanmoins, en raison de difficultés financières et personnelles, d’obstacles géographiques et de conflits dans les priorités, de nombreux États Membres de la Région africaine ne peuvent produire de données complètes et exactes sur la pharmacorésistance du VIH à une grande échelle.

Le manque d’attention potentiel des décideurs en ce qui concerne la prévention, la surveillance de la pharmacorésistance du VIH et la riposte :

compte tenu des défis environnementaux, économiques et sociaux auxquels sont confrontés les États Membres, ainsi que les différentes exigences qu’une riposte à la pharmacorésistance du VIH fait peser sur les systèmes nationaux, il se peut que les activités liées au contrôle, à la prévention et à la riposte face à la pharmacorésistance du VIH ne soient pas prioritaires, en particulier lorsqu’il s’agit de l’allocation de fonds publics. Sans une prise de conscience et la compréhension des conséquences potentielles de la pharmacorésistance du VIH, ainsi que du risque que peut causer la perte des nombreux acquis obtenus au cours des deux dernières décennies, on peut s’attendre à ce que la prévention, la surveillance et la riposte à la pharmacorésistance du VIH ne fassent pas l’objet de l’attention qu’elles méritent aux niveaux national et infranational, en particulier chez les décideurs.

4

LE PLAN D'ACTION

Le plan d'action régional définit les actions prioritaires des États Membres dans la Région africaine, ainsi que les actions d'appui du Bureau régional de l'Afrique pour les cinq prochaines années. Ces actions prioritaires ont été identifiées, grâce à un processus consultatif avec les États Membres et sont en conformité avec les cinq objectifs stratégiques décrits dans le Plan d'action mondial sur la pharmacorésistance du VIH :

1. Prévention et riposte.
2. Contrôle et surveillance.
3. Recherche et innovation.

4. Capacité des laboratoires.
5. Gouvernance et mécanismes favorables.

Même si ces actions sont valables pour tous les pays, pour ce qui concerne la riposte face à l'épidémie du VIH, un accent particulier est mis sur les pays prioritaires : ceux dans lesquels les services de lutte contre le VIH prennent rapidement de l'ampleur et qui, dans leur ensemble, représentent la grande majorité de toutes les nouvelles infections au VIH dans le monde.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1. PRÉVENTION ET RIPOSTE

Utiliser toutes les preuves disponibles, en temps opportun, pour orienter les actions de santé publique, en vue de prévenir et de contrôler la pharmacorésistance du VIH.



PLAN D'ACTION

1. Élaborer une stratégie nationale de pharmacorésistance du VIH.
2. Renforcer le contrôle de la charge virale.
3. Assurer le suivi et réagir systématiquement aux indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH aux niveaux clinique et national.
4. Veiller à ce que le personnel de santé soit formé afin de prévenir, de contrôler et d'assurer la riposte à la pharmacorésistance du VIH.

La prévention de la pharmacorésistance du VIH est essentielle au succès de tout programme de traitement du VIH et est obtenue par l'amélioration de la qualité des services du traitement antirétroviral et par la suppression des lacunes dans les programmes de traitement du VIH. Pour tout programme sur la pharmacorésistance du VIH, le premier axe d'action consiste à élaborer **une stratégie nationale pour la pharmacorésistance du VIH (1)**, qui sera intégrée dans les plans stratégiques nationaux du secteur de la santé et en conformité avec les cadres du suivi et de l'évaluation. Les stratégies nationales pour la pharmacorésistance du VIH devront définir les principales actions prioritaires, afin de limiter l'apparition de la pharmacorésistance du VIH et de réagir efficacement face aux défis de la mise en œuvre du programme.

Les stratégies nationales devraient intégrer des méthodes d'amélioration de la qualité et définir les mesures préventives

à prendre dans les cadres de la riposte programmatique. Les actions prioritaires devraient porter sur l'introduction de mécanismes d'approvisionnement en médicaments plus performants, le recours accru au contrôle de la charge virale en vue d'une meilleure observance des consultations et, en temps opportun, **passer aux traitements de deuxième et troisième intention** appropriés (2). L'amélioration de la fourniture des traitements antirétroviraux de deuxième intention et de la poursuite du traitement, ainsi que le renforcement des engagements et la sensibilisation des communautés devraient aussi être pris en compte dans les actions prioritaires.

Il faut nécessairement que les stratégies nationales mettent l'accent sur **le contrôle systématique des indicateurs de qualité des programmes (3)** qui conviennent pour la pharmacorésistance du VIH ou pour les indicateurs d'alerte précoce, afin de garantir l'identification, en temps

ENCADRÉ 3. ENSEIGNEMENTS TIRÉS DU SUIVI DES INDICATEURS D'ALERTE PRÉCOCE AU CAMEROUN.

Reconnaissant la nécessité de limiter l'apparition et la transmission de la pharmacorésistance du VIH, le Cameroun a, depuis 2008, effectué cinq cycles de suivi des indicateurs d'alerte précoce dans les cliniques. Après chaque cycle de suivi, le programme national de lutte contre le VIH a élaboré et mis en œuvre des recommandations aux niveaux national et des cliniques, fondées sur les conclusions.

En 2017, une enquête a été menée par le programme national sur un échantillon de cliniques où se pratiquent le traitement antirétroviral, en vue d'évaluer l'impact des recommandations formulées après le suivi des indicateurs d'alerte précoce. L'enquête a prouvé que les messages sur l'observance du traitement antirétroviral, envoyés par les travailleurs sociaux, ont sensiblement accru la collecte, en temps opportun, des médicaments dans certaines cliniques, avec une amélioration qui a permis de passer de 10 % à 51 % au cours de la première année, puis de 91 % à 100 % vers la quatrième année. Cette amélioration est particulièrement importante, étant donné la faible couverture du dépistage de la charge virale dans le pays. En outre, 100 % des personnes sous traitement ont reçu une trithérapie appropriée pendant tous les cinq cycles.

Source. Organisation mondiale de la Santé, 2017. Plan d'action mondial sur la pharmacorésistance du VIH 2017-2021

opportun, des lacunes dans la riposte programmatique au VIH. Les indicateurs devraient être conformes aux règles et directives normatives de surveillance de l'OMS (19). Les stratégies nationales liées à la pharmacorésistance du VIH devraient utiliser les résultats du contrôle de cet indicateur pour constituer la base des recommandations requises pour une action rapide, soit au niveau clinique, soit dans le cas où plusieurs cliniques n'atteindraient pas les objectifs visés au niveau du programme national de traitement antirétroviral. Les actions devraient être précédées d'une période d'enquête, aussi bien aux niveaux national que des cliniques, afin d'identifier les causes locales et nationales des performances sous-optimales et leurs solutions. Les enquêtes pourront porter sur des entretiens qualitatifs avec des patients ou des prestataires, tant dans des cliniques qui fonctionnent très bien que dans d'autres qui fonctionnent moins bien et pourraient inclure des séries de cas ou des études de cas-témoins pour évaluer les déterminants des mauvais résultats.

Une fois que les lacunes figurant dans les programmes sont identifiées, il faut absolument que les États Membres mettent en œuvre une réponse systématique, en vue de trouver des solutions à ces lacunes et d'améliorer la qualité des prestations liées au traitement antirétroviral. Dans le cadre de ces mesures, les professionnels de la santé devront être **bien formés afin de mettre efficacement en œuvre des mesures stratégiques (4)**, conformément aux Directives de l'OMS sur la riposte du secteur de la santé publique à la pharmacorésistance du VIH prétraitement (20). L'OMS et les autres partenaires techniques devraient apporter un appui, en termes de renforcement des capacités et des efforts dans le domaine de la formation. Vers la mi-2018, vingt-quatre pays africains ont demandé à l'OMS de leur fournir une assistance technique pour des protocoles d'enquêtes sur la résistance du VIH, et 29 pays ont sollicité un concours pour pouvoir contrôler des indicateurs d'alerte précoce.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2. SUIVI ET SURVEILLANCE

Renforcer la surveillance et les données du programme, appliquer la surveillance de la pharmacorésistance du VIH, contrôler la qualité des prestations de service et collecter les données programmatiques à l'aide de méthodes standardisées, fondées sur des guides et des outils normatifs de l'OMS.



PLAN D'ACTION

5. Mettre en œuvre les enquêtes nationales systématiques sur la pharmacorésistance du VIH.
6. Assurer le suivi des indicateurs d'alerte précoce.
7. Intégrer les indicateurs d'alerte précoce dans les activités de suivi et d'évaluation de routine nationales.
8. Élaborer des rapports régionaux sur la pharmacorésistance du VIH ou apporter sa contribution au rapport mondial sur la pharmacorésistance du VIH.
9. Utiliser les bases de données de la pharmacorésistance du VIH pour procéder au nettoyage et relier les données épidémiologiques ainsi que les données séquentielles de la pharmacorésistance du VIH.

Les décisions de politique nationale relatives aux prestations de service liées au traitement antirétroviral, devront s'inspirer de données nationales fiables sur la prévalence et les tendances de la pharmacorésistance du VIH. L'OMS recommande de mener **des enquêtes systématiques représentatives au niveau national sur la pharmacorésistance du VIH (5)**, en vue de contrôler l'apparition et la transmission de la pharmacorésistance du VIH, de fournir des données afin d'appuyer le choix des meilleurs schémas de traitement antirétroviral et de mesurer dans quelle mesure la mise en œuvre des programmes permet de réduire l'apparition et la transmission de la pharmacorésistance du VIH.

Depuis 2004, 271 enquêtes ont été menées dans 69 pays. Dans la Région africaine, entre 2017 et 2018, des enquêtes recommandées par l'OMS sur la pharmacorésistance prétraitement et la pharmacorésistance acquise ont été réalisées dans 14 pays et 12 pays, respectivement (figure 8). Des enquêtes sont prévues dans 18 autres pays africains et devraient prendre fin en 2019. Des enquêtes sur les nourrissons ont été réalisées, entre 2014 et 2018, au Nigéria, au Malawi, au Cameroun et en Afrique du Sud et, d'autres sont prévues en Angola, en Éthiopie, en Namibie, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe.

L'OMS recommande également aux pays de **contrôler les indicateurs de la qualité des programmes, également**

connu sous l'appellation indicateurs d'alerte précoce (6), afin d'évaluer les données au niveau des cliniques et d'identifier les lacunes programmatiques. Les données devraient servir à inspirer les prises de décision concernant les actions à mener aux niveaux national et des cliniques, afin de combler les lacunes dans les prestations de service. Les indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH devraient être **intégrés dans les systèmes de suivi et d'évaluation existants au niveau national (7)** et faire l'objet de rapports réguliers (21, 22, 23). À la mi-2018, 29 pays africains avaient intégré une partie ou l'ensemble du contrôle des indicateurs d'alerte précoce dans les activités régulières de suivi et d'évaluation nationales.

L'OMS, dans le but de prêter une assistance aux États Membres en ce qui concerne la mise en œuvre des enquêtes, donne des directives standardisées, des outils opérationnels et une base de données, pour soutenir les pays, ainsi que les laboratoires de génotypage de la pharmacorésistance du VIH désignés par l'Organisation, dans le contrôle de la qualité des données du génotypage. La tendance à utiliser les spécimens restants pour la résistance acquise aux médicaments est de plus en plus marquée, de même que le suivi de la résistance dans la prophylaxie préexposition. La mise à échelle durable des activités de surveillance sera propre à chaque pays et variera selon les sous-régions africaines.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3. RECHERCHE ET INNOVATION

Encourager la recherche appropriée et novatrice afin d'induire un meilleur impact ; combler les lacunes des connaissances non seulement sur le risque de résistance du VIH aux nouveaux médicaments antirétroviraux, mais aussi sur l'impact des interventions axées sur la prestation de service en rapport avec la suppression de la charge virale et la pharmacorésistance du VIH.



PLAN D'ACTION

- 10. Compiler toutes les recherches pertinentes sur la pharmacorésistance du VIH.
- 11. Identifier les interventions programmatiques fondées sur des bases factuelles.
- 12. Évaluer l'impact des interventions identifiées.

À l'avenir, les communautés et les organisations de la société civile devraient jouer un rôle de plus en plus important dans la recherche des lacunes au niveau des prestations liées aux antirétroviraux, ainsi que dans l'élaboration de solutions durables au niveau local. Les activités de plaidoyer au niveau local sont essentielles pour mieux sensibiliser les communautés au rôle portant sur le contrôle de la qualité des prestations des traitements antirétroviraux.

La recherche novatrice, propre aux contextes africains, est indispensable pour la recherche de solutions aux lacunes dans les connaissances régionales et pour créer des interventions à des endroits spécifiques qui permettront,

dans une large mesure, de réduire la pharmacorésistance du VIH. Le Bureau régional devrait prendre l'initiative de mettre en place un réseau régional des institutions de recherche, afin de garantir le partage des connaissances et des informations sur le continent.

Les États Membres, en collaboration avec le réseau de recherche régional et le Bureau régional, devraient **rassembler toutes les recherches pertinentes liées à la pharmacorésistance du VIH (10)** dans des archives aux niveaux régional et national. Les lacunes existant dans la recherche devraient être identifiées et les principales questions liées à la recherche formulées, afin de combler ces

FIGURE 8 : ENQUÊTES REPRÉSENTATIVES DE L'OMS AU NIVEAU NATIONAL SUR LA PHARMA- CORÉSISTANCE DU VIH ET INTÉGRATION DES INDICATEURS D'ALERTE PRÉCOCE

Enquêtes achevées depuis 2015

L'OMS recommande que les enquêtes représentatives menées au niveau national sur la pharmacorésistance du VIH soient menées tous les trois ans, pour veiller à une surveillance appropriée des situations d'urgence et de la transmission

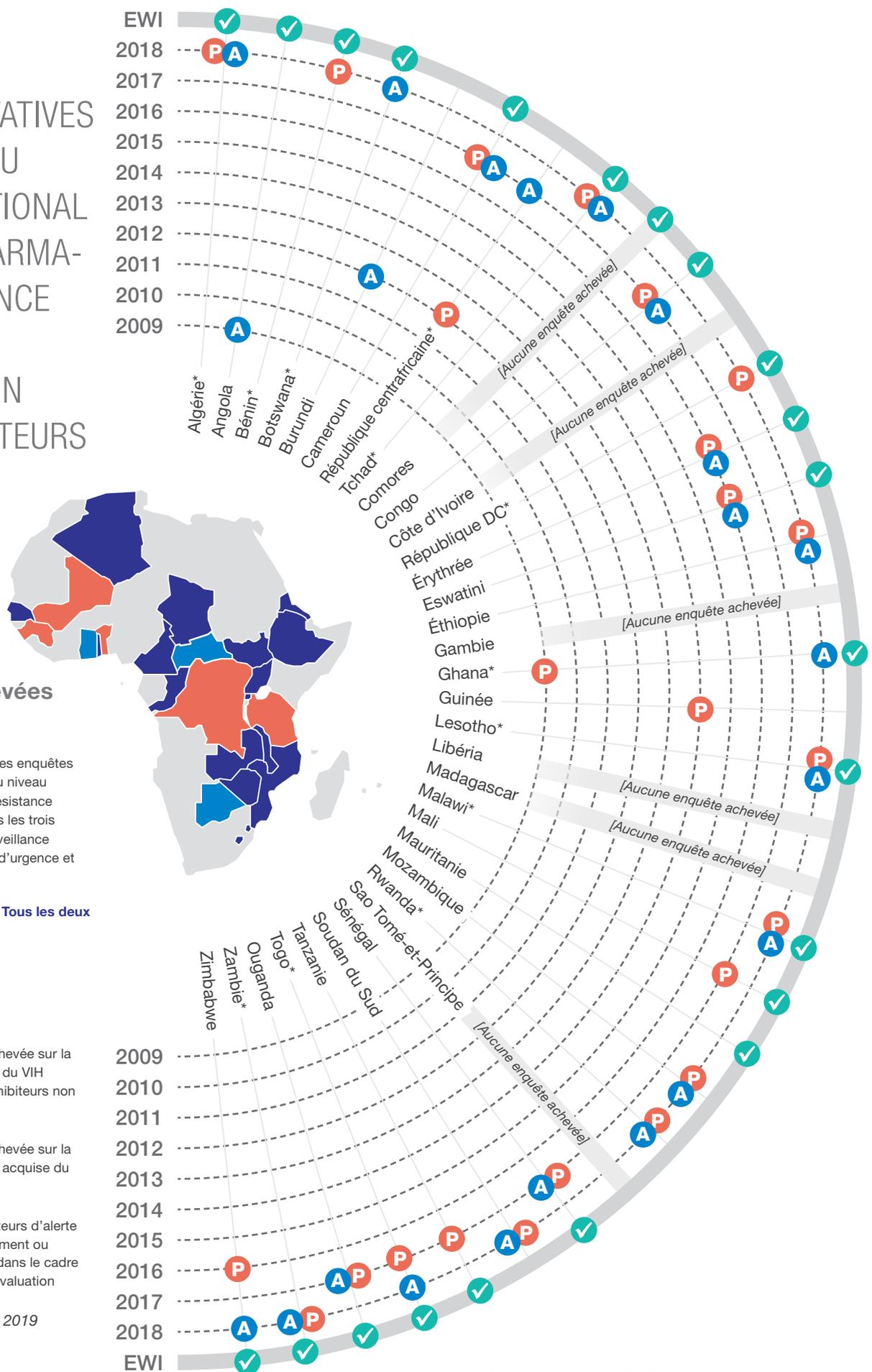
■ PDR ■ ADR ■ Tous les deux

P Dernière enquête achevée sur la pharmacorésistance du VIH prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques

A Dernière enquête achevée sur la pharmacorésistance acquise du VIH

✓ Le système d'indicateurs d'alerte précoce est partiellement ou entièrement intégré dans le cadre national de suivi et évaluation

*Enquêtes à réaliser en 2019



Source : Questionnaires de l'OMS sur les activités nationales de surveillance de la pharmacorésistance du VIH

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4. CAPACITÉ DES LABORATOIRES

Renforcer la capacité et la qualité des laboratoires afin de garantir la disponibilité d'un vaste réseau de laboratoires au niveau mondial, afin de soutenir le dépistage de la charge virale et de la pharmacorésistance du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.



PLAN D'ACTION

- **13.** Amender les stratégies liées à la pharmacorésistance du VIH afin d'y inclure la formation des professionnels de santé de laboratoires.
- **14.** Élargir les services de dépistage de la charge virale.
- **15.** Inclure le dépistage de la résistance aux nouvelles catégories de médicaments et au génotypage à l'aide de gouttes de sang séché.
- **16.** Organiser une réunion du réseau des laboratoires pour la lutte contre la pharmacorésistance du VIH.

lacunes dans les connaissances. Le Bureau régional pourra aider les États Membres à établir un ordre de priorité pour ces questions sur la recherche et à faciliter la collaboration entre les institutions et les réseaux nationaux, régionaux et internationaux de la recherche, en vue de la mise en œuvre d'initiatives de recherche hautement prioritaires.

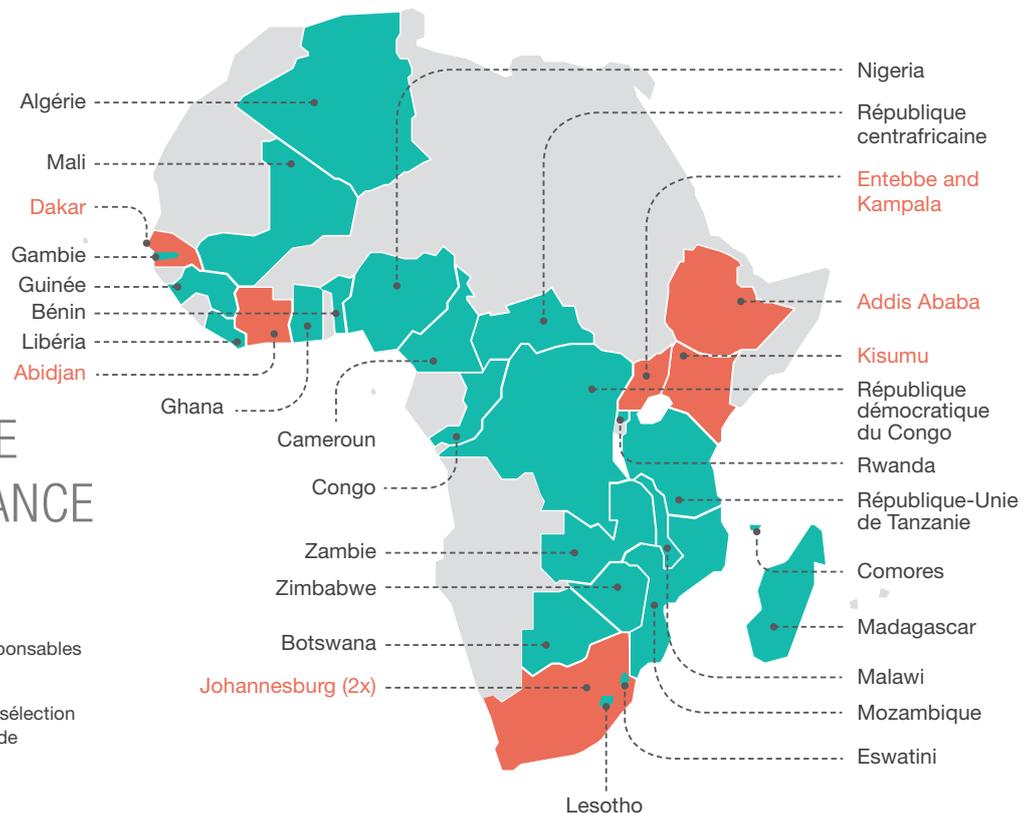
La recherche scientifique peut mener à la mise au point de nouveaux antirétroviraux, de modèles de prestations de service innovants et de nouvelles approches d'observance et de poursuite du traitement. Sur la base des informations issues de ces initiatives de recherche prioritaires, les États Membres devraient **identifier des interventions programmatiques fondées sur des bases factuelles**

spécifiques (11), dans leurs programmes antirétroviraux nationaux. Ces interventions devraient être intégrées dans, ou alignées sur les stratégies et les plans d'actions nationaux sur la pharmacorésistance du VIH.

Les activités de suivi de la recherche ainsi que les activités du suivi et de l'évaluation devraient servir à **évaluer l'impact de ces interventions (12)**. La modélisation mathématique et l'analyse coût-efficacité sont utiles pour jauger le relatif impact des interventions et déterminer les voies à suivre pour les actions futures. Les États Membres devraient avoir recours à ces évaluations dans la prochaine conception des interventions, afin de créer une rétroaction positive.

FIGURE 9:
SÉLECTION DES LABORATOIRES POUR LES TESTS DE PHARMACORÉSISTANCE DU VIH

- L'OMS a sélectionné les laboratoires responsables des tests de pharmacorésistance du VIH
- Pays ayant manifesté leur intérêt pour la sélection des laboratoires responsables des tests de pharmacorésistance du VIH



Source : Questionnaires de l'OMS sur les activités nationales de surveillance de la pharmacorésistance du VIH

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5. GOUVERNANCE ET MÉCANISMES FAVORABLES

Veiller à ce que des mécanismes favorables (plaidoyer, appropriation par les pays, action coordonnée et financement durable) soient mis sur pied pour accompagner les actions de lutte contre la pharmacorésistance du VIH.



PLAN D'ACTION

- 17. Élaborer une stratégie nationale quinquennale sur la pharmacorésistance du VIH.
- 18. Créer des liens avec d'autres programmes de résistance aux antimicrobiens.
- 19. Groupe de travail technique sur la pharmacorésistance du VIH.
- 20. Identifier des mécanismes de financement.
- 21. Inclure les estimations des coûts.
- 22. Élaborer des plans de mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la pharmacorésistance du VIH.
- 23. Élaborer une stratégie de communication au niveau du pays.
- 24. Promouvoir la mobilisation communautaire.

La capacité des laboratoires de chaque État Membre devrait être évaluée et les possibilités de renforcement identifiées.

Les services de laboratoire essentiels pour la prévention, le contrôle et la riposte de la pharmacorésistance du VIH devraient être intégrés dans les stratégies, les plans d'action et les budgets des laboratoires nationaux. Les stratégies nationales devraient être amendées pour **y inclure la formation des professionnels de la santé de laboratoires (13)**, la gestion des échantillons, l'assurance de la qualité pour la pharmacorésistance du VIH, les infrastructures, les systèmes d'information de laboratoires et la contribution des laboratoires au réseau de lutte contre la pharmacorésistance du VIH dans la Région.

L'accès à un contrôle systématique de grande qualité de la charge virale est essentiel pour assurer l'efficacité durable des antirétroviraux chez les populations. Dans la plupart des pays africains, la couverture du dépistage de la charge virale reste inférieure à la cible des 90 %. Afin d'atteindre les cibles au niveau mondial, il faudra élargir **les services de dépistage de la charge virale (14)** dans la région. Par ailleurs, la capacité des laboratoires aux niveaux national et régional devrait être renforcée pour **prendre en compte les tests de résistance à de nouvelles catégories de médicaments (15)**.

Les tests de pharmacorésistance du VIH étant plutôt limités dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'OMS et le Réseau mondial sur la pharmacorésistance du VIH (HIVResNet) offriront un appui aux États Membres dans la conduite des tests de pharmacorésistance du VIH et pour la surveillance de cette résistance. Le Réseau est composé de 31 laboratoires, dont huit sont situés dans la Région africaine. À la mi-2018, vingt-quatre pays africains avaient fait part à l'OMS de leur souhait d'abriter un laboratoire pour tester la pharmacorésistance du VIH (figure 9).

Coordination, intégration, conformité et appropriation par les pays

La première action à entreprendre par les États Membres consiste à **élaborer une stratégie nationale quinquennale chiffrée de la lutte contre la pharmacorésistance du VIH (17)** qui oriente la riposte à la pharmacorésistance du VIH, en procédant à l'évaluation de la situation nationale en ce qui concerne la pharmacorésistance, qui définit les principales actions prioritaires et qui identifie les mécanismes pour la mise en œuvre et le financement. Cette stratégie nationale devrait être intégrée dans des stratégies, des plans et des groupes de travail nationaux d'ensemble sur la pharmacorésistance antimicrobiens, afin de **créer des liens et de tirer profit d'autres programmes de résistance aux antimicrobiens (18)**. À la mi-2018, six pays africains avaient des stratégies nationales sur la pharmacorésistance du VIH.

Les États Membres devraient veiller à ce que les stratégies nationales de lutte contre la pharmacorésistance du VIH incluent la **formation d'un groupe de travail national sur la lutte contre la pharmacorésistance du VIH (19)**, qui sera présidé par le programme national sur les antirétroviraux. Les groupes de travail nationaux devraient être chargés de la planification et de l'exécution de la stratégie de lutte contre la pharmacorésistance du VIH, y compris des enquêtes systématiques sur la résistance, des évaluations programmatiques des indicateurs d'alerte précoce, de la prévention et de la riposte à la pharmacorésistance du VIH, du renforcement de la capacité des laboratoires, ainsi que de l'utilisation et de la diffusion de la recherche sur la pharmacorésistance du VIH.

Financement durable

Sans financement adéquat, il ne sera pas possible de mettre en œuvre les stratégies de lutte contre la pharmacorésistance du VIH. La mobilisation des ressources est donc un élément important de toutes les activités de planification nationale.

Les États Membres devront mobiliser des ressources, tant auprès de sources de financement intérieures, qu'extérieures. **L'identification des mécanismes intérieurs et extérieurs de financement (20)**, pour la prévention et la riposte à la pharmacorésistance du VIH, devrait figurer dans la stratégie nationale de lutte contre la pharmacorésistance du VIH, ainsi que les stratégies et les plans d'action nationaux de lutte contre le VIH et de traitement antirétroviral.

Pour tous ces éléments de prévention et de riposte à la pharmacorésistance du VIH inscrits dans ces stratégies nationales, **il conviendra d'inclure les estimations des coûts (21)**. Ces coûts devraient être intégrés et conformes aux programmes d'ensemble de lutte contre le VIH et de pharmacorésistance antimicrobiens. Ils devraient aussi être associés aux allocations budgétaires nationales, afin d'identifier et de militer pour des sources de financement nationales.

En ce qui concerne les éléments qui ne peuvent être appuyés par des sources de financement nationales, il conviendrait de faire appel aux partenaires multilatéraux et bilatéraux, comme principale source de financement, en mettant l'accent sur la lutte contre la pharmacorésistance du VIH. Un examen à mi-parcours des subventions du Fonds mondial, réalisé en 2018, montre que 20 pays africains avaient sollicité un financement pour la prévention et la surveillance de la pharmacorésistance du VIH et US \$14,6 millions, en tout, avait été accordés à la Région africaine.

Plaidoyer et communication

L'appropriation par les pays des actions prioritaires menées au niveau national sur la lutte contre la pharmacorésistance du VIH, constitue un élément fondamental du succès de tout programme national sur les traitements antirétroviraux. La création de **groupes de travail et de plans de mise en œuvre sur la pharmacorésistance du VIH (22)**, dans le cadre des stratégies nationales de lutte contre la pharmacorésistance du VIH, est une première étape importante pour promouvoir l'appropriation par les pays, de la prévention et de la riposte à la pharmacorésistance du VIH.

Il faudra également que la mise en place de mécanismes de gouvernance et de politique générale soit associée au plaidoyer et à des mesures de sensibilisation, au sein du gouvernement, de la société civile et de l'ensemble de la population, afin de susciter l'adhésion des parties

prenantes. Le groupe de travail pour la lutte contre la pharmacorésistance du VIH devrait élaborer une **stratégie de communication** au niveau national **(23)**, afin d'amener les groupes cibles, tels que les responsables politiques, les professionnels de la santé, les communautés, les organisations de la société civile et les personnes vivant avec le VIH, à mieux comprendre la pharmacorésistance du VIH.

Les synergies entre les programmes nationaux de lutte contre la pharmacorésistance antimicrobiens et à la pharmacorésistance du VIH permettent d'entreprendre des efforts collectifs, en vue de prendre des **engagements au niveau communautaire (24)**, pour la prévention et la riposte à la pharmacorésistance antimicrobiens ainsi qu'à la pharmacorésistance du VIH. Les groupes de travail pour la lutte contre la pharmacorésistance antimicrobiens et la pharmacorésistance du VIH au sein des États Membres devraient adopter une approche commune, en vue d'améliorer les connaissances des malades et du personnel de santé dans le domaine de la lutte contre la pharmacorésistance antimicrobiens et la pharmacorésistance du VIH, afin d'optimiser l'impact et d'utiliser les ressources de la manière la plus rationnelle qui soit.

SUIVI ET ÉVALUATION

Le cadre de suivi et d'évaluation du plan d'action régional (Annexe 1) cherche à évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la réponse de la Région africaine à la pharmacorésistance du VIH, à l'aide d'indicateurs convenus au niveau international, conformes au Cadre du suivi et de l'évaluation de la pharmacorésistance du VIH du Plan d'action mondial. Au niveau régional, les examens réguliers effectués par le Bureau régional de l'OMS évalueront les progrès réalisés au niveau des différents objectifs définis dans le cadre. Ces examens reposeront sur des données provenant des pays, grâce à différents mécanismes et procédures de notification. Des analyses comparatives permettront également d'évaluer et de comparer les niveaux de performance entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci.

Le plan d'action régional est conçu pour être assez souple, en vue de s'adapter au niveau national, de tenir compte des besoins locaux, des capacités et des insuffisances. Au vu des différentes formes que peut prendre une stratégie nationale de lutte contre la pharmacorésistance du VIH, le Bureau régional apportera son appui aux pays, en vue de la collecte harmonisée et standardisée des indicateurs et de la préparation des rapports pour des processus de contrôle aux niveaux régional et mondial.

PARTENARIATS FONDÉS SUR LA COLLABORATION

Pour une riposte efficace à la pharmacorésistance du VIH, des efforts résolus et à long terme des différents acteurs œuvrant à divers niveaux de l'administration, dans une diversité de secteurs, tant aux niveaux régional qu'international sont nécessaires. Des partenariats solides Nord-Sud et Sud-Sud sont essentiels pour créer des réseaux grâce auxquels les ressources techniques et financières parviendront à ces pays et à ces régions qui en ont le plus besoin.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, travaillant en étroite collaboration avec le Siège de l'OMS, peut jouer un rôle important en vue de faciliter et d'encourager ces partenariats. En rassemblant différentes parties prenantes afin de soutenir la réponse coordonnée et cohérente à la pharmacorésistance du VIH, l'OMS reconnaît que chaque acteur a des rôles et des responsabilités spécifiques.

- Les États Membres sont chargés de concevoir, de financer et de mettre en œuvre des stratégies nationales pour la prévention, le contrôle et la riposte à la pharmacorésistance du VIH. Même si les gouvernements devraient jouer un rôle de premier plan dans la mise en œuvre de ces stratégies, ils ne peuvent le faire tout seuls – ils ont besoin d'un appui extérieur. Le partenariat fondé sur la collaboration avec des partenaires de développement, des institutions régionales financières et de recherche, ainsi que d'autres pays africains, est déterminant pour atteindre les objectifs régionaux et nationaux ayant trait à la lutte contre la pharmacorésistance du VIH.
- Le Siège de l'OMS et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique donnent une orientation stratégique à l'élaboration de critères et de normes pour la prévention, le contrôle et la riposte à la pharmacorésistance du VIH. L'OMS joue également un important rôle fédérateur dans la mise en place de réseaux, grâce auxquels des possibilités de financement, des résultats innovants de la recherche, des pratiques exemplaires, des compétences technologiques et des politiques et plans d'action au niveau mondial peuvent être échangés et partagés entre les acteurs clés. L'OMS fournit une plateforme par le biais de laquelle les programmes régionaux et internationaux de lutte contre la pharmacorésistance du VIH peuvent être harmonisés, verticalement ainsi qu'horizontalement, avec les programmes connexes de lutte contre la pharmacorésistance antimicrobiens, la pharmacorésistance du VIH, la tuberculose et le paludisme.
- Les agences internationales de développement constituent d'importantes sources de financement et d'expertise technologique en ce qui concerne l'exécution des programmes nationaux de lutte contre la

pharmacorésistance du VIH. Les principaux organismes donateurs multilatéraux et bilatéraux, notamment, le Fonds mondial, UNITAID, PEPFAR et CDC, peuvent apporter un appui aux États Membres dans la mobilisation des ressources ; le renforcement des capacités nationales de surveillance ; le suivi et l'évaluation ; l'élaboration de politiques et de stratégies ; la recherche innovante ; de même que la communication et la diffusion d'informations.

- Les communautés et la société civile joueront un rôle de plus en plus important dans le plaidoyer et la communication au niveau local, ainsi que dans la mise en œuvre et le suivi des actions prioritaires pour la lutte contre la pharmacorésistance du VIH sur le terrain. Il faudrait que les groupes de travail sur la lutte contre la pharmacorésistance du VIH établissent des partenariats étroits avec les organisations de la société civile et intègrent les représentants de ces organisations dans les processus de prise de décision. Les représentants de la société civile peuvent donner à ces groupes de travail, des conseils sur l'efficacité et la faisabilité des actions prioritaires pour la lutte contre la pharmacorésistance du VIH et faciliter la diffusion des directives et des meilleures pratiques sur la lutte contre la pharmacorésistance du VIH.

CADRES DE RESPONSABILISATION

Des cadres de responsabilisation efficaces et transparents sont essentiels pour la mise en œuvre du plan d'action régional et, plus généralement, pour la réalisation des cibles « 90-90-90 ». Compte tenu de la grande diversité des partenaires et des acteurs qui participent à la riposte à la pharmacorésistance du VIH, il importe que chaque acteur rende compte du rôle qu'il joue, dans les efforts déployés au niveau mondial, pour prévenir et riposter à la pharmacorésistance du VIH.

Il faudrait que l'élaboration des mécanismes nationaux de responsabilisation soit définie dans les stratégies nationales de lutte contre la pharmacorésistance du VIH. Les groupes de travail nationaux chargés de la lutte contre la pharmacorésistance du VIH devraient avoir la responsabilité de mettre en place ces mécanismes et de veiller à ce qu'ils soient conformes ou intégrés aux cadres de responsabilisation des programmes nationaux de traitements antirétroviraux.

Les éléments importants ci-après devraient figurer dans des mécanismes efficaces de responsabilisation : pleine participation de tous les acteurs concernés ; cibles nationales précises qui prennent en compte les plans d'action et les cibles pour la lutte contre la pharmacorésistance du VIH aux niveaux régional et mondial ; indicateurs adéquats des effets sur les interventions en vue de suivre les progrès réalisés ; évaluation et processus de notification transparents et inclusifs.

RÉFÉRENCES

1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. 2018. *Un long chemin reste à parcourir - combler les écarts, rompre les barrières, réparer les injustices* - ONUSIDA, une mise à jour des données mondiales du sida en 2018 [en ligne]. (Disponible à l'adresse <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2018/global-aids-update>), consulté en octobre 2018.
2. World Health Organization. 2017. *WHO HIV Drug Resistance Report 2017* [en ligne]. (Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255896/9789241512831-eng.pdf?sequence=1>), consulté en octobre 2018.
3. World Health Organization. 2017. *Global action plan on HIV drug resistance 2017–2021* [en ligne]. (Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255883/9789241512848-eng.pdf?sequence=1>), consulté en octobre 2018.
4. Organisation mondiale de la Santé. *Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens* [en ligne]. Genève, 2015. (Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249548/9789242509762-fre.pdf?sequence=1>), consulté en octobre 2018.
5. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *VIH/SIDA : Stratégie pour la Région africaine* [en ligne]. Brazzaville, 2013. (Disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hiv-aids-strategy-who-african-region-fr.pdf>), consulté en octobre 2018.
6. Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH, 2016-2021* [en ligne]. Genève, 2016. (Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250576/WHO-HIV-2016.05-fre.pdf?sequence=1>), consulté en octobre 2018.
7. Organisation mondiale de la Santé. *Treizième programme général de travail, 2019-2023* [en ligne]. Genève, 2018. (Disponible à l'adresse <https://www.who.int/about/what-we-do/gpw-thirteen-consultation/en/>), consulté en décembre 2018.
8. Gupta, R.K., Gregson J., Parkin, N., Haile-Selassie, H., Tanuri, A., Andrade Forero, L., et al. 2018. *HIV-1 drug resistance before initiation or re-initiation of first-line antiretroviral therapy in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-regression analysis*. *Lancet Infect Dis.* 18(3): 346-355.
9. World Health Organization. 2016. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach - second edition* [en ligne]. Disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1, consulté en octobre 2018.
10. Jordan, M.R., Penazzato, M., Cournil, A., Vubil, A., Jani, I., Hunt, G., et al. 2017. *Human Immunodeficiency Virus (HIV) drug resistance in African infants and young children newly diagnosed with HIV: A multicountry analysis*. *Clin Infect Dis.* 65(12):2018-2025.
11. World Health Organization. 2012. *WHO global strategy for the surveillance and monitoring of HIV drug resistance 2012* [en ligne]. Disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77349/9789241504768_eng.pdf?sequence=1, consulté en octobre 2018.
12. World Health Organization. 2013. *Implementation & sustainability of HIV drug resistance surveillance in Africa Addis Ababa, Ethiopia* [en ligne]. (Disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/129633/WHO_HIV_2014.5_eng.pdf?sequence=1), consulté en octobre 2018.
13. Assemblée générale des Nations Unies. 2016. *Déclaration politique sur le VIH/sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030* [en ligne]. (Disponible à l'adresse <http://undocs.org/fr/A/70/L.52>), consulté en octobre 2018.

14. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Le Programme de transformation de la santé en Afrique 2015-2020 - une vision pour la couverture sanitaire universelle* [en ligne]. Brazzaville, 2015. (Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208597/9789290312246.pdf?sequence=1&isAllowed=y>), consulté en octobre 2018.
15. Bennett, D.E., Bertagnolio, S. Sutherland, D. and Gilks, C.F. 2008. *The World Health Organization's global strategy for prevention and assessment of HIV drug resistance*. Antiviral therapy. (Disponible à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18578063>).
16. Bigna, J.J.R., Plottel, C.S. and Koulla-Shiro, S. 2016. *Challenges in initiating antiretroviral therapy for all HIV-infected people regardless of CD4 cell count*. Infectious diseases of poverty, 5(1). (Disponible à l'adresse <https://idpjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40249-016-0179-9>).
17. Hardon, A., Davey, S., Gerrits, T., Hodgkin, C., Irunde, H., Kgatlwane, J., et al. 2006. *From access to adherence: The challenges of antiretroviral treatment: Studies from Botswana, Tanzania and Uganda 2006*. World Health Organization. (Disponible à l'adresse http://www.who.int/medicines/publications/challenges_arvtreatment15Aug2006.pdf).
18. World Health Organization. 2016. *Global report on early warning indicators of HIV drug resistance* [en ligne]. (Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246219/9789241511179-eng.pdf?sequence=1>), consulté en octobre 2018.
19. World Health Organization. 2015. *HIV drug resistance surveillance guidance: 2015 update* [en ligne]. (Disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204471/9789241510097_eng.pdf?sequence=1), consulté en octobre 2018.
20. World Health Organization. 2017. *Guidelines on the public health response to pretreatment HIV drug resistance* [en ligne]. (Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255880/9789241550055-eng.pdf?sequence=1>), consulté en octobre 2018.
21. World Health Organization. 2015. *Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector* [en ligne]. (Disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164716/9789241508759_eng.pdf?sequence=1), consulté en octobre 2018.
22. PEPFAR. 2018. *Additional PEPFAR Data* [online]. <https://data.pepfar.net/additionalData>.
23. Organisation mondiale de la Santé. *Lignes directrices unifiées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne* [en ligne]. Genève, 2017. (Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260135/9789242512632-fre.pdf?sequence=1>), consulté en octobre 2018.

ANNEXE 1. CADRE DE SUIVI DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL POUR LA LUTTE CONTRE LA PHARMACORÉSISTANCE DU VIH

La présente annexe définit les indicateurs devant servir à faire des rapports sur la mise en œuvre des objectifs stratégiques énoncés dans le plan d'action régional. Le cadre de suivi et d'évaluation vise à contrôler la mise en œuvre du plan d'action régional aux niveaux régional et national, ainsi que les conclusions issues de sa mise en œuvre.

Tableau A. Résumé de la méthode de suivi et d'évaluation du plan d'action régional pour la lutte contre la pharmacorésistance du VIH.

Objectifs stratégiques du plan d'action régional	Domaines d'activité	Indicateur	Cible pour 2023 ¹	Méthode de vérification
OS 1. Prévention et Riposte	Ruptures de stocks des médicaments antirétroviraux.	Pourcentage de pays ayant notifié une rupture de stocks de médicaments antirétroviraux sur une période de 12 mois	Moins de 15 % des pays africains ayant enregistré une rupture de stocks de médicaments antirétroviraux sur une période de 12 mois.	Rapports émanant des pays (source : indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH ; enquête sur le suivi de la lutte contre le sida dans le monde
	Schémas des traitements antirétroviraux de deuxième intention.	Pourcentage de pays faisant passer les malades à des traitements antirétroviraux de deuxième intention, conformément aux directives de l'OMS (données de notification entre pays)	Plus de 80 % des pays africains font passer les malades à des traitements antirétroviraux de deuxième intention, conformément aux directives de l'OMS.	Rapports émanant des pays : (source-indicateurs d'alerte précoce, données du programme)
		Pourcentage de pays ayant soumis un rapport sur des patients sous traitement antirétroviral de deuxième intention. Moins de 5 % (données de notification entre pays)	Plus de 80 % des pays africains ayant moins de 5 % de malades sous traitement antirétroviral de deuxième intention (données de notification entre pays)	Achat de médicaments (enquête sur les médicaments et le diagnostic du sida et mécanisme d'information sur les prix dans le monde).
	Poursuite du traitement	Pourcentage de pays ayant notifié une poursuite appropriée du traitement (plus de 85 % à un moment défini) (données de notification entre pays).	Plus de 90 % des pays africains ayant notifié une poursuite du traitement supérieure à 85 %.	Rapports émanant des pays : indicateurs d'alerte précoce ; enquête sur le suivi de la lutte contre le sida dans le monde ; données des programmes.
	Suppression de la charge virale	Pourcentage de pays ayant notifié qu'ils ont atteint à 90 % la cible de suppression de la charge virale chez les personnes sous traitement antirétroviral dont les résultats de la mesure de la charge virale sont disponibles (données de notification entre pays).	Plus de 90 % des pays africains dont 90 % de la charge virale a été supprimée chez les personnes sous traitement antirétroviral et dont les résultats de la mesure de la charge virale sont disponibles.	Rapports émanant des pays ; indicateurs d'alerte précoce ; données des programmes, enquête sur la pharmacorésistance antimicrobiens, enquête sur le suivi de la lutte contre le sida dans le monde.
Réponse nationale à la lutte contre la pharmacorésistance du VIH	Nombre de pays ayant mis en œuvre une Réponse nationale à la lutte contre la résistance du VIH (parmi tous les pays prioritaires).	100 % des pays africains prioritaires qui réagissent à la lutte contre la résistance du VIH grâce à des programmes d'ajustements et/ou à la révision des directives nationales sur les traitements antirétroviraux.	Rapports émanant des pays ; enquête de l'OMS.	

¹ Objectifs fixés pendant le processus de consultation pour le Plan d'action régional

Objectifs stratégiques du plan d'action régional	Domaines d'activité	Indicateur	Cible pour 2023 ¹	Méthode de vérification
OS 2. Contrôle et surveillance	Stratégie nationale de lutte contre la pharmacorésistance du VIH	Pourcentage de pays ayant une stratégie nationale de lutte contre la pharmacorésistance du VIH (parmi tous les pays prioritaires).	100 % des pays africains prioritaires ayant, à ce jour, une stratégie de lutte contre la pharmacorésistance du VIH.	Rapports émanant des pays ; enquête de l'OMS.
	Surveillance	Pourcentage des pays ayant mené et notifié une surveillance dans le cadre de la lutte contre la pharmacorésistance du VIH (parmi tous les pays prioritaires).	100 % des pays africains prioritaires qui appliquent la surveillance dans le cadre de la lutte contre la pharmacorésistance du VIH.	Rapports émanant des pays ; enquête de l'OMS (enquête sur le suivi de la lutte contre le sida dans le monde).
	Qualité des indicateurs de soins appropriés pour la lutte contre la pharmacorésistance du VIH.	Pourcentage de pays qui contrôlent tous les indicateurs d'alerte précoce de la lutte contre la pharmacorésistance du VIH (deux années consécutives parmi tous les pays prioritaires).	90 % des pays africains prioritaires qui évaluent la qualité des indicateurs de soins dans le cadre de la lutte contre la pharmacorésistance du VIH.	Rapports émanant des pays ; enquête sur le suivi de la lutte contre le sida dans le monde.
	Données programmatiques.	Pourcentage de pays ayant atteint une couverture de la charge virale supérieure à 70 % (données de notification entre pays).	50 % des pays africains ayant au moins 70 % de personnes sous traitement antirétroviral et dont les résultats de la mesure de la charge virale sur 12 mois sont disponibles dans leur dossier médical.	Rapports émanant des pays (source-indicateurs d'alerte précoce, données des programmes).
	Rapport régional sur la lutte contre la pharmacorésistance du VIH.	Rapport régional en temps opportun sur la surveillance de la lutte contre la pharmacorésistance du VIH.	Deux rapports publiés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.	Publication de l'OMS.
OS 3. Recherche et innovation	Recherche.	Mise en œuvre de la recherche liée à la lutte contre la pharmacorésistance du VIH mise en place dans le plan d'action régional sur la lutte contre la pharmacorésistance du VIH.	Enquêtes initiées ou prévues sur au moins 50 % de questions portant sur la recherche au niveau régional, définie dans un document de synthèse du Bureau régional de l'OMS.	Enquête de l'OMS, rapport(s) de la réunion de HIVResNet de l'OMS et/ou publications pertinentes évaluées par des pairs.
OS 4. Capacité des laboratoires	Accroissement de la capacité à mesurer la résistance du VIH.	Pourcentage des laboratoires du réseau HIVResNet désignés pour mesurer la résistance du VIH, à l'aide de gouttes de sang séché, et pourcentage de laboratoires du réseau HIVResNet de l'OMS désignés pour le génotypage de l'intégrase dans la région.	70 % des laboratoires du réseau HIVResNet de l'OMS désignés pour mesurer la résistance du VIH, à l'aide de gouttes de sang séché. 70 % des laboratoires du réseau HIVResNet de l'OMS désignés pour le génotypage de l'intégrase dans la région.	Rapports reçus par le biais du réseau des laboratoires HIVResNet, publication de l'OMS.
OS 5. Mécanismes de gouvernance et d'habilitation	Mobilisation des ressources en vue de la mise en œuvre du plan d'action régional.	Pourcentage de pays prioritaires qui prennent en compte la pharmacorésistance du VIH dans les propositions de financement soumises au Fonds mondial, à PEPFAR, à d'autres sources ou aux budgets de santé nationaux.	100 % des pays africains prioritaires prennent en compte les activités de lutte contre la pharmacorésistance du VIH dans les propositions de financement soumises au Fonds mondial, à PEPFAR, à d'autres sources ou aux budgets de santé nationaux.	Rapport du Fonds mondial et de PEPFAR, rapports de pays.
	Mobilisation des ressources en vue de la coordination, du suivi et de l'appui à la mise en œuvre du plan d'action régional.	Pourcentage du budget total engagé à partir des allocations des pays et des sources extérieures.	100 % du budget total consacré à la lutte contre la pharmacorésistance du VIH engagé sur les allocations des pays et les sources extérieures.	Enquête de l'OMS.

¹ Objectifs fixés pendant le processus de consultation pour le Plan d'action régional

ANNEXE 2. PLAN DE RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE DE LA LUTTE CONTRE LA PHARMACORÉSISTANCE DU VIH

Les efforts visant à renforcer la riposte à la pharmacorésistance du VIH dans les pays prioritaires devront être cohérents et déployés avec l'appui de tous les partenaires concernés. Le cadre des activités de surveillance de la pharmacorésistance du VIH devrait être adapté aux niveaux régional et national. Si les actions efficaces décrites dans ce cadre sont mises en œuvre à grande échelle, des progrès notables seront accomplis, afin d'atteindre les cibles mondiales pour mettre fin à l'épidémie du sida. Chaque pays intensifiera ses efforts, de manière durable, en fonction des priorités de santé publique concurrentielles, des allocations prévues au budget et du renforcement du système de santé.

Le tableau B donne le total des coûts estimatifs du contrôle de la pharmacorésistance du VIH au niveau national. Ce qui suppose que les enquêtes sur la pharmacorésistance avant le traitement, ainsi que la pharmacorésistance antimicrobiens sont contrôlées simultanément tous les trois ans, que les indicateurs d'alerte précoce le sont tous les ans et que les enquêtes sur les enfants de moins de 18 mois sont réalisées tous les cinq ans. Le coût moyen annuel des

enquêtes portant sur la pharmacorésistance du VIH et du contrôle des indicateurs d'alerte précoce est de US \$0,56 par personne sous traitement antirétroviral et par an, dans les pays prioritaires¹. Ce coût est déduit de la somme du coût des enquêtes combinées sur la pharmacorésistance avant le traitement et la pharmacorésistance antimicrobiens chez les adultes (qui devraient être menées deux fois sur une période de cinq ans), du coût du contrôle annuel des indicateurs d'alerte précoce, ainsi que de celui des enquêtes réalisées chez les nourrissons (une enquête sur une période de cinq ans) - et correspond à un investissement sur cinq ans, de US \$227 100 par pays. La réalisation d'enquêtes sur la pharmacorésistance avant le traitement chez les enfants entraînera une augmentation limitée du budget annuel. Les estimations des coûts des enquêtes sont fondées sur les enquêtes menées par l'OMS sur les dépenses des pays aux fins de la mise en œuvre des enquêtes. Le tableau C donne les coûts estimatifs pour chaque pays de la région, en se fondant sur les enquêtes de l'OMS relatives aux activités de surveillance de la pharmacorésistance du VIH, prévues entre 2019 et 2023.

Tableau B. Estimation des coûts des enquêtes menées sur la pharmacorésistance du VIH et du contrôle des indicateurs d'alerte précoce.

		Enquête combinée sur la pharmacorésistance avant le traitement et la pharmacorésistance antimicrobiens ²	Indicateurs d'alerte précoce ³	Enquête sur les bébés de moins de 18 mois ⁴
Budget/ enquête (US \$)	Élaboration du protocole et formation	25 000		10 000
	Coordination des enquêtes	107 000		14 000
	Visite d'appui sur le terrain	16 000		
	Charge virale	56 400		
	Génotypage	94 350		75 000
	Autres coûts de laboratoires	21 200		3 700
	Appui technique	22 800		22 800
	Analyse et interprétation des données, assurance de la qualité, production et distribution de rapport	25 000	50 000 ⁵	14 000
TOTAL (US \$)		373 000	50 000	139 500

¹ US \$227 100 (coût annuel de la mise en œuvre des enquêtes) x 35 (pays prioritaires) / 13 957 769 personnes sous traitement antirétroviral dans les 35 pays prioritaires.

² ADR inclut à deux moments distincts des maladies sous traitement antirétroviral pour 12 mois (460 échantillons) et des maladies sous traitement antirétroviral pour 48 mois et plus (560 échantillons). Un budget qui se fonde sur les hypothèses suivantes : 30 cliniques de traitement antirétroviral sélectionnées ; 1350 échantillons testés ; test de la résistance à US \$150 ; test de la charge virale à US \$60.

³ Les coûts de la mise en œuvre des indicateurs d'alerte précoce devraient être intégrés dans le budget du suivi et de l'évaluation du VIH, l'OMS recommande aux pays d'intégrer systématiquement la collecte de ces indicateurs, dans le cadre des plans du suivi et de l'évaluation au niveau mondial, dans les plans du secteur de la santé. Les coûts des indicateurs d'alerte précoce reflètent les fonds requis pour la vérification/la validation de vérification des données existantes.

⁴ Repose sur la taille des échantillon des 490 spécimens.

⁵ Le coût du contrôle des indicateurs d'alerte précoce peuvent être diminués ou réduits à zéro dans les pays qui disposent de systèmes de suivi et d'évaluation capables de capturer et de notifier systématiquement les indicateurs d'alerte précoce.

Tableau C. Résumé de la méthode de contrôle et d'évaluation du plan d'action régional relatif à la pharmacorésistance du VIH.

Pays	FM ¹	PEPFAR ²	2019				2020				2021				2022				2023			
			EWI	ADR	PDR	Nourrisson																
Angola	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓	✓	✓			
Botswana	✓	✓	✓				✓	✓			✓		✓		✓		✓	✓	✓			
Cameroun	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓	✓	✓		✓			✓					
Tchad	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
Côte d'Ivoire	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
RD Congo	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
Eswatini	✓	✓	✓	✓	✓		✓				✓			✓			✓			✓		
Éthiopie	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
Ghana	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
Kenya	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
Lesotho	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
Malawi	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
Mali	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
Mozambique	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓		✓	✓	✓	✓
Namibie	✓	✓	✓		✓		✓	✓		✓			✓				✓			✓	✓	✓
Nigéria	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
Afrique du Sud	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
Soudan du Sud	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
Tanzanie	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
Ouganda	✓	✓	✓	✓	✓		✓				✓			✓			✓			✓		
Zambie	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓
Zimbabwe	✓	✓	✓		✓		✓	✓			✓			✓			✓			✓	✓	

¹ Source : communication tirée du Fonds mondial 2016

² Source : site web PEPFAR-<http://www.pepfar.gov/countries/bilateral/>.

PDR : enquête sur la pharmacorésistance avant traitement. Organismes d'enquêtes sur les traitements antirétroviraux chez les populations, y compris ceux ayant déjà été en contact avec la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, la prophylaxie préexposition (PrEP) ou ceux qui ont abandonné et qui reprennent leur traitement antirétroviral de première intention.

ADR : enquête sur la pharmacorésistance acquise. Enquête sur les populations sous traitement antirétroviral.

EWI : indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH. Programme et facteurs cliniques associés à la pharmacorésistance du VIH.

Nourrissons : enquête sur la résistance chez les enfants de moins de 18 mois, fondée sur des échantillons de gouttes de sang séché provenant du dépistage précoce du nourrisson.



BUREAU RÉGIONAL DE L'

Organisation
mondiale de la Santé

Afrique