

PROGRAMME GRANDIR

ENQUETE ARV PEDIATRIQUES ET DIAGNOSTIC PRECOCE 2007 – 2009

BURKINA FASO (Bobo-Dioulasso)

1. Infos contexte pays

% Prévalence VIH adultes (> 15 ans): 1,6 %

Nb d'enfants vivant avec le VIH (0-14 ans): 10 000

% de femmes enceintes VIH+ ayant reçu des ARV pour la PTME: 18 %

Nb d'enfants recevant un TARV: 658

% d'adultes et d'enfants bénéficiant d'un TARV parmi ceux ayant besoin d'un TARV: 35 %

Source : *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS - Burkina Faso - 2008 update*
WHO-UNAIDS-UNICEF

Association REVS+ à Bobo-Dioulasso

Nombre total d'enfants suivis (de statut VIH confirmé ou inconnu): 217

Nombre d'enfant suivis sous TARV: 71

Source: *Rapport annuel du programme Grandir sur la période avril 2008 - avril 2009.*

Recommandations pour la prise en charge VIH pédiatrique

Des recommandations nationales, complètes et actualisées, existent. Elles concernent la prise en charge des adultes et des enfants infectés par le VIH (« Normes et protocoles de prise en charge médicale des personnes vivant avec VIH au Burkina Faso »).

Les recommandations nationales reprennent celles de l'OMS en 2008. Les grandes lignes sont les suivantes :

- le diagnostic précoce par PCR est recommandé pour tous les enfants nés de mère infectée. La mise sous traitement est recommandée systématiquement pour les enfants dépistés VIH+ avant 12 mois.

- les lignes de traitement recommandées sont :

En première ligne : 2 INTI + 1 INNTI = AZT ou D4T ou ABC + 3TC + NVP ou EFV (si > 3 ans ou 10kg).

En seconde ligne : 2 INTI + 1 IP = DDI + AZT ou ABC + LPV/r ou ATZ/RTV.

Ces recommandations sont rédigées par le ministère de la santé et le programme national et diffusées dans les structures de prise en charge VIH du pays (disponibles en format papier et en format électronique). Elles semblent accessibles aux sites de prise en charge pédiatriques du pays. Les équipes des services hospitaliers de prise en charge des enfants sont formées à ces recommandations et peuvent ensuite les disséminer.

Ces recommandations ne sont pas totalement applicables à Bobo-Dioulasso, du fait des moyens financiers et matériels limités des sites de prise en charge, et des ruptures fréquentes d'ARV pédiatriques.

Financements pour l'accès aux ARV et au diagnostic précoce dans le pays

Financements nationaux

Fonds Mondial

UNITAID

GIP Esther

2. Résultats de l'enquête

ARV pédiatriques de 1^{ère} ligne

10 si disponible en permanence
5 si disponible avec ruptures

		BOBO-DIOULASSO		
		REVS+		
		2007	2008	2009
Lamivudine (3TC)	Lamivudine Solution buvable : 10mg/ml	10	10	5
Stavudine (D4T)	Stavudine Poudre pour solution buvable : 1mg/ml	10	10	10
	Stavudine Gélule : 20mg	10	5	5
Zidovudine (AZT)	Zidovudine Solution buvable : 10mg/ml	10	5	5
	Zidovudine Comprimé : 100mg			5
Efavirenz (EFV)	Efavirenz Solution buvable : 30mg/ml	0	0	0
	Efavirenz Gélule : 50mg	10	0	5
	Efavirenz Gélule : 200mg	10	0	5
Nevirapine (NVP)	Nevirapine Solution buvable : 10mg/ml	10	0	5
Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)	Lopinavir /r Solution buvable : 80mg/ml + 20mg/ml	10	0	5
	Lopinavir /r Comprimé : 100mg LPV+ 25mg RTV		0	0
Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC)	Comprimé : 60mg AZT+ 130mg 3TC		0	10
Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC)	Comprimé : 6mg D4T+ 30mg 3TC		0	0
	Comprimé : 12mg D4T+ 60mg 3TC		0	0
Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP)	Comprimé : 60mg AZT+ 130mg 3TC + 50mg NVP			0
Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP)	Triomune Baby - 6mg D4T + 30mg 3TC + 50mg NVP	0	10	10
	Triomune Junior - 12mg D4T+ 60mg 3TC + 100mg NVP	0	10	10

Diagnostic précoce par PCR

(10 si délai <1mois ; 5 si délai >1mois)

		BOBO-DIOULASSO		
		REVS+		
		2007	2008	2009
Utilisée lors du diagnostic chez l'enfant né de mère séropositive		10	10	5
Prélèvement : sang frais				10
Prélèvement : papier buvard				0

3. Explications sur les résultats et détails des freins à l'accès aux ARV pédiatriques / PCR manquants

Forces	Faiblesses
<p>Les enfants < 1 an dépistés positifs sont mis sous TARV sur la base des critères cliniques. Puis les résultats de la PCR confirment ou non la nécessité de traiter.</p> <p>Les inclusions au TARV sont illimitées et le TARV est gratuit pour les enfants.</p> <p>La Triomune pédiatrique est disponible depuis 2008 (il y a eu des ruptures en 2008 et 2009 et l'approvisionnement régulier est récemment rétabli).</p> <p>La combinaison AZT+3TC pédiatrique est également disponible.</p> <p>Les premières lignes sont disponibles en continu depuis peu grâce à une meilleure communication entre les cliniciens et les équipes qui gèrent les commandes (nombreux problèmes de ruptures de stock auparavant).</p> <p>L'approvisionnement selon un système décentralisé (gestion par la DRS) est en cours de mise en place et devrait éviter les problèmes d'organisation entre Ouaga et Bobo.</p> <p>L'accès aux secondes lignes de traitement (ABC, DDI, LPV/r) est bon et continu. Le nombre d'enfants en 2nde ligne est faible (20 sur 350 sous TARV) mais l'accès récent à la charge virale risque d'entraîner une augmentation des switchs vers la 2nde ligne.</p> <p>Les examens biologiques de NFS et de biochimie sont gratuits et accessibles pour les enfants au CHU de Bobo.</p> <p>La charge virale est disponible également au Centre Muraz.</p>	<p>Le diagnostic précoce n'est pas accessible dans des délais satisfaisants. Certains enfants attendent leurs résultats pendant 3 mois en moyenne.</p> <p>Les prélèvements sont systématiquement faits à 6 semaines puis envoyés au Centre Muraz de Bobo. Le Centre Muraz attend d'avoir assez d'échantillons (90 prélèvements minimum) pour lancer un cycle de PCR. Cela peut prendre 2 à 3 mois.</p> <p>Pour les enfants présentant des signes d'infection VIH, les médecins démarrent le TARV et ils le continuent ou l'arrêtent une fois que le résultat de la PCR est rendu.</p> <p>Le circuit national consiste à envoyer les prélèvements papier buvard à Ouagadougou mais ce circuit ne fonctionne pas bien et a été abandonné par le CHU de Bobo.</p> <p>Les CDF pédiatriques AZT+3TC+NVP et D4T+3TC ne sont pas disponibles. La D4T+3TC est réclamée car utile pour l'initiation du traitement par la Triomune (actuellement ils utilisent les formes buvables séparées de J1 à J15).</p> <p>Le LPV/r pédiatrique est disponible sous forme sirop mais pas sous forme comprimé.</p> <p>En cas de rupture de stock, le CHU se déplaçait avant à Ouagadougou pour aller chercher les traitements (c'était donc un problème d'acheminement de Ouagadougou à Bobo).</p> <p>REVS+ dispose aussi d'un petit stock tampon (dons de partenaires privés) ou alors les formes pédiatriques sont substituées par des formes adultes coupées ou écrasées.</p> <p>Les enfants ne subissent donc pas de vraie rupture de traitement ARV mais ils doivent parfois jongler entre formes pédiatriques et formes adultes.</p> <p>Quelques échecs thérapeutiques sont survenues cette année parmi des enfants en 2nde ligne de traitement (4 enfants concernés en septembre 2009, dont un décédé peu de temps après).</p> <p>L'accès à la mesure du taux de CD4 n'est pas parfait (ruptures de réactifs au CHU).</p>

4. Conclusions sur l'accessibilité des ARV de 1^{ère} ligne pédiatrique et du dépistage précoce

	OUI	NON	Commentaires
En 2009, tous les prescripteurs ont-ils accès en permanence aux ARV pédiatriques de première ligne dont ils ont besoin pour les enfants éligibles ?	X		
Ouverture sur les deuxièmes lignes d'ARV pédiatriques: les prescripteurs, s'ils en ont besoin, ont-ils accès aux molécules pédiatriques adaptées ?	X		Certains enfants commencent à développer des résistances aux 2 ^{nde} lignes de traitement. Inquiétude sur les possibilités de tests de résistance et d'accès aux 3 ^{èmes} lignes.
L'accès à la PCR est-il satisfaisant (accès à l'examen, coût et délai de rendu de résultats < 1 mois) ?		X	La PCR est disponible à Bobo, mais les délais de retour des résultats sont trop lents (2 à 3 mois). La mise sous TARV se base encore sur des critères cliniques, puis la PCR confirme la nécessité de traiter ou pas.