

VIH/sida : des avancées en péril

Conséquences des pénuries de traitement dans cinq pays

République démocratique du Congo

Guinée

Malawi

Mozambique

Zimbabwe

Malgré les progrès considérables réalisés dans la lutte contre le VIH/sida ces dernières années, les pays les plus touchés par la pandémie peinent encore à offrir un traitement aux patients et sont dans l'incapacité d'appliquer les dernières avancées scientifiques et stratégiques pour lutter contre la maladie. Un coup de projecteur sur cinq pays africains montre que l'épidémie de VIH/sida reste malheureusement une urgence.

Juillet 2012



« Au niveau mondial, nous sommes enfin à mi-chemin : un patient sur deux reçoit le traitement dont il a besoin. Les autorités de nombreux pays s'attèlent à mettre en œuvre les dernières recommandations et politiques dans la lutte contre le VIH/sida. Ces efforts permettront de limiter les nouvelles infections au point de renverser la tendance de l'épidémie. Mais ces pays n'y parviendront pas seuls. Il est impératif que le soutien international à la lutte contre le VIH/sida s'intensifie massivement. »

Dr Eric Goemaere, conseiller principal de MSF en matière de VIH/sida pour l'Afrique australe.

République démocratique du Congo:

Le traitement VIH inaccessible pour la grande majorité des personnes éligibles

Les perspectives sont particulièrement sombres en République démocratique du Congo (RDC) en ce qui concerne le traitement du VIH/sida. Le gouvernement et les bailleurs de fonds ont abandonné à leur triste sort les patients les plus vulnérables, risquant ainsi de plonger dans une nouvelle crise ce pays déjà en proie aux pires difficultés.

Le Fonds mondial (FM), qui reste à ce jour le principal pourvoyeur de fonds en faveur du traitement antirétroviral (ARV) dans ce pays, ne doit pas seulement faire face à une pénurie de moyens financiers. Il connaît également de graves problèmes de gestion et de décaissement en RDC qui limitent sa capacité à assurer la poursuite des traitements et l'accès aux ARV aux patients qui en ont besoin.

Ces problèmes de financement ont déjà privé les patients d'un accès gratuit aux ARV en RDC. Même si des solutions semblent en vue pour certains problèmes auxquels doit faire face le FM, le gouvernement congolais et les bailleurs de fonds internationaux doivent impérativement consentir des efforts supplémentaires.

Or, des bailleurs comme le US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), la Banque mondiale et UNITAID, en collaboration avec la Clinton Health Access Initiative (CHAI), limitent ou revoient progressivement à la baisse leur soutien financier pour l'achat d'ARV. Dans le même temps, des bailleurs d'aide dans le domaine de la santé publique, comme l'Union européenne, ses Etats membres et la Banque mondiale n'ont aucun

engagement concret de prévu pour investir dans un soutien financier au traitement ARV pour les années à venir. La plupart de ces bailleurs souhaitent voir le FM assumer seul la responsabilité de l'amélioration de la couverture antirétrovirale. Toutefois, dans un pays comme la RDC, qui se caractérise par un contexte de précarité et de vastes territoires, laisser à un seul et unique bailleur de fonds toute l'entière responsabilité de l'approvisionnement en médicaments essentiels comporte un risque supplémentaire : l'interruption des programmes, des lignes d'approvisionnement, des activités de dépistages et de traitement.

La société civile congolaise s'est mobilisée pour exiger qu'une part équitable des ressources domestiques soit affectée à l'offre de traitements efficaces et gratuits contre le VIH/sida. Les enjeux sont considérables, notamment en raison des conditions – en termes de financement de contrepartie – exigées par plusieurs bailleurs, comme le FM et le PEPFAR. Les premiers rapports budgétaires 2012 indiquent qu'environ 7 millions de dollars seront affectés à la lutte contre le VIH/sida, ce qui peut être considéré comme un signe encourageant.

Les enjeux

■ Si la situation ne s'améliore pas sensiblement, l'offre de nouveaux traitements sera rationnée et les risques d'interruption de traitement augmenteront (d'où la nécessité de traitements de seconde ligne, plus coûteux). Il faut également craindre une nouvelle diminution de la capacité opérationnelle des dispensateurs de soins non gouvernementaux.

■ Faute d'accès au traitement à un stade précoce, il est souvent déjà trop tard pour sauver les patients lorsqu'ils se présentent dans les cliniques soutenues par MSF : beaucoup en sont au stade terminal de la maladie et cumulent de graves complications médicales. Une situation qui n'est pas sans rappeler l'époque pré-ARV.

« **Les patients se retrouvent en quelque sorte pris au piège d'un cercle vicieux. Pour avoir accès aux ARV, il faut avoir fait un test de dépistage... un test auquel la plupart des Congolais n'ont pas accès. Alors que tout le monde devrait y avoir accès, à commencer par les femmes enceintes. Ce n'est pas le cas en RDC et alors que la plupart des bailleurs de fonds se désengagent, je crains que nous finissions tous par sombrer dans le désespoir.** »

Dr Maria Machako, Médecins Sans Frontières
Centre Hospitalier de Kabinda, RDC

■ Alors que les moyens financiers sont de plus en plus limités, le ministère de la santé se retrouve face à une mission impossible : appliquer les nouvelles recommandations de l’OMS qui préconisent une instauration précoce du traitement et l’utilisation de médicaments plus efficaces. Des options mieux adaptées pour la Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME), « option B » ou « option B+ », sont également difficilement envisageables.

■ Les problèmes d’accès aux ARV ont également ralenti le dépistage de la séropositivité. L’objectif fixé en 2010, qui prévoyait de dépister plus de quatre millions de patients n’a pu être atteint puisque c’est finalement moins de 300 000 personnes qui ont pu bénéficier d’un test de dépistage.

■ Sans un nouvel engagement des bailleurs de fonds internationaux, la couverture thérapeutique par les ARV restera inférieure à 25% en 2015.

■ UNITAID n’a prolongé que jusqu’à fin 2012 son engagement à fournir des ARV pédiatriques.

■ La poursuite du traitement des femmes bénéficiant du programme de PTME soutenu par

le PEPFAR n’est pas assurée au-delà d’une période de 18 mois, faute de fonds suffisants affectés par le PEPFAR à l’achat d’ARV. En pratique, ces femmes doivent être redirigées vers des sites de traitement soutenus par le FM, parfois en dehors de la région où elles vivent.

■ Les obstacles financiers qui empêchent les patients d’avoir accès à des soins essentiels vont très certainement se multiplier. Des ONG qui fournissaient gratuitement des ARV demandent à présent une contribution financière aux patients. Pour un simple test de comptage des CD4, les patients doivent déboursier entre 15 et 25 dollars et ils ne peuvent espérer un traitement avant d’avoir réuni l’argent nécessaire. Dans un pays où plus de 70% de la population survit avec moins d’un dollar par jour, la majorité des patients séropositifs n’ont donc pas accès au traitement, pour des raisons financières.

■ Si le FM reste le principal bailleur – voire le seul – à contribuer financièrement au traitement ARV, la poursuite des programmes et la continuité des traitements ne sont absolument plus garanties.

Faits et chiffres

■ La RDC compte environ 1 million de personnes séropositives. Pourtant, comme elle ne fait pas partie de la liste des pays à prévalence élevée, les patients congolais ne sont pas considérés comme une priorité du financement de la lutte contre le VIH/sida.

■ Alors que 430 000 patients ont besoin de toute urgence d’un traitement antirétroviral (ARV) en RDC, la couverture thérapeutique – 12,3% – est parmi les plus faibles au monde (La Somalie et le Soudan sont les seuls pays d’Afrique subsaharienne continentale à afficher aussi des pourcentages sous les 19%).

■ Moins de 6% des mères séropositives ont accès aux ARV alors que ces médicaments permettent d’éviter la transmission mère-enfant.

■ Le traitement ARV n’est disponible que dans 444 centres de santé du pays, ce qui ne représente que 11% des infrastructures de santé ciblées par le plan national de développement sanitaire.

■ L’instauration précoce d’un traitement se heurte aux problèmes d’accès aux services de soins de santé, à la pénurie de tests de diagnostic et de comptage de CD4 gratuits et à la non-gratuité des soins de santé pour les patients.

■ Mais les problèmes d’accès aux tests et aux traitements ne sont pas les seuls défis dans ce pays. Les pénuries régulières de préservatifs, de tests de laboratoire, d’ARV et de médicaments contre les maladies opportunistes nuisent également aux efforts de prévention et de traitement du VIH/sida.

CONTACT

Médecins Sans Frontières (MSF) Unité d’Analyse et de Plaidoyer Bruxelles
Rue Dupré 94
1090 Bruxelles
Belgique

Pour en savoir plus, veuillez contacter aau@brussels.msf.org
Ou Marielle Bemelmans, Conseillère stratégique MSF pour le VIH :
00 32 476 87 44 69

Juillet 2012



Guinée:

Une crise négligée et des traitements insuffisants

La Guinée, un pays parmi les plus pauvres du monde, est confrontée à une épidémie de VIH/sida largement négligée par le reste du monde. L'actuelle subvention du Fonds mondial (FM) est insuffisante pour répondre aux besoins existants. Les taux de mises sous traitement ont chuté. Les retards de déboursement risquent d'entraîner une interruption de l'approvisionnement en antirétroviraux (ARV), si bien que 11 000 patients pourraient être contraints d'interrompre leur traitement. Sans l'investissement d'autres bailleurs de fonds internationaux dans les traitements VIH, les structures de santé guinéennes continueront de voir arriver les patients trop tard et dans un état grave.

Depuis 2003, le gouvernement offre aux patients des traitements ARV. Même si elle tient à participer très activement à la lutte contre le VIH/sida – elle a ainsi revu à la hausse ses contributions en décaissant 1,2 million en 2011 et prévoyant de dégager 1,3 million en 2012 – la Guinée ne dispose que de moyens financiers limités pour assurer l'accès au traitement contre le VIH.

La Guinée doit faire face à une dette extérieure de 3,2 milliards de dollars et s'est engagée auprès de la communauté internationale à maintenir à un faible niveau ses dépenses publiques pour le secteur social. Le financement de la santé – en particulier des soins VIH – reste donc largement insuffisant. En 2011, le budget de la santé publique représentait 3,8% du budget national – un pourcentage bien inférieur à l'objectif de la Déclaration d'Abuja (15%).

Peu de bailleurs de fonds internationaux sont prêts à soutenir les soins VIH en Guinée. Le pays dépend massivement du FM qui a financé la moitié de l'approvisionnement en ARV en 2011. Mais les ressources du FM sont, elles aussi, limitées et ne suffisent pas à répondre aux besoins actuels. C'est pourquoi des organisations comme Médecins Sans Frontières (MSF), la Coopération allemande (GIZ) et l'ONG Dream ont dû intervenir afin de financer l'autre moitié des traitements ARV utilisés aujourd'hui dans le pays.

Faits et chiffres

- Le taux de prévalence du VIH était d'environ 1,5% en 2005.
- Environ 67 300 adultes et 11 300 enfants sont séropositifs.
- Selon les chiffres officiels, 22 935 patients qui en ont besoin reçoivent des ARV (il s'agit de 57 % des patients mais ces chiffres sont probablement surestimés).
- Les enfants sont les laissés-pour-compte de la lutte contre le VIH. Seuls 1 097 enfants ont bénéficié d'un traitement ARV en 2011, alors qu'ils sont 6 607 à en avoir besoin.
- Quatre mères sur dix seulement ont accès aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) – un pourcentage certainement surestimé lui aussi.
- Le pays ne compte qu'un seul centre de santé proposant un service de diagnostic précoce pour le dépistage des enfants en bas-âge.

Les enjeux

- L'actuelle subvention du FM (6^e Round, phase II), qui finance le traitement ARV de 11 000 patients, prendra fin en décembre 2012. La poursuite de l'approvisionnement en médicaments ARV pour ces patients est prévue au titre du 10^e round mais les décaissements ont pris du retard et les commandes sont également retardées. Sachant qu'il y a habituellement un délai de six mois entre la commande et la livraison, les retards enregistrés risquent d'entraîner une rupture de stocks dans tout le pays à partir de janvier 2013. Résultat : les traitements de ces 11 000 patients risquent d'être interrompus.

■ La Guinée a demandé et obtenu des fonds au titre du 10^e round du FM. Elle a toutefois opté pour la prudence, en demandant un financement qui ne couvre qu'une partie des besoins existants. En effet, la Guinée avait l'intention d'introduire une nouvelle demande au titre du 11^e round.

■ La proposition introduite au titre du 10^e round ne prévoyait qu'un nombre extrêmement limité de nouvelles mises sous traitement : moins de 110 nouveaux bénéficiaires par mois pour tout le pays – soit environ la moitié que pendant le 6^e round. A titre de comparaison, MSF met chaque mois 120 nouveaux patients sous traitement, rien que dans les six centres de santé soutenus par l'organisation à Conakry. L'accès du plus grand nombre aux traitements ARV est donc menacé.

■ Faute de moyens financiers suffisants au titre du 10^e round, des organisations comme la GIZ, Dream et MSF n'ont pas accès aux ARV financés par le FM et doivent donc assumer seules le coût élevé du traitement. A elles seules, les trois organisations couvrent environ la moitié des patients sous traitement en Guinée. Dès le début 2013, MSF et GIZ auront des difficultés à poursuivre le traitement de quelque 4 000 patients.

■ Compte tenu de ce qui précède et sans financements supplémentaires, l'objectif de traitement que le pays s'est fixé ne pourra être atteint. 12 430 patients ne pourront donc bénéficier d'ARV d'ici à 2013.

■ En raison du nombre limité de nouveaux patients pouvant être mis sous traitement, les centres de santé sont contraints de refuser des patients pourtant éligibles au traitement ARV. Les délais d'attente de traitement s'allongent et les patients risquent dès lors de présenter davantage de complications. Certains risquent de mourir avant d'avoir eu accès au traitement qui pourrait pourtant leur sauver la vie. Outre les conséquences

médicales évidentes, cette situation entraîne des problèmes supplémentaires pour les patients, le personnel soignant et le système de soins de santé du pays.

■ La Guinée n'était pas éligible à la subvention VIH au titre du Mécanisme Transitoire de Financement du FM. Le pays devra donc attendre au moins jusqu'en 2014 avant de pouvoir obtenir de nouveaux fonds via le FM.

■ En 2007, le gouvernement annonçait que les ARV, le traitement des infections opportunistes, le comptage des CD4 et la mesure de la charge virale seraient gratuits. En réalité, l'accès à ces soins demeure très problématique en raison du manque de fonds et des ruptures de stocks. Depuis septembre 2011, les patients doivent payer pour le traitement des maladies opportunistes.

■ En 2011, la Guinée a adopté les dernières recommandations de l'OMS préconisant l'instauration précoce du traitement ARV (à partir d'un taux de CD4 inférieur à 350/mm³ au lieu de 250 mm³). Toutefois, la plupart des patients se voient aujourd'hui proposer un traitement sur base du seul examen clinique – lorsqu'ils sont à un stade avancé de la maladie – étant donné que seules 28% des structures de santé disposent des appareils permettant le test de CD4.

■ La Guinée a opté pour la zidovudine (AZT) comme traitement de première ligne, principalement pour des raisons de coût. Les régimes thérapeutiques améliorés, à base de tenofovir (TDF), ne sont pas disponibles dans le pays.

■ Même si le plan stratégique national prévoit la mise en œuvre des soins psychosociaux, ces derniers ne sont toujours pas assurés dans les centres de santé guinéens, faute de moyens financiers et d'expertise suffisants.

CONTACT

Médecins Sans Frontières (MSF) Unité d'Analyse et de Plaidoyer Bruxelles
Rue Dupré 94
1090 Bruxelles
Belgique

Pour en savoir plus, veuillez contacter aau@brussels.msf.org
Ou Marielle Bemelmans, Conseillère stratégique MSF pour le VIH :
00 32 476 87 44 69

Juillet 2012



Malawi:

Les progrès dans le traitement du VIH/sida menacés par un financement incertain

Le Malawi figure sur la liste des pays les moins avancés et fait aussi partie du triste « top ten » des pays affichant la plus forte prévalence du VIH. Il est aussi le premier pays à mettre en œuvre la nouvelle option PTME « B+ » pour lutter contre la transmission du virus de la mère à l'enfant. Mais alors que les bailleurs de fonds cessent peu à peu de financer la lutte contre le VIH, le Malawi risque de voir anéanties les avancées réalisées jusqu'ici.

Grâce à un ambitieux programme national et à son approche de santé publique reposant sur des protocoles thérapeutiques simplifiés et la délégation des tâches au sein du personnel soignant pour lutter contre l'épidémie, le Malawi a réalisé ces dernières années des avancées considérables dans la lutte contre le VIH/sida. L'accès au traitement s'est ainsi nettement amélioré et les chiffres indiquent une diminution de la prévalence de la maladie.

Cependant, la lutte contre le VIH au Malawi dépend presque exclusivement des fonds extérieurs. Si le Malawi soutient au moins 5% de son programme national (personnel soignant, infrastructures et autres contributions), la totalité de ses antirétroviraux (ARV) proviennent du Fonds mondial (FM). Cette dépendance quasi totale à l'égard d'un seul bailleur de fonds rend le Malawi extrêmement vulnérable aux déficits ou aux retards de financement.

L'actuelle subvention du FM finançant l'essentiel de l'intervention nationale contre le VIH/sida – y compris les ARV qui sauvent de nombreuses vies – prendra fin au début 2014. Le Malawi devra par conséquent trouver des fonds pour les quelque

450 000 à 500 000 patients qui seront alors sous traitement, mais aussi pour pouvoir mettre sous ARV les nouveaux patients. La facture s'annonce d'ores et déjà très élevée : 500 millions de dollars pour cinq ans, pour le seul approvisionnement en ARV. Des fonds seront également nécessaires pour que tous les patients qui sont actuellement sous d4T (stavudine), l'ancien régime thérapeutique, puissent recevoir du tenofovir (TDF), un médicament mieux toléré et qui s'administre plus facilement.

Mais il faut être réaliste. De réels efforts sont nécessaires pour mettre fin à cette dépendance quasi totale à l'égard d'un seul et unique bailleur de fonds. Or, les autres acteurs clés de la lutte contre le VIH/sida hésitent à se lancer dans l'approvisionnement en ARV. C'est le cas du US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), pourtant actif dans d'autres domaines de la lutte contre le VIH, qui ne soutient pas l'approvisionnement régulier en ARV. Même constat pour le fonds SWAp (approche sectorielle) qui regroupe les contributions des donateurs. Enfin, le Clinton Health Access Initiative (CHAI)/UNITAID envisage pour sa part de cesser l'approvisionnement de formules ARV pédiatriques d'ici à la fin 2012.

Faits et chiffres

- Environ 960 000 personnes (soit 10,6% de la population adulte) sont séropositives.
- À la fin mars 2012, 347 983 patients recevaient une thérapie antirétrovirale.
- Alors que le Malawi s'est engagé à offrir un traitement ARV à tous les enfants de moins de deux ans, 19 à 24% seulement des enfants éligibles en bénéficient.
- Le pays doit faire face à une réelle pénurie

de personnel soignant. En moyenne, 65% des postes de cadres sont vacants.

- Le pays aura bientôt le plus grand mal à assurer la rétention du personnel soignant travaillant dans le secteur public. La subvention du FM, qui leur garantissait un complément salarial de 52%, a été entièrement utilisée et le pays connaît une situation économique très instable. Aucun plan – ni aucun engagement de la part du gouvernement ou d'un bailleur de fonds – ne prévoit à ce jour de faciliter le retour aux anciennes structures salariales.

Les enjeux

■ Le Malawi a adopté les dernières recommandations de l'OMS relatives au commencement précoce du traitement ARV (seuil de CD4 inférieur à 350 mm³) et a introduit le tenofovir (TDF), le médicament de première ligne recommandé par l'OMS. Cependant, en raison du manque de financement, le pays a été contraint de faire des choix difficiles, en n'offrant un traitement au TDF qu'à certains groupes de patients : les femmes enceintes, les patients co-infectés par la tuberculose, et les patients présentant de graves effets secondaires.

■ Afin de protéger les enfants en bas âge et d'améliorer la santé maternelle, le Malawi a adopté de nouvelles politiques nationales qui prévoient un traitement de longue durée pour toutes les femmes enceintes et allaitantes séropositives (B+). Il est ainsi le premier pays africain à avoir adopté une telle stratégie. La poursuite du financement sera toutefois primordiale pour assurer la réussite de ces programmes ainsi que leur durabilité.

■ Le Malawi a adopté une stratégie de surveillance de la charge virale afin de pouvoir détecter plus tôt les patients en échec thérapeutique et d'adapter leur traitement. Ceci permet d'éviter les résistances aux médicaments. Toutefois, la mise en œuvre et le déploiement de cette stratégie nécessite des fonds plus importants.

■ Le Malawi n'a pas pu obtenir de fonds dans le cadre du 10^e round du FM. Cet échec s'explique en partie par le caractère jugé trop ambitieux de ses plans qui incluaient la mise en œuvre de toutes les

recommandations de l'OMS dans le domaine du traitement du VIH/sida ainsi que la prévention par le biais de la circoncision. Malgré cet échec et l'annulation du 11^e round, le Malawi est néanmoins parvenu à commencer à réaliser une partie de ces plans, en réorientant les ressources financières existantes.

■ Face à la difficulté d'obtenir des fonds des bailleurs, des gouvernements de pays comme le Malawi sont contraints d'affecter des ressources supplémentaires pour financer leur propre réponse au VIH. Cette charge financière reste toutefois trop élevée pour que le pays puisse intervenir suffisamment rapidement. Pour 2011, le coût des ARV s'élève à 60 millions de dollars, alors que le budget national alloué à la santé ne dépasse pas les 90 millions de dollars. Ces coûts sont tellement élevés qu'ils ne peuvent être absorbés sur le court terme. Ce constat a été également confirmé par une étude commandée par l'ONUSIDA qui a conclu que, même si tous les mécanismes de financement novateurs (taxes sur les billets d'avion, intégration au niveau du secteur privé) étaient déployés au Malawi, les fonds récoltés couvriraient à peine 17% du déficit de financement de la lutte contre le sida attendu d'ici 2020/21. À cet horizon, et cela même si toutes les sources alternatives étaient exploitées, le déficit de financement atteindrait 348 millions de dollars. Un montant qui correspond à 4,5% du PIB du Malawi ou encore à 16,4% du total des dépenses publiques annuelles (source : Sustainable Financing for HIV/AIDS in Malawi, Oxford Policy Management, mars 2012).

« Au Malawi, nous nous sommes engagés à mettre en œuvre des programmes basés sur les récents progrès scientifiques. Pourtant, alors que le succès est à portée de main, nous faisons face à d'importantes contraintes financières. Je suis convaincu que nous pouvons mettre fin au sida. Mais nous ne pouvons pas le faire seuls. »

Stuart Chuka, Chargé du programme ARV pour la Malawi Business Coalition Against HIV and AIDS

CONTACT

Médecins Sans Frontières (MSF) Unité d'Analyse et de Plaidoyer Bruxelles
Rue Dupré 94
1090 Bruxelles
Belgique

Pour en savoir plus, veuillez contacter : aaub@brussels.msf.org
Ou Marielle Bemelmans, Conseillère stratégique MSF pour le VIH :
00 32 476 87 44 69

Juillet 2012



Mozambique:

Quand les ambitions de la lutte contre le VIH se heurtent aux difficultés du terrain

Au Mozambique, les efforts contre le VIH/sida ont été déployés un peu plus lentement que dans d'autres pays de la région. Seuls un peu plus de 45% des patients qui en ont besoin sont actuellement sous ARV. Récemment, le pays a toutefois consenti des efforts soutenus pour inclure dans son programme national de lutte contre le VIH des plans constructifs visant à porter à 80% le taux de prise en charge par ARV dans les prochaines années. Pour réaliser cet objectif, il conviendra d'introduire le tenofovir (TDF) comme régime thérapeutique de base, d'instaurer les traitements à un stade précoce (taux de CD4 inférieur à 350 mm³) et d'offrir un traitement à vie à toutes les femmes enceintes et allaitantes séropositives (B+). La mise en œuvre de cette stratégie nécessite cependant un soutien financier des bailleurs de fonds.

Les responsables des politiques de la santé sont de plus en plus nombreux à reconnaître l'efficacité de la décentralisation des soins VIH/sida en dehors des cliniques par la prise en charge au sein même des communautés. Un projet pilote de « groupes ARV communautaires » met en avant l'efficacité de cette approche. Ces groupes sont constitués de patients séropositifs se partageant à tour de rôle la tâche d'aller chercher les stocks mensuels de médicaments

dans des cliniques éloignées des communautés. Ce modèle a déjà généré des résultats très positifs puisque seulement 0,2% des 1 384 patients ont été perdus de vue. Le ministère de la Santé a donc décidé de déployer cette approche dans tout le pays. Des représentants des ministères de la Santé du Malawi et du Zimbabwe voisins ont par ailleurs visité ce programme afin d'évaluer sa faisabilité dans leurs contextes nationaux.

Faits et chiffres

- 270 000 patients sur les 615 000 qui en ont besoin bénéficient d'un traitement ARV (couverture de 44%).
- 23 000 (soit 19%) des 119 000 enfants qui en ont besoin bénéficient d'un traitement ARV.
- Les dépenses publiques de santé représentent 7 % du budget du Mozambique.
- Au Mozambique, 96 % du budget de lutte contre le VIH/sida est financé par les bailleurs de fonds (essentiellement par le FM et le PEPFAR).
- L'approvisionnement en ARV nécessitera à lui seul un budget total de 75 millions de dollars en 2013 et de 95 millions de dollars en 2014.

Les enjeux

- Le gouvernement a récemment approuvé des recommandations portant, entre autres, sur : « l'option B+ » ; l'utilisation de tenofovir en combinaison simplifiée à doses fixes comme traitement de première ligne ; et le contrôle de la charge virale comme outil de suivi. Toutefois, la mise en œuvre de ces recommandations dépendra de la disponibilité des ressources financières.
- Le Mozambique souhaite revoir à la hausse ses objectifs de couverture ARV pour 2015, qui passeraient de 53 % (445 000 patients) à 80 % (près de 600 000 patients) – mais une fois encore, cet objectif ne pourra être atteint que si des fonds sont disponibles. Permettre au personnel infirmier de prescrire les traitements ARV sera un élément clé de la stratégie permettant de réaliser cet objectif. Le Mozambique est en effet le seul pays de la région qui n'autorise pas encore la délégation de cette tâche des médecins aux infirmiers.
- Le gouvernement envisage également d'intégrer davantage les soins VIH/TB afin de diminuer le taux de co-infection.

■ Les fonds prévus au titre du 9^e round du FM n'ayant pas été libérés à temps, le Mozambique a dû soumettre en septembre 2011 une demande d'urgence à hauteur de 16 millions de dollars pour l'acquisition d'ARV. Il n'en a cependant reçu que 10 millions. Par ailleurs, le pays a vu sa soumission rejetée lors du 10^e round du FM et n'a eu accès ni au 11^e round ni au Mécanisme Transitoire de Financement pour financer son programme, car il n'avait pas utilisé la totalité de la subvention du 9^e round. Même si le PPEFAR continue de soutenir le Mozambique, les financements de la Banque mondiale et de la Clinton Health Access Initiative (CHAI) prendront fin l'année prochaine. Le pays n'aura d'autre choix que de ralentir la mise en œuvre des recommandations de l'OMS et l'extension de l'offre d'ARV, sauf s'il parvient à trouver d'autres sources de financement ou si le financement actuel est revu à la hausse.

■ Le programme de lutte contre la tuberculose (TB) au Mozambique est lui aussi menacé à la suite de l'annulation du 11^e round du Fonds mondial (FM). Le Mozambique bénéficiait en effet de subventions pour la lutte contre la TB. La situation est d'autant plus critique aujourd'hui que sa demande de subvention au titre du 10^e round a été refusée. Le Mozambique avait demandé des fonds en vue d'étendre le traitement et le diagnostic de la TB

multi-résistante (TB-MR). Jusqu'en juin 2013, le programme national TB repose sur la subvention du 7^e round pour l'approvisionnement en médicaments de première et de deuxième lignes, ainsi qu'en réactifs. Toutefois, la ligne de financement pour l'achat de réactifs n'a pas été approuvée et les fonds accordés au titre du 7^e round n'ont été décaissés que récemment. Le Mozambique espère que ce retard n'entraînera pas d'autres ruptures de stock, comme ce fut le cas au début de l'année 2012. La situation étant devenue extrêmement critique, la Banque mondiale a récemment accepté de financer en partie l'approvisionnement en réactifs pour 2012.

■ Le Mozambique a introduit une demande au titre du Mécanisme Transitoire de Financement (pour son programme TB), qui sera mis en œuvre dès la mi-2013 et espère que son programme TB sera ainsi couvert jusqu'à la mi-2015. Bien qu'il ait développé ses capacités de diagnostic de la TB-MR, le Mozambique aura du mal à garantir l'approvisionnement en médicaments essentiels contre cette forme de TB car le mécanisme de financement ne prévoit pas l'expansion de l'offre de traitements. Mis à part le gouvernement, qui pourrait couvrir une partie du coût du traitement de la TB et de la TB-MR, aucun bailleur de fonds ne semble prêt à contribuer au programme national de lutte contre la TB à partir de 2013.

« Dans mon pays, sur cinq enfants ayant besoin d'un traitement contre le VIH, quatre n'en reçoivent pas. Nous souhaitons que notre gouvernement augmente ses dépenses de santé mais les bailleurs de fonds ne doivent pas oublier leurs engagements pour autant et abandonner les milliers d'hommes, de femmes et d'enfants du Mozambique qui risquent de perdre la vie. Seuls, nous ne pourrions pas les sauver. »

Linda Chongo, représentante du Movimento de Advocacia da Sociedade Civil (MONASO) au Mozambique

CONTACT

Juillet 2012

Médecins Sans Frontières (MSF) Unité d'Analyse et de Plaidoyer Bruxelles
Rue Dupré 94
1090 Bruxelles
Belgique

Pour en savoir plus, veuillez contacter : aau@brussels.msf.org
Ou Marielle Bemelmans, Conseillère stratégique MSF pour le VIH :
00 32 476 87 44 69



Zimbabwe:

Un combat pour combler les lacunes en matière de traitement du VIH

Troisième pays le plus touché par le VIH en Afrique australe, le Zimbabwe a enregistré une série d'avancées au cours de ces dernières années en prenant des mesures efficaces pour améliorer ses programmes de lutte contre le VIH/sida. Cependant, le déficit de financement auquel le pays est confronté risque d'entraîner des pénuries de médicaments antirétroviraux (ARV). Près de 70 000 patients pourraient en faire les frais en 2012.

Les déficits de financement actuels sont la conséquence de l'expiration du fonds commun des bailleurs (Expanded Support Programme) à la fin 2011. En effet, la nouvelle initiative de financement conjoint (Health Transition Fund/HTF) n'a prévu aucun fonds pour financer l'achat d'ARV, sur base de l'hypothèse selon laquelle le soutien domestique et le soutien du Fonds mondial (FM) permettraient d'assurer l'approvisionnement en ARV de la cohorte sous traitement. Cependant, malgré le fait que la taxe pour la lutte contre le sida introduite au Zimbabwe finance plus du quart des ARV, le pays n'est pas parvenu à combler les lacunes en matière de traitement.

Ce déficit critique de traitement, ainsi que les pressions exercées par la communauté internationale sur les pays africains afin qu'ils trouvent des solutions nationales, a suscité un débat public sur l'introduction d'un système selon lequel les patients qui en ont les moyens apporteraient une contribution financière en échange de leur traitement. Suite à la mobilisation de la société civile et d'autres acteurs, certains bailleurs comme le US President's Emergency Fund for AIDS Relief (PEPFAR) et le Department for International

Development (DfID) s'emploient à présent à combler les lacunes en matière de traitement. Cependant, ces efforts ne devraient pas porter leurs fruits avant la fin de l'année ou le début de l'année prochaine.

En attendant, les stocks de réserve nationaux sont aujourd'hui mobilisés pour couvrir une partie des besoins en médicaments. Quant aux ressources du FM qui auraient dû être mobilisées plus tardivement, durant la période de subventionnement (2014), elles sont aujourd'hui utilisées pour reconstituer ces stocks de réserves. Cette situation hypothèque encore davantage la lutte contre la maladie dans les années à venir. Actuellement, le Zimbabwe reçoit environ 50% de ses ARV (permettant une couverture d'environ 193 500 patients) au titre du 8^e round du FM, financement qui se terminera d'ici la fin 2014. Le déficit en matière de traitement se sera alors aggravé puisque environ 428 068 patients éligibles n'auront plus accès aux ARV. Le FM devra alors tenter de combler une importante part de ce déficit mais des moyens financiers supplémentaires devront également être dégagés afin que les nouveaux patients puissent bénéficier d'un traitement ARV.

Faits et chiffres

- Un million d'adultes (soit 14% de la population adulte) sont séropositifs.
- 150 000 enfants sont séropositifs.
- 616 centres de santé publique du pays offrent aujourd'hui des traitements ARV, contre 32 seulement en 2006.
- La couverture thérapeutique est passée 5% en 2006 à 77% des adultes et 39% des enfants en mai 2012, selon les chiffres du Ministry of Health and Child Welfare (soit 435 000 adultes et 41 000 enfants).
- L'amélioration de la prise en charge par ARV a fait chuter la mortalité annuelle liée au sida de 42% depuis 2006.

Les enjeux

■ Le Zimbabwe a adopté les dernières recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui préconisent l'instauration précoce du traitement ARV (à partir d'un taux de CD4 inférieur à 350/mm³) et l'instauration d'un traitement antirétroviral de courte durée pendant la grossesse afin de réduire la transmission mère-enfant.

■ Le Zimbabwe a également amélioré le dépistage pédiatrique en augmentant le nombre de sites réalisant le dépistage des enfants en bas-âge (900 sites à la fin 2011 contre 4 sites seulement en 2008). Il espère étendre le dépistage aux 1 560 structures de soins de santé du pays afin d'améliorer le taux de dépistage et de traitement des jeunes enfants.

■ Le Zimbabwe a pour objectif d'offrir une thérapie antirétrovirale à 85% des personnes qui en ont besoin d'ici à la fin 2012. La réalisation de cet objectif permettra de réduire de 27% le taux de mortalité annuel lié au sida. Mais il faut pour cela des ARV, du matériel de laboratoire et une modernisation des structures de santé des zones rurales pour que les traitements puissent y être initiés. Enfin, le Zimbabwe doit aussi améliorer sa stratégie de délégation des tâches et autoriser le personnel infirmier à mettre sous traitement des adultes et des enfants.

■ Le gouvernement s'est fixé l'objectif de circonscrire 1,2 million d'hommes d'ici 2015, ce qui permettrait de réduire de 25-35% le taux de transmission du

VIH. Suite à l'annulation du 11^e round du FM, cet objectif a été abaissé à 15% de la population masculine d'ici à 2015.

■ Le Zimbabwe souhaite mettre tous les patients sous tenofovir (TDF), le traitement de première ligne recommandé par l'OMS. Mais à ce jour, seul un nombre limité de patients (femmes enceintes séropositives et patients co-infectés par la tuberculose) a pu commencer ce traitement qui est pourtant mieux toléré. Le gouvernement entend déployer progressivement cette nouvelle approche avec 50% des patients sous TDF et 50% sous d4T (stavudine, l'ancien traitement) d'ici la fin 2012 ; et 100% des patients sous TDF d'ici la fin 2013.

■ Si aucun déficit de traitement pédiatrique n'est à craindre en 2012, environ 12 800 enfants éligibles risquent en revanche de ne pas pouvoir être traités en 2013.

■ En raison de la réduction des stocks de réserve, les patients doivent aujourd'hui se rendre plus souvent dans les cliniques (chaque semaine ou tous les quinze jours). Cette situation impose aux patients des contraintes supplémentaires, en termes de frais et de temps de transport, deux facteurs connus pour être d'importants obstacles au suivi du traitement. Cette situation a également un impact sur le système de soins de santé car il faut davantage de personnel pour assurer un nombre plus important de consultations. Cette situation devrait malheureusement persister au cours des mois à venir.

« Depuis plus de dix ans, nous soutenons les efforts de lutte contre le VIH au Zimbabwe. Nous avons pu constater les progrès remarquables engrangés par le Zimbabwe au cours de cette période. Il y a un réel engagement au niveau national dans la lutte contre le sida. Taxe spéciale permet de mobiliser des ressources ; les nouvelles recommandations de l'OMS sont intégrées aux politiques nationales ; et l'offre de traitement a considérablement augmenté. Malheureusement, les financements extérieurs doivent être maintenus pour continuer sur cette voie. Aujourd'hui, nous faisons un constat tragique : les progrès réalisés pourraient bien subir un coup d'arrêt. Pire : nous pourrions même faire marche-arrière. »

Fasil Tezera, responsables des programmes de MSF au Zimbabwe.

CONTACT

Médecins Sans Frontières (MSF) Unité d'Analyse et de Plaidoyer Bruxelles

Rue Dupré 94

1090 Bruxelles

Belgique

Pour en savoir plus, veuillez contacter aau@brussels.msf.org

Ou Marielle Bemelmans, Conseillère stratégique MSF pour le VIH :

00 32 476 87 44 69

Juillet 2012

