



LE PRIX DE L'OUBLI



DES MILLIONS
DE PERSONNES
EN AFRIQUE
OCCIDENTALE ET
CENTRALE RESTENT
EN MARGE DE LA
LUTTE MONDIALE
CONTRE LE VIH



© Mario Travaini

Avril 2016



ACRONYMS USED IN TEXT

AOA	Afrique orientale et australe
AOC	Afrique occidentale et centrale
ARV	Antirétroviral
CDF	Combinaison à dose fixe
CPI	Comité permanent interorganisations
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
HCR	Haut Commissariat des Nations-Unies pour les réfugiés
IO	Infection opportuniste
IST	Infection sexuellement transmissible
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations-Unies sur le VIH/SIDA
PCR	Réaction en chaîne par polymérase (polymerase chain reaction)
PEPFAR	US President's Emergency Plan for AIDS Relief
PTME	prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	personnes vivant avec le VIH
RCA	République centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
RSC	Renforcement des Systèmes Communautaires
RSS	Renforcement des Systèmes de Santé
SDV	Services de dépistage du VIH
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMS	Short message service (texto)
TAR	Thérapie antirétrovirale
USD	United States dollar
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	4
2. L'AMPLEUR DU PROBLÈME EN AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE	6
2.1 Faible prévalence du VIH, mais grand nombre de personnes vivant avec le virus	6
2.2 Le manque de services de dépistage du VIH	8
2.3 Faible couverture de la thérapie antirétrovirale (TAR)	10
2.4 Forte mortalité liée au VIH et patients gravement malades	12
2.5 Les femmes et les enfants sont confrontés à des écarts de couverture TAR	13
3. RAISONS DERRIÈRE LES DÉLAIS DANS L'AUGMENTATION DE LA COUVERTURE TAR EN AOC	18
3.1 Peu de visibilité, beaucoup de stigmatisation et de discrimination	19
3.2 Faibles systèmes de santé et modèles de prestation de services inadéquats	21
3.3 Rôle de soutien limité de la part de la société civile	24
3.4 Faible priorité donnée au VIH et manque de leadership politique	25
3.5 Lente réponse aux besoins des PVVIH lors de crises humanitaires	25
4. AFFECTATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES	27
4.1 Ressources nationales en AOC	29
4.2 Aide internationale	30
4.3 Le soutien aux organisations de la société civile mis à rude épreuve	31
4.4 Systèmes fragiles et faiblesse de gestion	31
4.5 Riposte au VIH lors de crises humanitaires	31
5. QUELLES DÉMARCHES PEUVENT ET DOIVENT ÊTRE ENTAMÉES ?	33
5.1 Mettre en place des politiques et des modèles de soins efficaces	33
5.2 Accroître les opportunités pour les services de dépistage du VIH	36
5.3 Améliorer l'accès au TAR	37
5.4 Améliorer la rétention des personnes sous traitement et atteindre une charge virale indétectable	38
5.5 Intensifier les efforts pour les PVVIH qui ont été laissées pour compte	39
5.6 Répondre aux besoins des PVVIH en situations de crise	40
6. APPEL URGENT POUR UN PLAN D'ACTION DE RATTRAPAGE VISANT À COMBLER L'ÉCART DE COUVERTURE THÉRAPEUTIQUE ANTIRÉTROVIRALE DANS LA RÉGION DE L'AOC	42
7. CONCLUSION	44
8. ÉTUDES DE CAS	45
8.1 République centrafricaine	46
8.2 République démocratique du Congo	58
8.3 Guinée	70



À l'échelle mondiale, les années 2000 à 2015 ont été marquées par l'intensification de l'accès au traitement antirétroviral (TAR) et une diminution de 35 % des décès liés au SIDA depuis 2005.¹ Un nombre record de près de 16 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont été mises sous TAR² ; trois sur quatre d'entre eux vivent en Afrique sub-saharienne, où les besoins sont les plus criants. La société civile et les services de santé publics ont uni leurs forces pour offrir aux PVVIH de nouveaux traitements fondés sur les preuves scientifiques et les meilleures pratiques.

Fort de ce succès, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) a fixé en 2015 d'ambitieux objectifs mondiaux à atteindre d'ici 2020.³ Connues sous le nom de « cibles 90-90-90 », elles visent à ce que 90 % des PVVIH connaissent leur statut VIH, 90 % de toutes les personnes séropositives au VIH reçoivent un TAR continu, et que 90 % de toutes les personnes sous traitement atteignent une suppression virale.

Cette accélération de la riposte au VIH devrait prévenir 75 % des nouvelles infections d'ici 2020, mais l'ONUSIDA met en garde contre les conséquences négatives en cas d'échec avant la date butoir : « *L'épidémie sera repartie à la hausse d'ici 2030, représentera une menace encore plus sérieuse pour la santé et le bien-être mondial, et exigera des ressources importantes pour ce qui sera devenu une épidémie incontrôlée* ». ⁴

Alors que le financement international dirigé vers le VIH/SIDA et le TAR et les politiques associées ont tendance à se concentrer sur les pays les plus durement touchés par l'épidémie et sur les « points névralgiques » du VIH en Afrique sub-saharienne, la plupart des pays appartenant à la région de l'Afrique occidentale et centrale (AOC) ont été négligés.

- 1 ONUSIDA, Le Gap Report, 2014, disponible from: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
- 2 ONUSIDA, Fiche d'information 2015, Statistiques mondiales, Journée mondiale de lutte contre le SIDA 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>
- 3 Cette initiative de l'ONUSIDA vise à mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici 2030 en se concentrant dans la période clé de 2015 à 2020 sur les 30 pays qui représentent plus de 80 % des nouvelles infections à VIH dans le monde - notamment plusieurs pays de l'Afrique occidentale et centrale. Pour en savoir plus, consultez : ONUSIDA, *Accélérer : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*, ONUSIDA, 2014, disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/fast_track ainsi que : Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021. Accélérer la riposte pour mettre fin au Sida Octobre 2015, disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15-18_FR_rev1.pdf
- 4 ONUSIDA, *Accélérer : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*, 2014. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/fast_track

1. INTRODUCTION

La région englobe 25 pays, dont la plupart compte une population relativement faible. Leurs taux moyens de prévalence sont relativement faibles par rapport à l'Afrique australe. Cependant, la plupart de ces pays peinent à offrir un TAR à ceux qui en ont besoin - un échec qui se traduit par un taux excessif de mortalité et de morbidité, et qui limite leur capacité à freiner la propagation de la maladie. Dans la région de l'AOC, 76 % des personnes qui requièrent une thérapie antirétrovirale - cinq millions de personnes au total - sont encore en attente de traitement.⁵ Les besoins non satisfaits dans la plupart de ces pays restent en marge de la réponse globale au VIH.

En AOC, les taux de couverture de TAR sont inférieurs à ceux de l'Afrique australe. Les pays confrontés à un lourd fardeau ont relevé le défi en apportant des changements majeurs à leurs services de santé, mais les pays de l'AOC ont reçu moins d'incitatifs pour adapter leurs modèles de prestation de services, et moins de soutien pour le faire. Beaucoup de ces pays doivent composer avec de faibles systèmes de santé et de multiples priorités sanitaires, problèmes exacerbés dans les régions en proie à des crises récurrentes. De nombreux pays de l'AOC n'ont pas réussi à mettre en place certaines des méthodes novatrices utilisées ailleurs pour le déploiement du TAR, en raison d'une résistance ou d'un manque de conscientisation, ce qui les a menés à recourir à des approches mal adaptées. Il faut de toute urgence apporter des solutions alternatives afin de répondre aux besoins dans ces contextes spécifiques.

Les 6,6 millions de PVVIH dans la région de l'AOC représentent 17,9 % de toutes les PVVIH dans le monde entier, 21 % des nouvelles infections globales et 45 % des nouvelles infections chez les enfants.⁶ Plus d'un décès sur quatre dans le monde lié au SIDA survient en AOC, alors que quatre enfants sur dix qui succombent à la maladie meurent dans la région. Si l'échec actuel des politiques et du financement international de la santé à lutter contre l'épidémie croissante dans cette région n'est pas abordé, les chances d'atteindre les nouveaux et ambitieux objectifs 90-90-90 sont très minces.

Alors que le monde entier tente de changer le cours de la pandémie du VIH d'ici cinq ans, cette étape pourrait constituer la seule chance pour les séropositifs de la région d'accéder au traitement capable de leur sauver la vie. L'initiative d'accélération (*Fast-Track*) pour atteindre les objectifs 90-90-90 devrait également bénéficier à la population de l'AOC.

Médecins Sans Frontières (MSF) travaille dans le monde entier et fournit des services VIH aux PVVIH, et opère des projets notamment dans la région de l'AOC. En 2014, les équipes de MSF ont fourni des soins à 229.900 PVVIH, et soutenu le TAR pour 226.500 personnes dans 19 pays.⁷ Les équipes de MSF sont aux premières loges pour constater les conséquences graves chez les personnes qui n'ont pas eu la chance d'être dans des pays ayant bénéficié de la révolution globale des antirétroviraux (ARV).

Le présent rapport a pour objectif de mettre en évidence les lacunes dans les politiques et les pratiques touchant les PVVIH dans les pays de l'AOC qui font face à d'importants écarts de couverture thérapeutique. Il souligne les principaux obstacles à un élargissement de la couverture TAR en AOC, en mettant l'accent sur les contextes où MSF participe à la riposte au VIH. Il rassemble l'expérience des équipes MSF en présentant les données de projets pilotes locaux, d'études à petite échelle, d'enquêtes auprès des patients et d'autres informations recueillies au sein des programmes.

Les leçons tirées des expériences d'expansion du traitement ARV dans les pays d'Afrique australe et ailleurs pourraient être déterminantes pour les PVVIH en AOC. Cependant, certaines des politiques et approches actuelles devront être modifiées, en raison de la portée et de la propagation de l'épidémie, de la stigmatisation à laquelle font face les PVVIH et des faiblesses spécifiques des systèmes de santé existants qui affectent la qualité et l'accès au TAR. Le rapport présente des projets pilotes fondés sur des approches alternatives, tant en AOC qu'ailleurs, et leur potentiel de briser le statu quo. Trois études de cas réalisées dans la région - en République démocratique du Congo (RDC), en République centrafricaine (RCA) et en Guinée - soulèvent les principaux obstacles et opportunités à un élargissement et à une accélération des mises sous TAR et à la rétention en traitement des patients.

Nos observations mettent en lumière le besoin urgent de surmonter le statu quo et de développer un plan d'action accéléré qui soit adapté aux pays de l'AOC. Le présent rapport inclut des propositions concrètes pour un plan de rattrapage visant à combler l'écart dans la couverture thérapeutique antirétrovirale en AOC, notamment un appel à tripler les mises sous TAR d'ici 2020 dans les pays où la couverture ARV est inférieure à 50 %, et un transfert des connaissances et expériences acquises dans des régions où la provision des TAR a été efficacement instaurée.

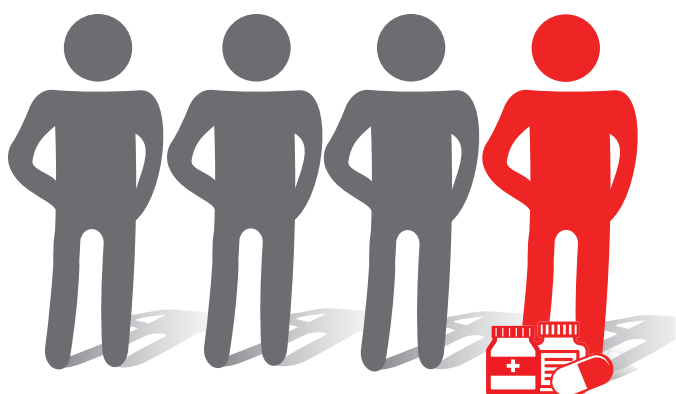
5 ONUSIDA, Consultation TDR sur 90-90-90 régionale Avec les implémentateurs en Afrique de l'Ouest et du Centre, Dakar, novembre 2015.

6 *Ibid*

7 Pour plus d'informations sur les activités de MSF en 2014, voir le rapport international d'activités, disponible sur : http://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_international_activity_report_2014_en.pdf

2. L'AMPLEUR DU PROBLÈME EN AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE

3 PERSONNES SUR 4 N'ONT PAS ACCÈS AUX ARV (ANTIRÉTROVIRAUX)



9 ENFANTS SUR 10 N'ONT PAS ACCÈS AU TRAITEMENT ARV



Source UNAIDS 2014

Le manque de visibilité publique et la faible priorité politique accordée au VIH/SIDA ont donné lieu à une mauvaise connaissance de la maladie parmi la population générale, les dirigeants politiques et les travailleurs de la santé. Cela a conduit, notamment, à la faible disponibilité des services de dépistage, du traitement et des soins, dans un contexte où les services de santé sont mal adaptés aux besoins spécifiques, et où les PVVIH se heurtent à de nombreux obstacles pour accéder aux soins. La stigmatisation, la désinformation et la discrimination sont autant de facteurs qui limitent la demande de services liés au VIH.

Remarque :

Bien que la collecte de données fiables au niveau national représente un défi de manière générale, il convient de faire preuve de prudence quant à la validité, à l'exactitude et à l'exhaustivité des données disponibles sur l'épidémiologie et les programmes VIH dans la région de l'AOC. Les méthodes de collecte d'information et de données varient considérablement selon la source; les dossiers des patients et le rapportage par les établissements de santé ne sont pas faits systématiquement et sont souvent incomplets. Cela limite considérablement l'extrapolation à l'échelle du pays et l'interprétation des données disponibles.

2.1 FAIBLE PRÉVALENCE DU VIH, MAIS GRAND NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIRUS

La région de l'AOC dans son ensemble est conséquente en termes de taille de la population, d'étendue géographique et d'ampleur des besoins liés au VIH. Puisqu'elle se situe en dehors de la zone de forte prévalence du VIH en Afrique australe, la région a du mal à renforcer et à accroître ses services de traitement du VIH, comme c'est souvent le cas dans les pays à plus faible prévalence du VIH (c'est-à-dire en deçà de 5 %). Selon une analyse récente, la couverture de TAR chez les adultes, les femmes enceintes et les enfants est nettement plus faible dans les pays à faible prévalence, comme on peut le voir dans le tableau 1, basé sur les données en provenance de 52 pays.⁸ Pourtant, la moitié de toutes les PVVIH vivent dans des pays où la prévalence du VIH est moindre, et tous les pays de la région de l'AOC ont une prévalence estimée à moins de 5 %.

⁸ Andrew Hill et al., Countries with lower HIV prevalence have lower ARV coverage: UNAIDS 2014 database. Affiche présentée à la conférence CROI, Boston, États-Unis, février 2016.

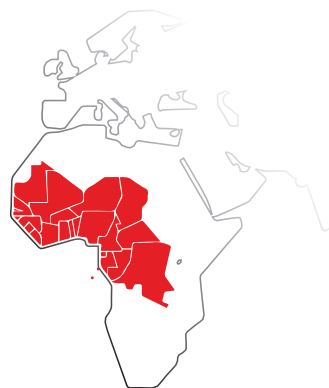
AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE



21%
DES NOUVELLES
INFECTIONS **VIH**



27%
DES DÉCÈS DUS
AU **VIH/SIDA**



45%
DES ENFANTS
NÉS AVEC LE **VIH**

Source UNAIDS 2014

Tableau 1:
Taux de couverture TAR dans les pays à prévalence moindre et plus élevée.

	Prévalence moindre (>5% VIH+ parmi les adultes)	Prévalence plus élevée (>= 5% VIH parmi les adultes)
Pays	40	12
Taille de l'épidémie VIH	16.0 million	16.1 million
Prévalence VIH adulte	1.6%	14.6%
% d'adultes sur TAR	31.7%	48.3%
% d'enfants sur TAR	22.4%	42.6%
% de femmes enceintes sur TAR	46.7%	89.1%
% de femmes enceintes avec 4 CPN ou plus	55.3%	68.1%
% de nourrissons ayant subi un test de diagnostic précoce	20.1%	72.3%
Mortalité annuelle due au VIH	4.5%	2.5%
Transmission annuelle du VIH	6.2%	5.4%

Source: Andrew Hill et al., *Op.Cit.*

LE VIH EN AOC: UN ÉTAT DES LIEUX

- La région de l'AOC englobe 25 pays et compte quelque 425 millions d'habitants, avec une forte proportion de jeunes (25 % de la population a entre 10 et 19 ans).⁹
- La prévalence du VIH est en moyenne relativement faible - 2,3 % en 2014¹⁰, ce qui représente environ 6,6 millions de PVVIH et 17,9 % du fardeau mondial du VIH pour la même année. La région compte 21 % des nouvelles infections à VIH dans le monde et 45 % des nouvelles infections chez les enfants.^{11, 12}
- Alors que les décès liés au SIDA sont en déclin dans le monde, la contribution des pays de l'AOC à la mortalité annuelle liée à la maladie en Afrique sub-saharienne a atteint 36 % en 2013.¹³
- Globalement, derrière la faible prévalence nationale se cache un lourd fardeau et une forte incidence du VIH au sein de groupes ou de zones géographiques spécifiques. Les groupes particulièrement vulnérables sont les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes qui consomment des drogues injectables, les migrants et les populations déplacées.
- Fin 2014, 76 % des habitants de la région qui auraient dû être sous ARV ne recevaient pas le traitement, dont 9 enfants séropositifs sur 10.¹⁴
- L'AOC englobe trois des six pays dans le monde qui font face à une triple menace : un fardeau VIH élevé, une faible couverture de traitement et peu ou pas de diminution des infections à VIH. Ces pays sont la République centrafricaine, la République démocratique du Congo et le Nigéria.¹⁵
- Six des 25 pays de l'AOC comptent 83 % des PVVIH dans la région : 52 % de ceux-ci se trouvent au Nigéria, 10 % au Cameroun, 7 % en Côte-d'Ivoire, 7 % en RDC, 4 % au Ghana et 3 % au Tchad.¹⁶

9 UNICEF, Young people in West and Central Africa: Trends, Priorities, Investments and Partners, juillet 2009. Disponible à l'adresse : http://www.unicef.org/wcaro/english/YoungPeopleinWestandCentralAfrica-finaldraft_20-7-09.pdf

10 ONUSIDA, *Op.Cit.*

11 Ce nombre représente quatre fois la prévalence dans le monde entier (0,8 %). Source: ONUSIDA, How AIDS changed everything, 2015

12 Données de l'ONUSIDA de 2014, disponible sur le site : <http://aidsinfo.unaids.org/>

13 Document de travail régional pour les consultations sur la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA sur le développement en Afrique occidentale et centrale, février 2015, Dakar.

14 Note de concept de l'ONUSIDA pour la consultation régionale sur les soins pédiatriques en Afrique occidentale et centrale: Recherche active pour les enfants vivant avec le VIH, novembre 2015, Dakar.

15 ONUSIDA, Consultation régionale sur les soins et le traitement pour les personnes vivant avec le VIH en Afrique occidentale et centrale, Décembre 2012, Dakar.

16 Analyse fondée sur les données de l'ONUSIDA obtenues à la demande de MSF, octobre 2015.

© Peter Casar / MSF



2.2 LE MANQUE DE SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

Bien que les services de dépistage du VIH (SDV)¹⁷ dans la région ont augmenté, l'expérience de MSF en AOC confirme qu'ils restent largement insuffisants. Même au sein des groupes de population qui sont habituellement priorisés - comme les femmes enceintes, les enfants exposés au VIH et les patients atteints de tuberculose (TB) - les services de dépistage du VIH restent très limités.¹⁸

De plus, avec l'épidémie d'Ebola qui a secoué l'Afrique de l'Ouest, les services de dépistage du VIH ont dû être suspendus ou fortement réduits au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée pendant la majeure partie de 2014 et 2015.

Le dépistage à l'initiative du prestataire est souvent préféré au dépistage et conseil volontaire dans la communauté, compte tenu de certaines préoccupations entourant l'efficacité dans les milieux à faible prévalence. Cependant, notre expérience montre que les services de dépistage du VIH sont rarement offerts de façon systématique, et que le recours à ceux-ci est aussi entravé par les divers obstacles en ce qui concerne l'accès aux services publics. Avec les ruptures de stock de tests de dépistage, les frais médicaux imputés aux patients, le manque de connaissances ou la réticence de la part du personnel clinique à proposer le test, ainsi que le manque de conseil, les services de dépistage du VIH ne reçoivent pas la priorité qu'ils méritent. Qui plus est, les cliniciens ont tendance à réserver les tests de dépistage du VIH aux patients qui sont déjà malades, réduisant ainsi la proportion de tests disponibles pour la population générale et retardant la mise sous TAR de ceux qui sont séropositifs mais pas encore malades.

17 Selon l'OMS, les services de dépistage du VIH (SDV) comprennent la gamme complète de services qui devraient être fournis en même temps que le dépistage du VIH. Ceux-ci comprennent les informations préalables au dépistage, l'accompagnement après le dépistage, la liaison avec les services appropriés de prévention du VIH, les services de soins et de traitement, etc. Pour en savoir plus, se reporter au site suivant : <http://www.who.int/hiv/topics/vct/about/fr/>

18 WHO, Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. WHO; Genève, juillet 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>



L'expérience de MSF en AOC montre que de nombreux patients ayant des antécédents médicaux et qui présentent des signes cliniques évidents n'ont jamais été testés pour le VIH, même s'ils sont déjà passés par des services de santé. En RDC, par exemple, une étude réalisée par MSF à Kinshasa en 2012 a révélé que même dans les hôpitaux, le dépistage du VIH est loin d'être systématique; lorsque MSF offrit des services de conseil et dépistage du VIH aux patients hospitalisés dans les services de médecine interne de trois hôpitaux de Kinshasa, 90 % ont affirmé ne jamais avoir reçu une telle offre de dépistage auparavant.¹⁹

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande le dépistage du VIH au sein de la communauté pour sa grande efficacité, mais cette approche n'est ni bien développée ni proprement soutenue financièrement en AOC. En RCA, par exemple, les activités de dépistage volontaire et communautaire ont été réduites après que le Fonds mondial²⁰ ait suspendu son financement en 2009, et que le pays ait connu des tensions civiles en 2012. En RDC, une décision politique en 2008-09 a donné priorité aux services de dépistage du VIH dans les établissements de santé par rapport au dépistage du VIH dans la communauté. (Se reporter aux études de cas sur la RCA et la RDC.)

La priorité aujourd'hui étant d'identifier les personnes séropositives le plus tôt possible, le besoin pour les services de dépistage du VIH est encore plus pressant. Toutefois, devant le manque de dépistage systématique à l'initiative du prestataire et l'absence de campagnes de dépistage proactives, notamment dans les communautés, il est probable que les PVVIH ne soient pas diagnostiqués avant d'avoir atteints un stade avancé de la maladie. Ceci, en retour, augmente les coûts médicaux et sociaux de la morbidité et de la mortalité associés aux infections secondaires, aux complications et à l'hospitalisation.

19 Médecins Sans Frontières, et Conseil Initiés Dépistage par le prestataire Dans les services de médecine interne et de pédiatrie Dans 3 structures de santé à Kinshasa. JMS 2012.

20 Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (souvent appelé le Fonds mondial ou GFATM) est un mécanisme de financement international qui vise à attirer et à verser des ressources supplémentaires pour prévenir et traiter le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Pour en savoir plus, consultez : www.theglobalfund.org

« En 2003, j'ai vu une affiche qui invitait les gens à se faire tester pour le VIH, alors je suis allée à l'hôpital Ignace Deen pour faire le test en même temps que mon bilan de santé général. Le personnel a essayé de me dissuader, en me disant que j'avais l'air en bonne santé, mais après un bon moment, ils m'ont fait la prise de sang. Quand les résultats étaient disponibles, le personnel m'a dit que tout était normal. J'ai demandé si on m'avait également testée pour le VIH, mais cela n'avait pas été fait. On m'a donc fait une autre prise de sang et on m'a dit d'attendre. Je n'ai reçu aucun counseling avant le test de dépistage.

J'ai attendu de 9 h à 13 h, mais les résultats n'étaient toujours pas là, donc j'ai dû partir. Après quelques jours d'attente, j'y suis retournée. Mon sang a été prélevé à nouveau, puis le résultat est arrivé. L'infirmière a dit qu'elle ne pouvait pas me donner le résultat parce qu'il n'y avait pas de médecin, que je devais aller me trouver un médecin moi-même. Comme je ne savais pas à qui demander, j'ai insisté pour qu'on me donne mon résultat. En ouvrant le dossier, j'ai vu que le résultat était positif, mais je ne comprenais pas ce que cela voulait dire.

On m'a dit de me présenter à la banque de sang; là, on m'a expliquée que, pour être testée, je devais accepter de donner du sang si le résultat était négatif, et que je pourrais partir s'il était positif. On a prélevé mon sang, et après avoir attendu tout l'après-midi, je suis finalement entrée de force dans une pièce marquée « conseiller » en exigeant qu'on me donne mon résultat. On m'a alors dit qu'il y avait une « anomalie » dans mon sang et que je devais revenir le lendemain. Ce soir-là, je n'ai pas fermé l'œil de la nuit, je tremblais de peur.

Je suis revenue le lendemain et j'ai attendu de 7 h à 11 h, jusqu'à ce que quelqu'un me dise de revenir dans une semaine. C'est ce que j'ai fait, puis on m'a fait un autre prélèvement et j'ai attendu trois semaines, revenant tous les jours sans jamais obtenir mon résultat. Puis un jour, je me suis dit « ça suffit, je dois savoir ». Un médecin m'a lancé le morceau de papier sur lequel était inscrits les résultats, et m'a dit : « Madame, vous avez le SIDA, vous n'avez plus que sept ans à vivre. Rendez-vous à Donka, il y a un médecin là-bas qui peut vous soigner ».

J'ai pris la feuille en tremblant. J'étais si désespérée que quand je suis arrivée chez moi, je me suis déshabillée, j'ai pris un couteau et je l'ai appuyé sur mon ventre. Je voulais me suicider.

Heureusement, j'ai été prise en charge à l'hôpital Donka et aujourd'hui, je vis positivement et j'ai un petit garçon de 3 ans et demi qui est séronégatif ».

Patiente, 32 ans, Conakry

2.3 FAIBLE COUVERTURE DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE (TAR)

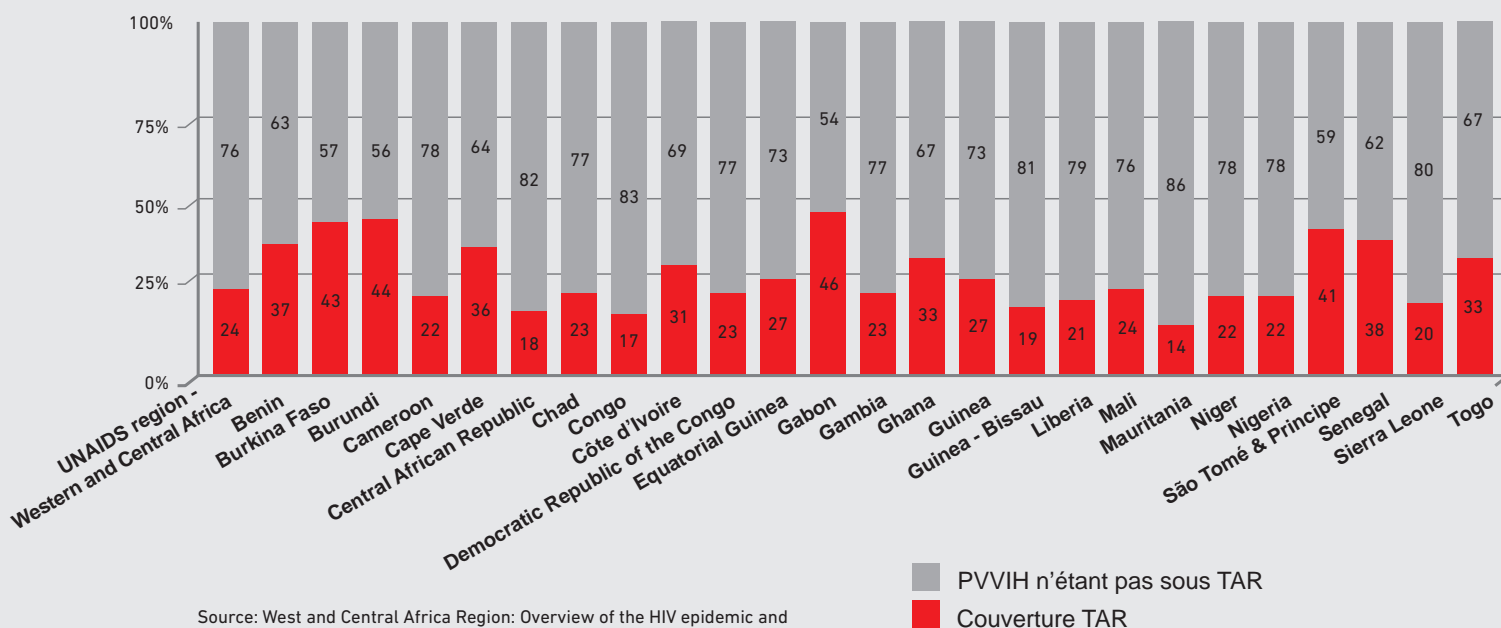
La couverture TAR en AOC était de 24 % en 2014.²¹ Cela signifie que selon les estimations, cinq millions de PVVIH en AOC ayant besoin d'un traitement ne le reçoivent pas. Parmi ceux-ci, 2,5 millions vivent au Nigéria et 0,5 million au Cameroun.²²

Bien que le pourcentage de couverture de TAR ait augmenté au cours de la dernière année, la couverture régionale est loin d'être homogène, et les derniers chiffres révèlent une grande variation entre les pays. Certains pays, comme le Gabon et le Burkina Faso, rapportent des besoins couverts allant jusqu'à 40 %, tandis que d'autres pays restent sous le seuil de 25 %, entre autres la RCA, la République du Congo, la Guinée-Bissau et la Mauritanie (se reporter à la figure 1). La couverture TAR en AOC reste bien en-deçà de la moyenne pour l'Afrique sub-saharienne (42 %) et pour la région d'Afrique orientale et australe ou AOA (47 %). Alors que 10 des 19 millions de personnes vivant avec le VIH en AOA sont toujours en attente de traitement, 5 des 6,6 millions de PVVIH dans la région de l'AOC n'ont

actuellement pas accès au TAR. La couverture de PTME diffère largement aussi : 88 % en AOA contre 42 % en AOC. Près de 460.000 personnes sont mortes du SIDA en 2014 en AOA, qui compte plus de PVVIH et présente une plus grande prévalence du VIH. Mais entretemps, quelque 330.000 personnes décédaient en AOC. La figure 2 permet de comparer la couverture en TAR chez les adultes entre les pays de ces deux régions.

En AOC, le nombre de nouvelles infections est encore supérieur au nombre de personnes mises sous traitement, ce qui signifie que la région est loin d'atteindre le « point de basculement ». En 2014, près de 300.000 personnes ont été mises sous TAR dans la région, tandis que quelque 420.000 nouvelles infections sont à déplorer.^{23, 24} Seuls quatre pays en AOC (Sénégal, Bénin, Burundi et Gabon) rapportent un nombre de mises sous TAR égalant ou dépassant le nombre estimé de nouvelles infections au VIH.²⁵

Figure 1 : Couverture TAR des PVVIH dans la région d'AOC.



Source: West and Central Africa Region: Overview of the HIV epidemic and response, présentation par le directeur adjoint d'ONUSIDA RST-AOC lors de l'atelier régional Enda Santé/ONUSIDA sur les cibles 90-90-90, les 5 et 6 novembre 2015 à Dakar.

21 ONUSIDA, Données de 2014, disponibles à l'adresse : <http://aidsinfo.unaids.org/>

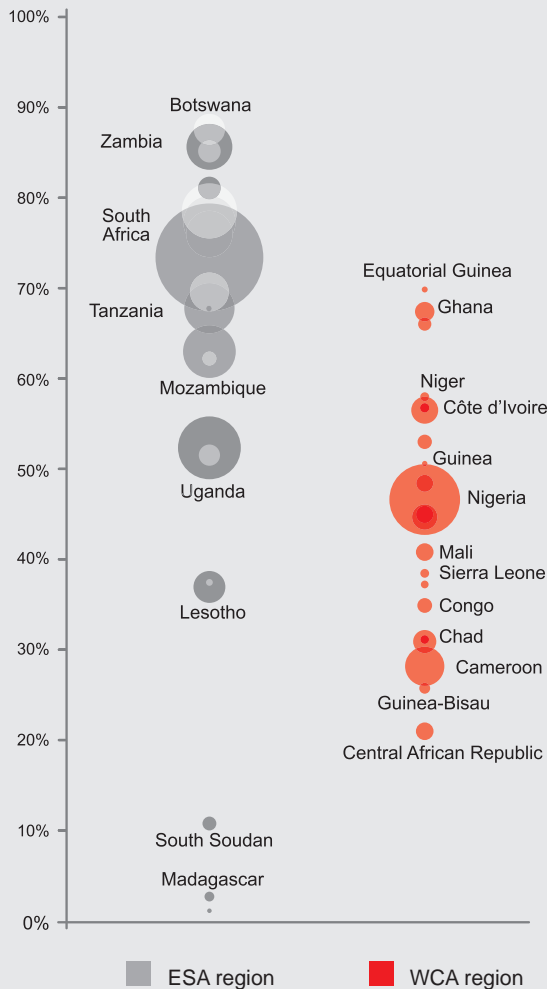
22 Ibid

23 Données de l'ONUSIDA obtenues à la demande de MSF, octobre 2015

24 ONUSIDA, Données de 2014, Op.Cit.

25 One, The AIDS report 2015, Unfinished business: Tracking Global Commitments on AIDS, Vol. 4, Disponible à l'adresse: <http://www.one.org/us/aids-report/>

Figure 2:
Comparaison de la couverture TAR chez les adultes
entre la région
de l'Afrique occidentale et centrale
et la région d'Afrique de l'est et australe.



Source: Dutta A. *et al.* The HIV Treatment Gap: Estimates of the Financial Resources Needed versus Available for Scale-Up of Antiretroviral Therapy in 97 Countries from 2015 to 2020, PLOS Medicine | DOI:10.1371/journal.pmed.1001907, novembre 2015.

En AOC, les données sur la rétention en traitement sont rares et ne peuvent être extrapolées pour obtenir des estimations régionales ou nationales. Dans les établissements de santé soutenus par MSF, la rétention varie considérablement selon le modèle de prestation de services. Elle se situe à 75 % en Guinée (2013), à 78 % en RDC (2014) et à 63 % en RCA (2014).²⁶ Mais l'expérience a montré que les patients qui interrompent leur traitement ARV ne le mentionnent pas nécessairement quand ils y reviennent. Selon une étude menée à Kinshasa en 2014, 70 % des patients gravement malades avaient déjà été sous TAR; 52 % d'entre eux avaient interrompu leur traitement pendant des périodes de plus de trois mois.²⁷

Les données insuffisantes sur la rétention, combinées aux faibles niveaux de connaissances et à l'expérience souvent limitées du personnel médical devant l'échec thérapeutique, signifient que la nécessité de recourir au traitement de deuxième ligne n'est pas identifiée à sa juste mesure. La situation s'aggrave lorsque les ARV de deuxième ou de troisième ligne sont rares ou indisponibles.

« Je tenais une petite boutique entre Brazzaville et Kinshasa et à cette époque, je payais pour obtenir mes ARV. Malheureusement, lorsque les Congolais ont été chassés de Brazzaville, j'ai dû arrêter mon traitement parce que je n'avais plus d'argent. Alors maintenant, je prends d'autres médicaments que mes amis me donnent parfois, mais ce ne sont pas des ARV. Du fait que je ne reçois plus de traitement, je suis maintenant très malade. J'ai des problèmes avec mes yeux, ma peau, ma tête et mes jambes. La tristesse me consume. Quand je regarde ma vie, je déprime. Il y a une lourdeur dans mon cœur. Je suis triste.

J'ai vu beaucoup de personnes mourir parce qu'elles n'avaient pas d'argent pour acheter leurs ARV. Cela me brise le cœur de voir les autres souffrir, tomber malade et mourir. Je voudrais que le gouvernement nous soutienne. Je voudrais avoir un endroit où nous pourrions nous procurer le traitement »

Patiente, Kinshasa, RDC.

26 Ces données ne peuvent pas être extrapolées à l'ensemble du pays, car elles sont basées sur quelques sites de traitement du VIH. De plus, dans les modèles de soins communautaires et différenciés, les taux de rétention sont beaucoup mieux.

27 Mashako Maria, Forte mortalité intra-hospitalière de PVVIH à Kinshasa: Quelles stratégies pour y remédier?, Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences de la Santé Publique Contrôle des Maladies, Anvers, IMT, juin 2015.

2.4 FORTE MORTALITÉ LIÉE AU VIH ET PATIENTS GRAVEMENT MALADES

Comme il a été mentionné précédemment, les pays de l'AOC comptaient, en 2013, 36 % des décès liés au SIDA en Afrique sub-saharienne. Sept pays – le Nigéria, le Cameroun, la RDC, la Côte d'Ivoire, le Tchad, la RCA et le Ghana – comptabilisaient ensemble 87 % des décès liés à la maladie dans la région la même année.²⁸

Une enquête de mortalité réalisée en 2012 dans la ville de Carnot en RCA a révélé qu'un décès sur trois parmi les personnes âgées de 15 ans et plus était imputé au VIH/SIDA.²⁹

Un délai dans la mise sous TAR, ou le manque de rétention en traitement, augmentent considérablement la morbidité et la mortalité.^{30, 31} Les patients arrivent souvent déjà gravement malades, sévèrement immunodéprimés et souffrant d'infections opportunistes (IO). Ces facteurs contribuent à une souffrance humaine évitable, surchargeant les systèmes de santé (en particulier les hôpitaux), et s'accompagnent d'un important coût économique et social. Dans les hôpitaux soutenus par MSF en RCA, nos équipes rapportent que 25 à 29 % des patients hospitalisés souffrent d'une maladie liée au VIH, tandis qu'environ 84 % de tous les décès intra-hospitaliers sont dus au SIDA. A l'hôpital Kabinda de Kinshasa, au département VIH soutenu par MSF, un patient séropositif hospitalisé sur quatre ne survit pas, du fait de leur état avancé lors de leur arrivée.

« Ce que nous voyons aujourd'hui dans nos projets d'Afrique occidentale et centrale me rappelle parfois nos débuts en Afrique du Sud en 1999, quand nous avons instauré le premier programme de TAR dans le pays. Dans nos projets en RDC, en Guinée ou en RCA, trop de patients dont nous nous occupons ont atteint les stades avancés du SIDA, ce qui est devenu relativement rare en Afrique du Sud depuis le milieu des années 2000. L'incidence de manifestations au stade avancé IV comme la méningite à cryptocoques, la tuberculose disséminée et le sarcome de Kaposi reste alarmante »

Eric Goemaere, référent VIH/TB pour MSF.

28 ONUSIDA, Document de travail régional pour les consultations sur la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA sur le développement en Afrique occidentale et centrale, février 2015, Dakar.

29 Epicentre, Enquête de mortalité rétrospective dans la ville de Carnot, Préfecture de Mambéré-Kadéï, République Centrafricaine, Janvier - Juillet 2012.

30 National Institutes of Health, Starting antiretroviral treatment early improves outcomes for HIV-infected individuals, mai 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.nih.gov/news/health/may2015/niaid-27.htm>

31 MSF (2010) The Ten Consequences of AIDS Treatment Delayed, Deferred, or Denied, juillet 2010 Disponible à l'adresse : http://www.msf.or.jp/library/pressreport/pdf/Report_10consequences_highres.pdf





2.5 LES FEMMES ET LES ENFANTS SONT CONFRONTÉS À DES ÉCARTS DE COUVERTURE TAR

En AOC, neuf enfants sur dix vivant avec le VIH ne reçoivent pas de traitement. En 2014, la région comptait 720.000 enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH, mais la couverture des ARV pédiatriques se situe à seulement 11 %.^{32,33} De tous les pays de l'AOC, seul le Cap-Vert a une couverture d'ARV pédiatriques supérieure à 20 %, tandis que dans 12 pays sur 21 de la région, moins d'un enfant sur dix a accès à un TAR (se reporter à la figure 3). La figure 4 illustre le délai relatif dans la mise sous TAR dans les pays de l'AOC par rapport à ceux de l'AOA.

Tandis que le TAR³⁴ chez les adultes a augmenté de 4 % en AOC de 2013 à 2014, il n'a augmenté que de 1 % chez les enfants. Sans une augmentation significative du rythme des mises sous TAR, l'écart de traitement chez les enfants ne fera que se creuser davantage. Le faible nombre d'enfants sous TAR est étroitement lié au manque de dépistage. Le personnel médical est formé de manière inadéquate pour pouvoir dépister et prendre en charge le VIH chez les enfants, et les laboratoires capables d'effectuer le diagnostic précoce du nourrisson sont rares. La provision de TAR aux enfants séropositifs devient difficile quand les ARV pédiatriques sont indisponibles et que le soutien nécessaire pour les enfants et leurs familles fait défaut. De plus, la stigmatisation, les préoccupations juridiques liées à l'autorisation parentale, et l'annonce de leur séropositivité contribuent au faible nombre d'enfants mis sous TAR.



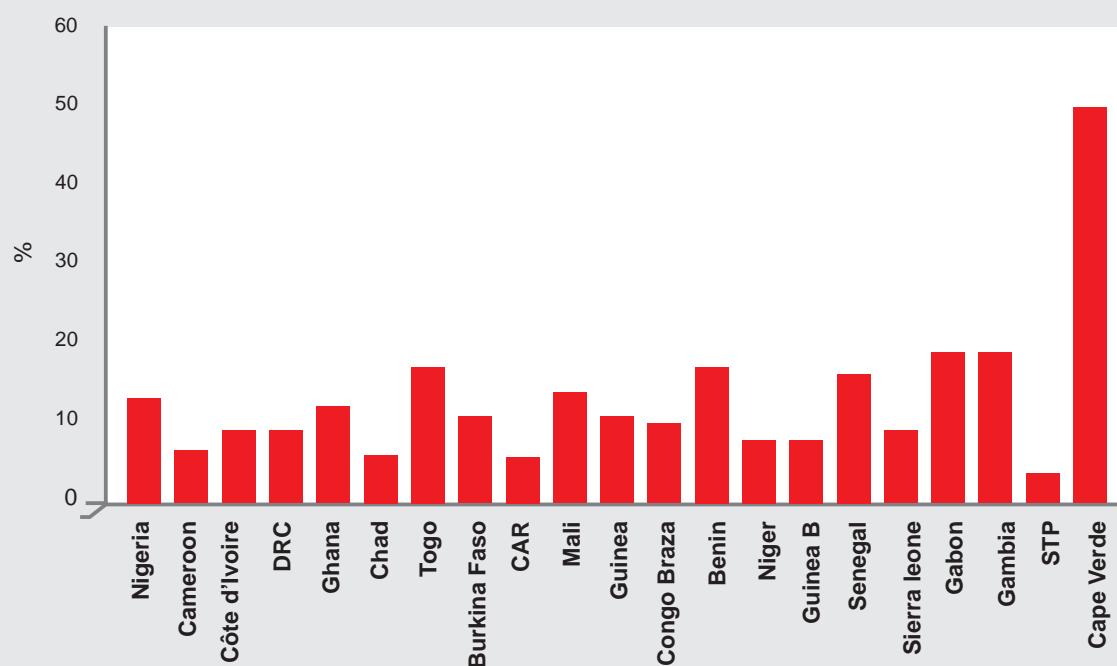
© Mario Travañi

32 Données de l'ONUSIDA obtenues à la demande de MSF, octobre 2015

33 ONUSIDA, Note de concept pour la consultation régionale sur les soins pédiatriques en Afrique occidentale et centrale tenue à Dakar, novembre 2015.

34 *Ibid.*

Figure 3 :
Couverture du TAR pédiatrique dans les pays de l'AOC.



Source : Note de concept de l'ONUSIDA pour la consultation régionale sur les soins pédiatriques en Afrique occidentale et centrale tenue à Dakar, en novembre 2015. Il est à noter que les données de quatre pays de l'AOC sont manquantes.

Les TAR pédiatriques évitent des pertes de vie inutiles:

- La mise sous TAR avant la 12^e semaine de vie réduit la mortalité liée au VIH de 75 % chez les enfants vivant avec le VIH
- Sans traitement, environ un tiers des enfants vivant avec le VIH n'atteindront pas l'âge d'un an; la moitié d'entre eux n'atteindra pas l'âge de deux ans, et seulement un enfant sur cinq atteindra l'âge de cinq ans.

Source : ONUSIDA³⁵

En outre, seulement 10 % des enfants nés de mères séropositives en AOC subissent un dépistage du VIH dans les deux mois suivant leur naissance. En Afrique orientale et australe, ce taux est de 50 %.³⁶ D'importants progrès ont été réalisés dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) grâce à l'accès aux médicaments antirétroviraux pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, mais en AOC, seulement 39 % des 360.000 femmes enceintes séropositives estimées ont reçu des ARV comparativement à 79 % dans les régions de l'Afrique orientale et australe en 2013.³⁷ La figure 5 illustre les grands écarts entre les pays, avec une couverture rapporté de PTME allant de plus de 81 % au Ghana à seulement 47 % en RDC.³⁸

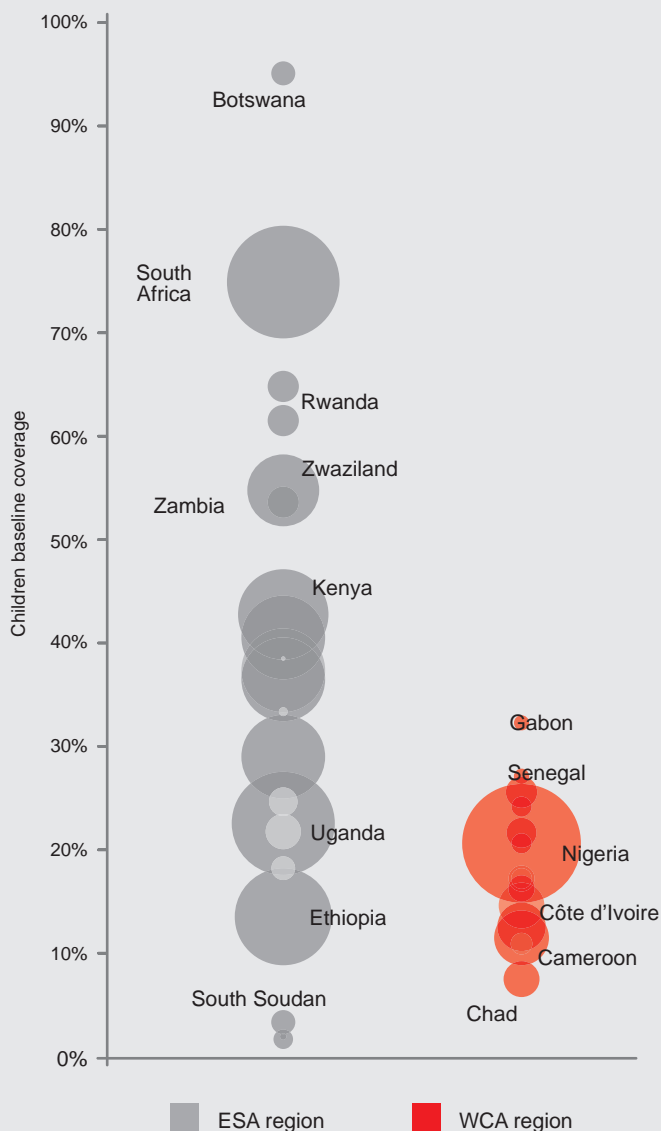
35 ONUSIDA, Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida, 2014.

36 UNICEF, Progrès pour les enfants : Au-delà des moyennes, Tirer les leçons des OMD, New York, juin 2015. Disponible à l'adresse : http://www.unicef.org/french/publications/files/Progress_for_Children_No_11_French_1607.pdf

37 *Ibid*

38 ONUSIDA, Données de 2014, disponibles à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org/>

Figure 4:
Comparaison de la couverture TAR pédiatrique entre la région de l'Afrique occidentale et centrale et la région d'Afrique de l'est et australe.



Source: Dutta A. *et al.* The HIV Treatment Gap: Estimates of the Financial Resources Needed versus Available for Scale-Up of Antiretroviral Therapy in 97 Countries from 2015 to 2020, PLOS Medicine | DOI:10.1371/journal.pmed.1001907, novembre 2015.

« Quand je suis arrivée ici il y a quatre jours pour accoucher, un médecin a proposé de me tester pour le VIH. Je n'avais jamais été testée auparavant, et j'ai reçu un résultat positif. Pour l'instant, je suis sous traitement et mon bébé aussi.

Je n'avais aucune idée que j'étais en danger. Mes deux parents sont décédés du VIH/SIDA, mais je ne savais pas qu'ils étaient infectés; c'est seulement après leur décès que j'ai compris pourquoi. J'ai perdu un enfant il y a quelque temps, mais je ne sais pas pourquoi. Je sais que ma fille de sept ans aura besoin d'un test, et jusqu'à présent, mon mari a refusé d'être testé ».

Patiente à la clinique de MSF à Carnot, République centrafricaine.

Des statistiques spécifiques pour l'AOC ne sont pas disponibles, mais à l'échelle mondiale, on estime que 2,1 millions d'adolescents vivaient avec le VIH en 2012.³⁹ Les adolescents (âgés de 10-19 ans) constituent le seul groupe d'âge où les décès attribuables au SIDA ont augmenté entre 2001 et 2012. Le VIH est la principale cause de décès de ce groupe d'âge dans le monde.⁴⁰ De plus, parmi les jeunes âgés de 15 à 19 ans, les filles représentaient les deux tiers de toutes les nouvelles infections au VIH en 2013.⁴¹ Ce fait démontre un échec majeur de la priorité accordée aux adolescents dans la planification stratégique, et un grave manque d'accès adapté et adéquat au dépistage, conseil et au TAR.

« Mes deux parents sont décédés quand j'étais enfant, je ne sais pas de quoi ils sont morts, je ne sais pas si c'est à cause du SIDA. Depuis l'école primaire, je tombais toujours malade. C'est devenu si grave que quand j'avais 15 ans, je suis tombé dans le coma. Pendant mon hospitalisation, on m'a diagnostiqué avec le VIH - quelle nouvelle dévastatrice. Ma grand-mère ne peut pas me regarder sans s'effondrer en larmes... Heureusement quand j'ai eu 16 ans, j'ai joint un groupe de soutien pour les adolescents. Nous étions une quinzaine, et nous pouvions nous confier les uns aux autres. Quel changement dans ma vie »

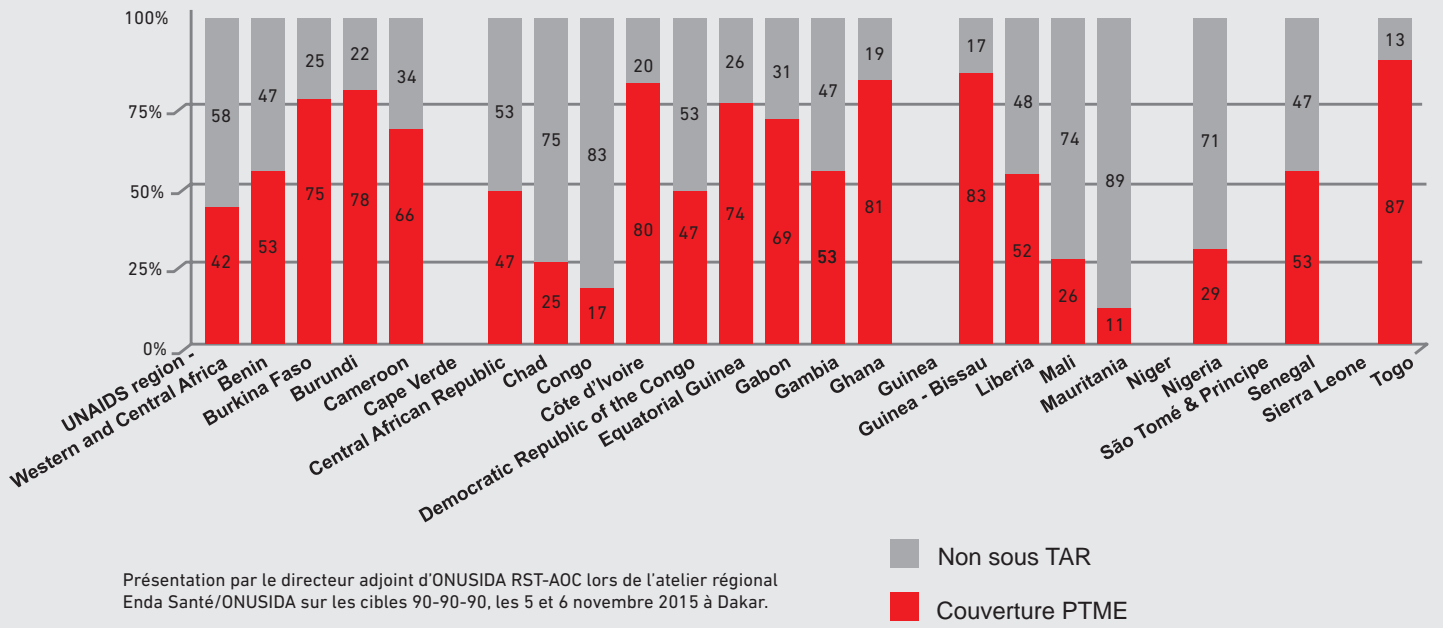
Patient adolescent, Conakry, Guinée.

39 *Ibid*

40 OMS. La santé pour les adolescents du monde. Une deuxième chance pour la deuxième décennie. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2014.

41 UNICEF, Progrès pour les enfants : Au-delà des moyennes, Tirer les leçons des OMD, New York, juin 2015. Disponible à l'adresse : http://www.unicef.org/french/publications/files/Progress_for_Children_No_11_French_1607.pdf

Figure 5 :
Couverture PTME dans les pays de l'AOC en 2014.



LES AVANTAGES DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TAR)

- **LE TAR SAUVE DES VIES.** Aujourd'hui, l'espérance de vie d'une personne vivant avec le VIH sous traitement est la même que celle d'une personne non infectée.⁴² Pour chaque 1.000 personnes traitées par année, 228 décès sont évités ainsi que 61 nouvelles infections par transmission sexuelle, et l'infection de 26 nourrissons.⁴³
- **LA MISE SOUS TAR PRÉCOCE PRÉSENTE DE MULTIPLES AVANTAGES.** Une étude rétrospective de MSF portant sur 48 programmes VIH a révélé que la mise sous TAR précoce améliore les résultats du traitement et réduit la transmission du VIH. Notamment, les décès pré-traitement ou pré-ARV étaient plus élevés chez les patients à un stade avancé de la maladie, ce qui confirme l'importance d'amorcer précocement la mise sous TAR pour réduire le taux de mortalité.⁴⁴
- **LE TAR RÉDUIT LE NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS.** Le TAR décroît le risque de transmission du VIH jusqu'à 96 %, en réduisant la charge virale globale au sein des populations.⁴⁵ Le lien de causalité est plus claire chez les enfants et les jeunes, où la prévalence du VIH a chuté de 11,2 % en 2002 à 3 % en 2008.⁴⁶
- **LE TAR PRÉVIENT LA MALADIE.** Le TAR réduit le risque d'infection à la tuberculose chez les PVIH de 65 %.⁴⁷ En AOC, beaucoup de gens ignorent qu'ils sont séropositifs jusqu'au moment où ils tombent malades. Leur système immunitaire est alors endommagé de façon permanente et ils sont vulnérables à des infections mortelles.⁴⁸

- **LE TAR GARDE LES GENS PRODUCTIFS.** Investir dans le traitement du VIH génère des retombées économiques jusqu'à trois fois la mise de départ, en augmentant la productivité, en empêchant les enfants de devenir orphelins et en reportant les coûts de santé liés au traitement de maladies qui surviennent aux stades avancés.⁴⁹
- **LE TAR RÉDUIT LE FARDEAU SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.** La disponibilité accrue des médicaments ARV a permis de réduire le fardeau sur les établissements de santé, en particulier, en ce qui concerne la demande en soins hospitaliers et palliatifs. A Busia, au Kenya, la proportion de patients alités est passée de 10 % en 2004 à moins de 2 % en 2009 en raison de la couverture accrue des ARV.⁵⁰
- **LE TAR AMÉLIORE LE RECOURS À D'AUTRES SERVICES DE SANTÉ.** L'offre de soins du VIH conduit souvent à un meilleur recours à d'autres services, tels que les soins prénataux, les accouchements assistés, les vaccinations, le traitement des infections sexuellement transmissibles et le diagnostic de la tuberculose.^{51, 52} Par exemple, dans le projet de MSF à Thyolo, au Malawi, la proportion de femmes (sans égard à leur statut VIH) donnant naissance dans les centres de santé a presque doublé grâce aux initiatives de PTME dans les services de santé maternelle, passant de 22 % en 2006 à 41 % en 2008.⁵³ Les communautés font davantage confiance aux établissements de santé, et le recours aux soins augmente de manière globale après le début d'une provision efficace de soins VIH.
- **LE TAR RENFORCE L'ENSEMBLE DES SERVICES DE SANTÉ.** Les programmes de TAR entraînent souvent de grandes améliorations dans les services de santé, en termes de ressources humaines, de contrôle en laboratoire, de capacité et de gestion de la pharmacie et de gestion plus efficace des systèmes d'information et d'approvisionnement.⁵⁴

42 ONUSIDA, How AIDS changed everything. ONUSIDA; Genève 2015 (rapport de OMD6). Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf

43 Blandford J. Estimating health impact and costs of treatment in PEPFAR-supported programs. Washington, DC, Conseil consultatif scientifique de PEPFAR, 2011.

44 Mathieu Bastard, Daniel P O'Brien et al., Risk factors for mortality and loss to follow-up before antiretroviral therapy: a multi-centric, retrospective cohort study of 48 HIV programmes, 2014.

45 Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with Early Antiretroviral Therapy. NEMJ 365: 493-505, 2011 Disponible à l'adresse : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1105243>

46 Kavanagh M, Cohn J, Mabote L, et al. Evolving human rights and the science of antiretroviral medicine. Health and Human Rights Journal, 17/1, juin 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.hhrjournal.org/2015/06/evolving-human-rights-and-the-science-of-antiretroviral-medicine/>.

47 Suthar AB et al. Antiretroviral Therapy for Prevention of Tuberculosis in adults with HIV: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med, 2012, 9: e1001270. Disponible à l'adresse : <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001270>

48 Shisana O, Rehle T, Simbayi LC, et al. South African national HIV prevalence, incidence, behavior and communication survey 2008: a turning tide among teenagers? Juin 2009 Disponible à l'adresse : <http://www.health-e.org.za/wp-content/uploads/2013/05/2966e129fc39e07486250fd47fcc266e.pdf>

49 ONUSIDA, Access to antiretroviral therapy in Africa. Status report on progress towards 2015 targets. ONUSIDA, Genève 2013. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20131219_AccessARTAfricaStatusReportProgressTowards2015Targets_en_0.pdf

50 MSF, A Model of HIV/AIDS Care and Treatment in a Rural Setting. The experiences of MSF in the Greater Busia District, Western Kenya (2000 – 2010). avril 2010 Disponible à l'adresse : https://www.msf.org/sites/default/files/publicacion/KE_Busia%20Report_04%202010_25-05-2010.pdf

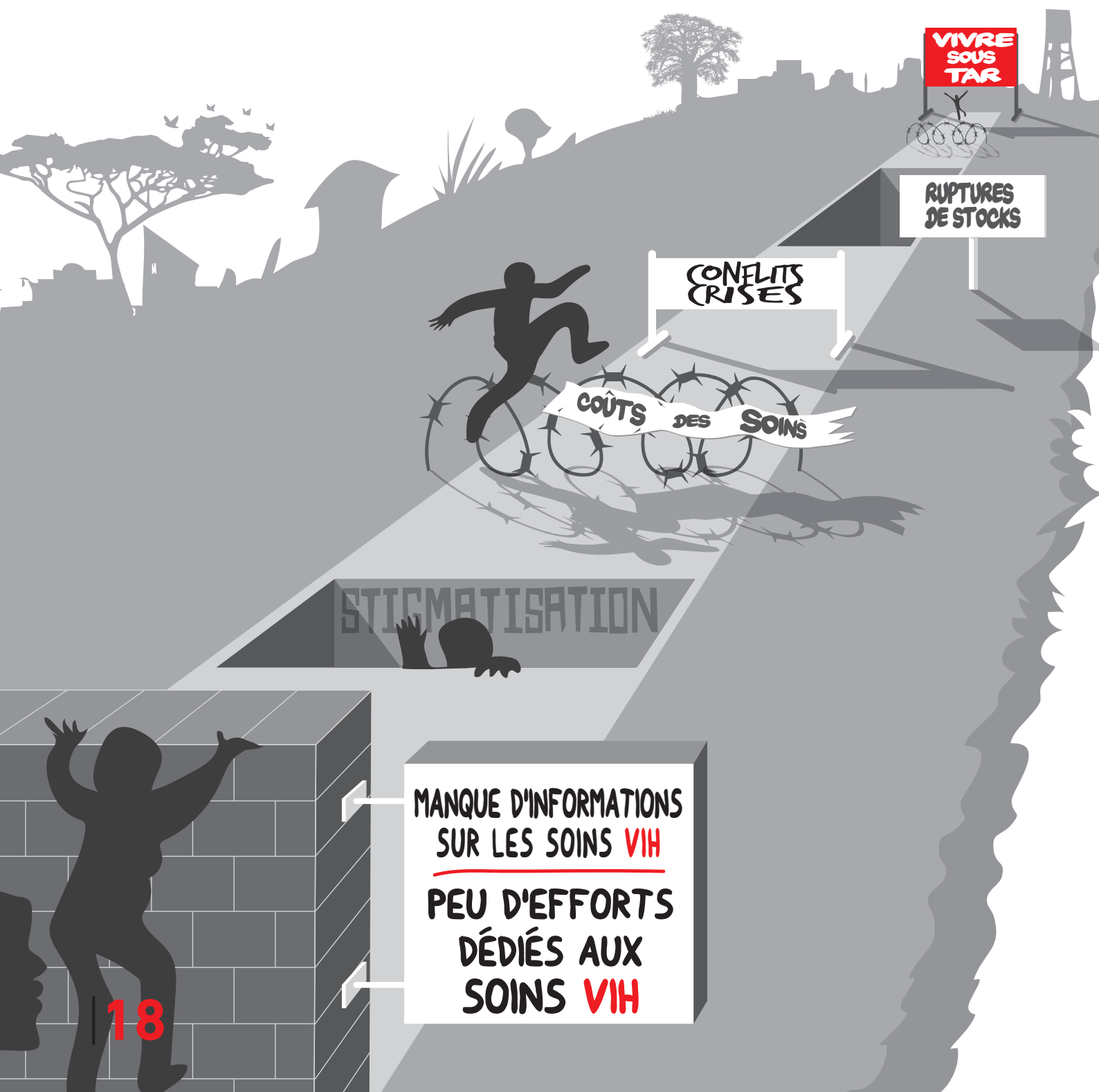
51 Walton DA, Farmer PE, Lambert W, et al. Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: lessons from rural Haiti. J of Pub Health Policy, 2005. Voir aussi : MSF. Increasing access to antiretroviral care in rural Malawi. 2009. Disponible à l'adresse : <http://fieldresearch.msf.org/msf/bitstream/10144/116359/1/Bemelmans%20et%20al%20Universal%20access%20Thyolo%20TMIH.pdf>

52 Case A, Paxson C. The impact of the AIDS pandemic on health services in Africa: evidence from the demographic and health surveys. Working Paper: Princeton University 2008. Disponible à l'adresse : <http://www.nber.org/papers/w15000>

53 MSF, Increasing access to antiretroviral care in rural Malawi. 2009. Disponible à l'adresse : <https://www.msf.org.za/msf-publications/increasing-access-to-antiretroviral-care-rural-malawi>

54 Op.Cit.

3. RAISONS DERRIÈRE LES DÉLAIS DANS L'AUGMENTATION DE LA COUVERTURE TAR EN AOC



3.1 PEU DE VISIBILITÉ, BEAUCOUP DE STIGMATISATION ET DE DISCRIMINATION

Alors que le conflit et l'instabilité politique entravent la continuité et l'intensification des programmes de réponse au VIH, ces crises viennent aggraver certaines difficultés importantes préexistantes pour les PVVIH en ce qui a trait à l'accès à des soins adéquats. Beaucoup des contraintes existantes dérivent, directement ou indirectement, d'une volonté politique limitée, de la faiblesse des systèmes de santé et du peu de moyens pour améliorer l'accès à un traitement de qualité.

La logique voudrait que les pays à faible prévalence, donc qui comptent un moins grand nombre de PVVIH, soient davantage en mesure de faire face à la situation. Mais cette logique ne tient pas dans la majorité des pays de l'AOC. Tout comme dans d'autres pays à plus faible prévalence, la couverture de TAR y est restreinte⁵⁵. Dans la majorité des pays de l'AOC, le manque de priorité donnée par les décideurs politiques et des bailleurs de fonds a conduit à des défis programmatiques, opérationnels et structurels qui empêchent de nombreux pays de fournir les services VIH nécessaires. La mobilisation des ressources pour fournir des ARV et des soins complets aux PVVIH entre en concurrence avec d'autres priorités du domaine de la santé. De même, les groupes de la société civile, qui sont si efficaces pour mobiliser le soutien au sein de pays à forte prévalence du VIH, ont moins de voix et de pouvoir car ils représentent un groupe plus marginalisé. En outre, la réponse humanitaire à la crise n'accorde pas suffisamment d'attention au VIH et ne met en place des mesures visant à atténuer le statut vulnérable des PVVIH.

De la faible visibilité du VIH en AOC découlent un déni et de la négligence, entravant ainsi l'efficacité de la mobilisation et de l'action. Comme l'ont rapporté de nombreux patients dans les pays où MSF travaille, les PVVIH ont à affronter un niveau élevé de stigmatisation et de discrimination. Cela peut être attribué à un manque d'attention médiatique, à la désinformation et à un moins grand engagement communautaire, mais des facteurs culturels et religieux sont également en cause. Quoique la plupart des pays de l'AOC disposent de lois protégeant les PVVIH, beaucoup d'entre elles n'ont pas encore été mises en œuvre.

Le personnel médical et les établissements médicaux ne sont pas exempts de problèmes de stigmatisation et de discrimination. La confidentialité dans les établissements de santé n'étant pas fiable, les patients sont souvent réticents à entamer une prise en charge du VIH près de chez eux. A Conakry, 20 % des patients recevant un TAR dans la clinique de Matam proviennent de zones rurales en dehors de la capitale. Les raisons invoquées par les patients incluent entre autres le manque de services, le manque de confiance envers les services existants et, surtout, l'anonymat.

La stigmatisation limite également le pouvoir de la société civile : les groupes de patients restent petits, avec un pouvoir limité pour exiger de meilleurs soins de la part des autorités et des bailleurs de fonds. Les patients finissent par se sentir isolés et manquent de soutien de la part de leurs pairs. Certains groupes de population - y compris les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres⁵⁶, les prisonniers et les consommateurs de drogues injectables - sont disproportionnellement affectés par le VIH et ont beaucoup de difficulté à accéder à des soins adéquats. Pourtant, la mobilisation de ces groupes marginalisés est possible : dans la ville minière de Kimbi en RDC, plus de 700 travailleurs et travailleuses du sexe se sont engagés dans la riposte au VIH et ont même aidé MSF à pouvoir atteindre davantage de leurs pairs au sein de ce groupe à haut risque.

55 Andrew Hill *et al.*, *Op. Cit.*

56 Selon un rapport récent, les gays, lesbiennes, bisexuels, transsexuels et transgenres (GLBTT) dans toute l'Afrique de l'Ouest vivent de plus en plus dans un environnement hostile. Pour en savoir plus, consultez : Arminsen M., We Exist : Mapping LGBTQ Organizing in West Africa, mars 2016 Disponible à l'adresse : <http://www.astraeafoundation.org/news/360/60/We-Exist-Mapping-LGBTQ-Organizing-in-West-Africa/d,home-news>

« A un certain moment, j'avais perdu tout espoir. Ma famille, mes quatre frères, ils m'ont tous abandonnée. Un jour, mon mari a pris les enfants et les a envoyés vivre au village. Quand j'ai commencé à perdre du poids, il m'a jetée à la rue et a épousé une autre femme. Quand je suis tombée malade, les gens sont allés chez moi et ont tout pris mes biens, croyant que j'allais mourir. Ce fut une expérience si traumatisante que j'ai eu une rechute. Alors, quand ma santé reviendra, je vais me prendre en mains et personne ne saura que je suis séropositive. J'ai dépensé tout mon argent dans les centres de santé et les hôpitaux. Une fois que j'avais épuisé toutes mes économies, le centre de santé m'a évincé en me disant : « Rentre chez toi, tu vas mourir ». Un médecin m'a alors dit qu'ils ne pouvaient pas juste me laisser mourir comme ça, donc il m'a amené à l'hôpital Kabinda de MSF. Si je n'étais pas venue, je serais morte ».

Patiente, 37 ans, Kinshasa, RDC

Les PVVIH dans les contextes à faible prévalence ne se classent pas dans le haut de la liste des priorités des bailleurs de fonds internationaux, qui ont tendance à se concentrer sur les pays à forte charge de morbidité et sur les foyers d'épidémie très concentrés à l'intérieur des pays, ce qui a pour conséquence la négligence ou le désintérêt envers des pays où la population de PVVIH est faible ou dispersée. La convergence actuelle des politiques du President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), du Fonds mondial et de l'ONUSIDA pourrait contribuer à cette situation, en accordant la priorité aux mêmes zones géographiques ou aux mêmes groupes de population à transmission élevée. La majorité des moyens disponibles tendent à être concentrés pour y accélérer la gamme complète des activités préventives et curatives. Cependant, le type de soutien qui sera garanti en dehors de ces « points névralgiques » afin de fournir aux PVVIH l'accès continu aux soins et l'accélération nécessaires dans la riposte au VIH demeure un point d'interrogation.



3.2 FAIBLES SYSTÈMES DE SANTÉ ET MODÈLES DE PRESTATION DE SERVICES INADÉQUATS

Alors que les dépenses en matière de santé ont augmenté dans les pays de l'AOC, de nombreux systèmes de santé restent faibles et la prestation des services médicaux demeure inéquitable, souvent détachée des besoins de la population et inefficace. Cette situation est particulièrement vraie pour les pays qui sont exposés à des crises à répétition, telles des épidémies ou des conflits, comme par exemple en RCA, en RDC ou au Nigéria. En RCA, même avant la résurgence de la guerre civile en 2012, le système de santé était qualifié d'« inexistant »⁵⁷ et dans un état d'« urgence médicale chronique ».⁵⁸ Vingt des 25 pays de la région sont classés comme des « États fragiles » par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), tandis que huit sont qualifiés d'« environnements opérationnels difficiles » par le Fonds mondial.⁵⁹

Les services de santé faibles et sous-financés font passer le fardeau financier des soins de santé aux patients et aux familles. Les frais directement imputés aux patients pour les services de santé conduisent à la pauvreté, privent les populations de soins de santé et amenuisent la qualité des soins prodigués par des travailleurs de la santé sous-payés.

Même si les ARV sont la plupart du temps fournis gratuitement, des frais supplémentaires sont facturés pour les consultations, les tests de dépistage du VIH, les analyses de laboratoire et la prescription de médicaments autres que les ARV, notamment les médicaments pour les infections opportunistes (IO). La numération des CD4 peut coûter jusqu'à 30 USD par patient. Impayables pour beaucoup de personnes, ces coûts peuvent se traduire par des soins retardés, incomplets ou de qualité inférieure. Si l'hospitalisation est nécessaire, les coûts s'accroissent.

Les coûts imputés aux patients peuvent entraîner des actes médicaux inutiles ou la prestation inefficace de services. Quand ces paiements contribuent aux revenus du personnel de santé, ce dernier pourrait être réticent à adopter des pratiques visant à réduire les consultations inutiles et la fréquence des renouvellements d'ARV, et à faciliter les renouvellements et le suivi en dehors des établissements médicaux (par exemple, dans la communauté ou par les groupes de pairs).

Les centres de santé qui dépendent de ces sources de revenus peuvent ainsi se retrouver réticents à mettre en œuvre des régimes de « TAR gratuits » et commencer à introduire des « quotas de patients VIH»,

donnant le temps de consultation prioritairement aux autres patients qui paient la totalité des frais. Cela peut créer des goulots d'étranglement et limiter le nombre de PVVIH capables de commencer le TAR.

Les barrières financières aux soins viennent aggraver les autres obstacles sociaux, économiques et liés à la stigmatisation. Par conséquent, les tests de dépistage du VIH et les mises sous TAR sont retardés, l'observance au traitement est minée, et la qualité des soins est compromise.

Les approches et modèles de soins qui se sont avérés efficaces dans d'autres contextes n'ont pas encore été adoptés ou adaptés par de nombreux pays de l'AOC où la couverture TAR est faible.

Bien que des approches thérapeutiques et des protocoles simplifiés soient disponibles, leur mise en œuvre n'est pas suffisamment rapide pour répondre aux besoins. Alors que de nombreux pays en AOC sont encore en train d'implémenter les directives 2013 de l'OMS sur les approches thérapeutiques et les protocoles simplifiés, de nouvelles directives englobant la recommandation « Test & Treat »⁶⁰ - ce qui implique le traitement pour tous - ont été émises en 2015.

La faible mise en œuvre des politiques de délégation de tâches entrave la décentralisation et l'offre de TAR dans les établissements de santé plus proche des patients, en dépit du fait qu'elles soient considérées comme les approches les plus pertinentes. Face à une pénurie de travailleurs de la santé qualifiés en Afrique australe, la délégation de tâches des médecins vers les infirmières et le personnel non-médical s'est fait de façon efficace, et a abouti dans l'ensemble à de meilleurs résultats pour les patients et les programmes. Cette délégation des tâches pourrait permettre une expansion plus rapide des services VIH, en diminuant le nombre de patients perdus de vue et en améliorant l'observance au traitement.⁶¹

La prestation de services au sein de la communauté est encore sous-utilisée dans la région, malgré le rôle crucial qu'elle a joué dans l'amélioration de l'observance chez les patients sous TAR dans d'autres régions.^{62,63} En AOC, l'intégration des services VIH et TB reste l'exception plutôt que la règle, et les patients doivent franchir de nombreuses étapes avant d'obtenir les combinaisons de traitements, alors que les avantages

57 Mark Beesley, Health provision in the Central African Republic, 2012.

58 MSF, République centrafricaine: Une crise silencieuse, novembre 2011. Disponible à l'adresse : http://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/a_state_of_silent_crisis_fr.pdf

59 En date du mois de mars 2016, ces huit « environnements opérationnels difficiles » de la région de l'AOC sont les suivants : Burundi, RCA, Tchad, RDC, Guinée-Bissau, Mali, Niger et Nigéria. Source : The Global Fund in Challenging Operating environments: the challenging operating environments policy. Draft Policy Paper, février 2016.

60 En septembre 2015, l'OMS a publié une directive qui faisait deux recommandations : la première, que chaque personne vivant avec le VIH soit mise sous traitement antirétroviral (TAR), peu importe la numération des CD4. Deuxièmement, l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) est recommandée comme choix de prévention pour les personnes à risque élevé d'infection à VIH dans le cadre d'approches de prévention combinée. Pour en savoir plus, consultez : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

61 MSF, HIV/TB counselling: Who is doing the job? Time for recognition of lay counsellors, août 2015. Disponible à l'adresse : http://www.msf.org/sites/msf.org/files/final_web_counsellor_report_one_page.pdf

62 Bemelmans M, Baert S, Goemaere E, et al. Community-supported models of care for people on HIV treatment in Sub-Saharan Africa, TMIH, août 2014. Disponible à l'adresse : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12332/abstract>

63 Ford N., Effect of frequency of clinic visits and medication pick-up antiretroviral therapy outcomes: a systematic review and meta-analysis. Présentation de l'OMS à ICASA, Harare, novembre 2015.

d'un point de service à guichet unique qui permettait d'améliorer la qualité des soins et l'observance n'est plus à démontrer.^{64, 65}

La plupart des pays de l'AOC n'ont pas de mesure systématique de la charge virale, même si cette méthode est devenue la norme en matière de suivi du TAR, permettant ainsi d'identifier les patients qui ont besoin d'un soutien ciblé afin d'améliorer l'observance et prévenir un échec thérapeutique.

La qualité des soins risque de pâtir si tous les éléments d'une prise en charge globale et continue ne sont pas assurée. Cela peut également augmenter le nombre de patients perdus de vue, ce qui pourrait se solder par un échec. MSF a documenté ces conséquences à Bukavu, en RDC, où plus d'un tiers des patients ont été perdus de vue après le transfert des activités de MSF à un autre organisme; certains soins offerts aux patients n'étaient plus gratuits comme le traitement des infections opportunistes, les analyses de laboratoire, les soins à domicile, les renouvellements prolongés d'ARV et le soutien nutritionnel.⁶⁶ Des problèmes similaires ont été décrits après une interruption des traitements à Lubumbashi, en RDC quand une ONG nationale a dû cesser d'offrir des services VIH et que les patients ont dû obtenir leurs soins auprès d'autres établissements de santé.⁶⁷

Les directives pour le TAR pédiatrique recommandent de traiter tous les enfants séropositifs âgés de moins de 5 ans, mais ces directives ne sont pas appliquées,

ce qui engendre un faible taux de de traitement. Certains des facteurs qui mènent à une faible couverture ARV chez les adultes sont semblables, mais d'autres problèmes s'y ajoutent : un manque de diagnostic précoce pour détecter l'infection chez les nourrissons exposés au VIH, la perte de vue des couples mère-enfant pendant la phase de PTME, un manque de formulations d'ARV pédiatriques, ainsi qu'une faible capacité et de nombreuses occasions manquées d'identifier les enfants infectés par le VIH.

Les fréquentes pénuries et ruptures de stock dans les fournitures médicales entravent la délivrance efficace et efficiente des soins liés au VIH. La faiblesse des systèmes d'approvisionnement se traduit par des stocks en surnombre et en sous nombre, ainsi que des ruptures de stock de médicaments, de matériel et autres produits (ARV et médicaments pour traiter les IO, tests de dépistage du VIH, réactifs de laboratoire).

L'approvisionnement peut être perturbé par une planification inadéquate des demandes de financement et de planification des besoins, la lenteur du décaissement des fonds internationaux et les retards dans les commandes internationales. Une mauvaise gestion dans le pays conduisant à une faible réactivité aux commandes et à des retards dans le transport des fournitures vers

les structures de santé vient exacerber ces situations. La dernière étape de la chaîne d'approvisionnement jusqu'au centre de santé est souvent négligée, et les faibles niveaux de stock ne sont pas signalés ou n'incitent pas à une réaction. La logistique des chaînes d'approvisionnement est souvent gérée par un personnel médical déjà surchargé et limité dans sa capacité à pouvoir le faire. Tous ces facteurs contribuent à une moindre qualité des services et finissent par avoir un impact négatif sur la santé des PVVIH.

L'existence d'importants risques de rupture de stock⁶⁸ et leurs répercussions sur les patients sont souvent sous-estimés. Même si des fournitures médicales sont disponibles en quantités suffisantes au niveau central, les pénuries et les ruptures de stock au niveau de l'établissement de santé entravent les nouvelles mises sous traitement et la rétention des patients, et peuvent se solder par une résistance virale et avoir un impact négatif sur le taux de survie⁶⁹. Dans une enquête menée en 2014 à Kinshasa, en RDC, jusqu'à 77 % des établissements de santé visités ont rapporté une ou plusieurs ruptures de stock d'au moins un ARV au cours des trois mois précédents. La plupart des produits de base étaient disponibles au niveau de la centrale, mais en raison de la rupture de stock, 68 % des PVVIH ont dû rentrer chez eux sans les médicaments nécessaires.^{70,71} De plus, en raison de ruptures de stock de tests de dépistage pendant une période de trois mois, environ 4.000 patients n'ont pas pu être testés après en avoir fait la demande.

La faiblesse dans l'approvisionnement vient compromettre la capacité des pays à mettre en œuvre les directives de traitement de l'OMS pour les PVVIH et à accélérer les mises sous TAR précoces. La continuité du traitement, nécessaire pour que les patients parviennent à une suppression virale, est compromise. Les modifications thérapeutiques suite aux nouvelles directives risquent également de compliquer la continuité de l'approvisionnement. Les efforts visant à réduire la période entre les réapprovisionnements d'ARV au niveau du patient sont contrecarrés en cas de préoccupations sur la disponibilité suffisante des ARV au niveau national.

Dans la plupart des contextes, MSF fournit des médicaments complémentaires pour traiter les IO, des kits de dépistage du VIH et d'autres produits médicaux pour pallier les pénuries. Au Mali, MSF fournit des ARV pédiatriques en cas de besoin. Dans certains cas, comme en RDC et en RCA, MSF doit également combler les pénuries d'ARV. Dans d'autres cas, MSF est l'un des principaux fournisseurs d'ARV au niveau national. En Guinée, par exemple, MSF a fourni près de 25 % de tous les ARV dans le pays en 2014.

64 Jochims F et al. Closing the gap: Decentralized, patient-centred and integrated TB/HIV care in a rural region in Swaziland. IAC Vienne, 2010.
65 Bygrave H, et al. TB/HIV Integration: Lessons Learned from implementation of a TB/HIV "One stop shop" at Primary Health Care Clinics in Rural Lesotho. IAC Vienne, 2010.
66 MSF Briefing Paper: Bukavu HIV Case Study: Ongoing access to HIV care in Bukavu, MSF 2010.
67 Freeman, R. et al. Patient Outcomes in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo After a Disruption in HIV Care Due to Decreased Global Fund Appropriations. AIDS Behav (2014) 18:2135-2143

68 Gallien J. et al. National Drug Stockout Risks in Africa: Analysis of the Global Fund Disbursement Process for Procurement, March 2015
69 Pasquet A, Messou E, Gabillard D, Minga A, Depoulosky A, et al. (2010). Impact of Drug Stock-Outs on Death and Retention to Care among HIV Infected Patients on Combination Antiretroviral Therapy in Abidjan, Côte d'Ivoire. PLoS ONE 5(10).
70 MSF, Empty Shelves, Come Back Tomorrow. ARV stock outs undermine efforts to fight HIV, novembre 2015. Disponible à l'adresse : https://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_out_of_stocks_.pdf
71 *Ibid*



© Sandra Smiley/MSF

« Nous manquons parfois de tests de dépistage du VIH à l'hôpital, et quand ça arrive, nous devons renvoyer les gens chez eux, même quand nous les soupçonnons d'être séropositifs. Considérant l'ampleur de la stigmatisation en RDC, un grand nombre de personnes auront trop peur de la perspective d'un résultat positif et ne reviendront jamais. Ainsi, on perd de vue ces personnes avant même qu'elles puissent connaître leur statut ».

Pierre Bilabi Butabambe, directeur des soins infirmiers, hôpital Mbankana, Kinshasa.



© Sandra Smiley/MSF

« Les ruptures de stock sont extrêmement frustrantes. En raison de la stigmatisation, il est très difficile de convaincre les gens de commencer à prendre des ARV, et une fois qu'ils adhèrent au traitement, nous devons leur dire qu'il n'y a pas de médicaments disponibles. Que vont-ils penser de tout cela? Cela me met en colère ».

Bijou Luboya Mudimba, infirmière responsable de la pharmacie, centre de santé Bomoto, Kinshasa.



© Sandra Smiley/MSF

« Quand il y a eu une rupture de stock de mes ARV, je ne pouvais prendre que du cotrimoxazole pour éviter les infections opportunistes. Durant cette période, j'ai eu des fièvres et des douleurs, et j'ai perdu cinq kilos. J'ai dû prendre un congé de maladie à mon travail parce que les symptômes étaient devenus insupportables ».

Patient sous TAR, Kinshasa.

La pénurie des services de laboratoire engendre des conséquences négatives sur l'accès aux soins et leur qualité.

A l'avenir, du fait de la recommandation « Test & Treat » de l'OMS, le TAR sera amorcé quelle que soit la numération des CD4 du patient. Mais à l'heure actuelle, le nonaccès à la numération des CD4 vient retarder les mises sous TAR, crée de longues périodes d'attente et contribue à la perte de vue des patients. Le manque de test de réaction en chaîne par polymérase (PCR) conduit au diagnostic tardif de l'infection chez les nourrissons exposés au VIH.⁷² De nombreux programmes de MSF en AOC doivent envoyer leurs échantillons hors du pays (par exemple, vers l'Afrique du Sud) afin d'obtenir des résultats fiables et plus rapides dans le diagnostic précoce du nourrisson.

Le suivi des données liées aux soins de prise en charge du VIH est faible, en particulier au niveau des usagers.

En conséquence, les données sont incomplètes, des questions sur leur validité et un manque de qualité dans les données disponibles viennent entraver une bonne planification, le suivi efficace des progrès et l'identification d'adaptations programmatiques nécessaires le cas échéant.

72 Le test de dépistage du VIH détecte la présence d'anticorps au virus. Chez les nourrissons, les anticorps restants de la mère peuvent donner des résultats faussement positifs. Par conséquent, un test PCR spécifique qui détecte la présence du virus lui-même est nécessaire.

3.3. RÔLE DE SOUTIEN LIMITÉ DE LA PART DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Le leadership et l'engagement communautaires sont essentiels pour stimuler la demande et fournir des services qui répondent aux besoins locaux. A l'échelle mondiale, les PVVIH et groupes de la société civile ont largement contribué, grâce à leur plaidoyer et leur activisme, à rendre la prévention et le traitement du VIH abordables et disponibles. Ces groupes soutiennent également la participation et l'observance au traitement du VIH, et protègent les droits des groupes de population les plus touchés par l'épidémie.⁷³ Dans de nombreux pays à faible prévalence, ce mouvement en est encore à ses premiers balbutiements.

Par ailleurs, les groupes de la société civile sont disproportionnellement touchés à mesure que les donateurs internationaux identifient de nouvelles priorités ou cessent leur soutien aux pays atteignant le statut de pays à revenu intermédiaire. Beaucoup d'organisations non gouvernementales (ONG) qui se consacrent à la protection des droits des PVVIH ont vu leur financement diminuer, ce qui limite davantage leur capacité de support aux PVVIH et d'exercer une influence positive sur les politiques. Certaines ont dû réduire ou même cesser leurs activités. Par exemple, depuis que la Banque mondiale a arrêté de soutenir les projets de lutte contre le VIH en RCA en 2012, les associations de PVVIH de la société civile luttent pour leur survie.

Dans les pays à faible prévalence, il peut être plus difficile pour les PVVIH de se regrouper pour faire valoir leurs droits, car souvent, elles sont très dispersées ou concentrées dans des sous-groupes marginalisés de la population. Cela vient limiter le pouvoir et la pression que les groupes de patients peuvent exercer sur les autorités, et peut entraver l'organisation des services de soutien tels que les groupes de pairs, le conseil pour les mises sous TAR et le suivi de l'observance des patients.

La fragmentation des organisations de la société civile en groupes de langues distinctes (principalement anglais et français) vient également restreindre l'échange d'expériences et le soutien mutuel entre pays.

Pourtant, la mobilisation est possible, comme illustré ci-dessous :

Albert, 55 ans, est le président d'un groupe de soutien par les patients pairs de MSF à Bukavu, dans la province du Sud-Kivu, en RDC. Il est tombé malade en 2008, avec une toux et une lésion sur sa lèvre pour laquelle il fut traité. Une semaine plus tard, il tomba dans le coma et fut hospitalisé aux soins intensifs à l'hôpital soutenu par MSF à Baraka. Il est resté inconscient pendant trois jours. Durant ce temps, alors que les médecins tentaient de diagnostiquer sa condition, il fut soumis à un test de dépistage du VIH. Albert est désormais presque tous les jours à l'hôpital et se rend régulièrement chez les patients qui abandonnent les consultations et ce, afin de les encourager à réintégrer les soins. Il explique : « Les gens ne comprennent pas le VIH. Ils ont peur de se soumettre au test de dépistage parce qu'ils pensent que si le résultat est positif, ils vont mourir tout de suite ». Dans le but d'améliorer la compréhension du public envers le VIH, il a récemment raconté son histoire dans un marché local très fréquenté. Un groupe de théâtre et de danse avait attiré un grand nombre de personnes, et pendant une pause, Albert s'est fièrement adressé à la foule et a expliqué sa situation.

© Rob Verrecchia/MSF



73 ONUSIDA, Sustaining the human rights response to HIV: An analysis of the funding landscape and voice from community service providers, 2015. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2769_humanrights_en.pdf

3.4 FAIBLE PRIORITÉ DONNÉE AU VIH ET MANQUE DE LEADERSHIP POLITIQUE

En AOC, le leadership politique en ce qui concerne la prise en charge complète du VIH est limité. Du fait de sa faible visibilité et de sa faible prévalence dans ces pays, le VIH perd facilement son statut politique prioritaire et devient un problème de santé parmi les autres. Une telle vision ne tient pas compte des risques spécifiques que le VIH représente pour les populations locales et les mesures nécessaires afin d'enrayer l'épidémie dans la région. Dans certains cas, d'ambitieux objectifs de prévention et de traitement ont été fixés, mais pour l'instant ceux-ci n'existent que sur papier. L'investissement financier dans les programmes nationaux du VIH reste faible au mieux, alors que les politiques pour la mise en œuvre des approches efficaces sont à la traîne par rapport aux pays où la prévalence du VIH est élevée.

En outre, avec la stagnation de l'aide au développement pour la santé en général et la tendance à la baisse des financements de la lutte contre le VIH –même dans les pays à forte prévalence–, il y a peu de soutien international pour inciter les dirigeants politiques en AOC à fournir les soins VIH nécessaires destinés à atteindre les objectifs 90-90-90. Les PVVIH dans les contextes à faible prévalence –notamment où leurs populations sont plus restreintes ou dispersées– ne tiennent pas le haut du pavé de la liste des priorités internationales. La priorité est donnée aux pays où les taux d'incidence ou les chiffres absolus sont considérés comme étant plus contributifs au fardeau du VIH à l'échelle mondiale.



3.5. LENTE RÉPONSE AUX BESOINS DES PVVIH LORS DE CRISES HUMANITAIRES

Les conflits et les crises humanitaires affectent les services VIH en retardant ou en interrompant la mise en œuvre des soins VIH complets et en affaiblissant davantage des systèmes de santé déjà fragiles. Le suivi de patients sous TAR est entravé, les soins pour les personnes gravement malades sont perturbés, et l'observance du traitement plus difficile, menant à une interruption partielle ou complète de services déjà limités. Lorsqu'elles sont confrontées à des flambées aiguës de tensions civiles, de violences, de déplacements, d'épidémies ou d'autres crises, les chaînes d'approvisionnement des centres de santé sont interrompues et les médicaments et autres produits médicaux nécessaires deviennent rapidement indisponibles. Le personnel de santé ne parvient pas à se rendre sur son lieu de travail, et les patients s'abstiennent de voyager en raison des risques encourus ou des difficultés liées au transport. Lors de la récente épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, les gens ont eu peur de fréquenter les centres de santé, et les services VIH ont été très perturbés dans les trois pays à forte transmission.

D'après une analyse conduite par la société civile en Sierra Leone, l'épidémie d'Ebola a affaibli les systèmes d'approvisionnement déjà inadéquats, réduisant gravement l'accès des PVVIH aux services de TAR.⁷⁴ En Guinée, l'organisation Solthis a documenté une diminution significative de l'utilisation des soins de santé chez les patients VIH inscrits à l'hôpital Donka de Conakry durant l'épidémie d'Ebola en 2014.⁷⁵ Quelque 42 % des patients sous TAR ont été perdus de vue. Cependant, dans les sites de traitement du VIH soutenus par MSF dans la capitale, un groupe de patients ayant reçu un réapprovisionnement d'ARV suffisant pour trois à six mois a montré une meilleure observance du traitement au cours de l'épidémie d'Ebola.⁷⁶ (Se reporter à l'étude de cas portant sur la Guinée.)

Les données montrent que les services VIH peuvent et doivent être maintenus pendant les situations de crise :

- Selon les directives du Comité permanent interorganisations (CPI), révisées en 2010, la poursuite du TAR pour les personnes déjà sous traitement

74 ITPC, Ebola is a major factor interrupting antiretroviral treatment to people living with HIV in Sierra Leone, mai 2015: <http://itpcglobal.org/itpc-west-africa-press-release-ebola-is-major-factor-interrupting-antiretroviral-treatment-to-people-living-with-hiv-in-sierra-leone/>

75 Ndawinz J., Cissé M. et al., Prevention of HIV spread during the Ebola outbreak in Guinea, *The Lancet*, Vol. 385, Issue 9976, 1393, avril 2015. Disponible à l'adresse : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60713-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60713-9/abstract)

76 Ortuna R. et al. (2015). ARV Provision for Longer Periods in Guinea Improves Retention in Care, Including during the Ebola Crisis. Abstract: 1958. Présentation orale à la conférence ICASA, Harare, novembre 2015.

avant une crise est recommandée.⁷⁷ Cela devrait être considéré comme une intervention prioritaire et une partie de la riposte initiale minimale au VIH, même pendant la phase aiguë d'une situation d'urgence.

- De même, le HCR a mis au point des outils pour guider la provision de TAR aux migrants et aux PVVIH touchés par des crises en Afrique sub-saharienne.⁷⁸
- Lors d'une réunion du conseil d'administration de l'ONUSIDA en 2015, la nécessité de se préparer à des interventions VIH appropriées à tous les stades d'une situation d'urgence humanitaire, ainsi que d'intégrer systématiquement un plan de préparation aux catastrophes/situations d'urgence dans tous les programmes VIH fut réitérée.⁷⁹

La préparation et les mesures de contingence peuvent atténuer considérablement les conséquences d'une interruption des services, comme le montre l'expérience. Toutefois, cela ne s'est pas traduit dans les politiques ou les actions là où elles sont les plus nécessaires :

- Les organismes d'aide et les équipes d'urgence perçoivent encore, à tort, que les services VIH sont complexes et moins importants que d'autres interventions plus urgentes. Souvent, les ARV ne sont pas inclus dans la première livraison de fournitures médicales.

- Les populations déplacées sont particulièrement touchées. Avec un nombre record de personnes déplacées par les conflits et la violence (59,5 millions en 2014, selon le HCR), il est essentiel d'assurer la continuité des soins et l'approvisionnement en ARV, ainsi que d'autres fournitures médicales nécessaires dans les situations de crise, comme celles qui ont récemment secoué la Côte-d'Ivoire, la RDC et la RCA. Une analyse réalisée en 2013 par le HCR en RCA a permis de conclure que de nombreuses personnes sous TAR avaient été contraintes de fuir en raison du conflit, menant à l'arrêt du traitement pour beaucoup d'entre elles vu l'absence de services de santé fonctionnels dans les endroits éloignés vers lesquels elles avaient fui.⁸⁰ Or, certaines organisations résistent encore au plan de contingence qui, entre autres, assure aux patients la délivrance d'ARV pour trois mois dans le cas d'une autre urgence ou d'urgences répétées.⁸¹
- L'initiation au traitement pendant les crises rencontre encore de la résistance, en dépit de preuves claires en faveur d'une amorce de traitement précoce. Les personnes déplacées présentant un risque plus élevé d'infection au VIH, à cause notamment de la violence sexuelle et d'une vulnérabilité accrue, la mise sous TAR précoce devrait être encouragée et soutenue en tant qu'élément essentiel d'une intervention humanitaire élargie.

PROBLÈMES ET OBSTACLES COMMUNS DANS LE DÉPISTAGE, LE TRAITEMENT ET LES SOINS DU VIH EN AOC

LES PATIENTS DOIVENT PAYER LEURS SOINS

- Les services sont inabordables pour la plupart d'entre eux.
- Ils sont exclus ou peu encouragés à consulter en temps opportun
- Faible qualité des soins reçus

SERVICES PEU ADAPTÉS AUX PATIENTS

- Stratégies non orientées vers les patients, ni centrées sur les résultats
- Traitement du VIH intégré dans des systèmes de santé faibles ou inéquitables, ce qui se traduit par de mauvais résultats

MODÈLES D'OFFRE DE SERVICES

- Stratégies efficaces non appliquées
- Utilisation sous-optimale de l'ensemble des services qui offrent des soins liés au VIH - y compris ceux fournis par les réseaux religieux et les ONG

FAIBLE ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

- Financière
- Géographique
- De longs délais d'attente
- Stigmatisation et manque de confidentialité
- Aide spécifique limitée en termes d'accès aux services pour les populations clés

OBJECTIFS NATIONAUX

- Manque de volonté politique et d'échelonnement de priorités aux niveaux national et international

CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

- Approvisionnement insuffisant et discontinu des produits essentiels
- Ruptures de stock fréquentes et prolongées de tests de laboratoire, d'ARV et de médicaments pour traiter les infections opportunistes, ce qui met en péril la continuité des soins et interrompt les mises sous TAR
- Manque de soutien financier et logistique de la chaîne d'approvisionnement dans le pays et en particulier de la dernière étape de la chaîne jusqu'à la livraison aux établissements de santé

SITUATIONS DE CRISE

- En cas d'urgence, le VIH n'est pas mis en priorité par les ONG ou les agences de l'ONU
- Les plans de contingence ne sont pas en place

FINANCEMENT

- Les stratégies de financement et de soutien sont mal adaptées aux contextes dits « fragiles »
- Les fonds disponibles ne s'attendent pas à soutenir les stratégies de délivrance de TAR les plus efficaces ni les approches innovantes
- Un financement global contre le VIH insuffisant, en particulier pour les groupes issus de la société civile et pour les activités de prévention

77 IASC Taskforce on HIV in Emergencies. Guidelines for addressing HIV in humanitarian settings, septembre 2010, disponible à l'adresse : <http://interagencystandingcommittee.org/node/2870>

78 HCR, Directives pour la fourniture du traitement antirétroviral aux migrants et aux personnes affectées par les crises en Afrique subsaharienne, septembre 2014, disponible à l'adresse : <http://www.unhcr.org/541fe8a19.pdf>

79 ONUSIDA. Promoting greater focus on HIV in humanitarian emergencies. juillet 2015 Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_PCB36_thematic

80 HCR, VIH/SIDA : Le conflit en République centrafricaine interrompt le traitement, septembre 2014 : <http://www.unhcr.fr/54072ad3c.html>

81 Les plans de contingence prévoient également des stocks de réserve au niveau de la clinique, la participation communautaire pour la distribution des ARV, des brochures d'information à jour pour les patients - y compris des conseils sur les autres services VIH disponibles, la coordination entre les parties prenantes du VIH pour les possibilités de référence des patients, etc.

4. AFFECTATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

FINANCEMENT INTERNATIONAL DES SERVICES VIH

En 2014, les dépenses mondiales liées au VIH s'élevaient à 20,2 milliards USD, ce qui représente une légère baisse par rapport à 2013, après plus d'une décennie d'augmentation du financement pour la riposte mondiale au VIH.⁸² Ce montant est toutefois encore en-deçà du celui préconisé dans la Déclaration politique de 2011 sur le SIDA, qui appelait à un financement à hauteur de 22 à 24 milliards USD par année d'ici 2015.⁸³ Les ressources nationales représentent plus de la moitié des ressources disponibles dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, principalement dû aux pays tels que le Botswana, la Namibie et l'Afrique du Sud.⁸⁴ Cependant, dans 44 pays à revenu faible et intermédiaire, plus de 75 % du financement lié au VIH provient de bailleurs de fonds internationaux.⁸⁵

En 2020, l'ONUSIDA estime que 31,1 milliards USD seront nécessaires chaque année dans le monde, dont au moins 40 % devraient provenir de sources internationales.⁸⁶ La mise en œuvre complète de la plus récente directive de l'OMS appelant au traitement de toutes les PVVIH et des cibles 90-90-90 va dépendre de la mobilisation de ressources supplémentaires.⁸⁷ Les ressources devront par ailleurs être dirigées de plus en plus vers les soins et les traitements - et en particulier vers les TAR.⁸⁸

Pour maintenir le soutien actuel aux efforts VIH entre 2014 et 2030, l'ONUSIDA estime les besoins jusqu'à 2 % du PIB et au moins un tiers du total des dépenses en santé gouvernementales dans les pays africains

les plus touchés⁸⁹ sont nécessaires. Mais la réalité dans de nombreux pays en est bien loin. La capacité à mobiliser des ressources supplémentaires au niveau national dépend fortement de la volonté politique et des restrictions sur les dépenses publiques. Elle est également susceptible de subir les répercussions de la volatilité économique en Afrique sub-saharienne, notamment due aux prix mondiaux du pétrole et d'autres minéraux, la sécheresse ou le ralentissement de l'économie mondiale.⁹⁰

Depuis 2010, les augmentations du financement de la part des bailleurs de fonds internationaux se sont stabilisées, et en 2014 les décaissements des bailleurs de fonds gouvernementaux pour le VIH ont connu une augmentation modeste de 2 % pour atteindre 8,64 milliards USD. Bien que la contribution du gouvernement américain ait stagné à 5,6 milliards USD en 2014, les États-Unis demeurent le plus important contributeur, fournissant près des deux tiers du montant octroyé par les bailleurs dans la lutte contre le VIH.⁹¹ D'autres pays ont préféré opter pour des voies multilatérales pour leur financement du VIH/SIDA, y compris le Fonds mondial.⁹² Les contributions globales au Fonds mondial pour la période 2014-16 ont augmenté après que ce dernier ait procédé à des réformes importantes.⁹³ Avec les bailleurs de fonds tels que la Banque mondiale et plusieurs bailleurs de fonds bilatéraux qui se retirent de la riposte au VIH, et en particulier du financement des ARV, le Fonds mondial joue un rôle plus important dans le marché des ARV, assumant environ un tiers des achats des médicaments antirétroviraux.

82 ONE, Unfinished Business: tracking global commitments on AIDS, vol. 4, décembre 2015 <http://one.org.s3.amazonaws.com/images/AIDS%20Report%202015%20-%20English.pdf>

83 ONUSIDA Fiche d'information 2015. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2015_fr.pdf

84 ONUSIDA, How AIDS changed everything. ONUSIDA; Genève 2015 (rapport de OMD6). Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf

85 ONUSIDA, Fiche d'information 2015, *Op.Cit.*

86 ONUSIDA, Stratégie pour 2016-2021. Accélérer la riposte pour mettre fin au Sida octobre 2015, disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15-18_FR_rev1.pdf

87 *Ibid*

88 Granich R. et al (2016). Pattern, Determinants, and Impact of HIV Spending on Care and Treatment in 38 High-Burden Low- and Middle-Income Countries. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2016;15(1). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.iapac.org/uploads/JIAPAC-Granich-et-al-HIV-Spending-Analyses-Pre-Print-120115.pdf>

89 ONUSIDA, How AIDS changed everything. *Op.Cit.*

90 Rowden R., Africa's boom is over. Rick Rowden. *Foreign Policy*, December 2015. Disponible à l'adresse : <https://foreignpolicy.com/2015/12/31/africas-boom-is-over/>

91 The Henry J. Kaiser Family Foundation and UNAIDS, Financing the response to HIV in low and middle income countries: international assistance from donor government in 2014, juillet 2015 Disponible à l'adresse : <http://kff.org/global-health-policy/report/financing-the-response-to-aids-in-low-and-middle-income-countries-international-assistance-from-donor-governments-in-2014/>

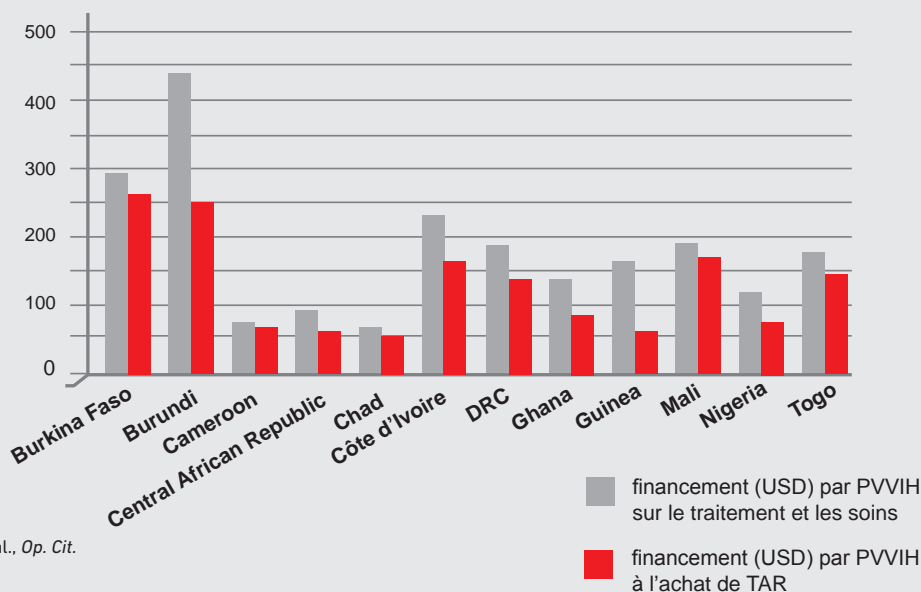
92 Globalement, la proportion du financement multilatéral a augmenté au fil du temps, passant de 24 % en 2006 à 27 % en 2014. En excluant le gouvernement des États-Unis, la proportion des contributions multilatérales est passée de 29 % à 47 %. Source: The Henry J. Kaiser Family Foundation and UNAIDS, *Op. Cit.*

93 *Ibid*

Dans 12 pays d'Afrique occidentale et centrale pour lesquels des données sont disponibles, le total (ajusté) des dépenses liées au VIH par PVIH pour les soins et le traitement varie considérablement, de 65 USD (Tchad) à 436 USD (Burundi). Se reporter à la figure 6 pour plus de détails. Six de ces 12 pays dépensent moins de 100 USD

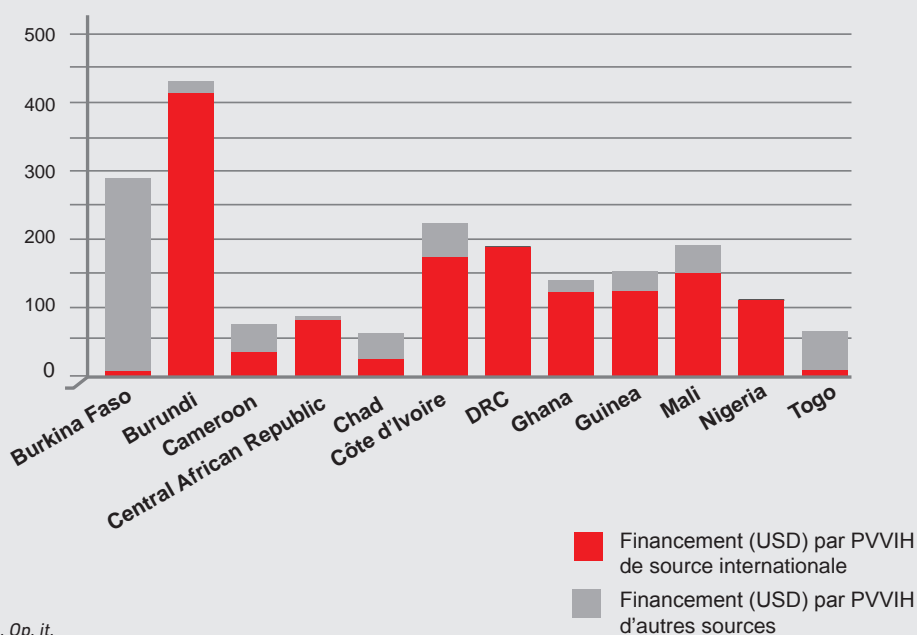
par PVIH pour le TAR. Il n'y a qu'au Burundi que plus de la moitié des ressources pour le VIH sont dirigés vers les soins et les traitements. Pour huit pays, plus de 75 % du financement pour les soins et le traitement proviennent de sources internationales (Figure 7).

Figure 6 :
Financement total (national et international) dépensé par PVIH pour le traitement et soins VIH et pour les achats de la TAR dans certains pays de l'AOC sélectionnés (données financières de 2011-2013).



Source: Granich et al., *Op. Cit.*

Figure 7 :
Montant dépensé par PVIH par des sources internationales et autres pour le traitement et les soins dans certains pays sélectionnés de l'AOC.



Source: Granich et al., *Op. it.*

4.1 RESSOURCES NATIONALES EN AOC

En AOC en 2012, la proportion des dépenses totales liées au VIH provenant de sources nationales a varié de 1 à 64 % des dépenses courantes du VIH.⁹⁴ Sans un soutien international important, assurer un financement continu et suffisant pour le VIH demeure une préoccupation. Moins de 10 USD par PVVIH, issus des ressources nationales en RDC, au Nigéria et en RCA, par exemple, sont allés au traitement et aux soins.^{95,96} Seuls trois pays sur 12 de la région ont dépensé plus d'un dollar sur quatre pour l'achat de TAR.

Selon l'ONUSIDA, les pays classés à revenus intermédiaires devraient augmenter leur contribution nationale pour couvrir de 45 à 95 % des besoins totaux de financement de leur réponse au VIH.⁹⁷ Toutefois, le revenu national brut n'est pas un bon indicateur de la capacité du gouvernement en matière de santé, et la corrélation avec les dépenses liées au VIH en soins et traitement est faible.⁹⁸ Dans des pays classifiés dans la catégorie « revenus intermédiaires », tels la République du Congo, la Mauritanie et le Gabon, les revenus nationaux bruts annuels sont volatils et ne reflètent pas nécessairement la capacité ou la volonté de leurs gouvernements à fournir des services de santé ou de prendre en charge le VIH.

Par ailleurs, alors que la mobilisation des ressources nationales a pour but de favoriser l'augmentation des dépenses publiques, la pression pour augmenter la contribution interne aux pays pourrait conduire à des

politiques qui augmentent les frais médicaux imputés aux patients dans des contextes où la plupart des individus vivent sous le seuil de pauvreté. Dans plusieurs pays, comme le Kenya, le Zimbabwe, le Malawi ou le Mozambique, la perspective d'une réduction de financement de la part des bailleurs de fonds a relancé des discussions sur la réintroduction ou l'expansion de la participation financière des patients. Il s'agit là d'un risque considérable pour l'accès universel et équitable aux traitements, en particulier dans la région de l'AOC, où les frais imputés aux patients représentent déjà l'une des principales barrières aux soins de santé. Les dépenses assumées par les ménages constituent une part importante des ressources consacrées au VIH en AOC. En RDC par exemple, les ménages ont contribué en 2012 à 38 % de toutes les dépenses liées au VIH avec les frais imputés aux patients⁹⁹ et 31 % au Nigéria. Dans ce dernier, le paiement des services VIH représente 14,5 % des dépenses annuelles des ménages, un risque évident supplémentaire d'appauvrissement.^{100,101}

Une revue critique des stratégies existantes en matière de ressources et allocations prioritaires pourrait accroître l'efficacité et l'efficience, notamment en veillant à ce que les ressources soient utilisées de manière optimale au profit des PVVIH, en particulier ceux qui risquent d'être laissés pour compte. Toutefois, les gains d'efficacité ne suffiront pas à combler le déficit de financement.

94 OMS, Global Health Expenditures database : <http://apps.who.int/nha/database/>

95 Rapport sur l'état d'avancement de la réponse à l'épidémie de VIH/SIDA (2014). PNMLS, mars 2014. Kinshasa, RDC. Avec référence au rapport REDES 2011-2012.

96 Granich R. *et al*, *Op.Cit*.

97 UNUSIDA, *On the Fast-Track to end AIDS*, *Op. Cit*.

98 Granich R. *et al*, *Op.Cit*.

99 Rapport sur l'état d'avancement de la réponse à l'épidémie de VIH/SIDA (2014). PNMLS, mars 2014. Kinshasa, RDC. Avec référence au rapport REDES 2011-2012.

100 National AIDS Spending Assessment (NASA) for 2011-2012. Federal government of Nigeria. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/nasa/20141017/nigeria_2011-2012_en.pdf

101 Onwujekwe O. *et al*. (2016). Examining geographic and socio-economic differences in outpatient and inpatient consumer expenditures for treating HIV/AIDS in Nigeria. *J.Int AIDS Soc*. 2016; 19 (1): 20588. Publié en ligne le 1er février 2016. doi: 10.7448 / IAS.19.1.20588. Disponible à l'adresse : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4737733/>



4.2 AIDE INTERNATIONALE

Tel que ci-dessus, les bailleurs de fonds ont montré un intérêt limité envers le VIH en AOC. Les investissements dans la riposte au VIH sont souvent considérés comme difficiles à mettre en œuvre et à gérer pour des agences qui s'estiment déjà à court des ressources et limités dans leurs capacités techniques pour soutenir les efforts à long terme. Malheureusement, d'un point de vue strictement développemental, sauver des vies par la provision d'ARV n'est souvent pas perçu comme étant suffisant pour justifier ces investissements. En dehors d'une crise humanitaire aiguë, l'écart à combler en termes de traitement se qualifie rarement pour un financement d'urgence.

Historiquement, l'AOC compte peu de pays qui ont été ciblés par PEPFAR, et à l'heure actuelle, l'organisme ne compte que quatre pays prioritaires au sein de la région : le Cameroun, la Côte-d'Ivoire, la RDC et le Nigéria. Le Fonds mondial a tendance à être le principal - et souvent le seul - bailleur de fonds à financer des activités VIH dans les pays de l'AOC, en particulier la provision d'ARV. La Banque mondiale et de nombreux bailleurs de fonds européens sont maintenant passés du financement des activités de traitement du SIDA et services associés au soutien des systèmes de santé avec le renforcement des capacités, l'assistance technique, des consultances et des investissements ponctuels.¹⁰² La Banque mondiale a mis fin à son financement spécifique du traitement du VIH (connu sous le nom de TAP & MAP), tandis qu'UNITAID¹⁰³ a graduellement cessé l'achat des ARV pédiatriques et de

deuxième ligne. En dépit de l'écart important en termes de financement et de services VIH, de nombreux bailleurs de fonds soutenant les activités de développement sont réticents à investir dans des coûts récurrents reliés au traitement du VIH, tels que les salaires du personnel.

La dépendance à des subventions du Fonds mondial crée à lui seul une situation potentiellement précaire. Sans sources alternatives de financement international, toute perturbation dans le décaissement de la subvention peut avoir de graves conséquences sur les programmes nationaux.

De plus, il y a trop peu d'intervenants disponibles pour combler les lacunes restantes en matière de financement de la lutte contre le VIH. Le Fonds mondial tient un registre des demandes de financement des pays évaluées par son Groupe d'examen technique indépendant et confirmées comme étant stratégiques et solides sur le plan technique, mais pour lesquelles il n'y avait pas assez de fonds au moment de la demande. Ce registre de « Unfunded Quality Demand », c'est-à-dire des demandes recevables non provisionnées, sert d'inventaire des composantes critiques ayant besoin de financement, mais ne représente qu'une partie des déficits de financement dans la riposte au VIH. Le tableau 2 montre des demandes recevables figurant sur le registre de pays sélectionnés de l'AOC, pour lesquelles d'autres sources de financement sont recherchées.

Table 2 :
Demandes de financement en provenance de l'AOC pour des interventions VIH critiques et figurant au registre du « Unfunded Quality Demand » (demandes recevables non provisionnées) du Fonds mondial, en millions de USD.¹⁰⁴

Pays	TAR	PTME	CDV	HSS/CSS	Prévention	VIH/TB	Autres	Total UQD
Cameroun	10,54 M \$		4,69 M \$					15,23 M \$
République du Congo		0,05 M \$	0,83 M \$	0,80 M \$	1,18 M \$	0,13 M \$	0,38 M \$	3,37 M \$
Gambie	5,62 M \$	1,06 M \$		0,05 M \$	0,76 M \$		0,36 M \$	7,85 M \$
Ghana	3,47 M \$			1,24 M \$	1,67 M \$			6,38 M \$
Guinée	7,45 M \$	5,15 M \$				1,10 M \$		13,70 M \$
Nigéria	48,02 M \$				9,15 M \$	11,06 M \$		68,23 M \$
Sierra Leone	5,90 M \$			4,08 M \$	4,00 M \$	0,97 M \$		14,95 M \$

102 No Time to Quit: HIV/AIDS treatment gap widening in Africa. Médecins Sans Frontières 2010. Disponible à l'adresse : <http://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/MSF-No-Time-to-Quit-HIV-AIDS.pdf>

103 UNITAID est une initiative mondiale de la santé, en grande partie financé par un prélèvement de solidarité sur les billets d'avion.

104 Registre des demandes recevables non provisionnées du Fonds mondial (au 29 janvier 2016) http://www.theglobalfund.org/documents/core/grants/Core_UQD_Tool_en/

4.3 LE SOUTIEN AUX ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE MIS À RUDE ÉPREUVE

Une autre conséquence inquiétante du financement global limité se traduit par des réductions dans le financement des organisations de la société civile, y compris les associations de patients/PVVIH. Ces organisations, bien que reconnues comme essentielles au diagnostic, traitement et soins du VIH, éprouvent désormais certaines difficultés. Selon l'ONUSIDA, 59 % des organisations de la société civile travaillant dans le domaine du VIH dans le monde ont signalé une diminution de leur financement en 2014.¹⁰⁵ Le soutien financier national aux organisations non gouvernementales (ONG) est souvent volatil, avec un risque que les critères de sélection qui s'appliquent à ces organisations ne dépendent de leur alignement politique, ce qui entrave leur capacité à contester les politiques et les pratiques gouvernementales en matière de santé. Près de 70 % des organisations ont indiqué qu'elles n'avaient jamais reçu de financement national.¹⁰⁶ Ceci est en net contraste avec la recommandation de l'ONUSIDA voulant que la provision de services VIH des pays par le biais d'organisations communautaires soit augmentée de 5 % à 30 % si l'on veut que les objectifs 90-90-90 soient atteints.¹⁰⁷

4.4 SYSTÈMES FRAGILES ET FAIBLESSE DE GESTION

Une utilisation peu optimale des fonds disponibles aggrave le déficit global du financement du VIH en AOC. Comme mentionné plus haut, 20 pays de l'AOC sont classés comme des états fragiles par l'OCDE, présentant une faible capacité d'absorption, une forte volatilité et un risque financier élevé pour le financement international, y compris pour le VIH. La complexité du contexte peut expliquer en partie des résultats plus lents ou plus faibles par rapport aux pays plus développés et stables, mais les progrès sont également entravés par un cercle vicieux de faible performance ou de rapportage, conduisant à l'allocation restreinte de fonds et entraînant ainsi des résultats encore plus faibles. Les risques financiers s'accompagnent souvent de conditions plus strictes de décaissement, qui viennent ralentir les opérations et l'utilisation efficace des fonds disponibles.¹⁰⁸

La nouvelle approche de financement du Fonds mondial est censée être plus souple qu'avant, avec des conditions de gestion des subventions adaptées au contexte de chaque pays. Cela représente une précieuse occasion pour les

pays ayant un besoin de rattrapage, à condition cependant que les attributions de financement tiennent compte de la nécessité d'une expansion rapide.

Plusieurs pays de l'AOC sont classés par le Fonds mondial comme « environnements opérationnels difficiles » : cette catégorie englobe des pays, parties de pays ou régions caractérisés par une faible gouvernance, un faible accès aux services de santé et aux prises avec des crises naturelles ou provoquées par l'homme. Pour atténuer ces défis et améliorer les résultats dans ces contextes, le Fonds mondial a prévu une plus grande flexibilité et une meilleure préparation aux risques dans les subventions, mais dans les faits, l'application de ces mesures d'assouplissement jusqu'ici a été limitée.¹⁰⁹ Par exemple, les plus récentes propositions présentées au Fonds mondial par la RDC et la Guinée connaissent des retards importants, en raison des nouveaux processus de demande plus exigeants, ce qui a contribué à un délai dans la mise en œuvre et l'expansion de la couverture de TAR. Sans un soutien suffisant pour éliminer les goulots d'étranglement administratifs et de procédure, la RDC et la Guinée risquent de ne pas atteindre leurs objectifs d'ici fin 2017. En RCA, la vitesse d'expansion dépasse les objectifs actuels mais sans investissements supplémentaires, ces gains fragiles pourraient être perdus.

4.5 RIPOSTE AU VIH LORS DE CRISES HUMANITAIRES

Comme indiqué précédemment, les services VIH ne sont pas encore fournis de manière systématique dans les situations humanitaires aiguës. Au mieux, ils sont relégués à un stade ultérieur de l'intervention.

Actuellement, un certain nombre d'organismes explorent des initiatives pour adapter le soutien financier aux contextes fragiles et aux situations d'urgence. Une revue des expériences du Fonds mondial¹¹⁰ dans des environnements opérationnels difficiles, a mis en avant que la prise de risques opérationnels afin d'éviter de ne pas atteindre des résultats escomptés, reste peu valorisée. Par contre, les discussions continuent à être dominées essentiellement par les risques financiers. En règle générale, les organismes qui redoutent le risque vont suspendre leurs interventions lors de crises humanitaires, tandis que les besoins de la population pour des soins de qualité - notamment de services VIH - demeurent ou augmentent. Le nouveau Fonds d'urgence de 30 millions USD du Fonds mondial a été créé pour permettre le maintien des services lors d'événements qui risquent de perturber la délivrance de services. Par exemple, certains de ces fonds ont été utilisés pour assurer la continuité du traitement du VIH après le tremblement de terre au Népal et le conflit en Ukraine.

Le principal défi reste l'utilisation flexible des subventions existantes, c'est-à-dire l'adaptation des interventions et des flux de financement en réponse aux besoins changeants. Un cycle de planification plus court et plus agile est essentiel pour rester efficace et s'adapter aux besoins des PVVIH en situations de crise.

105 UNUSIDA, Sustaining the human rights response to HIV: An analysis of the funding landscape and voice from community service providers. 2015. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2769_humanrights_en.pdf

106 *Ibid*

107 UNUSIDA, TDR Consultation régionale sur 90-90-90 avec les implémentateurs en Afrique de l'Ouest et du Centre, Dakar, novembre 2015.

108 Solthis, Managing Risk in Fragile States: Putting Health First! Optimising the Efficiency of the Global Fund's Grants, novembre 2014. Disponible à l'adresse : http://solthis.org/wp-content/uploads/2015/11/Solthis_GF_Risk-management_2014_report.pdf

109 *Ibid*

110 TERG Position Paper: Thematic Review of the Global Fund in 'Fragile States'. Fonds mondial, 2013-2014.

QU'EST-CE QUI PEUT ET DOIT ÊTRE FAIT POUR ACCROÎTRE LA COUVERTURE DE TAR?



- Créer une pression politique pour une mobilisation autour des cibles 90-90-90



- Financer des stratégies qui sont efficaces au niveau des patients et qui donnent de meilleurs résultats



- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination, éduquer les patients et promouvoir les droits humains



- Supprimer les obstacles posés par les paiements et les frais imputés aux patients pour les services



- Mettre en œuvre la délégation de tâches, y compris la formation clinique et au soutien, pour les infirmiers(ères), les sages-femmes et les conseillers non professionnels (lay counsellors)



- Simplifier et améliorer les analyses de laboratoire



- Mettre en place une gestion adéquate de la chaîne d'approvisionnement et assurer que les produits essentiels atteignent efficacement les patients



- Accélérer la mise en place de services de dépistage du VIH au niveau de la communauté et pour des patients spécifiques dans les services de santé



- Accroître l'accès aux mises sous TAR en appliquant le principe de « traitement pour tous »



- Veiller à ce que les populations clés ne soient pas oubliées



- Améliorer les services de PTME grâce à l'approche « dépistage et traitement » (B+)



- Augmenter considérablement l'accès au diagnostic et aux formulations ARV pédiatriques

5. QUELLES DÉMARCHES PEUVENT ET DOIVENT ÊTRE ENTAMÉES ?

Pour améliorer leurs chances de survie, les personnes vivant avec le VIH doivent rapidement amorcer un traitement, avant que le virus n'affaiblisse leur système immunitaire. Cela ne pourra se produire que si l'accès au dépistage et au traitement est considérablement renforcé. Il existe des stratégies efficaces pour intensifier les mises sous TAR précoces, mais dans bien des endroits, ces stratégies ne sont pas encore appliquées. Des stratégies novatrices sont également nécessaires pour pouvoir permettre à la population de l'Afrique occidentale et centrale de profiter de la révolution des TAR. Nous présentons quelques solutions possibles, basées sur notre expérience de la région et d'ailleurs.

Ces stratégies doivent cependant être adaptées aux besoins de la population dans des contextes particuliers. Les stratégies qui fonctionnent dans les pays à forte prévalence - telles que la décentralisation et l'intégration systématique des services TAR dans les services de santé existants - pourraient ne pas être la meilleure option pour les pays à faible prévalence. Quand les séropositifs sont dispersés ou en faible nombre, il peut être difficile de trouver du personnel de santé ayant une expertise médicale suffisante pour gérer correctement des programmes VIH et fournir aux patients des services TAR adaptés et adéquats. La dispersion des sites peut aussi compliquer l'organisation de mesures de soutien visant à améliorer la qualité des soins et l'observance du traitement, comme le soutien par les patients pairs, le suivi des retardataires, les mises sous TAR spécifiques et les conseils à l'observance.

5.1. METTRE EN PLACE DES POLITIQUES ET DES MODÈLES DE SOINS EFFICACES

Certaines politiques se sont montrées efficaces pour améliorer l'offre et l'accès au traitement pour les PVVIH et peuvent notamment réduire les obstacles dans les systèmes de santé faibles et inéquitables.^{111, 112}

Appliquer une politique stricte de gratuité pour les PVVIH et les services VIH/TB. Afin d'éviter les obstacles financiers à la mise sous traitement, à la continuité et à la qualité des soins offerts, les frais imputés directement aux patients devraient être éliminés.

111 MSF et ONUSIDA, Speed Up, Scale Up: Strategies, tools and policies to get the best HIV treatment to more people, sooner, juillet 2012. Disponible à l'adresse : http://www.msfastaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/HIV_AIDS/Docs/AIDS_report_SpeedUpScaleUp_ENG_2012.pdf

112 MSF, Reaching Closer to Home, October 2014. <http://samumf.org/download/reaching-closer-to-home-eng-pdf/>

Cela signifie que :

- Les patients ne devraient pas avoir à payer pour les soins essentiels et encore moins être tenus de payer une deuxième fois pour les produits et services qui ont déjà été subventionnés. Une attention particulière doit être de mise en ce qui concerne l'accès gratuit aux médicaments pour les infections opportunistes (IO), la numération des CD4, les analyses de laboratoire de base, la consultation et l'hospitalisation.
- Impliquer les associations de patients pour monitorer la manière dont les politiques de gratuité des soins sont appliquées et signaler tout manquement.
- Explorer la possibilité de fournir aux patients des coupons subventionnés pour des services gratuits, afin de motiver le personnel sous-payé à fournir des soins qui ne génèrent pas de revenus.
- Fournir à tous les patients stables la possibilité de réapprovisionnement de leurs ARV au sein de la communauté et à des intervalles moins fréquents, dans le but de réduire les visites cliniques inutiles qui sont motivées par les intérêts financiers du personnel de la santé.

Le transfert de tâches peut radicalement améliorer l'accès aux soins continus et de qualité.

L'approche actuelle centrée sur le clinicien ne tient pas compte de la pénurie critique de médecins dans certains pays et dans la plupart des zones rurales en AOC.

- Les dernières directives de l'OMS relatives aux services de dépistage du VIH recommandent le transfert de tâches de dépistage du virus à des agents non professionnels formés, qui peuvent utiliser des tests de diagnostic rapide pour offrir de manière autonome des services de dépistage du VIH sûrs et efficaces.¹¹³
- La stratégie du transfert de tâches aux infirmiers(ères) s'est révélée être aussi bonne voire meilleure pour la qualité des soins, car les infirmiers(ères) sont plus susceptibles de suivre les protocoles standards. Les pays de l'AOC n'ont pas encore pleinement mis en œuvre cette stratégie.
- Par ailleurs, le transfert des tâches vers d'autres catégories de personnel contribue à l'expansion rapide des services liés au VIH et se traduit par une observance du traitement accrue et un meilleur suivi des patients. MSF a déjà reconnu le rôle clé des conseillers non professionnels (lay counsellors) pour les conseils VIH/TB.¹¹⁴

113 OMS, Directives - Services de dépistage du VIH; OMS, Genève, 2015

114 MSF, HIV/TB counselling: Who is doing the job? Time for recognition of lay counsellors, août 2015. Disponible à l'adresse : http://www.msf.org/sites/msf.org/files/final_web_counsellor_report_one_page.pdf

- La distribution des ARV par les pairs et les membres de la communauté est un autre facteur clé. Dans de nombreux contextes, MSF a réalisé le transfert de tâches grâce à la formation sur le tas et l'encadrement du personnel.

Améliorer et simplifier les analyses de laboratoire.

L'adoption de l'approche « du traitement pour tous » va considérablement alléger le fardeau et le coût des analyses de laboratoire, car cela réduira le besoin de recourir à la numération des CD4. Les services de laboratoire devraient être réorganisés pour venir en support d'un modèle simplifié de soins. Parmi les approches qui peuvent simplifier et améliorer davantage la prise en charge, on trouve :

- Une amélioration de la disponibilité des analyses de laboratoire en optant pour la location d'appareils ou en utilisant des plates-formes déjà existantes, par exemple GeneXpert, en particulier dans les zones rurales.
- Une mesure de charge virale plus répandue, qui identifie tôt les patients qui ne suivent pas leur traitement, et des conseils sur l'observance, pour aider les individus à continuer le traitement de première ligne. La mesure de la charge virale fournit également un moyen de contrôler la qualité des soins et permet de réduire le nombre de visites à la clinique pour les patients qui présentent une suppression de charge virale et de les réapprovisionner en ARV pour des périodes plus longues. MSF a introduit dans ses programmes la mesure de la charge virale à plusieurs endroits, notamment en Guinée et en RDC.
- Le transfert de tâches peut pallier aux limitations en matière de ressources humaines en ce qui concerne la collecte d'échantillons. Par exemple, MSF utilise les travailleurs communautaires pour effectuer le test rapide de dépistage du VIH.
- Des méthodes innovantes telles que la M-Santé¹¹⁵ et la E-Santé¹¹⁶ peuvent également être utilisées. Celles-ci contribuent de manière significative à la réduction du délai d'obtention des résultats d'analyses.

Mettre en place une gestion robuste et flexible de la chaîne d'approvisionnement.

Des ruptures de stock fréquentes d'ARV, de médicaments pour les infections opportunistes, de tests de dépistage et d'autres produits de base représentent un énorme obstacle à la délivrance de services VIH de qualité. Elles ont un impact négatif sur la rétention dans les soins, et peuvent induire une résistance aux ARV qui oblige à recourir aux traitements de deuxième ligne, plus chers et moins accessibles. De plus, elles imposent un fardeau supplémentaire sur le personnel de santé et les patients. Cependant, les ruptures de stock et leurs conséquences sur la capacité de traiter ou de poursuivre un traitement sont rarement surveillées.

115 Selon Wikipedia, M-santé est une abréviation pour la santé mobile, utilisée pour la pratique de la médecine et de la santé publique soutenue par les appareils mobiles. (Pour en savoir plus, consultez : <https://en.wikipedia.org/wiki/MHealth>)

116 Selon l'OMS, E-santé est « le transfert des ressources de santé et de soins de santé par des moyens électroniques. (Pour plus d'information, consultez : <http://www.who.int/trade/glossary/story021/en/>)

Pour atteindre les objectifs ambitieux de mise sous traitement et de rétention, il est de la plus haute importance de garantir un approvisionnement ininterrompu de tous les produits essentiels. Des chaînes d'approvisionnement efficaces, en particulier dans les systèmes de santé faibles, reposent sur une planification serrée qui comprend l'anticipation des problèmes potentiels et des mécanismes prédéfinis pour agir rapidement en cas de problèmes.

Les mesures suivantes peuvent contribuer à y arriver :

- en améliorant la planification, la prévision et la budgétisation des fournitures nécessaires; en accordant des budgets pour des chaînes d'approvisionnement complémentaires et flexibles;
- en limitant les niveaux intermédiaires de stockage de produits essentiels;
- en améliorant l'échange d'informations et la coordination entre les partenaires concernés dans le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement;
- en assurant un soutien financier et logistique pour le transport et la livraison au niveau des établissements de santé (permettant ainsi d'atteindre le dernier maillon de la chaîne);
- en assurant des stocks de réserve suffisants aux niveaux central et des établissements de santé;
- en instaurant un système d'alerte efficace pour répondre rapidement à une disponibilité réduite au niveau des établissements de santé;
- en effectuant des vérifications externes avec la participation de la société civile grâce à des systèmes tels que les « observatoires de patients »;
- en améliorant les outils de suivi et d'évaluation au moyen d'indicateurs reflétant l'accès réel pour les patients; et en ayant en place des plans de contingence adéquats et à jour (y compris des stocks de réponse aux urgences).

Lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

Dans les pays à faible prévalence en particulier, la stigmatisation a des conséquences dramatiques sur les individus. Ils ne cherchent pas à se faire soigner à temps. La stigmatisation limite également la création d'associations de patients et l'activisme. Les moyens permettant de lutter contre la stigmatisation incluent:

- Soutenir de façon proactive la mobilisation communautaire, puisque le leadership communautaire est essentiel pour minimiser les effets dissuasifs de la stigmatisation et de la discrimination.
- Assurer l'accès aux services d'aide juridique pour les PVVIH, les populations clés et autres groupes vulnérables.
- Procéder à des interventions spécifiques visant à limiter les attitudes et les pratiques stigmatisantes dans les services de santé, par exemple en faisant participer les PVVIH.



Renforcer les groupes de la société civile en leur fournissant un soutien technique et financier accru et continu.

La société civile peut parler des besoins des PVVIH, réduire la stigmatisation et accroître la pression sur les politiques pour des services VIH de qualité, mais également améliorer la planification et la mise en œuvre de stratégies nationales. Elle peut surveiller la disponibilité des services et favoriser la redevabilité. En particulier, elle joue un rôle clé dans le développement des services axés sur les patients, les interventions communautaires, l'autonomie et le niveau d'information et de connaissance des patients.

- Les organisations non étatiques - y compris les ONG, les organisations confessionnelles¹¹⁷ et le secteur privé - pourraient jouer un rôle plus important dans la délivrance de services liés au VIH.
- La société civile et les communautés peuvent fournir des conseillers non professionnels et patients pairs qui améliorent l'accès et la qualité des soins dans les établissements de santé et peuvent rechercher de manière précoce les PVVIH qui ratent un rendez-vous médical.
- Les modèles communautaires de soins dépendent essentiellement des associations de patients et des organisations de la société civile pour rapprocher les soins des PVVIH.
- Les associations de patients peuvent aider à réduire la stigmatisation dans la communauté et parmi les travailleurs de la santé, et faciliter l'investissement systématique dans l'amélioration de l'autonomie et du niveau de connaissances des patients.
- Les « observatoires » ou les groupes de patients peuvent surveiller la qualité et l'accessibilité des services, en répondant à des questions telles que : est-ce que le diagnostic et le traitement sont vraiment gratuits pour les patients, et est-ce que le personnel médical respecte ces dispositions? Est-ce que les ARV, les médicaments pour traiter les IO et les tests de dépistage sont disponibles au centre de santé?

Encourager un transfert actif de connaissances et d'expériences en ce qui concerne la délivrance efficace d'ARV, en communiquant les expériences positives obtenues en Afrique orientale et australe ou reprises dans les publications internationales.

Pour de nombreux pays en AOC, ce transfert de connaissances est limité par les barrières linguistiques. Une étude récente a estimé à 26 % la couverture moyenne de TAR dans les pays francophones en Afrique sub-saharienne, et dans 15 de ces pays, la couverture de TAR et de PTME se situaient sous la moyenne pour l'Afrique sub-saharienne.¹¹⁸ Une traduction plus systématique des outils de diffusion en français par les parties prenantes actives dans le VIH seraient d'une grande aide pour la région de l'AOC.

Encourager la réflexion internationale sur des approches plus efficaces et innovantes dans la région de l'AOC.

A l'heure actuelle, peu d'efforts sont faits pour identifier les facteurs capables de changer la donne et d'assurer une évolution de la situation dans ces pays. Même au sein de MSF, les expériences pilotes et les nouveaux modèles de soins diamétralement différents sont rarement appliqués. Pour atteindre les cibles 90-90-90 d'ici 2020, certains changements fondamentaux et novateurs doivent être entrepris pour lutter contre le problème. Nous avons besoin d'une collaboration dynamique proactive sur le VIH dans la région, soutenue par une meilleure documentation et une recherche opérationnelle bien planifiée.

117 Kagawa RC, Anglemeyer A, Montagu D., The Scale of Faith Based Organization Participation in Health Service Delivery in Developing Countries: Systemic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE 7(11): e48457. doi:10.1371/journal.pone.0048457, novembre 2012. Disponible à l'adresse : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0048457>

118 VIH/SIDA, tuberculose, paludisme et aide au développement en Francophonie. Amis du Fonds Mondial Europe. janvier 2015.

5.2 ACCROÎTRE TOUTES LES OPPORTUNITÉS POSSIBLES POUR LES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

Il est de la plus haute importance d'offrir systématiquement (et gratuitement) le dépistage du VIH et les services de conseil aux patients dans les établissements de santé.

- Se concentrer sur le dépistage systématique des patients dans les services TB, services d'hospitalisation en médecine interne et en pédiatrie, ainsi que dans les centres de nutrition thérapeutique.
- Remplacer les protocoles de conseil laborieux par des approches simplifiées mettant l'accent sur les personnes séropositives et en les reliant directement aux soins.
- Reconnaître le rôle des fournisseurs de soins et des conseillers non professionnels - notamment les PVVIH - et mettre leurs compétences à profit, notamment dans les établissements de santé. Leur engagement allège le fardeau sur le personnel de santé, tout en maximisant l'empathie exprimée envers les patients. Reconnaître officiellement leur contribution, et solliciter leur appui durable augmente la capacité d'intensification du dépistage, relie les séropositifs aux soins et les aide à observer leur TAR.

Une stratégie complémentaire consiste également à offrir les services de dépistage et de conseil à l'extérieur des établissements de santé, dans des sites au sein de la communauté.

- La participation des ONG, des associations de patients et des centres communautaires est également essentielle pour inciter les individus à se soumettre au dépistage du

VIH. À Kinshasa, par exemple, le dépistage et la référence effectués dans la communauté ont été très efficaces pour identifier les personnes infectées par le VIH qui autrement n'auraient pas eu accès au diagnostic (comme illustré dans l'étude de cas de la RDC).

- De telles interventions communautaires doivent être correctement financées, à des niveaux beaucoup plus élevés qu'ils ne le sont actuellement, et doivent être incluses dans les plans nationaux sur le SIDA si l'on veut atteindre d'ici 2020 les objectifs accélérés de l'ONUSIDA.¹¹⁹
- Cibler les services de dépistage du VIH de proximité pour les groupes clés à risque, entre autres les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui utilisent des drogues injectables, les prisonniers, ainsi que d'autres groupes vulnérables spécifiques au contexte, y compris les mineurs, les camionneurs et les adolescents.

Dans les cas où ils sont jugés pertinents et réalisables, les tests de dépistage à domicile (auto-dépistage) peuvent être utilisés comme un complément aux services de dépistage en établissement ou décentralisés. L'auto-dépistage a été testé à la fois dans des contextes épidémiques concentrés et généralisés et les résultats ont été probants, en partie parce qu'il assure une confidentialité.

Il est essentiel d'augmenter substantiellement la demande pour le dépistage du VIH, au moyen d'investissements soutenus dans les programmes communautaires d'éducation sur le traitement du VIH. Les stratégies de sensibilisation communautaire et les stratégies de communication innovantes, telles que les applications de téléphonie mobile et les réseaux sociaux, pourraient également être utiles pour accroître la demande.



119 ONUSIDA et Stop AIDS Alliance, Communities Deliver, septembre 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.aidsalliance.org/resources/599-communities-deliver>



5.3 AMÉLIORER L'ACCÈS AU TAR

La recommandation de « Test & Treat » de l'OMS et l'initiative d'accélération fast-track de l'ONUSIDA simplifient considérablement les décisions quant au choix des individus à mettre sous TAR, puisque toutes les personnes qui sont séropositives sont éligibles; cela réduit ainsi les patients perdus de vue en amont du TAR, ainsi que les coûts et les temps d'attente pour intégrer un programme de prise en charge. Les pays devraient adopter d'ici fin 2016 des régimes thérapeutiques standards adéquats et des programmes de traitement standard simplifiés, tel que le recommande l'OMS, et à mettre en œuvre dès que possible. Pour accélérer le rythme des mises sous TAR et atteindre tous ceux qui en ont besoin, des modèles novateurs de délivrance de soins seront également nécessaires.

Accélérer la mise sous traitement

- Dans les provinces du Kivu à l'est de la RDC, MSF a mis sous traitement les personnes séropositives immédiatement, sans égard à leur numération des CD4 et ce, afin d'améliorer la mise sous traitement précoce et la rétention dans les soins, vu qu'un certain nombre de patients étaient perdus de vue avant même de commencer le traitement.
- Dans les projets de MSF en milieu urbain de la région AOC, la décentralisation des patients vers les centres de santé périphériques est souvent lente et difficile en raison des défis liés à la capacité de prise en charge et la qualité des soins - perçue ou réelle -, ainsi que des craintes des patients quant au manque de confidentialité. Le rythme des mises sous TAR est plus rapide surtout dans les centres de TAR qui offrent des soins et des ressources dédiées, y compris le soutien spécifique aux patients par les autres PVVIH pairs.
- Le dépistage et le traitement au niveau communautaire par le biais de cliniques mobiles pourraient également être une stratégie appropriée en AOC. MSF a mis en place des services de dépistage et de traitement à Yambio, une zone rurale touchée par le conflit du Soudan

du Sud, en utilisant des approches et des protocoles de consultation simplifiés, et un plan de contingence dans les cas où le conflit dégénère. Le programme a soumis 5.262 patients au dépistage en 6 mois et 178 (82 %) d'entre eux ont accepté de commencer le TAR le même jour; le suivi se fait par le biais de cliniques mobiles et des structures de santé externes.

Améliorer la qualité des soins

- Renforcer le dépistage et le traitement contre les infections opportunistes courantes, en veillant à ce qu'ils soient inclus dans les plans et propositions et qu'un financement adéquat soit à disposition (y compris par les bailleurs de fonds). C'est un complément nécessaire à l'organisation de l'accès au TAR. Les patients ne devraient pas payer pour le diagnostic des IO et les médicaments pour les traiter sous prétexte que les budgets publics sont insuffisants au niveau national ou international.
- Intégrer les services VIH et TB, de préférence proposés en consultation unique. Cette approche favorise le dépistage de la tuberculose et du VIH, permet la mise sous traitement précoce et facilite le suivi et le soutien aux patients co-infectés, tout en réduisant le temps et les coûts de transport assumés par les patients et les membres de la famille pour se présenter aux consultations.
- Utiliser la combinaison d'ARV à dose fixe (CDF) recommandée par l'OMS contenant du ténofovir, de l'efavirenz et de la lamivudine ou de l'emtricitabine qui engendre moins d'effets secondaires, ce qui favorise l'observance au traitement, et réduit le risque qu'un patient ne développe une résistance en cas d'interruption du traitement.¹²⁰

120 Vitoria M *et al*, Choice of antiretroviral drugs for continued treatment scale-up in a public health approach: what more do we need to know?, *Journal of the International AIDS Society*, 19:20504, février 2016. Disponible à l'adresse : <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20504> | <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.19.1.20504>

5.4. AMÉLIORER LA RÉTENTION DES PERSONNES SOUS TRAITEMENT ET ATTEINDRE UNE CHARGE VIRALE INDÉTECTABLE

La séparation de la délivrance d'ARV de la prise en charge clinique peut se révéler bénéfique dans de nombreux contextes.¹²¹ Idéalement, on pourrait décentraliser le suivi et les réapprovisionnements de médicaments pour les patients stables au niveau de la communauté et astreindre le patient à un suivi clinique (et une mesure de la charge virale) seulement une ou deux fois par an. L'expérience de MSF montre que cette approche réduit le fardeau et le coût pour les patients aussi bien que pour les services de santé.^{122,123}

MSF a mis en place avec succès différents modèles de prestation de services communautaires, y compris : l'espacement des rendez-vous pour des visites cliniques et des réapprovisionnements de médicaments au Malawi; la mise en place de groupes de réapprovisionnement d'ARV par les pairs dirigés par un éducateur en Afrique du Sud; l'instauration de points de distribution communautaire d'ARV en RDC; et la création de groupes communautaires d'ARV dirigés par les patients au Mozambique.

Ces quatre approches permettent toutes d'alléger le fardeau pour les patients (en réduisant le temps de transport et la perte de revenus) et pour les systèmes de santé (en réduisant le nombre de visites cliniques). La rétention dans les soins est élevée : 94 % à 36 mois au Malawi; 97 % à 40 mois en Afrique du Sud; 89 % à 12 mois en RDC; et 92 % à 48 mois au Mozambique. Des projets pilotes similaires sont en cours dans plusieurs contextes à faible prévalence et laissent entrevoir des résultats aussi prometteurs.

Selon le contexte et les préférences des patients, d'autres approches en termes de réapprovisionnement d'ARV ou une combinaison des approches suivantes pourraient être développées afin d'améliorer la rétention en traitement, par exemple :

- Dispenser aux patients des ARV pour de plus longues périodes (3 à 6 mois).
- Fournir aux patients un « stock de réserve » d'ARV à la maison. Cette approche est particulièrement intéressante pour les populations mobiles, les personnes qui voyagent ou dans des endroits où l'accès aux services de santé peut être interrompu par l'insécurité ou la violence.¹²⁴

- Permettre un réapprovisionnement en ARV dans la communauté. MSF soutient les organisations de la société civile dans différents contextes avec de bons résultats. En RDC, par exemple, les patients qui obtiennent leur réapprovisionnement d'ARV dans des sites communautaires gérés par des PVVIH présentent une meilleure observance que les patients suivis dans les établissements de santé (se reporter à l'étude de cas sur la RDC).
- Organiser les réapprovisionnements d'ARV à l'établissement de santé au moyen d'un système de livraison rapide distinct, permettant aux patients d'éviter les consultations et des temps d'attente.
- Autoriser les pairs ou les membres de la famille à récupérer des médicaments pour le patient.
- Utiliser des approches novatrices pour fournir des subventions ciblées et éliminer les obstacles financiers à l'accès, par exemple un système de bon prépayé, de sorte que les membres du personnel médical soient remboursés pour les prestations fournies et sans que le patient n'ait à payer.
- Mettre en œuvre un système de bons prépayés pour le transport, lorsque la distance et le coût sont des obstacles à l'observance du traitement, , comme nous le voyons au Mali ou en RCA par exemple.

Instaurer la mesure de la charge virale, y compris dans les établissements de santé en milieu rural. Sa disponibilité en AOC est actuellement limitée en dehors des capitales ou d'autres grands centres urbains. Une combinaison d'approches est nécessaire, y compris le test de la charge virale au point de prise en charge des patients et un système efficace de collecte et d'envoi des échantillons de sang séché avec - si possible - la communication des résultats par SMS, etc. En cas de lacunes au niveau national, l'envoi des échantillons vers un laboratoire régional pourrait être considéré. L'équipement de mesure de la charge virale doit être mis à disposition par le biais d'accords de location, afin d'assurer son entretien et sa réparation. Pour être en mesure d'agir en cas d'échec thérapeutique, il faut s'assurer que les médicaments ARV de deuxième ligne deviennent plus disponibles et abordables.

Choisir des traitements ARV le plus adapté à un contexte caractérisé par la faiblesse des systèmes de santé et la perturbation récurrente des soins. Inclure des essais cliniques de formulations innovantes, telles que les ARV injectables de longue durée et d'autres mesures visant à simplifier le traitement, afin de le rendre moins lourd pour les PVVIH et qu'elles se retrouvent moins dépendantes des services de santé.

121 Bemelmans M, Baert S, Goemaere E, et al. Community-supported models of care for people on HIV treatment in Sub-Saharan Africa, TMIH, May 2014 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12332/abstract>

122 MSF, HIV/AIDS: Community models of care explained. Disponible à l'adresse : <http://www.msf.org/article/hivaids-community-models-care-explained>

123 MSF et ONUSIDA, Community-based antiretroviral therapy delivery, Experiences of Médecins Sans Frontières, 2015. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/20150420_MSF_UNAIDS_JC2707

124 Providing antiretroviral therapy for mobile populations: Lesson learned from a cross border ARV programme in Musina, South Africa. MSF Afrique du Sud juillet 2012 Disponible à l'adresse : https://www.msfaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/HIV_AIDS/Docs/AIDS_report_ARTformobilepops_ENG_2012.pdf

5.5 INTENSIFIER LES EFFORTS POUR LES PVVIH QUI ONT ÉTÉ LAISSÉES POUR COMPTE

Le champ est encore bien libre pour **améliorer et innover la mise en œuvre de la PTME**. La plupart des pays ont adopté l'option B+, qui est plus efficace et plus simple, mais sa mise en œuvre tarde. Il faut régulariser la situation de toute urgence. D'autres mesures peuvent être prises pour accélérer l'intensification, notamment : offrir systématiquement le dépistage gratuit et confidentiel du VIH dans les centres de soins prénataux; promouvoir la participation des conseillers non professionnels dans les cliniques de maternité et de soins prénataux afin de réduire le fardeau des sages-femmes et des infirmières; inclure des interventions communautaires pour assurer l'observance au traitement et éviter la perte de vue des couples mère-enfant.

Appliquer et intensifier les modèles de soins centrés sur le patient pour lutter contre le VIH/SIDA chez les enfants.

Ceux-ci comprennent :

- L'intégration du diagnostic précoce chez le nourrisson, en utilisant des échantillons de sang séché, issus du talon des bébés nés de mères participant au programme de PTME, lors du suivi postnatal et dans les services cliniques pédiatriques pour les enfants de moins de cinq ans. Ceci peut être combiné avec l'envoi de résultats par SMS ou autres moyens technologiques.
- L'utilisation des plates-formes existantes de dépistage telles que le GeneXpert est également une option.
- L'accès sans délai aux ARV en formulations pédiatriques optimales pour les bébés.
- Le dépistage des enfants qui présentent un risque plus élevé (par exemple, les enfants qui souffrent de malnutrition¹²⁵, atteints de tuberculose, dont la famille comporte des séropositifs connus, etc.).
- La délégation de tâches des médecins vers les infirmières et les agents cliniques en ce qui concerne le TAR pédiatrique.
- Le soutien à l'observance et à la divulgation progressive du statut sérologique aux enfants et à leurs parents ou tuteurs dans un environnement adapté aux enfants.
- Le soutien communautaire et par les pairs.

MSF a montré qu'il est possible d'améliorer la couverture thérapeutique chez les enfants dans les contextes à faible prévalence. Au Niger, par exemple, MSF a commencé à soumettre à un test de dépistage du VIH les enfants souffrant de malnutrition sévère dans les centres de nutrition thérapeutique des hôpitaux de Madaoua et de Bouza. Entre juin 2014 et décembre 2015, 1,03 % et 1,69 % des enfants dépistés dans chaque site, ont reçu un diagnostic positif au VIH (comparativement à une prévalence nationale du VIH d'environ 0,8 %). Le TAR pédiatrique a pu être offert en région rurale grâce au transfert des tâches. MSF a appliqué des approches

125 Madec Y, Germanaud D, Moya-Alvarez V, et al. HIV Prevalence and Impact on Renutrition in Children Hospitalised for Severe Malnutrition in Niger: An Argument for More Systematic Screening. *Plos Medicine* 2011, vol 6.

similaires au Tchad, au Mali et en RCA.

Accorder une attention particulière aux adolescents vivant avec le VIH. Ces derniers sont non seulement essentiels à la réduction de la transmission du VIH, mais ils bénéficient de très peu de services qui soient adaptés à leurs besoins spécifiques. Afin de les aider à surmonter la stigmatisation et l'isolement, et faire naître un espoir pour l'avenir, MSF met l'accent sur le soutien psychosocial auprès des jeunes vivant avec le VIH. Les adolescents qui ont contracté le VIH à la naissance peuvent apprendre très jeunes qu'ils sont malades, mais ils peuvent aussi être confrontés à l'annonce beaucoup plus tard, ce qui est souvent plus difficile. Les adolescents séropositifs craignent notamment qu'en divulguant leur statut, ils ne pourront plus avoir de relations amoureuses et qu'ils vont perdre des amis. D'autres peuvent se retrouver dans une situation où ils ne sont pas correctement informés sur la maladie parce que leurs parents ont peur de la stigmatisation et de la discrimination qui entoure le VIH. Les groupes de soutien aux adolescents dans le projet de MSF à Epworth au Zimbabwe sont un exemple d'un endroit sûr où les adolescents séropositifs peuvent interagir et partager leurs expériences.¹²⁶

Se concentrer sur les autres groupes à risque élevé de transmission, souvent marginalisés et confrontés à la criminalisation (13 pays en AOC criminalisent les relations sexuelles de même sexe et 14 pays criminalisent le travail sexuel).¹²⁷

Des campagnes de dépistage ciblant les groupes clés à risque élevé d'infection VIH, un financement adéquat pour les interventions ciblées et des efforts visant à lutter contre la discrimination, la stigmatisation et les obstacles juridiques sont tous des éléments essentiels à la prise en charge de ces groupes spécifiques. Des modèles de soins qui leur sont adaptés sont également importants, comme ceux utilisés par MSF dans ses programmes au Myanmar et aussi à Kimbi en RDC, où nous opérons une clinique de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) pour les mineurs et les travailleurs du sexe. Afin d'assurer un meilleur taux d'utilisation et niveau d'acceptation, la clinique a mis en place des heures d'ouverture et des services qui sont adaptés à ces groupes de population cible.

126 MSF, International Women's Day: Medical and psychosocial support for teenagers with HIV, mars 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.msf.org/article/international-womens-day-medical-and-psychosocial-support-teenagers-hiv>

127 ONUSIDA, Stratégie pour 2016–2021. Accélérer la riposte pour mettre fin au Sida, *Op.Cit.*

5.6 RÉPONDRE AUX BESOINS DES PVVIH EN SITUATIONS DE CRISE

L'effet fragilisant des situations de conflit et de crise sur les systèmes de santé fragiles et la faible couverture en termes de TAR peut être contrecarré par l'anticipation et la préparation à travers des plans de contingence. Donner aux patients des ARV pour plusieurs mois peut les aider à poursuivre leur traitement même pendant les phases d'urgence d'une crise. La mise en œuvre des directives du CPI de 2010 est indispensable, même pendant la phase d'urgence. Toutes les parties prenantes (tant les ONG que les agences des Nations Unies) devraient soutenir ceci activement, et plaider en faveur d'une inclusion du VIH dans les mécanismes de coordination humanitaire (cluster).

Depuis plusieurs années, MSF utilise des plans de contingence pour répondre aux crises. En voici quelques exemples :

- Au Yémen en 2011 et 2015, les patients ont reçu un approvisionnement d'ARV pour 4 mois; un point de distribution d'ARV supplémentaire a été créé dans la capitale à partir duquel les médicaments ont été transportés aux personnes touchées dans les zones rurales ; une ligne d'assistance téléphonique a été mise en place pour permettre aux patients d'appeler avant même qu'ils se retrouvent à court de médicaments et permettant aussi d'organiser un endroit sûr où les récupérer; les dirigeants des associations de lutte contre le VIH furent impliqués dans le suivi des patients.
- Au Yémen et en RCA, les patients sous ARV ont reçu des « sacs à emporter en cas de fuite » contenant un approvisionnement supplémentaire de médicaments à emmener avec eux s'ils étaient forcés de fuir. Cependant, les résultats ont fort différé d'un endroit à l'autre. Après la crise de 2011 au Yémen, 97 % des patients sont revenus en consultation, alors qu'en RCA, seulement environ la moitié s'est représentée une fois que les conditions de sécurité se sont améliorées en mars 2014, mais l'autre moitié fut perdue de vue, ayant probablement fui le pays. Ces différences pourraient être attribuables aux différents contextes géographiques, au niveau d'éducation et aux types de violence. Les divergences entre les zones urbaines et rurales montrent aussi la nécessité d'une réponse adaptée spécifiquement à la situation.¹²⁸ Le programme national du SIDA au Yémen a depuis lors adopté le plan de contingence de MSF et est actuellement en train de le mettre en œuvre à l'échelle nationale.

Dr Abdulfattah Al-Alimi, coordinateur de terrain et chef de l'équipe médicale du projet VIH/SIDA de MSF au Yémen, explique comment le traitement antirétroviral a été maintenu « sous les bombes » au Yémen lorsque le conflit a éclaté en mars 2015 :

Tout d'abord, nous avons appelé les patients qui se trouvaient dans les gouvernorats les plus instables, c'est-à-dire Sa'ada, Al-Dhale, Hajjah et Aden; puis ceux qui vivaient dans les zones les plus difficiles de la capitale; et troisièmement, ceux qui avaient rendez-vous dans les prochains mois à la clinique pour récupérer leurs médicaments. En date du début du mois d'avril, nous avons réussi à contacter 745 des 773 patients qui étaient en traitement à ce moment-là à Sanaa. Avec l'aide des associations de lutte contre le VIH/SIDA et de l'Organisation internationale pour les migrations, nous avons été en mesure de trouver un grand nombre des personnes que nous n'avions pas été en mesure de joindre.

Ensuite, nous avons commencé à donner un approvisionnement d'ARV de deux mois à tous les patients. Beaucoup d'entre eux furent en mesure de venir à la clinique pour les récupérer, mais de nombreux autres n'ont pu le faire en raison des combats ou d'un manque de carburant ou d'argent pour voyager. Donc, nous avons cherché une meilleure façon de se rendre à eux et leur donner le traitement. Abdulbaset, l'infirmier responsable de la pharmacie, et moi-même avons livré des médicaments à plusieurs endroits, en risquant même parfois notre sécurité personnelle; par exemple, dans des sites qui se trouvaient à côté d'installations militaires, généralement ciblés par les frappes aériennes. Abdulbaset et les membres de l'association de lutte contre le VIH/SIDA ont aussi livrés des médicaments en moto dans des villages ruraux en dehors de Sanaa. De plus, les personnes qui recevaient les médicaments avaient notre numéro de téléphone pour nous appeler directement et trouver réponse à leurs doutes. Mais parler au téléphone était parfois difficile, en raison de coupures d'électricité et des attaques sur les systèmes de télécommunication.

La guerre a continué et l'accès à certaines cliniques est devenu plus difficile, donc nous avons fait un pas de plus en donnant aux patients suffisamment de médicaments ARV pour le reste de l'année. Afin de soutenir les personnes vivant avec le VIH à ce moment particulier, nous avons également créé un programme appelé « Soyez assurés », dans le cadre duquel les responsables des associations VIH appellent les patients pour vérifier leur état de santé, leur stock de médicaments, ainsi que leur état psychologique et financier. Ensuite, notre équipe fournit un soutien psychologique aux personnes dans le besoin.

128 Ferreyra C., Palacios L., Revuelta A. et al., Ensuring continuation of antiretroviral therapy during acute instability: the experience of MSF in Central African Republic and Yemen, mai 2014, disponible à l'adresse : http://www.msf.org/sites/uk/files/5_ferreyra_car_yemen_final.pdf

L'intérêt accru des bailleurs de fonds envers ce qu'on appelle les « États fragiles » se concentre sur la prévention ou l'atténuation de la violence ou des crises récurrentes. Les cycles de perturbation répétés sont très fréquents dans ces contextes, ce qui présente un argument clair en faveur d'une préparation systématique à la gestion médicale des patients atteints du VIH, y compris des scénarios détaillés, des plans de contingence précis et des stocks de réserve. À titre d'exemple, les modèles de prestation qui favorisent une autonomie accrue des patients par une approche simplifiée et flexible ont de meilleures chances de résister à des perturbations lors de crises.

Sur le plan stratégique, il est évident qu'un système simple - qui comprend notamment le transfert de tâches, l'engagement communautaire, des délivrances de médicaments pour de plus longues périodes et des stocks de réserve - est particulièrement indiqué pour les contextes sujets aux crises. En même temps, les expériences qui fonctionnent bien dans les situations de crise peuvent également profiter aux patients et aux programmes confrontés à des systèmes de santé fragiles ou défaillants en dehors des situations d'urgence.

ANTICIPER ET PRÉPARER DES SCÉNARIOS D'URGENCE

Chaque programme de TAR devrait inclure un plan de contingence pour chacun des scénarios d'urgence. En pratique, le plan comprend au moins : un stock d'ARV et d'autres intrants médicaux; un mécanisme de notification d'urgence pour signaler les problèmes et initier des interventions par le biais de voies d'approvisionnement adaptées; et un moyen de communiquer rapidement avec les patients et le personnel de santé (par exemple, un point central d'information et un numéro de téléphone sans frais). Le personnel et les ressources nécessaires doivent être planifiés, formés et affectés afin d'établir ces mécanismes dans la perspective d'une éventuelle crise. La mobilisation rapide des ressources financières est particulièrement importante. Les patients doivent également posséder des carnets de santé à jour et un stock de réserve de TAR.

De plus, dans un contexte où les systèmes de santé sont faibles, une orientation systématique vers l'autonomie du patient et la simplification des procédures permettront d'accroître la résilience et la robustesse du système, tant dans les situations d'urgence que dans des circonstances normales, avec les avantages évidents d'une meilleure réactivité à l'évolution des besoins des patients et du contexte.

Après de telles situations de crise, un plan de rattrapage est nécessaire, dans lequel les patients perdus de vue sont retracés de manière proactive, tandis que des efforts sont faits pour compenser les activités mises en veille pendant la crise. Le dépistage et les mises sous traitement accélérés peuvent, du moins en partie, atténuer les lacunes. Des ressources humaines et financières supplémentaires doivent être allouées pour accélérer la prestation de services et rejoindre les patients dans cette phase post-crise.



6. APPEL URGENT POUR UN PLAN D'ACTION DE RATTRAPAGE VISANT À COMBLER L'ÉCART DE COUVERTURE THÉRAPEUTIQUE ANTIRÉTROVIRALE DANS LA RÉGION DE L'AOC

Un important plan accéléré pour combler l'écart de couverture thérapeutique contre le VIH dans la région de l'AOC et d'autres contextes à faible couverture est depuis longtemps nécessaire. Sans cette augmentation, l'atteinte des cibles mondiales 90-90-90 d'ici 2020 est en péril. La région de l'AOC contribue déjà à hauteur de 21 % de toutes les nouvelles infections dans le monde et à plus d'un quart de tous les décès liés au SIDA.

Le cadre de priorité proposé dans la stratégie d'accélération de l'ONUSIDA se concentre étroitement sur les populations qui contribuent le plus à la progression de l'épidémie. Cette concentration aura pour effet de rationner les interventions salvatrices au détriment des populations perçues comme étant d'intérêt marginal pour le contrôle de l'épidémie au niveau mondial, tels que les personnes dans les zones à faible prévalence du VIH, ou dans les pays moins peuplés.

Ces personnes ne peuvent pas continuer à être laissées pour compte et mourir loin de toute attention. Les lacunes et les retards majeurs qui affectent maintenant le traitement du VIH en AOC peuvent être surmontés. La directive du « traitement pour tous » émise par l'OMS en 2015 offre une occasion en or de revoir les pratiques actuelles et d'adopter des stratégies éprouvées pour une mise en œuvre accélérée.

Mais pour soutenir et mettre en œuvre des stratégies qui ont démontré leurs effets dans le déploiement d'interventions clés et développer de nouvelles approches, il faut qu'un réel sentiment d'urgence émerge et qu'un certain nombre d'obstacles dans les politiques et la volonté politique soient surmontés.

MSF propose le lancement d'un plan de rattrapage, qui mettra en avant et clarifiera les priorités concernant la mise en œuvre de stratégies efficaces, et qui abordera certains obstacles majeurs dans les politiques et les pratiques, avec des résultats clairs et mesurables à court terme.

- Chaque personne - peu importe où elle vit - a droit de se prévaloir du traitement qui pourra lui sauver la vie. Par

conséquent, les ambitions mondiales devraient spécifier qu'au moins 90 % de tous les pays doivent atteindre les cibles 90-90-90. La région de l'AOC ne peut pas être exclue de l'appel global visant à accélérer la riposte au VIH. La priorité devrait aller aux régions du monde où les écarts de traitement sont les plus importants. Pour les pays dont la couverture de TAR est inférieure à 30 %, les taux de mise sous traitement actuels doivent tripler d'ici 2020.

- Le leadership politique est essentiel pour que la lutte contre le VIH devienne prioritaire dans les pays à faible couverture dans le but de mobiliser les bailleurs de fonds et les partenaires de développement. Une prévalence relativement faible ne devrait pas se traduire par une priorité faible - ni pour les gouvernements, ni pour les bailleurs de fonds. Les dirigeants doivent comprendre que la meilleure occasion de freiner l'épidémie ne peut attendre demain, au risque de tomber dans le scénario de « traitement sans fin ».
- Les pays de l'AOC devraient établir et respecter des objectifs nationaux clairs et ambitieux visant à encourager un accès aux services plus tôt, et à mettre en œuvre des approches qui ont fait leurs preuves. Les progrès vers ces objectifs devraient être régulièrement revus et adaptés. L'ONUSIDA devrait promouvoir des objectifs annuels à atteindre dans ces pays à faible couverture afin de doubler le taux de mise sous traitement au cours des trois prochaines années et de le tripler d'ici 2020.
- Au niveau national, un plan de mise en œuvre stratégique pour les changements à court terme devrait être adopté. En appui à ce plan, une allocation de financement prioritaire, une formation programmatique et un plan de soutien technique et organisationnel devraient être développés. Cela inclut une assistance technique de l'OMS, de l'ONUSIDA et d'autres pour mettre en œuvre les directives de l'OMS de 2015, dès que possible, idéalement au cours de l'année 2016. Des efforts importants sont nécessaires pour briser l'isolement relatif des pays de la région de l'AOC et pour organiser la diffusion

active des expériences novatrices qui ont donné de bons résultats, dans les principales langues de la région.

- Cinq axes devraient être prioritaires pour assurer la mise en œuvre de l'approche « traitement pour tous »:

- Une politique stricte de gratuité. En AOC, il est nécessaire de réaffirmer et d'assurer de façon proactive que les services de santé sont fournis gratuitement aux PVVIH. L'accès et la qualité des soins pour les PVVIH ont besoin de protection supplémentaire dans les systèmes de santé faibles et inéquitables.

- Des mécanismes de délivrance alternative des TAR qui rapprochent le traitement des patients, de façon moins contraignante. En réponse à la faiblesse et à l'inégalité des services de santé existants, des efforts importants ont été faits, mais souvent, ces efforts ne se traduisent pas par des changements rapides et pratiques au niveau des établissements de santé, comme des réapprovisionnements en ARV au niveau du patient plus faciles. Le TAR au niveau communautaire et l'augmentation de l'autonomie du patient sont essentiels. Mettre en œuvre des approches de « dépistage et traitement » et organiser l'accélération des initiations par l'entremise de services spécifiques dédiés de mise sous TAR.

- Une action immédiate pour les patients gravement malades. Concentrer l'attention et les ressources sur les patients gravement malades - dont certains sont déjà dans les établissements de santé - et qui sont en attente d'un traitement qui leur sauvera la vie. Ils ont besoin qu'on leur offre le dépistage du VIH, qu'on les mette sous ARV immédiatement et qu'on leur prodigue les soins nécessaires, y compris pour des infections opportunistes, sans accroître leur niveau de pauvreté.

- Soutenir le pouvoir des associations de patients et les organisations de la société civile. Les associations de PVVIH et la société civile sont des éléments clés dans le déploiement de services liés au VIH. Il est primordial de remettre à niveau le financement au profit de la société civile si nous souhaitons réellement une intensification significative de la couverture antirétrovirale. Nous avons besoin de toute urgence de personnel non-médical pour assurer le dépistage, la liaison aux soins, le soutien à l'observance et la prestation de services liés au VIH dans la communauté. Les associations de patients sont essentielles pour effectuer un contrôle indépendant des services de santé et de sonner l'alarme lorsque les soins nécessaires sont indisponibles ou inaccessibles. Elles jouent également un rôle crucial pour atténuer la stigmatisation et la discrimination.

- S'adapter aux systèmes de santé fragiles et se préparer à la perturbation des services. La question n'est pas de savoir si, mais quand les problèmes se produiront. Afin de réagir rapidement en cas de services perturbés, les plans de contingence et de rechange devraient faire partie intégrante du système.

Dans les systèmes fragiles, la flexibilité et la souplesse sont importantes pour réagir rapidement aux problèmes émergents et aux contextes volatiles. Le maillon le plus faible dans la chaîne peut paralyser le programme VIH d'un pays tout entier. Il est recommandé d'avoir plusieurs sources de

financement et d'approvisionnement interchangeable et complémentaires. Les communautés ont démontré une remarquable capacité à s'adapter à des situations changeantes et à se mobiliser pour trouver des solutions à court terme.

Le déplacement, les conflits, la sécheresse et les épidémies vont probablement (continuer à) affecter la région au cours des années à venir. Un engagement clair de la part de tous les gouvernements, des organismes des Nations Unies et des bailleurs de fonds à inclure la provision d'ARV dans les premiers stades d'une crise est nécessaire. Tandis que la continuité de la TAR doit être garantie, nous ne pouvons pas non plus nous permettre de ralentir le rythme des mises sous traitement, car cela aurait pour effet de creuser davantage l'écart de couverture thérapeutique. Cette situation exige la mise en œuvre de plans de préparation aux urgences clairs, tant au niveau régional que national.

- **Pour mettre en œuvre ce plan d'action, un financement adéquat envers ces stratégies prioritaires doit être mobilisé.**

- Les ressources disponibles devraient être dirigées prioritairement vers des stratégies et des interventions éprouvées. Cela pourrait nécessiter une nouvelle répartition des budgets existants au moyen d'une reprogrammation et de canaux simplifiés qui permettent rapidement de décaisser et d'utiliser les fonds.

- Outre le Fonds mondial, les bailleurs de fonds bilatéraux qui soutiennent la santé dans ces pays à faible couverture de TAR devraient inclure un soutien supplémentaire pour les ARV et soins liés au VIH afin d'aider à combler le fossé existant.

- Là où le Fonds mondial est le principal bailleur de fonds, et souvent le seul fournisseur d'ARV, il convient de compenser la fragilité d'un tel monopole dans les engagements en matière de financement, de gestion et de décaissement, au moyen de voies de financement souples et complémentaires.

- Bien qu'il soit essentiel que les gouvernements des pays touchés augmentent leur contribution nationale à la santé en général, et pour le VIH en particulier, cela ne suffira pas. Les partenaires internationaux doivent assurer une aide financière (et technique) pour étendre le TAR et la prévention, surtout à l'heure où le monde s'apprête à déployer l'approche du « traitement pour tous ».

- L'innovation pour surmonter la stagnation. Il faut que ces pays à faible couverture adoptent de nouvelles façons d'aborder le TAR. Afin d'arriver à accélérer la riposte au VIH en AOC et d'atteindre les cibles 90-90-90 d'ici 2020, certaines approches devront être abandonnées au profit d'idées innovantes. Une conversation sur les spécificités de la région devrait être amorcée au niveau international pour identifier quelles innovations peuvent mener aux changements nécessaires. La recherche opérationnelle pragmatique peut donner des résultats utiles à court terme. Un programme de recherche opérationnelle révisé devrait se recentrer sur les besoins des PVVIH dans la région de l'AOC.

7. CONCLUSION

Les populations qui ont été laissées pour compte de la révolution contre le VIH au cours de la dernière décennie, notamment celles de la région de l'AOC, ne devraient pas être oubliées une fois de plus. Pour ces populations, les prochaines années - jusqu'à l'échéance de 2020 fixée par l'ONUSIDA pour atteindre les cibles 90-90-90 et contenir l'épidémie - seront déterminantes dans la réduction des décès, de la souffrance et de la transmission du virus. Il s'agit peut-être de leur dernière chance de profiter de ce que le monde a appris de la mobilisation réussie contre le VIH.

Alors que les pays de l'AOC comptent un nombre relativement restreint de PVVIH par rapport à la région de l'Afrique australe, le fardeau du VIH/SIDA dans ces pays est important, surtout sur les patients, mais aussi sur les services de santé dans certains endroits. Les conflits et d'autres épidémies sont en partie responsables de la couverture déficiente de thérapie antirétrovirale contre le VIH, mais des facteurs sous-jacents tels que le manque de volonté politique et d'intérêt aux niveaux national et international, des services de santé faibles et inéquitables, et un manque de soutien pour les associations de patients et la société civile, viennent exacerber cette situation.

Les gouvernements et la communauté internationale accordent relativement peu d'importance politique au TAR dans ces pays; le VIH se classe assez loin sur leur liste de priorités et ne reçoit que peu d'attention. Il s'ensuit une faible considération de la nécessité d'adapter les politiques et d'adopter des stratégies efficaces, parfois même déniée.

Tenter d'intégrer les services liés au VIH dans des structures de soins généraux faibles, sans conditions préalables pour garantir la disponibilité et l'accessibilité des soins, cause du tort aux PVVIH et contrecarre le besoin urgent d'augmentation de la couverture TAR. Si l'on veut que les patients surmontent les obstacles actuels à l'accès et suivent leur traitement, un soutien accru est nécessaire. Les stratégies de délivrance de TAR, y compris des modèles novateurs et efficaces de soins, doivent être revues et adaptées à ces contextes.

Nous recommandons de développer activement et de mettre en œuvre *un plan de rattrapage accéléré* et d'opérer un transfert de connaissances et des expériences acquises dans d'autres contextes quant à la prestation efficace de TAR, y compris la mobilisation de la société civile. Dans le cas inverse, le fossé ne fera que se creuser entre les pays qui ont obtenu une bonne couverture de traitement et ceux qui peinent à y arriver.

Le contexte international actuel du VIH, dans lequel le soutien et les ARV se limitent à certaines zones, n'est pas favorable à la région de l'AOC. Sans une mobilisation ciblée pour aider les pays de la région à lutter contre le VIH et à rendre ce traitement qui sauve des vies accessible à ceux qui en ont besoin, il y a un risque majeur que les PVVIH dans ces pays soient laissés pour compte. Les objectifs mondiaux d'enrayement de l'épidémie de VIH d'ici 2020 ne pourront être atteints qu'à la condition que la riposte au VIH soit accélérée au bénéfice des populations et des communautés dans les pays à faible prévalence et à faible couverture de TAR, en particulier en Afrique occidentale et centrale. Priver les PVVIH en AOC d'un accès efficace au traitement capable de leur sauver la vie serait non seulement un échec sur le plan humain et médical, mais serait également une erreur stratégique dans la lutte engagée pour la maîtrise de la pandémie.

8. ÉTUDES DE CAS



© Peter Casar

République centrafricaine
République démocratique du Congo
Guinée



Épidémiologie

Nombre de personnes vivant avec le VIH	140.000	[120.000 - 150.000]
Femmes enceintes vivant avec le VIH	5.400	[4.900 - 6.000]
Enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH	1.000	[14.000 - 16.000]
Décès dus au SIDA	9.900	[8.100 - 1.000]
Nouvelles infections chaque année	8.200	[7.000- 9.800]
Taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans	4,3%	[3,9% - 4,6%]
Prévalence du VIH dans les populations clés :		
-Travailleurs du sexe	9,2%	
-Prisonniers	N/A	
-HSH*	29%	

Source : Données de l'ONUSIDA de 2014, disponibles sur le site <http://aidsinfo.unaids.org/>

Source* : Plan stratégique national pour le VIH de 2015.

Note : Les données et les méthodes de collecte d'information varient considérablement selon la source. Il convient donc de faire preuve de prudence dans leur interprétation.

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

UNE PRÉVALENCE ÉLEVÉE DU VIH AGGRAVÉE PAR DES CRISES RÉCURRENTES

APERÇU

La République centrafricaine (RCA) a traversé plusieurs décennies de crises récurrentes et d'instabilité, mais depuis décembre 2012, un nouveau cycle de violence y a débuté, faisant place à la pire crise humanitaire depuis la déclaration d'indépendance. Selon certaines estimations récentes, plus de 435.000 personnes sont déplacées à l'intérieur du pays (PDI), plus de 465.000 ont trouvé refuge dans les pays voisins (Figure 1) et 2,7 millions de personnes (plus de la moitié de la population) ont urgemment besoin d'aide humanitaire.¹

La pauvreté est généralisée dans le pays. En 2008, déjà 66 % de la population vivait avec l'équivalent de moins de 1,9 USD par jour.² Le récent conflit a appauvri la population encore davantage. Une étude a démontré que les ménages touchés par le VIH étaient considérablement plus affectés par la pauvreté.³

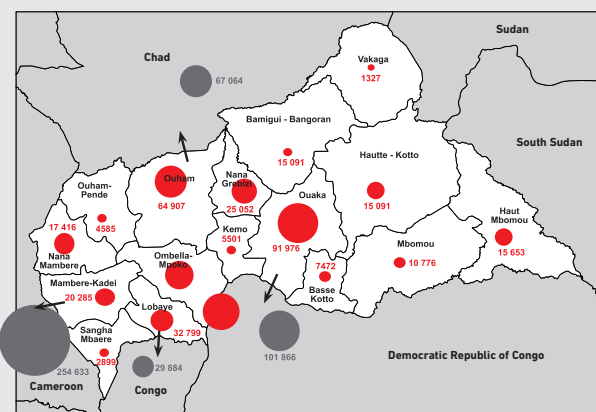
Le programme VIH est intégré dans des systèmes de santé qui étaient déjà très fragilisés, voire inexistant, avant la dernière crise.^{4,5} Les indicateurs de santé de la RCA font parties des plus mauvais du monde : le sixième taux de mortalité infantile et le troisième taux de mortalité maternelle le plus élevé, une espérance de vie de 51 ans et une probabilité supérieure à 40 % de mourir avant l'âge de 15 ans (toutes causes confondues).⁶

Depuis 2000, le VIH/SIDA est la première cause de décès au sein de la population globale (le paludisme étant la principale cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans).⁷ Une enquête sur la mortalité réalisée par Épicentre/MSF dans la ville de Carnot en 2012, a révélé qu'un décès sur trois chez les personnes de plus de 15 ans était attribuable au VIH/SIDA, selon les personnes interrogées.⁸

Les dernières années de violence ont décimé les systèmes de santé déjà fragiles. Les établissements de santé ont été pillés et le personnel médical a fui. Le manque de médicaments essentiels, de fournitures et de professionnels de santé a sérieusement compromis la délivrance de soins de santé primaire et secondaire. Une étude de 2014 portant sur les 815 structures de santé du pays a révélé que seulement 55 % d'entre elles étaient encore fonctionnelles.⁹ Dans de nombreux endroits où MSF est présente, les seuls membres du personnel médical restants n'ont reçu qu'une formation minimale de trois mois : ces « secouristes » acquièrent en majeure partie leur expérience sur le tas. Le manque de personnel médical qualifié dans les zones rurales est criant et le personnel de santé basé dans la capitale est difficile à relocaliser en raison de l'insécurité persistante.

En dépit d'une présence accrue des ONG et des missions de l'ONU depuis la crise de 2012, les services de soins reposent en grande partie sur des paiements assumés directement par les patients. Cette situation est particulièrement problématique dans un pays où 60 % de la population vit sous le seuil de pauvreté.

Figure 1:
Populations déplacées à l'intérieur de la RCA
et dans les pays voisins.



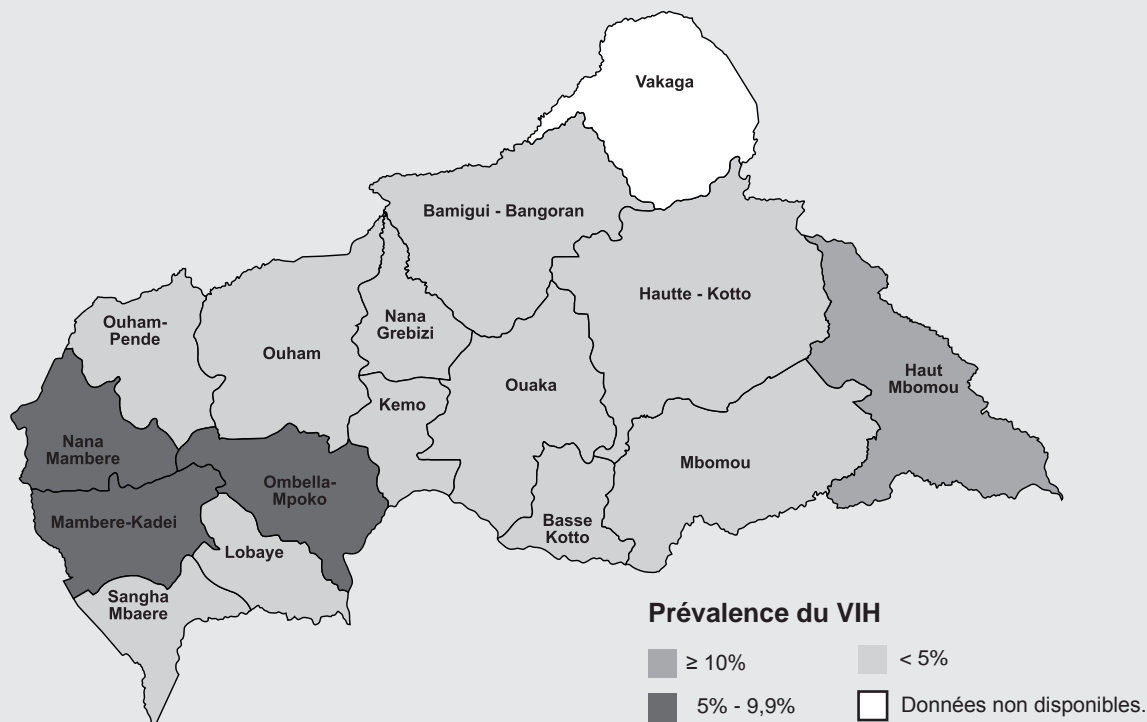
- Réfugiés (au 3 décembre 2015)
- Personnes déplacées (au 10 novembre 2015)
- ➔ Mouvements de populations

Source : HCR, décembre 2015.

- 1 Données de l'ONU mentionnées par le Centre mondial pour la responsabilité de protéger : http://www.globalr2p.org/regions/central_african_republic
- 2 Données de la Banque mondiale disponible à l'adresse suivante : <http://data.worldbank.org/country/central-african-republic>
- 3 PNUD. Impacts du VIH/SIDA sur le développement en République centrafricaine. Document de synthèse. 2005.
- 4 Mark Beesley, Health Service Provision in the Central African Republic, 2012. Disponible à l'adresse suivante : http://globalhealth.ku.dk/events/2013/health-as-a-human-right/programme/Mark_Beesley_20022013.pdf
- 5 MSF, « Central African Republic: a State of Silent Crisis », novembre 2011. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/A%20State%20of%20Silent%20Crisis%20EN.pdf>
- 6 OMS : Profil statistique de la République centrafricaine, disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/countries/caf/en/>
- 7 *Ibid*
- 8 Épicentre, Enquête de mortalité rétrospective dans la ville de Carnot, préfecture de Mambéré-Kadéï, République Centrafricaine, janvier - juillet 2012.

- 9 Données OCHA citées par ACAPS, République centrafricaine, Profil national, juillet 2015. Disponible à l'adresse suivante : http://www.acaps.org/img/documents/c-acaps_country_profile_car_27_july_2015.pdf

Figure 2:
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans en République centrafricaine. Source: MICS 2010



En août 2014, le gouvernement a émis un décret exemptant les patients de payer pendant la crise, et ce pour une période d'un an. Cependant, cette politique de gratuité des soins est limitée à certains groupes de patients (principalement des femmes et des enfants) et aux établissements de santé soutenus par des ONG dans le cadre du plan stratégique du regroupement (cluster) humanitaire. L'élargissement de cette politique est entravée par l'insuffisance de fonds pour remplacer les recettes provenant des frais directs imputés aux patients, et la difficulté de répondre à une demande accrue en soins lorsque les frais à payer ne constituent plus un frein. Le décret sur les soins de santé gratuits a été prolongé jusqu'en mars 2016 et est en attente d'une nouvelle prolongation.

L'ONUSIDA estime la prévalence nationale du VIH en RCA à 4,3 %¹⁰ – le taux le plus élevé de toute l'Afrique centrale. On constate dans le pays des variations notables (3 - 12 %) – les taux les plus élevés se situant dans les zones frontalières est et ouest – et des différences également entre les zones urbaines (8 %) et les zones rurales (3 %).¹¹ On estime que la prévalence du VIH est plus élevée parmi les groupes de populations clés : les travailleurs du sexe (9 %), les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (29 %) et les groupes de population mobiles tels que les pêcheurs, les mineurs, les camionneurs et le personnel en uniforme.¹²

10 Données ONUSIDA de 2014, disponibles sur le site : <http://aidsinfo.unaids.org/>

11 ICASEES 2010. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), RCA 2010, Rapport final. Bangui, RCA.

12 UNAIDS 2014 data, *Op.Cit.*





© Corentin Fohlen

PROGRÈS VERS LES CIBLES 90-90-90

En RCA, il est particulièrement difficile de bénéficier d'une bonne couverture du traitement antirétroviral précoce et de soins VIH tout au long de la vie. Le tableau ci-dessous montre les principaux indicateurs de couverture estimés des éléments essentiels de l'offre des soins VIH.

Les tensions civiles constantes ont détérioré la situation liée au VIH : – interruptions de traitement, patients perdus de vue et forte incidence de violences basées sur le genre. Les établissements de santé ont été pillés ou détruits, et le personnel médical et les populations ont fui. La présence récemment accrue des ONG internationales et des agences de l'ONU a donné lieu à une certaine amélioration de la couverture des services VIH, bien que limitée. La RCA détient l'un des taux de couverture de TAR les plus faibles au monde, actuellement de 18 %.

Dans ce contexte de faible couverture, les autorités nationales ont développé un ensemble de plans visant à stimuler la lutte contre le VIH, y compris un cadre stratégique national (250 millions USD pour la période 2015-2020), à renforcer les capacités dans le pays, à identifier des sites de traitement et à donner des lignes directrices pour la surveillance du VIH et l'évaluation du programme, pour n'en nommer que quelques-uns. Un plan d'urgence national permettant de mieux répondre aux besoins et d'assurer la poursuite des soins du VIH pendant les périodes d'instabilité est actuellement mis en place.

Estimation de la couverture pour les éléments essentiels de l'offre de soins VIH

Taux de couverture estimés :	%
% testé	N/A
% des femmes enceintes dans le programme PTME	47
% de PVVIH sous traitement TAR	18
% d'enfants séropositifs sous traitement TAR	11
% de patients co-infectés par le VIH et la TB sous TAR	37*
% de patients sous TAR toujours en soins après 12 m	63**

Source : Données ONUSIDA de 2014, disponibles sur le site <http://aidsinfo.unaids.org/>

Source * : Plan stratégique national pour le programme TB, 2014-2018

Source ** : Données du Fonds mondial – Analyse globale de la cohorte de l'OMS, juin 2015.



CIBLE 1 : D'ici 2020, 90 % des PVVIH connaîtront leur statut

Il n'existe pas de données nationales récentes et fiables sur le nombre de personnes ayant été soumises à un test de dépistage du VIH. Les données d'une enquête effectuée en 2010 indiquaient une couverture du dépistage de 36 % (par rapport à 19 % en 2006).¹³

Les services de proximité pour le conseil et le dépistage volontaires du VIH ont largement été réduits en faveur de sites fixes et diminué depuis 2010. Depuis 2013, seule la moitié des 23 sites de conseil et de dépistage volontaire (CDV) sont fonctionnels.¹⁴ De plus, ceux-ci sont principalement concentrés dans la capitale, Bangui. Le dépistage du VIH n'est pas toujours gratuit¹⁵ et la participation au dépistage volontaire est faible. Le dépistage au niveau des établissements ne se fait pas systématiquement (même chez les patients atteints de tuberculose), en raison d'un manque de sensibilisation, de formation et de motivation du personnel de santé, du coût des tests imputés aux patients, et des fréquentes ruptures de stock dans les tests de dépistage.

Dans les installations soutenues par MSF et d'autres ONG, où les tests sont proposés gratuitement, la participation au dépistage du VIH est élevée, et les taux de séropositivité qui s'en dégagent dépassent le taux de prévalence du VIH au sein de la population globale. Ainsi, un grand nombre de personnes séropositives ont pu être diagnostiquées.

13 ICASEES 2010. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), RCA 2010, Rapport final. Bangui, RCA.

14 ONUSIDA. Impacts de la crise humanitaires sur l'offre de services de prévention du VIH, de soins et de traitements ARV en RCA. Une analyse du bureau pays, avril 2014.

15 Par exemple, au sein des établissements de santé publique à Berbérati, un test de dépistage du VIH est facturé 1 000 CFA, soit l'équivalent de 1,69 USD.

Par exemple

Carnot : Depuis 2010, soit avant la guerre civile, MSF fournit des soins VIH (y compris le dépistage du virus), en collaboration avec les autorités sanitaires. Les taux de séropositivité au VIH en début de programme étaient alarmants : 22 - 26 % chez les patients hospitalisés, 9 - 12 % chez les femmes enceintes à leur première visite prénatale, et 8 - 12 % chez les patients hospitalisés et les patients en consultation externe.

Boguila : Dans les programmes de soins de santé primaire et secondaire gérés par MSF, 50 % des patients adultes hospitalisés au sein du service de médecine interne étaient séropositifs.

Berbérati : Une enquête de référence exploratoire réalisée par MSF en 2015 a révélé des taux de séropositivité au VIH de 50 % chez les patients atteints de tuberculose, de 29 % chez les patients hospitalisés, de 20 % chez les enfants hospitalisés et de 14 % chez les femmes recevant des soins prénataux.

Bangassou : De la même façon, dans le cadre du programme MSF de Bangassou, 33 % des patients tuberculeux ont été co-infectés par le VIH et 25 % des patients hospitalisés dépistés ont reçu un diagnostic positif, tout comme 8 % des donneurs de sang.

Ndele, Kabo et Batangafo : Dans ces régions du nord du pays, les équipes de MSF font état de taux de séropositivité au VIH de 33 % dans les services de CDV et d'environ 3 % dans les programmes de soins prénataux.

Zemio : 11 % des femmes enceintes soumises au dépistage dans le cadre de soins prénataux sont séropositives.

Bien que ces résultats dressent un portrait plutôt sombre, ils soulignent le potentiel largement inexploité des hôpitaux et autres établissements de santé pour identifier les PVVIH.

Dépistage chez les femmes enceintes : Le pays a commencé les services de PTME en 2001 et a introduit le traitement ARV autour de 2006. Sur un total de 119 sites de PTME prévus, 61 sont fonctionnels, dont 21 à Bangui.¹⁶ Les données recueillies auprès des établissements de santé soutenus par le Fonds mondial indiquent que dans la seconde moitié de l'année 2014, seulement 11 % des femmes enceintes avaient été soumises au dépistage du VIH au moment du suivi prénatal. Étant donné que les données les plus récentes estiment la couverture prénatale à environ 34 %¹⁷, la couverture globale du dépistage du VIH chez les femmes enceintes est probablement plus faible.

L'un des obstacles au dépistage du VIH au moment du suivi prénatal est le coût : certaines installations exigent que les femmes payent pour leur première visite prénatale (l'équivalent de 1,8 USD pour une carte de patient et les analyses de laboratoire de base), et si le test s'avère positif au VIH, le suivi prénatal est dès lors sans frais. A Paoua par exemple, le dépistage du VIH lors du suivi prénatal a chuté de façon significative lorsque MSF a transféré les services de santé maternelle au ministère de la Santé et que le personnel a commencé à appliquer la politique de facturation de la première visite.

Diagnostic précoce chez le nourrisson : Très peu de nourrissons exposés au VIH sont soumis à un test PCR – disponible uniquement à Bangui. Entre mai et juillet 2015, seuls 467 tests PCR ont été réalisés (taux de séropositivité de 7 %). Un test coûte l'équivalent de 57 USD ; UNICEF couvre actuellement le coût de ces tests, mais dans une limite de 500 tests par an.

Le diagnostic précoce chez le nourrisson peut se faire sur des échantillons de sang séché envoyés au laboratoire central à Bangui. Cependant, du fait de problèmes logistiques, le papier nécessaire à la réalisation des échantillons de sang séché n'est disponible en grandes quantités que dans la capitale et les fournitures ne parviennent pas aux laboratoires préfectoraux. La communication rapide des résultats est également problématique – même pour des échantillons de sang séché effectués à Bangui. À Carnot, entre janvier et août 2015, 56 bébés exposés au VIH ont été testés au moyen d'échantillons de sang séché, mais les résultats n'ont jamais été retransmis depuis la capitale. Cette situation a obligé certains programmes de MSF à envoyer leurs échantillons de sang séché à un laboratoire à Durban, en Afrique du Sud.

Pour contrer le faible accès au diagnostic précoce chez le nourrisson, MSF travaille à la mise en place dans certains endroits de méthodes de diagnostic alternatives (notamment de points de service pour la mesure de la charge virale, le diagnostic précoce chez le nourrisson au moyen d'échantillons de sang séché ou Xpert QUAD).

Grâce à un dépistage systématique du VIH dans les centres de récupération nutritionnelle, MSF a pu identifier les enfants séropositifs (et leurs mères) et leur offrir un TAR pédiatrique. À Carnot par exemple, MSF a commencé le dépistage systématique du VIH au service de nutrition en juin 2015.

16 CNLS Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le SIDA 2016-2020. Bangui, décembre 2015.

17 *Ibid*

CIBLE 2 : D'ici 2020, 90 % des PVVIH auront accès au TAR

À la fin 2014, 24.142 personnes étaient listées comme étant sous TAR, avec une couverture nationale estimée à seulement 18 %.¹⁸ Il existe de grandes variations à travers le pays cependant, avec des taux de couverture aussi élevés que 60 % rapportés dans la capitale. De petites améliorations dans la couverture de TAR dans les régions où les ONG internationales sont présentes peuvent être notées, mais il y persiste un nombre considérable de besoins non satisfaits.

Une multitude de facteurs entravent l'accès aux antirétroviraux et la participation au traitement : les personnes diagnostiquées séropositives au VIH ne sont souvent pas orientées vers des traitements et des soins, ne peuvent pas payer les frais de service, ou n'habitent pas à proximité des services liés au VIH. L'éloignement des structures, les routes difficilement praticables et dangereuses, les moyens de transport limités et les coûts de transport sont autant de facteurs qui entravent l'accès aux sites de traitement. Par exemple, à Zemio, près de la frontière avec le Soudan, les patients doivent couvrir des distances de quelque 160 km et 200 km depuis Mboki et Obo pour recevoir des soins.

L'insécurité est un autre facteur. Selon certaines estimations du HCR, les tensions persistantes ont mené au déplacement d'environ 1.000 patients sous TAR (données de fin 2015). On estime à plus de 2 % le nombre de personnes sous TAR déplacées à Bangui.¹⁹ Dans le programme de MSF à Boguila par exemple, l'insécurité persistante a considérablement freiné l'expansion du des TAR, qui est resté limité à ceux déjà sous traitement.

Les patients n'accèdent que tardivement à un traitement, alors qu'ils sont déjà gravement malades. En résultent des taux très élevés de VIH parmi les patients hospitalisés et une contribution significative du virus à la mortalité chez les patients hospitalisés. Dans les hôpitaux soutenus par MSF, 25 à 29 % des patients hospitalisés souffrent d'une maladie liée au VIH et 84 % des décès intra-hospitaliers sont attribuables au VIH.

Parmi les principales entraves au progrès, on compte :

- Le manque de décentralisation dans la délivrance de TAR au niveau périphérique (seules quelques ONG s'en chargent).
- La très lente progression de la délégation des tâches de mise sous TAR au personnel infirmier ainsi que la dépendance à l'égard de médecins rares et principalement concentrés dans la capitale, constituent des obstacles aux efforts d'intensification.
- Les patients doivent se présenter une fois par mois aux établissements de santé pour renouveler leurs médicaments (sauf dans le cas des établissements

18 Données de l'ONUSIDA de 2014, disponibles sur le site <http://aidsinfo.unaids.org/>

19 Henghuber H., HIV/SIDA dans la situation humanitaire en RCA. Présentation pour le cluster CCM. Point focal HIV/TB pour UNHCR et Fonds mondial. 2014.

soutenus par des ONG). Les frais de transport et les temps d'attente dans les cliniques sont dissuasifs et nuisent à la rétention du traitement.

- La mauvaise intégration des services TB et VIH. Selon les données du programme national contre la tuberculose, 37 % des patients tuberculeux sont séropositifs (dans les projets de MSF à Paoua et à Carnot, ce chiffre est d'environ 50 %), mais seulement 9 - 12 % des patients co-infectés TB-VIH sont sous TAR.²⁰ Le dépistage systématique du VIH chez les patients atteints de tuberculose ne se fait pas dans les structures du ministère de la Santé en raison du manque de sensibilisation et d'une pénurie de tests de dépistage.
- La lenteur du déploiement des directives de l'OMS 2013 qui n'ont été adoptées officiellement qu'en 2014. Les patients n'accèdent que depuis peu au régime à base de ténofovir (TDF)²¹ et le seuil de numération des CD4 à < 500 n'a été adopté qu'en septembre 2015.
- Le coût des soins. Les ARV et les médicaments contre les infections opportunistes devraient être gratuits conformément aux réglementations nationales.²² Dans la pratique cependant, les frais exigibles aux patients (pour les consultations, cartes de patients, analyses de laboratoire, etc.) doivent souvent être payés avant que les patients ne puissent accéder aux ARV. Il n'existe aucun accès gratuit aux soins pour les infections opportunistes graves telles que l'infection à *Cryptococcus* ou le sarcome de Kaposi.
- Le Fonds mondial couvre le coût des tests de numération des CD4, mais une grande partie de l'équipement de test dans le pays est défectueux. À l'inverse, en l'absence de financement par les bailleurs de fonds pour les tests de mesure de la charge virale, ce sont les patients qui doivent en couvrir les frais élevés. Les installations capables de mesurer la charge virale se trouvent seulement dans la capitale et sont donc inaccessibles à la plupart des populations rurales et éloignées.

Bien que la poursuite du TAR soit largement reconnue comme étant au cœur de la lutte contre le VIH en situation de crise, cette orientation a parfois conduit à un embargo de fait sur les nouvelles mises sous TAR. Difficile à accepter, cette situation signifie une exclusion des soins essentiels pour les patients, une pratique lourde de conséquences. Une telle situation est également contraire à la recommandation de l'OMS de « traiter tout le monde » et représente de nombreuses occasions manquées de sauver des vies et de freiner l'épidémie. Les patients sous TAR ont souvent du mal à prouver la prise d'un traitement précédent, car ils ont perdu la documentation pendant le déplacement ou ont cherché à obtenir des soins dans d'autres établissements de santé. En outre, dans les cas où les patients se voient facturer des analyses de laboratoire, ils rencontrent d'importants obstacles financiers s'ils veulent commencer ou recommencer le TAR. À Bangui,

des patients gravement malades provenant de camps de déplacés ont été transférés chez des médecins certifiés pour se faire prescrire des ARV, mais le traitement leur a été refusé parce qu'ils ne pouvaient pas prouver une prise en charge précédente ; les médecins suivaient l'instruction de ne prescrire un traitement que pour des soins continus. Le manque de clarté sur la disponibilité des ARV dans le pays a davantage restreint les mises sous TAR dans les établissements de santé périphériques. De plus, les directives actuelles du HCR restreignent la provision d'ARV uniquement aux patients qui poursuivent un traitement existant.

Enfants : La situation est alarmante, car neuf enfants sur 10 nécessitant un TAR ne le reçoivent pas.²³ Cette situation est amplifiée par le manque de personnel qualifié, la non-disponibilité des formulations pédiatriques d'ARV et comme susmentionné, le manque de diagnostic des enfants infectés par le VIH.

PTME : En 2014, l'ONUSIDA estimait la couverture PTME à 47 % des 5.400 femmes enceintes séropositives au VIH²⁴, ce qui semble être une surestimation en raison de la faible couverture des soins prénataux et des très faibles taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes dans les services prénataux (11 % en 2014). En outre, seul un tiers environ des 119 sites de PTME existants en 2014 sont encore fonctionnels.

Les données de surveillance du Fonds mondial indiquent aussi que, entre mai et juillet 2015, 1.299 femmes ont commencé un TAR.²⁵ La Banque mondiale soutient également les soins de PTME dans son programme de renforcement du système de santé ; elle fournissait la PTME à 2.528 patients en juillet 2015.²⁶ La délégation des tâches reliées à la PTME vers les infirmières et les sages-femmes a été mis en œuvre, et même des accoucheuses traditionnelles travaillant dans des établissements de santé sont en cours de formation en PTME.

Même si l'option B+ a été officiellement adoptée en 2014, en dehors de la capitale, elle est actuellement limitée à quelques sites, dans le cadre des soins de santé maternelle. Au niveau national, la moitié des femmes inscrites dans la PTME reçoit l'option B+ , tandis que l'autre moitié reçoit l'option A. Cependant, ce ne sont pas tous les sites de PTME qui fournissent des ARV à vie et certaines femmes en PTME, par exemple celles de Berbérati, ont besoin d'aller chercher leurs ARV ailleurs après l'accouchement.

20 Plan stratégique 2014-2018 du programme national antituberculeux (TB).

21 L'ARV de première intention choisi en RCA est TDF+FTC+EFV (Directives Nationales TARV - 2014)

22 Loi relative au VIH / SIDA en République centrafricaine. Article 42

23 Données ONUSIDA de 2014, disponibles sur le site : <http://aidsinfo.unaids.org/#>

24 Ibid

25 D'après les données de surveillance du Fonds mondial

26 Projet de soutien du système de santé de la Banque mondiale en RCA, août 2015. Disponible à l'adresse suivante : http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/AFR/2015/09/02/090224b0830b234a/1_0/Rendered/PDF/Central0Africa0Report000Sequence007.pdf

**CIBLE 3 :
D'ICI 2020, 90 % DES PVVIH SOUS TAR AURONT UNE
CHARGE VIRALE INDÉTECTABLE**

La mesure systématique de la charge virale n'est pas encore disponible en RCA. À Bangui, deux appareils sont fonctionnels; l'un est opéré par l'Institut Pasteur et l'autre par ESTHER (maintenant Expertise France) au Laboratoire national. La mesure de la charge virale n'était pas incluse dans la subvention du Fonds mondial. En raison du manque de financement pour couvrir les coûts opérationnels, l'accès gratuit au dépistage pour les patients est strictement rationné (200 tests gratuits par an par l'Institut Pasteur et 700 par ESTHER). Au-delà de ces quotas, les patients sont tenus de payer l'équivalent de 60 - 67 USD par test de mesure de la charge virale, un montant inabordable pour la plupart d'entre eux.

Lorsque le test de mesure de la charge virale est disponible, les critères de sélection pour y accéder sont restrictifs. Au centre de traitement ambulatoire de Bangui par exemple, seuls les patients sous TAR depuis plus de deux ans et dont la numération des CD4 est restée stable sont admissibles au test de mesure de la charge virale. C'est pourquoi, à l'heure actuelle, les données sur la mesure de la charge virale ne sont que d'une utilité limitée en termes de planification.

Des estimations récentes indiquent que la rétention du traitement à 12 mois est de seulement 63 %.²⁷ Ce taux reflète probablement le fardeau que représente le modèle actuel de soins sur les patients. Premièrement, malgré les directives révisées sur le TAR qui recommandent de décentraliser les soins (« sous-site ARV »), il n'a pas encore été mis en œuvre dans le système de santé publique. Deuxièmement, les renouvellements d'antirétroviraux et les consultations se font encore mensuellement, même chez les patients stables qui ne nécessitent pas de soins cliniques. Troisièmement, les lignes directrices appellent à la délégation de tâches au personnel infirmier pour les prescriptions de médicaments ARV et à tout le personnel pour la distribution d'ARV, mais c'est encore loin d'être le cas. Quatrièmement, la politique en termes de soutien à l'observance pendant la grossesse et l'allaitement et le suivi des couples mère-enfant manque de clarté. Enfin, la prestation de services est mal adaptée au contexte actuel de violences et de crises récurrentes, et d'absence de stocks de réserve au niveau de l'établissement de santé et du patient afin de permettre la poursuite du TAR si les établissements de santé deviennent hors d'atteinte.



© William Daniels

27 Données du Fonds mondial - analyse de cohorte de l'OMS, juin 2015.

Plans de contingence

En 2013, alors que la violence était à son comble, MSF a mis en œuvre des plans de contingence dans le cadre d'un projet pilote à Kabo, à Batangafo et à Ndele pour assurer la continuité du TAR. Avec l'augmentation de l'insécurité, près de 90 % des patients sous TAR ont reçu un approvisionnement d'ARV pour 3 mois supplémentaires. Malgré la forte participation des patients, seule la moitié d'entre eux environ est revenue se faire suivre dans les sites soutenus par MSF quand les conditions de sécurité se sont améliorées. Bien que nous n'ayons pas de preuves, nous soupçonnons que la plupart des patients dans ce cas sont décédés ou ont traversé la frontière vers les pays voisins.

En juillet 2015, afin de diminuer les interruptions de traitement pendant les périodes d'instabilité, le pays a élaboré un plan de contingence national pour les personnes sous TAR, prévoyant notamment la délivrance d'un renouvellement de deux mois de médicaments ARV pour un usage d'urgence. Le plan est censé entrer en vigueur dès le mois de mars 2016 et le Fonds mondial fournira ces ARV « d'urgence ».

MSF procède actuellement à l'essai de certaines approches alternatives aux soins :

- La décentralisation du traitement : À Zemio, MSF a décentralisé les soins TAR dans diverses cliniques en périphérie. À Carnot, certains patients parcouraient plus de 100 km pour accéder à un traitement ; MSF a donc décentralisé les soins sur trois sites différents à l'extérieur de Carnot. La même approche a été utilisée pour l'hôpital Bangonde, près de Bangassou.
- Le soutien par les pairs dans les établissements de santé : À divers endroits, les PVVIH participent activement aux activités liées au VIH, par exemple en assistant le personnel médical dans leurs tâches de conseil, en retraçant les patients perdus de vue et en fournissant des soins à domicile. Cependant, il ressort de cette expérience pilote que pour garder cette force de travail et la maintenir motivée, les volontaires devraient pouvoir bénéficier d'une forme de rémunération.
- Les renouvellements d'ARV dans les communautés : En 2016, plusieurs programmes de MSF viseront à augmenter la participation des PVVIH pour soutenir la mise en œuvre d'un modèle communautaire de distribution du TAR. Ils comprendront notamment la collecte de médicaments pour le compte d'autres patients à l'établissement de santé afin de réduire les

obstacles liés aux temps d'attente, aux contraintes de transport et aux coûts. Il a été démontré que des groupes communautaires similaires d'observance du TAR permettaient d'améliorer de manière significative la rétention des soins en Afrique australe.

La chaîne d'approvisionnement en produits clés dans la lutte contre le VIH est un défi majeur en RCA. Les ruptures de stock d'ARV, de médicaments pour traiter les infections opportunistes et d'autres produits sont fréquentes, à la fois au niveau national et des structures de santé, ce qui entraîne de graves conséquences pour les patients en termes de planification de traitement : celui-ci est alors incomplet ou interrompu. La mise en place d'une chaîne d'approvisionnement efficace jusqu'au bout ne reçoit qu'un soutien limité et ad-hoc, et la mise à disposition de stocks de sécurité au niveau des établissements de santé pour compenser les retards ou les interruptions inattendues de l'approvisionnement n'est pas systématique. L'accès routier difficile et les contraintes de sécurité viennent encore aggraver cette situation. Le Fonds mondial a proposé un stock de réserve de neuf mois pour compenser la fluctuation des besoins et les retards d'approvisionnement. MSF a facilité le transport de fournitures du Fonds mondial de Bangui aux établissements de santé périphériques, montrant ainsi que les ONG et d'autres organisations pourraient jouer un rôle crucial dans l'amélioration de la logistique et la réduction des ruptures de stock, même au sein de régions éloignées.

Les ONG locales et les associations de patients peuvent grandement contribuer à la lutte contre le VIH. Par exemple, l'ONG locale RECAPEV a joué un rôle particulièrement actif dans la réduction de la stigmatisation ces 20 dernières années à Bangui. Toutefois, dans le climat actuel de tensions civiles et d'instabilité économique, la capacité des ONG locales et des associations de patients à fonctionner efficacement est entravée par le manque de reconnaissance et de soutien financier. Plusieurs associations de PVVIH qui étaient auparavant soutenues par la Banque mondiale ont vu cet appui cesser fin 2012. En outre, le rôle de « moniteur » de la société civile reste limité, en dépit de l'existence de « relais communautaires » (réseaux communautaires) dans tout le pays. Il s'agit là d'une occasion manquée, car ceux-ci peuvent jouer un rôle clé dans la surveillance et le signalement des problèmes et ainsi assurer une réponse rapide à des ruptures de stock ou à des obstacles financiers en raison de frais de santé imputés aux patients.

FINANCEMENT

Des données récentes et fiables sur le financement du VIH en RCA font défaut. En 2011, moins de 100 USD par PVVIH étaient consacrés à l'ensemble des soins et du traitement du VIH, dont 60 USD environ étaient destinés aux ARV. Plus de 90 % de ce financement provenait de sources internationales.²⁸

Le Fonds mondial, présent en RCA depuis 2004, est le plus important bailleur de fonds des programmes de santé dans le pays et ce, depuis de nombreuses années.²⁹ Le Fonds mondial fournit presque tous les ARV.

Le Programme multi-pays contre le SIDA, ou MAP (Multi Country AIDS program), financé par la Banque mondiale, a pris fin en 2012. Plusieurs agences de l'ONU soutiennent les activités liées au VIH en coordonnant des projets à petite échelle. Les organisations bilatérales, telles que l'agence française d'expertise technique internationale (Expertise France) et USAID y participent également, mais ne financent pas l'achat des ARV. La Commission Européenne et plusieurs États membres de l'UE contribuent à des services de santé par l'entremise d'un fonds d'affectation pour la santé – appelé « fonds Békou » – mais qui ne couvre pas les ARV ou d'autres produits spécifiques liés à la prise en charge du VIH.

L'audit réalisé en 2013 par le Fonds mondial sur les programmes VIH, tuberculose et paludisme qu'il soutient a montré que, en plus des contraintes de capacité et

la faiblesse des infrastructures, les progrès accomplis dans l'exécution du programme ont été entravés par des retards dans les versements, de fréquentes ruptures de stock et un manque de données fiables. Cependant, le rapport indique aussi que ces retards ont été « aggravés par le gel des versements et d'autres garanties financières mises en place pour atténuer les importants risques associés aux opérations en RCA », et que des recommandations ont été émises pour réviser dans les meilleurs délais les plans de subvention afin de mettre la priorité sur les activités et les traitements essentiels.³⁰

Selon la nouvelle approche du Fonds mondial sur les « environnements opérationnels difficiles », la RCA est en mesure de présenter une note conceptuelle ou une demande de reprogrammation pour le maintien du financement grâce à un processus allégé. La gestion de la subvention est également mieux adaptée à un contexte changeant, entre autres lorsque surviennent des problèmes ou des opportunités. Dans la pratique toutefois, d'autres améliorations sont nécessaires, en particulier en ce qui concerne la surveillance et la gestion de la chaîne d'approvisionnement (jusqu'à la dernière étape de la chaîne). Les demandes liées au maintien du financement devraient être fondées sur une évaluation rigoureuse des lacunes au niveau du financement, des besoins et des capacités.



© Gaël Turrine/Agence Vu

28 Granich R. et al. Pattern, Determinants, and Impact of HIV Spending on Care and Treatment in 38 High-Burden Low- and Middle-Income Countries. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2016; 15 (1). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.iapac.org/uploads/JIAPAC-Granich-et-al-HIV-Spending-Analyses-Pre-Print-120115.pdf>

29 Cela avait déjà été mis en évidence dans le rapport de MSF : « République centrafricaine : une crise silencieuse ». *Op.Cit.*

30 Audit of Global Fund Grants to the Central African Republic GF-OIG-13-002 06, février 2013 http://www.theglobalfund.org/documents/oig/OIG_GFOIG1300213AuditCentralAfricanRepublic_Report_en/

RECOMMANDATIONS

• Stratégies pour intensifier le dépistage du VIH

- S'assurer que le dépistage du VIH est systématiquement proposé aux patients hospitalisés ou tuberculeux et aux enfants souffrant de malnutrition. Les taux de prévalence du VIH nettement plus élevés chez les patients se présentant dans les établissements de santé constituent une occasion d'accroître le dépistage et d'adapter l'offre d'ARV pour sauver la vie des personnes nécessitant un traitement de toute urgence.

• Stratégies pour augmenter le nombre de mises sous TAR et améliorer la rétention du traitement

- Encourager les autres bailleurs de fonds du domaine de la santé – tels que le fonds Bêkou – à inclure le financement des interventions essentielles liées au VIH, y compris le TAR et d'autres produits.
- Élaborer et mettre en œuvre des modèles simplifiés de soins pour qu'ils soient appliqués en dehors de la capitale.
- Améliorer l'observance et la rétention du traitement en optant pour des stratégies de renouvellement alternatives telles que les postes périphériques de distribution de médicaments ARV, le renouvellement d'ARV pour 3 à 6 mois, les collectes accélérées ou groupées de TAR dans les établissements de santé et le renouvellement au sein des communautés.
- Continuer la délégation des tâches pour le dépistage, le conseil, la mise sous traitement et sa continuation, le soutien par les pairs et le suivi des patients, notamment un transfert au personnel non professionnel.
- Réduire les ruptures de stock et les pénuries de médicaments afin de limiter le risque d'interruption de traitement ou le ralentissement des mises sous traitement, en assurant des stocks de sécurité adéquats au niveau national et au niveau des établissements de santé.

• Réduire les obstacles à l'accès attribuables à la faiblesse des systèmes et des services de santé :

- Fournir des subventions ciblées pour éliminer les paiements que doivent assumer les patients pour tous les services essentiels liés au VIH, et en particulier pour accroître l'accès des PVVIH aux principaux points d'entrée tels que les soins de santé maternelle et infantile, et les services aux patients tuberculeux et hospitalisés.
- Assurer un approvisionnement suffisant de tous les médicaments et produits essentiels pour permettre une intensification rapide des TAR pour les adultes, les enfants et les femmes enceintes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la capitale.
- Faire participer les PVVIH au niveau de l'établissement et de la communauté et les rémunérer de manière adéquate. Inclure une ligne budgétaire spécifique dans les propositions de financement pour les activités communautaires et civiles.



© Corentin Fohlen

- Accroître la capacité de test PCR et de mesure de la charge virale, de diagnostic précoce chez le nourrisson et de suivi de la charge virale, et de détection précoce des défaillances grâce à un investissement dans les technologies aux points de service telles que le recours à Gene Xpert pour la charge virale et le diagnostic précoce chez le nourrisson. Mettre en œuvre des solutions de transport réalisables et envisager une meilleure utilisation des outils de « e-santé ». Dans le même temps, d'autres dispositions pratiques sont nécessaires de toute urgence en dehors de Bangui, par exemple l'assistance dans le transport des échantillons à des laboratoires à l'extérieur du pays en cas de besoin.

• Être prêt à affronter des perturbations d'approvisionnement et se montrer réactif :

- Fournir aux patients un stock de réserve personnel (pour une utilisation en cas d'urgence), ainsi qu'une documentation claire sur leur état de santé et leur traitement. Leur délivrer des instructions reprenant les informations sur la marche à suivre dans le cas où les établissements de santé sont hors service et les contacts à joindre (numéros de téléphone, etc.).
- Vérifier que le plan d'urgence – y compris un stock d'urgence et des scénarios prédéterminés – est en place et mis à jour régulièrement.
- Veiller à ce que le VIH soit pris en compte dans la phase d'urgence lors des futures crises, ou éruptions de violence et d'insécurité. Le système de regroupement humanitaire (cluster) devrait intégrer le traitement du VIH à la première étape de la réponse d'urgence. Inclure la possibilité de mise sous TAR en cas de crise.
- Instaurer un protocole simple de redémarrage du TAR et sélectionner préférablement des régimes de traitement à doses fixes qui ont moins d'effets secondaires et réduisent les risques de développement d'une résistance en cas d'interruption de traitement (tels que la combinaison d'ARV à dose fixe recommandée par l'OMS contenant du ténofovir, de l'efavirenz et de la lamivudine ou de l'emtricitabine).³¹

31 Victoria M. et al, Choice of antiretroviral drugs for continued treatment scale-up in a public health approach: what more do we need to know?, Journal of the International AIDS Society, 19:20504, février 2016. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20504> | <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.19.1.20504>

CONCLUSION

Des années d'instabilité politique et de conflits civils en République centrafricaine ont conduit à une détérioration des services de santé de base dans le pays et à une déstabilisation de la réponse nationale à l'épidémie de VIH / SIDA.

Des mesures de rattrapage rapides et efficaces s'imposent de toute urgence en RCA, étant donné la baisse dans le dépistage du VIH, la suspension ou le retard des mises sous traitement et les interruptions thérapeutiques, en particulier devant l'inquiétant taux de prévalence dans le pays. Les déplacements de population et la violence sexuelle créent d'autres facteurs de risque pour la propagation du VIH. Sans un soutien accru, les services existants ne peuvent pas tenir le coup ni assurer aux PVVIH un accès équitable au traitement. Dans un contexte où la discrimination et la stigmatisation sociales au sein de la communauté et des services de santé sont importantes, il est nécessaire de mettre en place des mesures pour protéger les PVVIH et assurer leur accès à des soins adéquats. Les paiements assumés par les patients, conjugués à une multitude de défis structurels, créent des obstacles majeurs au dépistage, au traitement et aux soins, et doivent être éliminés de toute urgence. Il faut par ailleurs adopter des modèles de soins simplifiés et adaptés afin de permettre à tous ceux qui en ont besoin d'avoir accès aux services de santé.

L'épidémie de VIH en RCA est loin de ralentir et requerra des efforts considérables pour être endiguée. Mais nous pouvons y arriver. Diverses approches pilotes et modèles de soins sont à l'étude pour dispenser et maintenir des soins de prise en charge du VIH efficaces en situations de crise. Outre la présence de nombreuses organisations humanitaires, d'agences de l'ONU, du Fonds mondial et de bailleurs de fonds bilatéraux, ces développements innovants aideront le pays à renforcer les services VIH et à mieux atteindre les cibles 90-90-90.

MSF travaille en RCA depuis 1997. Dans les installations soutenues par MSF, quelque 4.813 patients sont sous TAR, soit environ 19 % de la cohorte nationale, entre autres dans les préfectures où la prévalence du VIH est la plus élevée. Les patients ont gratuitement accès au dépistage, au traitement et aux mesures de support à l'observance. Étant donné les épisodes récurrents de violence et de déplacements et un système de santé en très mauvais état, la délivrance de services VIH en RCA constitue un véritable défi.

Dr Wilfried Mbolissa, médecin spécialisé en traitement du VIH/TB pour MSF à Carnot

En février 2011, lorsque MSF a commencé ses activités à Carnot, seuls les patients pris en charge par nos équipes avaient accès à des services gratuits. Mais cela a rapidement causé des problèmes : étant donné que tout le monde savait que les séropositifs étaient les seules personnes à ne pas devoir payer, nos patients étaient victimes de discrimination. Par conséquent, MSF a décidé de prendre en charge le service de médecine interne dès mai 2013, afin de réduire cette discrimination.

La stigmatisation est monnaie courante ici. Certains patients sont rejetés par leur famille en raison de la peur : les gens pensent que le VIH est une condamnation à mort. Mais il est possible de lutter contre la stigmatisation en fournissant des conseils aux patients, en leur donnant l'occasion de parler avec leurs pairs, et surtout en permettant aux familles de prendre conscience de l'état de bonne santé dans lequel certains patients sous TAR peuvent se trouver.

En dix ans de pratique auprès de patients séropositifs en République centrafricaine, j'ai pu observer une évolution positive. Davantage de structures sont en mesure d'offrir des soins VIH, bien que certaines zones du pays n'en offrent pas. Mais l'approvisionnement en médicaments reste très problématique et nous manquons cruellement de personnel qualifié. Travailler avec des patients séropositifs est difficile : ils ont souvent du mal à accepter leur statut, il faut faire preuve de patience, les écouter et avoir une vraie passion pour les soigner malgré les difficultés. Nous avons besoin d'établir une relation à long terme avec nos patients, nous partageons des moments douloureux avec eux. Mais lorsque nous parvenons à insuffler à une personne désespérée la volonté de vivre et de se battre, c'est comme une véritable récompense, on se sent gratifié. C'est ce qui me motive à continuer. La délégation des tâches que nous avons mis en place peut certainement faciliter le travail des médecins et augmenter notre capacité de réponse globale.

Ces quatre dernières années, nous avons mis sous traitement une cohorte de plus de 1 800 patients. L'instabilité politique récente nous a causé des problèmes majeurs : soit les gens ont quitté la région et abandonné leur traitement, soit ils sont trop effrayés pour se présenter au centre de santé et se procurer leurs médicaments. Les soins sont devenus si difficiles d'accès en RCA que nous avons constaté une augmentation significative des hospitalisations en 2015. Aujourd'hui, 70 % des patients hospitalisés au service de médecine interne y sont pour des maladies liées au VIH / SIDA, un quart d'entre eux en raison d'une co-infection VIH/TB.

La plupart de nos patients qui ont repris les soins VIH sont très malades, parfois même dans un état critique. Il y a deux jours, nous avons perdu un patient qui avait abandonné son traitement pendant plus d'un an. Il est mort quelques heures après avoir été hospitalisé ; cela s'est passé si vite que nous n'avons même pas pu lui demander pourquoi il avait abandonné sa prise en charge.

Épidémiologie

Nombre de personnes vivant avec le VIH	450.000	[400.000 - 49.000]
Femmes enceintes vivant avec le VIH	26.000	[52.000 - 66.000]
Enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH	59.000	[20.000 - 31.000]
Décès dus au SIDA	24.000	[25.000-33.000]
Nouvelles infections par an	29.000	
Taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans	1,0%	[0,9% - 1,2%]
Prévalence du VIH dans les populations clés :		
-Travailleurs du sexe	6,9%*	
-Prisonniers	11%	
-HSH	9,5%	
-Patients atteints de TB	14%**	

SSource : Données de l'ONUSIDA de 2014, disponibles sur le site <http://aidsinfo.unaids.org/>

Source * : Rapport GARP 2015

Source ** : Rapport de l'OMS sur la tuberculose

Note: Les données et les méthodes de collecte d'information varient considérablement selon la source. Il convient donc de faire preuve de prudence dans leur interprétation.

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)

LE TRAITEMENT DU VIH HORS DE PORTÉE DE LA PLUPART DES PATIENTS

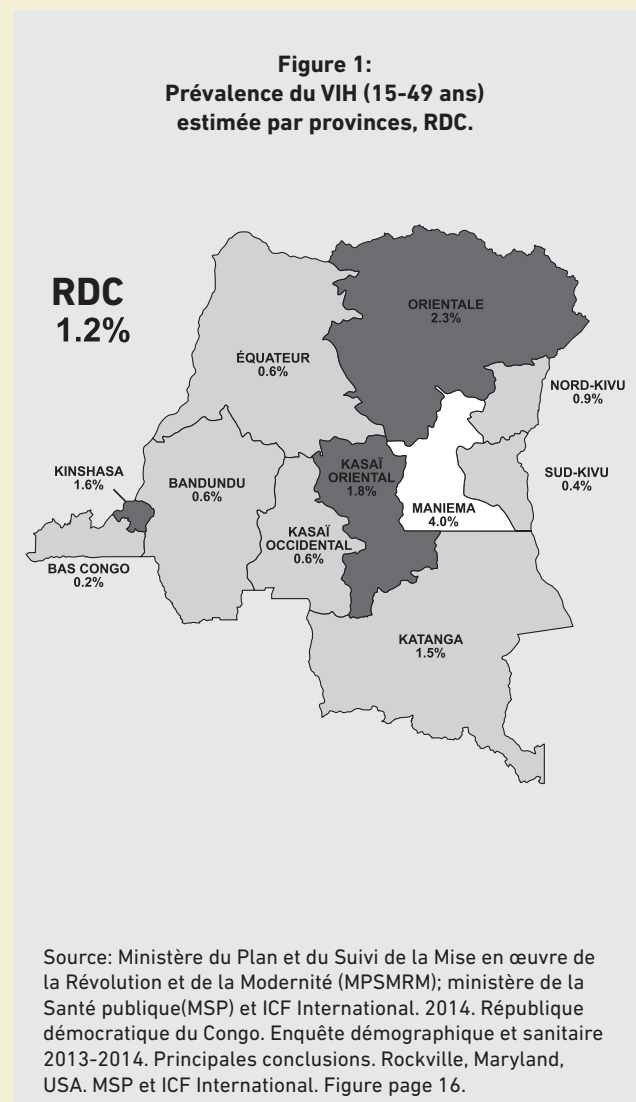
APERÇU

Près de deux décennies de guerre et de violence ont laissé la RDC fragile, faible au niveau institutionnel et en grand besoin de reconstruction. Elle se classe parmi les pays les plus pauvres du monde. Les conditions de sécurité s'améliorent dans l'ensemble, mais demeurent tendues, en particulier dans les provinces de l'est, où les violences et les déplacements internes sont monnaie courante. La pauvreté est généralisée dans tout le pays, avec 64 % de la population vivant sous le seuil de pauvreté.¹

Les indicateurs de santé du pays reflètent les problèmes majeurs liés aux conditions de vie et à la couverture des services de santé.^{2,3} Les épidémies récurrentes de rougeole, de choléra, de paludisme et autres ont un impact négatif sur l'état de santé de la population. En 2012, les dépenses en matière de santé s'élevaient à environ 13 dollars (USD) par habitant, dont 43 % défrayés par les ménages et 15 % par le gouvernement. En plus du financement insuffisant du secteur de la santé, les établissements médicaux existants font face à d'importantes contraintes logistiques et d'infrastructures, qui s'ajoutent à une faiblesse dans la surveillance et la supervision.⁴ Les politiques et planifications ont un impact modeste sur la prestation de services de santé, en particulier dans la périphérie rurale. Les ressources financières limitées dans les services publics liés au domaine de la santé conduisent à une offre limitée de soins et au recours à des mécanismes compensatoires par les travailleurs de la santé, créant des inefficacités systémiques et des obstacles financiers qui dissuadent les individus d'avoir recours à ces services. Les soins de santé peuvent être délivrés de multiples façons. Les OC et les ONG en fournissent une grande partie.⁵

Malgré une prévalence du VIH relativement faible à l'échelle nationale (1 %), la RDC, en raison de sa grande population, compte 7 % des PVVIH dans la région d'Afrique occidentale et centrale. Le pays compte environ 450.000

PVVIH et 29.000 nouvelles infections chaque année.⁶ La prévalence du VIH varie selon les régions (figure 1), les zones urbaines (1,9 %) et rurales (0,8 %), et diffère également entre les hommes (0,7 %) et les femmes (1,6 %).⁷ Les données prénatales indiquent que certaines régions sont plus touchées que d'autres, avec une prévalence supérieure à 3,5 % chez les femmes enceintes dans certaines provinces.



1 Indicateurs du développement pour la RDC, Banque mondiale. Disponible à l'adresse : <http://data.worldbank.org/country/congo-dem-rep>.

2 République démocratique du Congo : Profil statistique de l'OMS. Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/gho/countries/cod.pdf?ua=1>

3 Ministère du Plan et du Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution et de la Modernité (MPSMRM) ; ministère de la Santé publique (MSP) et ICF International. 2014. République démocratique du Congo. Enquête démographique et sanitaire 2013-2014. Principales conclusions. Rockville, Maryland, USA. MSP et ICF International.

4 Democratic Republic of Congo Country Operational Plan 2014. Executive summary. PEPFAR/US. Disponible à l'adresse : <http://www.pepfar.gov/countries/cop/240136.htm>

5 Hill et al. The "empty void" is a crowded space: health service provision at the margins of fragile and conflict affected states. Conflict and Health 2014, 08:20 Page 2 de 10; Disponible à l'adresse : <http://www.conflictandhealth.com/content/8/1/20>

6 Données ONUSIDA de 2014, disponible sur le site : <http://aidsinfo.unaids.org/>

7 United States Department of State, DRC Country Operational Plan (COP); Strategic Development Summary. COP Fiscal Year 2015.

PROGRÈS VERS LES CIBLES 90-90-90

En principe, la RDC est engagée pleinement dans l'objectif d'atteindre d'ici l'année 2020 les cibles 90-90-90 de l'ONUSIDA. Cependant, des défis majeurs dans sa mise en œuvre persistent, notamment l'application des directives de l'OMS de 2015 qui mettent l'accent sur le TAR précoce pour toutes les PVVIH, indépendamment de leur état clinique.

Taux de couverture	2013	2014
% testé	4	
% des femmes enceintes dans le programme PTME	33	47
% de PVVIH sous traitement ARV*	18	23
% d'enfants sous traitement ARV	8	14
% de patients co-infectés par le VIH et la TB sous TAR	18	48
% de rétention à 12 mois **	78	

Source : Rapport global 2014 sur la tuberculose de l'OMS, PNLS, ONUSIDA.

Source * : Le nombre de personnes sous ARV est susceptible d'être surestimé, car il est fort probable que la perte de vue de patients n'ait pas été prise en compte.

Source ** : Les données sur la rétention citées dans le rapport 2014 PNLS font référence à des données de 2012 sur le CTA de Kabinda, qui est soutenu par MSF. En ce qui concerne la rétention, les données varient considérablement. À des fins de comparaison, les taux de rétention à 12 mois (2013) dans les programmes de MSF ont varié de moins de 50 % à 78 %.

CIBLE 1 : D'ICI 2020, 90 % DES PVVIH CONNAÎTRONT LEUR STATUTS

Malgré les récentes données de l'EDS qui indiquent que le dépistage du VIH a doublé depuis 2007, près de 80 % des femmes et 84 % des hommes n'ont jamais été testés.⁸

Au cours d'une campagne de dépistage du VIH en juin 2015, les partenaires nationaux et internationaux ont testé 42.150 personnes à Goma, Bukavu, Mbuji-Mayi et Lubumbashi. En décembre 2015, les autorités sanitaires ont lancé dans tout le pays une initiative de dépistage du VIH intensifiée sur trois mois⁹ et à Goma en janvier 2016, MSF a participé à un service mobile de conseil et de dépistage volontaires (CDV) qui a permis de tester 1.200 personnes (67 % d'hommes), parmi lesquelles le taux de séropositivité s'élevait à un peu plus de 2 % (3,8 % pour les femmes).

Conseil et dépistage : La plupart des tests de dépistage du VIH sont à l'initiative du prestataire, mais ne sont pas systématiquement proposés, et servent principalement d'outil de diagnostic chez les personnes déjà malades. Bien que le test de dépistage du VIH lui-même soit gratuit, puisqu'il fait partie de l'offre de services des

établissements de santé, les patients doivent souvent payer pour la consultation (l'équivalent de 2-5 USD) et les autres examens qui précèdent le test.¹⁰ Les services de CDV en tant que tels sont la plupart du temps gratuits, mais le nombre de sites disponibles a diminué depuis 2009.¹¹

Le manque de confidentialité, les frais assumés par les patients, la faible motivation du personnel et la pénurie de tests de dépistage du VIH constituent certains des obstacles au dépistage signalés dans les établissements de santé. Différentes sources révèlent ce qui suit :

- Les établissements de santé ne proposent pas systématiquement le dépistage du VIH et manquent donc de nombreuses occasions de repérer des patients séropositifs, notamment auprès de patients tuberculeux, atteints d'une IST, souffrant de malnutrition ou hospitalisés dans l'unité de médecine interne.
- Lorsque MSF a proposé des services de conseil et de dépistage du VIH aux patients hospitalisés dans trois hôpitaux de Kinshasa en décembre 2012, 90 % ont déclaré n'en avoir jamais eu l'opportunité auparavant.
- Dans les cas où le test est proposé, les taux de participation au dépistage du VIH sont élevés, tout comme les taux de séropositivité. Dans les hôpitaux mentionnés ci-dessus, seulement 3 % des patients ont refusé de se soumettre à un test de dépistage du VIH ; le taux de séropositivité était globalement de 9 % chez les patients adultes et pouvait atteindre les 13 % chez les patients hospitalisés dans un même établissement. Dans les cliniques soutenues par MSF à Kinshasa, 15 686 patients ont été testés en 2015 (taux de séropositivité : 7,5 %)¹²
- Seulement 44 % des patients tuberculeux connaissent leur statut VIH.¹³
- Dans les points de distribution communautaire (appelés « PODI ») soutenus par MSF à Kinshasa (voir encadré), les associations de PVVIH proposent des services ciblés de dépistage du VIH. En 2015, cela a permis à 2.054 personnes de se soumettre à un test (taux de séropositivité : 19 %).
- Une enquête menée par le programme national du VIH indique que 9 % des PVVIH testés ont vu leur statut sérologique dévoilé à d'autres personnes par les travailleurs de la santé sans leur consentement.¹⁴
- Une enquête menée à Kinshasa en 2014 a montré que sur 94 établissements offrant le dépistage, 59 % étaient en rupture de stock depuis un certain temps.¹⁵

10 Henri Mundongo Tshamba et al., Cost of hospital care for HIV/AIDS patients in three general reference hospitals in Lubumbashi, DRC: a prospective study. PanAfrican Medical Journal 2013. 15; 76. Disponible à l'adresse : <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/15/76/full/#.Vwz-9GMoXxU>

11 PNMLS, Kinshasa, Plan Stratégique 2014-2017, Juin 2014. Annexes. Page 55. Disponible à l'adresse : http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/plan_strategique_national_2014-2017.pdf

12 MSF, Annual Report Projet Sida, 2015.

13 United States Department of State, Op.Cit.

14 PNLS, UCOP+ , ONUSIDA, PNUD. Index de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH. Rapport d'enquête. RDC. Novembre 2012.

15 MSF, Empty Shelves, Come Back Tomorrow. ARV stock outs undermine efforts to fight HIV, novembre 2015. Disponible à l'adresse : https://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/msf_out_of_stocks_low_per_pages.pdf

8 DHS Democratic Republic of Congo 2013-2014:Key findings

9 RDC : Le PNLS annonce la campagne de dépistage du SIDA. Publié le 8/12/2015. Radio Okapi, RDC. Se reporter à : <http://www.radiookapi.net/2015/12/08/actualite/sante/rdc-le-pnls-annonce-la-campagne-de-depistage-du-sida-partir-du-10>



Conformément à la politique nationale, les services de conseil et de dépistage du VIH peuvent être proposés par des infirmiers et des travailleurs non professionnels, ce qui devrait faciliter l'intensification du dépistage du virus.

Dépistage chez les femmes enceintes : Bien que le dépistage du VIH chez les femmes enceintes soit une priorité nationale, selon l'EDS-RDC II (2014), seulement 13 % des femmes enceintes ont déclaré avoir reçu des conseils et un test de dépistage au cours des visites prénatales. Les taux de séropositivité chez les femmes enceintes sont de 1,2 % à 3,5 % dans certaines provinces.¹⁶ Dans les sites soutenus par PEPFAR, 10 femmes en moyenne reçoivent un diagnostic de séropositivité par an et par site.¹⁷ La connaissance du traitement et du soutien proposé aux mères par les pairs est encore limitée dans la plupart des endroits.

Diagnostic précoce chez le nourrisson : En 2014, seuls 5.936 bébés exposés nés de 12.294 femmes enceintes sous ART ont été inclus dans le suivi ; 59 % de ces enfants ont été soumis à un test PCR, 15 % d'entre eux avant l'âge de deux mois.¹⁸ Le taux de séropositivité au VIH était de 6,6 %.¹⁹ Le pays compte actuellement cinq laboratoires proposant le diagnostic précoce chez le nourrisson et la mesure de la charge virale. Certains problèmes logistiques (transport, fournitures, etc.) rendent problématique l'envoi d'échantillons de sang séché à ces laboratoires et les laboratoires sont ensuite lents à communiquer les

résultats. Les équipes de MSF à Goma ont signalé un délai de trois à six mois en la matière. Certains programmes de MSF ont même dû se résoudre à envoyer leurs échantillons pour le diagnostic précoce chez le nourrisson en Afrique du Sud. Étant donné que les autorités sanitaires et leurs partenaires établissent l'intensification de la mesure de la charge virale et du diagnostic précoce chez le nourrisson au rang de grande priorité, un plan d'action de trois ans visant à augmenter le nombre de sites de mesure de la charge virale à douze a été mis en place. En collaboration avec les autorités sanitaires, PEPFAR, les agences de l'ONU et le Fonds mondial envisagent d'investir dans un système de transport des échantillons et des capacités de laboratoire supplémentaires pour le diagnostic précoce chez le nourrisson.

CIBLE 2 : D'ICI 2020, 90 % DES PVVIH AURONT ACCÈS AU TAR

En 2014, on a rapporté que 101 324 PVVIH étaient sous TAR, ce qui équivaut à une couverture nationale de traitement de 23 % – parmi les plus faibles au monde.²⁰ La capitale, Kinshasa, a une couverture plus élevée, à 41 % (26.000 sur un total estimé à 63.343 PVVIH sont sous TAR), mais ce taux reste bas.²¹ Cette faible couverture est une conséquence de la disponibilité et de l'accessibilité limitées aux services.

L'accès à de nombreux sites de TAR est un défi en raison des longues distances à parcourir et du manque de transports publics. Par exemple, dans la zone de santé de Mweso (Nord-Kivu), l'hôpital de référence soutenu par MSF était la

16 National program to fight HIV/AIDS, PNLS.

17 United States Department of State, Op.Cit.

18 PNMLS, Rapport sur l'état d'avancement de la réponse à l'épidémie de VIH/SIDA (2014), mars 2014. Kinshasa, RDC.

19 PNLS, Plan de développement des Laboratoires : passage à l'échelle pour CV et diagnostic précoce pour enfants (EID) en RDC, 2015.

20 Données ONUSIDA de 2014, disponibles sur le site <http://aidsinfo.unaids.org/>

21 PNMLS, Profil VIH de la province de Kinshasa, disponible à l'adresse : [http://www.pnmls.cd/doc/Profil%20VIH%20Kinshasa%20\(2\).pdf](http://www.pnmls.cd/doc/Profil%20VIH%20Kinshasa%20(2).pdf)



© Rosaline Coiffis

seule structure offrant des ARV.²² Jusqu'à 65 % des patients devaient marcher pendant plus d'une journée pour se rendre à l'hôpital. Les conditions de sécurité volatiles signifient que de nombreuses PVVIH dans la région doivent bouger sans arrêt, ce qui rend l'accès régulier à des sites de TAR encore plus difficile.

Les PVVIH craignent de révéler leur statut à leurs employeurs ou à leur famille. La stigmatisation reste un problème majeur, en particulier chez les femmes, qui peuvent subir des agressions physiques et des menaces, ou encore être rejetées par leur mari, les membres de leur famille ou la communauté. Même les structures de santé ne sont pas exemptes de stigmatisation. Lors d'une étude menée dans les établissements de santé de Goma et de Karisimbi au Nord-Kivu, jusqu'à 20 % des PVVIH interrogées ont rapporté avoir observé une stigmatisation de la part du personnel de santé.²³

Il se passe souvent un certain laps de temps entre le diagnostic et le début du traitement, exacerbé par les délais dans les tests de numération des CD4 et les analyses de référence en laboratoire. Autre facteur aggravant, les patients doivent parfois payer entre 15 USD et 30 USD pour les tests de numération des CD4.

Dans les centres de santé, les salaires du personnel infirmier sont faibles (à partir d'environ 96 USD par mois), ce qui signifie que les frais payés par les patients sont la principale source de revenus. Autrement dit, la politique de « libre accès aux soins » pour les PVVIH n'est pas la réalité. A Goma, par exemple, le dépistage du VIH est gratuit, mais 2 USD sont facturés pour une consultation et jusqu'à 50 USD pour la

prophylaxie post-exposition. Des frais de pénalité de 20 USD sont également imposés aux patients qui abandonnent le traitement. À Lubumbashi en 2013, les coûts directs encourus par les patients séropositifs hospitalisés étaient en moyenne légèrement supérieurs à 200 USD, montant excédant le revenu mensuel des patients dans 63 % des cas. Les médicaments représentaient 35 % de ces coûts et les examens paracliniques, 44 %. Plus l'état du patient est grave, plus les coûts sont élevés ; les patients atteints d'infections opportunistes ont encouru des frais supplémentaires, jusqu'à 31 USD parfois.

Beaucoup de PVVIH attendent d'être gravement malades pour entamer leur TAR. La RDC a adopté les directives de l'OMS de 2013, mais la mise sous traitement ARV précoce reste difficile. Dans les établissements de santé soutenus par MSF à Kinshasa en 2015, la numération médiane des CD4 au début du traitement était de 212, alors que 46 % des patients avaient des taux de CD4 inférieurs à 200 au moment de la mise sous traitement. Chez les patients dont la prise en charge est tardive, le risque de décès est plus élevé. À l'hôpital Kabinda que MSF soutient à Kinshasa, un patient séropositif hospitalisé sur quatre est décédé après son admission (39 % dans les 24 heures) en 2015. La numération médiane des CD4 de ces patients hospitalisés était de 76 en 2014.²⁴

Les patients souffrant d'infections opportunistes ont un accès limité aux médicaments dont ils ont besoin. Seule une faible proportion du financement des bailleurs de fonds (par exemple, les subventions du Fonds mondial) sert à payer ces médicaments et l'utilisation inappropriée de ces médicaments entraîne d'autres problèmes qui peuvent mener à un traitement incomplet ou de piètre qualité et à des coûts élevés que les patients doivent eux-mêmes assumer.

22 Après un incident de sécurité fin 2015, les équipes de MSF ont été contraintes de quitter Mweso.

23 Observatoire des cas de stigmatisation et de discrimination dans les structures de PeC et dans la communauté. ZS Goma et Karisimbi, septembre 2014 à décembre 2015. UCOP+ Nord-Kivu en collaboration avec l'organisation SCF.

24 Machako M. Forte mortalité intra-hospitalière de PVVIH à Kinshasa : quelles stratégies pour y remédier ? Mémoire présenté dans le cadre d'une maîtrise en santé publique - Contrôle des maladies, Institut de médecine tropicale à Anvers, Belgique. Juin 2015.

Dans l'ensemble du pays, le nombre de sites de TAR a considérablement augmenté au cours des dernières années, passant de 300 sites (en 2009) à 1.315 sites (en 2014).^{25,26} Toutefois, les obstacles à l'accès aux soins et les difficultés d'approvisionnement empêchent d'exploiter pleinement ces ressources supplémentaires ; on rapporte en moyenne 22 patients par site chaque année. Au niveau de l'établissement de santé, les ruptures de stock d'ARV et d'autres produits essentiels sont fréquentes, ce qui nuit à la rétention en traitement et retarde la mise sous TAR.

Environ 14 000 nouvelles mises sous traitement ARV annuelles ont été rapportées en 2013. Cependant, dans un pays qui compte environ 29.000 nouvelles infections par an, il faut accélérer le rythme des mises sous TAR et réduire les délais d'initiation.

Le pays a adopté les directives de l'OMS de 2013, y compris le recours au traitement à base de ténofovir comme ARV de première intention (en remplacement de l'AZT). Alors que les produits avaient été acheminés en septembre 2015, en mars 2016, le déploiement national des nouveaux médicaments n'avait toujours pas commencé. Au Nord-Kivu, cette meilleure combinaison de médicaments est réservée aux femmes enceintes lorsqu'elle est disponible.

PTME : La couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes est passée de 3.771 en 2010 à 12.294 (52,2 %) en 2014,²⁷ pour atteindre 40 % de l'objectif prévu. La RDC est l'un des 22 pays prioritaires du plan d'élimination de la transmission de la mère à l'enfant (E-TME). L'expérience de MSF en matière d'E-TME révèle toutefois une multitude de défis pour la rétention en traitement, y compris la stigmatisation et le manque de sensibilisation au VIH dans les communautés, la peur de la divulgation, le diagnostic tardif des nourrissons, le manque de services de conseil et une mauvaise intégration des mères dans les services généraux de soins VIH après leur départ du programme de PTME.

Enfants : À la suite du retrait du soutien financier par UNITAID, le nombre d'enfants sous ARV est passé de 6.238 en 2011 à 4.751 en 2012. En 2014, on rapportait 8.500 enfants (de moins de 15 ans) sous traitement, signe d'une couverture qui reste faible, à 13,9 %. Selon la directive de l'OMS de 2013, une approche de dépistage/traitement devrait être adoptée pour les enfants de moins de cinq ans. Les pénuries et les ruptures de stock dans les ARV pédiatriques entravent la mise sous traitement et la qualité des soins. Chez les jeunes enfants en particulier, elles entraînent des problèmes au niveau de la posologie. Le nombre de sites de traitement pour les enfants vivant avec le VIH reste limité ; au Nord-Kivu, par exemple, un seul hôpital fournit le TAR pédiatrique.

25 Rapport de mission de mise à jour des infos stratégiques des programmes VIH dans les sites appuyés par le Fonds mondial en RDC. PNUD/FM 2012.

26 Biayi F. Plan d'approvisionnement en médicaments et intrants pour la lutte contre le SIDA. Juin 2013. Ministère de la Santé, Secrétariat général, Kinshasa, RDC. Disponible à l'adresse : <http://www.asrames.com/wp-content/uploads/2012/04/Plans-dApprovisionnement-des-M%C3%A9dicaments-et-Intrants-de-lutte-contre-le-VIH-SIDA.pdf>

27 PNLs, Rapport annuel, Op. Cit.

CIBLE 3 : D'ICI 2020, 90 % DES PVVIH SOUS ARV AURONT UNE CHARGE VIRALE INDÉTECTABLE

Le pays s'est engagé à procéder systématiquement à des mesures de la charge virale d'ici 2017. Pourtant, certaines provinces n'ont actuellement aucune capacité d'effectuer cette mesure, comme c'est le cas au Nord-Kivu, par exemple. La mesure de la charge virale se fait principalement dans les établissements de santé en périphérie des cinq laboratoires (trois à Kinshasa, un à Mbandaka et un à Lubumbashi) ou lorsqu'il est possible d'y envoyer les échantillons. Qui plus est, tous les laboratoires ne peuvent pas accepter les échantillons de sang séché.²⁸ Les données nationales sur le taux de réussite dans la lutte contre le virus chez les PVVIH sous ARV ne seront pas disponibles avant fin 2016.

Les patients rapportent que les ruptures de stock, les visites fréquentes en clinique, les longues périodes d'attente et les obstacles financiers (frais d'utilisation et coûts de transport) entravent leur rétention dans le continuum des soins. Toutefois, diverses mesures permettent d'améliorer la rétention de manière significative, notamment la réduction des fréquences de renouvellements de médicaments, le soutien par les pairs, les conseils pour l'observance et le suivi rapide des patients qui ratent un rendez-vous. Les données des établissements de santé soutenus par MSF montrent une rétention à 12 mois allant de moins de 50 % à 78 % selon le contexte (données 2013). Cependant, à Kinshasa, un projet pilote où les PVVIH obtiennent leur TAR dans des points de distribution communautaires (PODI) – moins souvent et plus près de chez eux – a donné des résultats très positifs.

PODI – Points de Distribution Communautaires

À la fin de l'année 2010, MSF, en collaboration avec une ONG locale, a établi des points de distribution communautaires d'ARV à Kinshasa pour que les PVVIH puissent se procurer leurs renouvellements d'ARV plus près de chez eux. Ces points sont gérés par des PVVIH spécialement formées pour effectuer ces renouvellements, soutenir les patients dans leur prise du traitement et effectuer des suivis de santé primaires. Les patients stables sont admissibles au programme. Ils reçoivent un renouvellement d'ARV de trois mois et doivent se présenter chaque année pour une consultation clinique et un test de numération des CD4. En juillet 2013, quelque 2162 patients étaient inscrits au programme PODI, ce qui représente 43 % de la cohorte active. À 12 mois, 89 % étaient toujours en soins. Une analyse plus poussée a montré que les coûts de transport des patients ont été considérablement réduits (trois fois inférieurs à ceux des services de santé traditionnels), tout comme les temps d'attente (sept fois inférieurs). Un autre effet positif des PODI est la réduction de la charge de travail au niveau des établissements de santé.

Les PODI proposent aussi des services de conseil et de dépistage du VIH gratuits. Les membres de la communauté y envoient des individus se faire dépister. En 2015, 1.947 personnes ont ainsi été testées dans les PODI, et 376 d'entre elles ont reçu un diagnostic positif au VIH (19 %).²⁹ Compte tenu des taux de séropositivité relativement élevés, cette approche semble constituer un moyen très efficace de dépister le virus.

28 Certains sites utilisent la plate-forme Abbott mais les tests basés sur les échantillons de sang séché n'ont pas été validés

29 Rapport d'activité de Kinshasa, MSF 2015

Outre l'approche PODI, plusieurs ONG nationales et internationales ont mis en place des groupes de soutien à travers des pairs. MSF a amorcé une collaboration avec des groupes de PVVIH à Baraka (Sud-Kivu) en 2015. Les groupes y coopèrent avec les équipes cliniques. Ils s'occupent d'effectuer le suivi des personnes qui ratent un rendez-vous et proposent un soutien à domicile aux patients qui peinent à accepter leur statut VIH ou qui ont des problèmes d'observance du traitement, notamment dans les cas d'échec thérapeutique.

Le nombre de patients perdus de vue peut être sous-estimé car les patients qui ont interrompu leur traitement se présentent souvent en tant que nouveaux patients. Dans le cadre d'entretiens approfondis à l'hôpital Kabinda soutenu par MSF, 70 % des patients ont admis avoir bénéficié d'une mise sous traitement précédente, et environ la moitié d'entre eux avaient interrompu leur traitement pendant plus de trois mois.³⁰

D'autres facteurs influent sur la rétention en traitement : les absences prolongées liées au travail dans l'industrie minière, ainsi que l'insécurité dans les régions touchées par le conflit. Dans les zones de conflit chronique, il est absolument essentiel de mettre en place un plan d'urgence (prévoyant un approvisionnement d'urgence en TAR) au niveau du patient, du centre de santé, des instances locales, nationales et internationales, comme l'a démontré MSF dans divers contextes de conflit, y compris les régions de l'est de la RDC.³¹



© Rosalie Colfs

30 Machako M., *Op.Cit.*

31 O'Brien D. P. et al., Provision of antiretroviral treatment in conflict settings : the experience of MSF. *Se reporter à Conflict and Health* 2010 ; 4 ; 12. Disponible à l'adresse : <http://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-4-12>

Répercussions des fréquentes ruptures de stock d'ARV, de tests de dépistages et d'autres produits de soins du VIH

En RDC, les pénuries et les ruptures de stock de produits liés au VIH sont fréquentes et entravent la mise sous TAR ou mènent à l'interruption du traitement. Il peut alors s'avérer nécessaire de mettre en place des mécanismes d'adaptation, lourds pour les patients et le personnel de la santé. De la même façon, la mauvaise gestion des dépôts médicaux intermédiaires et les problèmes de livraison peuvent, dans certains cas, entraîner de tels retards que le TAR et d'autres produits de base ne parviennent pas aux patients avant leur péremption.³²

Une analyse rapide de 94 établissements de santé couvrant plus de 70 % de la cohorte sous TAR à Kinshasa a révélé des ruptures de stock fréquentes et durables des ARV, des médicaments pour traiter les infections opportunistes, et des tests de dépistage du VIH.³³ Au cours du premier trimestre 2015, 77 % de ces installations avaient subi au moins une rupture de stock d'un ARV. Au moment de l'évaluation, 45 % des établissements étaient en rupture de stock de TDF-3TC-EFV. Bien que des médicaments équivalents étaient disponibles dans la ville, environ 1.300 patients s'étant présentés sur une période de trois mois avaient dû retourner chez eux sans TAR. De plus, en raison des ruptures de stock de tests de dépistage pendant trois mois, environ 4.000 patients n'ont pas été en mesure de se soumettre au dépistage. En poussant l'analyse, on a pu constater que pour 45 % des produits en rupture de stock au niveau des établissements de santé, le même médicament était disponible dans les dépôts régionaux.³⁴ L'un des principaux problèmes réside dans le fait qu'aucun budget n'est prévu pour combler efficacement les lacunes et permettre aux médicaments d'atteindre le dernier maillon de la chaîne d'approvisionnement : les patients.

La situation dans le reste du pays est probablement encore plus grave car les problèmes logistiques y sont bien plus grands. Une évaluation effectuée par les organisations de patients (et Médecins du Monde) dans le Nord-Kivu a révélé que plus de 12 des 34 établissements de santé visités étaient en rupture

32 Fontaine A. En RDC, la gestion chaotique des stocks a un impact sur les soins dans la lutte contre le Sida. *AIDSspan* numéro 16 ; 24 juillet 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.aidspace.org/node/3332>

33 MSF et PNLS 2015. Les patients face aux ruptures de stock : État des lieux sur la disponibilité des intrants essentiels pour la lutte contre le SIDA à Kinshasa. Disponible à l'adresse : https://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_out_of_stocks_low_res.pdf

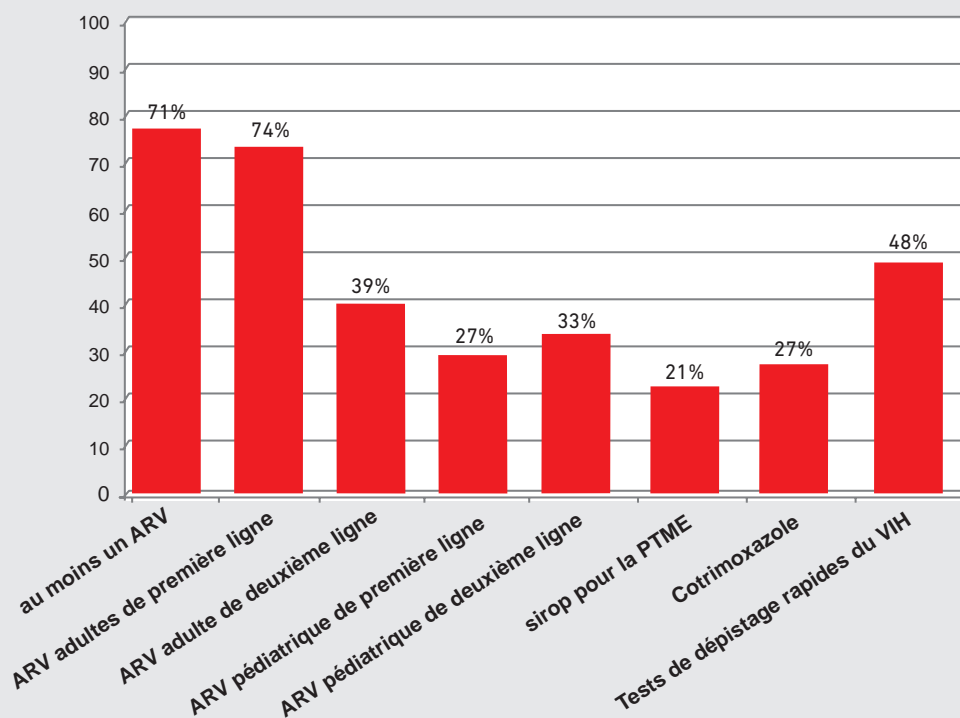
34 MSF, Empty shelves. Come back tomorrow, Op. Cit.

de stocks d'ARV, sur lesquels quatre manquaient de toutes les composantes du TAR.³⁵ Elle a également mis en évidence de fréquentes ruptures de stock de médicaments destinés à traiter les infections opportunistes (dans 10 des 13 zones de santé) et de tests de dépistage.

En 2014, moins de 8 % des patients en RDC avaient accès au régime posologique à dose quotidienne unique le plus approprié (une formule à dose fixe de TDF-3TC-EFV). À l'heure actuelle, les femmes enceintes séropositives sont les principaux patients à avoir eu accès à ce traitement de première ligne depuis que le pays a commencé à recourir à l'option B+ en 2013. À l'échelon national, le passage de l'AZT au régime de traitement à base de TDF a dû être retardé.

Le système actuel est sujet aux ruptures de stock, d'autant plus que des changements majeurs sont à venir dans les régimes/protocoles de TAR, que les mesures de la charge virale devraient s'intensifier et que des changements dans le soutien des bailleurs de fonds aux différentes régions sont prévus pour 2016. Pourtant, les établissements de santé ne disposent que de stocks de réserve de moins d'un mois de consommation moyenne de médicaments. Au niveau national, aucun de ces « stocks tampons », ou de réserve, n'a été prévu pour les ARV pédiatriques. Aucun plan d'urgence spécifique n'existe, ni de stockage d'urgence pour faire face à ces transitions difficiles.

Figure 2:
Proportion des centres de santé ayant déclaré au moins une rupture de stock durant une visite d'évaluation de 94 sites (ou durant les trois mois précédents cette visite) à Kinshasa, RDC.



³⁵ Paroles des usagers et des prestataires sur l'accessibilité et la qualité des services VIH, Février 2015, MDM.

FINANCEMENT

En 2012, les dépenses globales liées au VIH en RDC étaient d'un peu plus de 229 millions USD, soit 20 % supérieures à celles enregistrées en 2011. La contribution du gouvernement s'élevait à environ 2,7 millions USD (1,2 %) ; la majeure partie de ce montant a servi à renforcer les systèmes de santé, la surveillance et la coordination des programmes. Aucun achat d'ARV ou de test de dépistage du VIH n'a été inclus. D'importants problèmes de dépenses ont surgi en 2012 et 2013, avec un maximum de 10 % du budget alloué au VIH déboursé.

Les frais à la charge des patients représentaient 38 % de toutes les dépenses liées au VIH en 2012.³⁶

La plus grande partie du budget du VIH est couverte par les bailleurs de fonds internationaux. Depuis que le programme MAP de la Banque mondiale et UNITAID ont cessé de financer la lutte contre le VIH en 2011 et 2013, le Fonds mondial est actuellement la principale source de financement du VIH en RDC, suivi du USG/PEPFAR. En 2012, le Fonds mondial a financé 90 % des antirétroviraux achetés (dispense de TAR à 65.000 des 76.000 patients sous traitement).^{37,38} L'écart restant est financé par PEPFAR et d'autres instances, dont UNICEF (PTME) et MSF. Aucun autre bailleur de fonds bilatéral ne contribue de manière significative à l'intensification des mises sous TAR. La dernière proposition soumise au Fonds mondial incluait la provision d'ARV à tous les patients actuellement sous traitement, ainsi que 94 126 patients additionnels d'ici 2017.

Conformément à la politique de PEPFAR consistant à orienter les ressources vers les « points névralgiques (hot spots) » à compter de 2016, les interventions financées par PEPFAR se concentreront sur les zones urbaines et les populations clés de Kinshasa, de Kisangani et de Lubumbashi. Il conviendra donc d'opérer d'importants changements dans la répartition prévue des zones de santé entre PEPFAR et le Fonds mondial, ce qui risque de causer des lacunes et des chevauchements dans la continuité des soins.

Rares sont les financements destinés aux médicaments contre les infections opportunistes. Les établissements de santé souffrent donc d'importantes pénuries et les patients sont soumis à des frais élevés.

Enfin, alors que les ONG locales peuvent jouer un rôle important dans les services liés au VIH, les contraintes de financement ont réduit leur capacité à le faire. Les ONG qui, auparavant, fournissaient gratuitement les ARV par exemple, font dorénavant payer les patients.³⁹ Les associations de patients sont confrontées aux mêmes problèmes, ce qui entrave leurs capacités institutionnelles, leur gouvernance et leur rôle d'activisme.

36 Rapport sur l'état d'avancement de la réponse à l'épidémie de VIH/SIDA (2014). PNMLS, mars 2014. Kinshasa, RDC. Avec références au rapport REDES 2011-2012.

37 *Ibid*

38 United States Department of State Fiscal Year 2015. DRC Country Operational Plan (COP); Strategic Development Summary, 2015

39 Freeman A. et al., Patient Outcomes in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo After a Disruption in HIV Care Due to Decreased Global Fund Appropriations. *AIDS Behav* (2014) 18:2135-2143.



© Rosalie Colfs

RECOMMANDATIONS

Dans l'élaboration de son plan d'accélération, la RDC devrait maximiser ses efforts pour consolider et améliorer rapidement les expériences positives qui sont ressorties des projets pilotes dans le pays. La mobilisation de tous les acteurs pertinents dans ce programme d'accélération est essentielle pour assurer la mise en œuvre et le soutien de stratégies qui amélioreront grandement la situation dès le premier jour.

Éléments qui pourraient avoir une grande influence sur l'accélération des cibles 90-90-90

- Stratégies pour intensifier le dépistage du VIH
 - Augmenter le nombre de sites offrant des consultations et des tests de dépistage gratuits, en faisant participer les ONG, les associations de patients et les centres communautaires.
 - Veiller à ce que les tests de dépistage du VIH soient proposés gratuitement au niveau de l'établissement de santé, et ce, de façon systématique.
 - Assurer un dépistage ciblé et régulier auprès des patients qui pourraient présenter des taux de séropositivité élevés, comme les patients hospitalisés, tuberculeux, atteints d'une IST ou souffrant de malnutrition, ainsi que dans les sites où les associations de patients sont actives. En outre, il faudrait systématiquement tester les membres de la famille de toutes les PVVIH déjà sous TAR et des patients qui débutent leur traitement.
- Stratégies pour augmenter le nombre de mises sous TAR et améliorer la rétention en traitement
 - Accélérer la mise en œuvre des recommandations de l'OMS de « traiter tout le monde », ce qui comprend la mise sous traitement précoce quelle que soit la numération des CD4 ou le stade clinique. Les patients qui sont moins malades nécessitent un suivi clinique moins serré et peuvent rapidement passer aux renouvellements d'ARV au niveau communautaire.



- Établir des centres de mise sous TAR dans des structures sélectionnées, en fonction de la concentration de patients et de l'expérience du personnel. Dans ces centres, il est possible de garantir un approvisionnement ininterrompu, des conseils ciblés et le soutien des pairs, et d'accélérer la mise sous TAR précoce. Une fois stables, les patients pourront passer au renouvellement d'ARV dans la communauté et se soumettre à un suivi annuel de la charge virale.
- Réduire les obstacles à l'accès attribuables à la faiblesse des systèmes et des services de santé :
 - Appliquer une politique stricte de gratuité pour les patients. S'assurer que l'ensemble des éléments essentiels des soins du VIH soient proposés sans frais aux patients, y compris les tests de dépistage et les consultations en clinique requis pour accéder aux ARV. Envisager la possibilité de délivrer de bons de traitement aux patients pour assurer la gratuité des services. Veiller à ce qu'il y ait suffisamment de médicaments pour traiter gratuitement les infections opportunistes et allouer des fonds spécifiques pour couvrir les frais d'hospitalisation.
 - Diminuer la fréquence des visites en clinique et des renouvellements de médicaments pour les patients sous TAR stables afin d'améliorer la rétention en traitement.
 - Mettre en place les PODI ainsi que d'autres circuits rapides pour accélérer le renouvellement des médicaments, soutenir les initiatives communautaires de renouvellement des ARV et proposer un soutien par les pairs.
 - Veiller à ce que les travailleurs issus du circuit non professionnel qui soutiennent les mises sous TAR et l'observance du traitement par les patients – au sein des installations de santé et en dehors – soient formés, reconnus et rémunérés.
 - S'assurer que les ARV et les produits de première nécessité soient disponibles en quantité suffisante au niveau des établissements de santé en mettant en place une meilleure gestion de l'approvisionnement et en assurant une livraison complète, jusqu'au
- dernier maillon de la chaîne ; éviter les ruptures de stock de médicaments en établissant des stocks de réserve et de renouvellements plus espacés pour accroître l'autonomie du patient; établir un système de commande rapide avec un stock d'urgence d'ARV, de médicaments contre les maladies opportunistes et de réactifs de laboratoire.
- Comblent l'écart de traitement dans le TAR des enfants
 - Accroître la disponibilité des tests pour le diagnostic précoce chez le nourrisson en combinant des méthodes sur le lieu de traitement et le transport des échantillons de sang séché vers la capitale ou même à l'extérieur du pays ; accélérer la communication des résultats par SMS, téléphone ou courrier électronique quand cela est possible.
 - Intensifier les mises sous TAR pédiatrique en priorisant le traitement des enfants à tous les niveaux, en offrant des tests de dépistage et des TAR dans un plus grand nombre de sites, en proposant une formation spécifique aux travailleurs de la santé, en développant un modèle de délégation de tâches spécifique pour les soins pédiatriques, et en élaborant un régime de soins standard (qui comprend notamment des soins nutritionnels adaptés). Une approche spécifique pour les conseils aux enfants, aux adolescents et aux parents est également nécessaire afin de faciliter la communication et d'améliorer la rétention.
- Inciter les associations de patients, les ONG et la société civile à participer et leur offrir du soutien.
 - Créer un réseau de services liés au VIH soutenu par la société civile, les associations de patients, les organisations confessionnelles et les ONG pour faciliter l'orientation et la prise en charge médicale.
 - Organiser une surveillance indépendante de la disponibilité et de l'accessibilité des soins aux PVVIH. Soutenir les associations de patients dans le suivi des politiques « d'accès gratuit aux soins » et de la disponibilité des produits dans les établissements de santé (dans le cadre d'un système d'alerte précoce des baisses de stocks).
- Être prêt à affronter des perturbations d'approvisionnement et se montrer réactif
 - Introduire des modèles simplifiés et appropriés de soins pouvant être maintenus dans des contextes d'instabilité. Préparer les programmes et les patients à d'éventuelles interruptions de services (par exemple en prévoyant des stocks de sécurité, en fournissant aux patients des cartes médicales et des TAR pour de plus longues périodes).
 - Anticiper, déterminer et organiser des scénarios d'approvisionnement continu de TAR grâce à un réseau de fournisseurs et d'organisations reposant notamment sur la formation du personnel, des plans de mobilisation rapide des ressources humaines et financières, un stock d'urgence de TAR et d'autres produits essentiels, et un point central pour informer et communiquer avec les PVVIH (par exemple la mise en place d'un numéro de téléphone sans frais).

CONCLUSION

Pour atteindre les cibles 90-90-90 de l'ONUSIDA à l'échelle internationale, il faudra que les pays comme la RDC soient placés en tête de liste des priorités et des urgences, étant donné le nombre de PVVIH encore sans traitement et la complexité des contextes instables.

La RDC a réalisé d'importantes améliorations, mais il reste encore un long chemin à parcourir. Des mesures stratégiques et proactives sont nécessaires pour accélérer le rythme des mises sous TAR, augmenter la rétention des soins et veiller à ce que les directives de l'OMS de 2015 soient mises en œuvre sans plus tarder. Dans le même temps, les efforts progressifs doivent permettre aux zones sujettes aux conflits de ne pas être négligées par les programmes de réponse au VIH.

Intégrer les services VIH dans le système de santé existant sans réduire les obstacles actuels à l'accès aux soins entravera l'approche accélérée nécessaire. Pour améliorer l'état des patients et les résultats programmatiques, il faudra insister davantage sur la prestation de services au niveau communautaire. Ces approches réduiront non seulement le fardeau qui pèse sur les patients et les établissements de santé à la limite de leurs capacités, mais permettront aussi de mieux initier les patients et de les garder dans leur prise en charge en rapprochant les services de ceux qui en ont besoin.

Les centres dédiés à la mise sous TAR dans les établissements sélectionnés, dans lesquels un personnel motivé et expérimenté propose des services gratuits et de qualité, peuvent être combinés à des suivis moins fréquents au niveau communautaire chez les patients stables. La participation active de la société civile locale (ONG et associations de patients) sera d'une grande importance pour compléter l'offre de soins au niveau des établissements de santé, les initiatives communautaires, et le suivi de l'accès et de la qualité des soins fournis. Afin de soutenir la mise en œuvre de ces stratégies, il faudra plus de volonté politique et d'intérêt de la part des bailleurs de fonds pour combler l'écart existant.

La RDC a urgemment besoin d'un plan d'accélération réaliste qui tienne compte des réalités propres à la diversité et à la complexité du contexte du pays. En l'absence d'un sentiment d'urgence pour une intensification accélérée de la réponse, les gains fragiles réalisés dans la lutte contre le VIH/SIDA dans le pays sont menacés. L'épidémie aura une longueur d'avance sur la riposte et les lacunes grandissantes en matière de traitement seront lourdes de conséquences sur le plan humain et financier.

Elise et Philomène : Deux visages de la lutte contre le VIH en RDC



Philomène – Vivre positivement

Philomène, 47 ans, a contracté le VIH il y a 14 ans en recevant une transfusion sanguine dans un hôpital de Kinshasa après une fausse couche. Son mari est séronégatif, et il est resté solidaire envers elle, la femme qu'il aime. Le couple a assisté à plusieurs longues séances d'information sur la maladie, où il a pu apprendre à mener une vie familiale et amoureuse normale.

Comme Philomène était inscrite à un programme de PTME efficace, elle a pu donner naissance à deux enfants séronégatifs. Ils ont également accueilli une jeune fille séropositive dont ils prennent soin comme de leur propre enfant. Philomène est maintenant une militante dévouée au sein du groupe communautaire congolais RENOAC. Cette femme courageuse aide ses compatriotes à mieux comprendre le VIH et à lutter contre la stigmatisation.

MSF travaille en RDC depuis 1981. L'organisation fournit des services de lutte contre le VIH depuis 1996 et des traitements ARV depuis 2002. En collaboration avec le ministère de la Santé, le programme offre aujourd'hui un soutien à 6.211 patients atteints du VIH, environ 5 % de la cohorte nationale en 2015.

A Kinshasa, MSF gère un hôpital de traitement de la maladie et participe aux soins VIH dans deux autres hôpitaux, cinq centres de santé et trois PODI, proposant des diagnostics, des traitements et un soutien à l'observance. De plus, MSF offre des soins VIH à des patients hospitalisés et en consultation externe dans d'autres établissements de santé, par exemple à Virunga, à Goma, à Masisi, à Mweso, à Rutshuru, à Kimbi, à Baraka, etc.

Elise – Les défaillances du système

Comme sa mère Agathe n'avait jamais été dépistée pour le VIH et n'était pas inscrite au programme de PTME, Elise est née séropositive. La mère et l'enfant ont découvert leur statut six ans plus tard, après la mort du père d'Elise de maladies liées au SIDA. En raison du manque d'information et de conseils qualifiés, Agathe a administré le traitement ARV à sa fille de manière erratique, et Elise a développé une résistance aux médicaments antirétroviraux de première intention. Elle a dû passer aux ARV de deuxième intention qui ont des effets secondaires plus graves et sont beaucoup plus difficiles à digérer, accroissant le risque de ne pas bénéficier pleinement de leurs effets salvateurs, d'autant qu'elle devait prendre les médicaments destinés aux adultes car les médicaments pédiatriques n'étaient pas disponibles.



À la fin de l'année 2014, Elise a été admise à l'hôpital Kabinda de MSF à Kinshasa. Son régime de traitement inadéquat avait eu un effet dévastateur sur la fillette de 12 ans, qui pesait à peine 30 kilos, était alitée et trop faible pour se nourrir et se laver. La lutte d'Elise contre le VIH était devenue chaque jour plus difficile et douloureuse. Quelques jours après que ces photos aient été prises, et malgré les soins bienveillants de sa mère et de l'équipe médicale de MSF, Elise est décédée. Agathe voulait que MSF publie les photos de sa fille. « Elles n'aideront pas Elise, mais pourront peut-être aider d'autres personnes dans le pays », a-t-elle expliqué.





Épidémiologie

Nombre de personnes vivant avec le VIH	120.000	[100.000 - 140.000]
Femmes enceintes vivant avec le VIH*	12.221	
Enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH	13.000	[11.000 - 1.000]
Décès dus au SIDA	3.800	[2.500 - 7.200]
Nouvelles infections chaque année	7.200	[5.200 - 9.800]
Taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans	1,6%	[1,4% - 1,8%]
Prévalence du VIH dans les populations clés **: <ul style="list-style-type: none"> - Travailleurs du sexe - Prisonniers - HSH 	16,7% 9,4% 20%	

SSource : Données de l'ONUSIDA de 2014, disponibles sur le site <http://aidsinfo.unaids.org/>

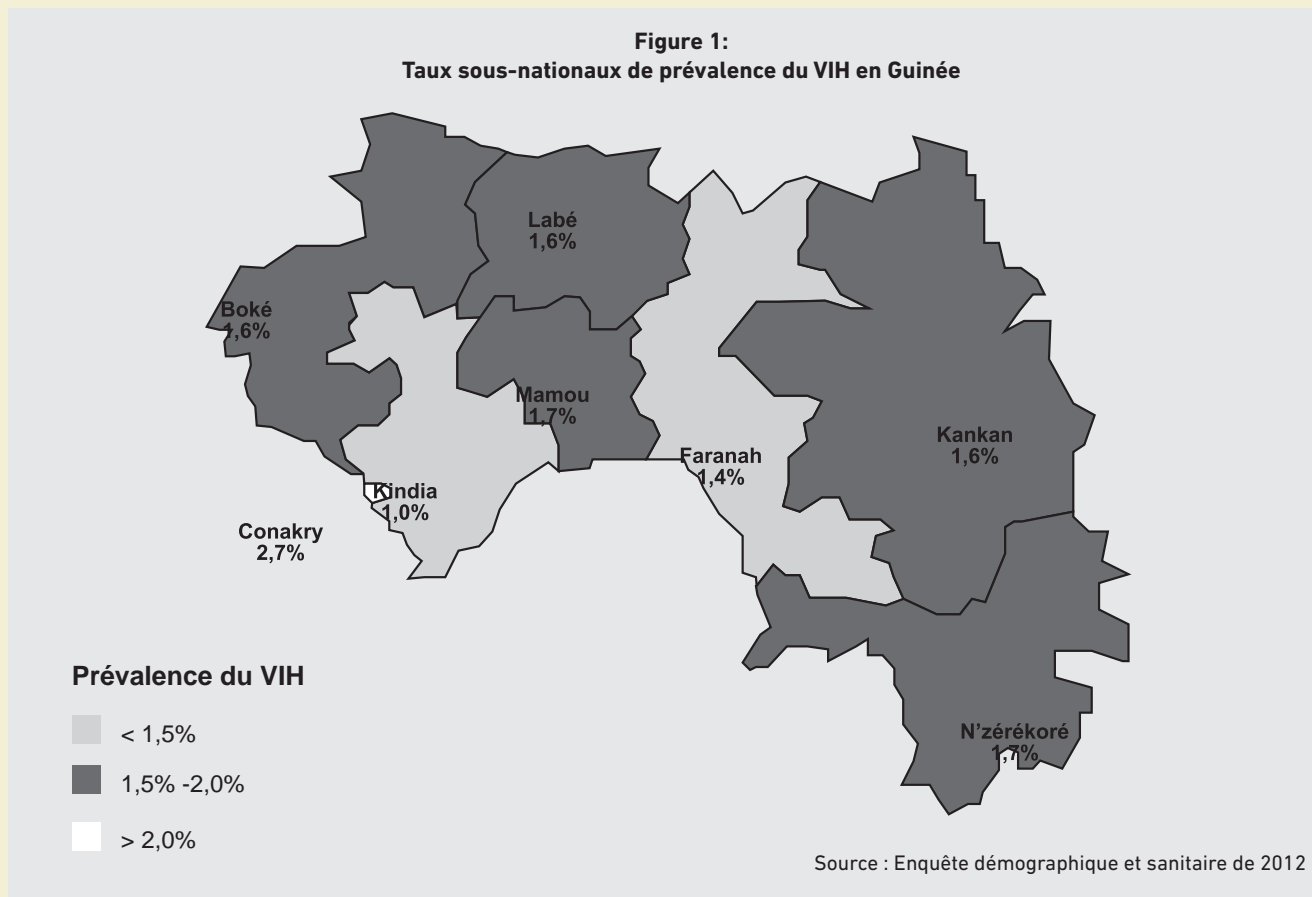
Source *: *Projet de plan stratégique national pour l'E-TME, CNLS-UNICEF, octobre 2015. Tableau II.*

Source **: *Estimations de Spectrum dans la note de concept du CCM.*

Note : Les données et les méthodes de collecte d'information varient considérablement selon la source. Il convient donc de faire preuve de prudence dans leur interprétation.

GUINÉE

UN ACCÈS ACCRU AUX TRAITEMENTS QUI SE FAIT ATTENDRE DANS UNE CRISE VIH NÉGLIGÉE



APERÇU

Le monde ne porte que peu d'intérêt à l'épidémie du VIH en Guinée.

La prévalence globale du VIH dans le pays, estimée à 1,6 % en 2014, est relativement faible¹, mais connaît de grandes variations entre les populations urbaines (2,7 %) et rurales (1,2 %), ainsi qu'entre les femmes (2,1 %) et les hommes (1,2 %).² La couverture du traitement reste parmi les plus faibles du monde, avec environ un quart des personnes vivant avec le VIH (environ 120.000 PVVIH en 2014) ayant accès au traitement antirétroviral (TAR). En 2014, dans les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) soutenus par MSF à Conakry, le taux d'infection par le VIH chez les femmes enceintes était de 5,4 %, ce qui est beaucoup plus élevé que les chiffres officiels pour Conakry (4 %) et la moyenne nationale (2,6 %).³

1 Données de l'ONUSIDA de 2014, disponible sur le site <http://aidsinfo.unaids.org/>

2 Enquête Démographique et Santé (EDS) MICS 2012.

3 Projet de plan stratégique national pour l'E-TME, CNLS-UNICEF, octobre 2015 et Rapport annuel PNPSP 2014.

Malgré le fait que seule une poignée de partenaires internationaux soutiennent la lutte contre le VIH, le pays a fait des progrès importants contre la maladie et prévoit une intensification rapide des services de TAR et de PTME. Cependant, pour accélérer la riposte au VIH, il faudra éliminer les principaux obstacles au dépistage du VIH et au traitement ARV, intensifier le soutien au niveau des programmes et assurer le maintien d'un financement durable, tant au niveau national qu'international.

Le pays émerge de la crise dévastatrice provoquée par l'épidémie d'Ebola de 2014-2015, durant laquelle la lutte contre le VIH a essuyé un important revers. Les organisations internationales de santé qui sont intervenues dans le pays suite à l'explosion de l'épidémie avec l'intention de reconstruire le système de santé existant doivent inclure des efforts pour compenser les revers subits par les plans d'intensification de la lutte contre le VIH durant la crise d'Ebola.

PROGRÈS VERS LES CIBLES 90-90-90

Taux de couverture	2012	2014
% de personnes soumises à un test de dépistage au cours des 12 derniers mois	5%	
% de femmes enceintes ayant accès au dépistage du VIH pour la PTME *	14%	13.6%
% de PVVIH sous TAR	25%	27%
% d'enfants séropositifs sous TAR **	9.5%	11%
% de patients co-infectés par le VIH et la TB sous TAR	27 %	

Source : ONUSIDA 2013 et 2015, disponible sur le site <http://aidsinfo.unaids.org/>

Source *: Nombre de femmes enceintes ayant subi un test de dépistage pour le VIH sur le nombre total de femmes enceintes attendu dans l'ensemble de la population. Selon le plan E-PTME, 16 % des femmes ont été soumises à un test de dépistage du VIH lors de soins prénataux. Source : Projet de plan stratégique national pour l'E-TME, CNLS-UNICEF, octobre 2015.

Source **: Ces chiffres diffèrent quelque peu de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants qui sont cités dans les rapports annuels du PNPCSP : 4,8 % en 2012 et 8,5 % en 2014.

La crise d'Ebola de 2014-2015 a mis en lumière les faiblesses préexistantes du système de santé qui expliquent également en grande partie certains des résultats obtenus dans les programmes VIH : un nombre insuffisant de travailleurs sanitaires qualifiés; la faiblesse en matière d'infrastructures et des systèmes logistiques; les lacunes au niveau de l'information, de la surveillance et de la gouvernance en matière de santé; et la fragilité des systèmes d'approvisionnement en médicaments.

Les effets négatifs de l'épidémie d'Ebola sur le système de santé ont créé des défis de taille pour le programme VIH en 2014 et en 2015. Bien que les établissements de santé n'aient jamais complètement fermé, leurs taux d'utilisation ont diminué et les individus étaient réticents à s'y présenter. Une baisse dans l'utilisation des services généraux a été signalée (par exemple, une diminution de 40 % dans l'utilisation des soins de santé primaires.⁴

Les services de dépistage volontaire du VIH ont cessé pendant l'épidémie, étant exclusivement limités au diagnostic des personnes déjà malades ; le nombre total de tests dans le pays est passé de 173.000 en 2013 à 37.000 en 2014.⁵ De nombreux patients ont interrompu leur TAR par peur de se présenter dans les établissements de santé ou parce que les services n'étaient pas disponibles en raison de l'absence du personnel ou de la perturbation des chaînes d'approvisionnement. À Conakry, l'ONG Solthis a signalé une perte de suivi de patients sous traitement allant jusqu'à 42 % entre avril et décembre 2014.⁶ À Macenta, la rétention des patients sous ARV a baissé de 11 %; de plus, la mise sous traitement ARV a ralenti de manière

significative.^{7,8} Dans les zones rurales, on estime que beaucoup d'autres patients sous TAR ont probablement dû interrompre leur traitement en raison des problèmes de transport et de la plus grande vulnérabilité des chaînes d'approvisionnement.



© Ngadi Ikram

4 Leuenberger D. et al., Impact of the Ebola epidemic on HIV care in Macenta, Guinée Forestière. Conférence CROI, 2016. Travail effectué par le groupe d'étude IEDEA Afrique de l'Ouest. Disponible à l'adresse: <http://www.croiconference.org/sessions/impact-ebola-epidemic-hiv-care-macenta-forest-guinea-2014>

5 Rapport annuel PNPCSP, 2013 et 2014.

6 Ndawizine J. et al., Prevention of HIV spread during Ebola crisis, The Lancet Volume 385, 11 avril 2015, page 1393.

7 Une étude réalisée à Macenta a montré une baisse de 11 % dans la rétention en traitement sous TAR.

8 Leuenberger D. et al., Op. Cit.

CIBLE 1 : D'ICI 2020, 90 % DES PVVIH CONNAÎTRONT LEUR STATUT

La couverture du dépistage du VIH était estimée à 5 % en 2012.⁹

Le dépistage volontaire a diminué de manière importante en raison de la fermeture en 2013 du projet « Faisons ensemble » (USAID), qui soutenait 34 centres de dépistage volontaire à travers le pays. Alors que 221.842 tests volontaires avaient été réalisés en 2012, dont 44 % par l'entremise des centres soutenus par « Faisons Ensemble », à peine 145.406 furent dénombrés en 2013. Cette baisse du nombre de dépistage fut accentuée par l'épidémie d'Ebola.

À l'heure actuelle, la majorité des tests de dépistage du VIH dans le pays sont réalisés dans les centres de santé et servent généralement à confirmer les cas soupçonnés de VIH chez les personnes déjà malades.

9 EDS MICS-2012.



Le dépistage du VIH est rarement offert dans les établissements communautaires. L'ONG guinéenne FMG (Fraternité Médicale Guinée) était la seule à effectuer le dépistage à l'échelle communautaire chez les travailleurs du sexe par l'entremise de son projet FEVE (Frontières et Vulnérabilité, 2011-2015).

Les programmes adaptés aux populations clés sont inclus dans les plans nationaux (subvention du Fonds Mondial) pour 2016 et 2017.

Malgré une augmentation importante du nombre de centres de PTME (de 5 en 2004 à 262 en 2014), seulement 16 % des femmes enceintes dans le pays ont été soumises à un test de dépistage du VIH en 2014.¹⁰ La totalité des femmes guinéennes n'a pas accès à des centres de soins prénataux offrant des services de PTME, et même là où ils sont offerts, seulement 55 % des femmes enceintes ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH en 2014.¹¹

La disponibilité du diagnostic précoce chez le nourrisson est très limitée en Guinée. Le pays rapporte qu'en 2014, 7 % des enfants nés de mères séropositives (434/6157) ont été soumis à un test de dépistage du VIH avant l'âge de 2 mois.¹² La collecte de données nationales est un véritable défi, et la totalité des tests pédiatriques comptabilisés ont été réalisés dans les établissements de santé soutenus par MSF. En Guinée, quatre laboratoires publics possèdent l'équipement requis pour mesurer la charge virale et réaliser le test PCR¹³, mais certains d'entre eux manquent de personnel qualifié pour assurer la disponibilité continue des tests. L'ONG internationale DREAM dispose également d'un laboratoire permettant de mesurer la charge virale et d'effectuer le test PCR. Actuellement, le nombre de tests PCR effectué est restreint et ils sont principalement limités à DREAM et au laboratoire national de référence. Ces deux entités sont situées à Conakry et n'ont aucun transport organisé des échantillons. Le plan national vise à doter six autres laboratoires régionaux de l'équipement nécessaire pour mesurer la charge virale et effectuer le test PCR.^{14,15} La subvention du Fonds mondial pour 2015-2017 prévoit un soutien spécifique pour veiller à ce que plus de 10.000 enfants soient soumis au dépistage du VIH, notamment en instaurant un système fonctionnel pour le transport des échantillons de sang séché.¹⁶

10 Projet de plan stratégique national pour l'E-TME, CNLS-UNICEF, octobre 2015.

11 Rapport annuel PNPCSP, 2014.

12 Rapport national de la riposte au VIH / Sida 2014, progrès 2010-2014 CNLS, juin 2015.

13 Un à Kankan, et trois à Conakry : Matam, Donka OPP-ERA, et le laboratoire national de référence.

14 L'hôpital national Ignace Deen (Conakry) et cinq hôpitaux régionaux à Kindia, N'Zérékoré, Boké, Labé, Faranah

15 UNICEF et CNLS, Projet de plan stratégique national pour l'E-TME 2015-2017, octobre 2015.

16 Fonds mondial, Cadre de performance pour la Guinée, 2015-2017.

CIBLE 2 : 90 % DES PVVIH AURONT ACCÈS AU TAR

En 2014, la couverture des traitements par ARV dans le pays était estimée à 27 %.¹⁷

Cette couverture très faible s'explique en partie par le faible taux de dépistage. Les échecs ou retards pris dans la mise sous TAR en temps opportun sont également dus à d'autres facteurs au-delà du sous-diagnostic et du diagnostic tardif.

L'inégalité entre les zones urbaines et rurales se traduit par un accès inégal aux soins de santé : 63 % de la population vit à la campagne, alors que seulement 17 % du personnel médical y travaille.¹⁸ Dans le centre de santé de Matam dans la capitale, 25 % des patients viennent de zones situées en dehors de Conakry, en dépit des longues distances à parcourir et des obstacles liés au transport. La rareté des services de santé dans les zones rurales est aggravée par un niveau élevé de stigmatisation.

Même dans la capitale, seule la moitié (24.284) des quelque 49.000 PVVIH y vivant était sous TAR en 2014.¹⁹

En avril 2014 (au cours de l'épidémie d'Ebola), la mise sous traitement ARV dans la capitale n'était pas possible dans certains sites de dépistage, et les patients ont dû être orientés vers d'autres établissements de santé qui offraient le traitement. Afin de faciliter ce transfert, les membres de la fédération des associations de patients REGAP+²⁰ ont accompagné les PVVIH aux sites de TAR et ont vérifié si elles avaient eu des difficultés à s'inscrire au programme. Deux semaines plus tard, les associations de patients ont procédé à un suivi téléphonique auprès des PVVIH pour savoir comment s'était passé les choses suite à leur transfert. Sur un total de 134 PVVIH, 68 individus (51 %) avaient été mis sous TAR; 6 étaient décédées avant de pouvoir amorcer le traitement. Une variation importante fut constatée entre les établissements de santé quant au nombre de patients mis sous traitement : certains avaient initié peu de patients sous TARV quand d'autres en avaient initié beaucoup plus.

En 2015, des rapports préliminaires réalisés par un groupe d'associations locales de patients (Observatoires Communautaires) ont mis en évidence les problèmes d'accès au traitement auxquels faisaient face les PVVIH dans 27 structures de santé à travers le pays.²¹ Ces rapports ont montré que les médicaments pour traiter les infections opportunistes étaient indisponibles depuis 2014 dans tous les établissements de santé interrogés. Au moment de l'enquête, le personnel a fait état d'une rupture de stock d'antirétroviraux de première intention (Efavirenz 600 mg) au cours des deux mois précédents.

En outre, la numération des CD4 (nécessaire en Guinée pour permettre la mise sous traitement et le suivi des patients sous TARV) n'était pas disponible dans 16 des 27 établissements de santé interrogés. Cette indisponibilité était due aux ruptures de stock de réactifs de laboratoire ou aux défaillances de l'appareil d'analyse.

Les complications et infections opportunistes sont fréquentes chez les patients initiés tardivement sous TARV. En 2015, dans les installations soutenues par MSF à Conakry, 82 % des personnes qui ont reçu un résultat positif au test de dépistage du VIH (915) étaient déjà à un stade avancé de la maladie (stades 3 ou 4). La numération médiane des cellules CD4 au moment de la mise sous traitement ARV était de 217, un taux faible qui laisse déjà entrevoir une immunodépression grave ainsi que des complications. Suite à leur hospitalisation, 36 % des patients séropositifs orientés par MSF vers l'hôpital universitaire central de la capitale sont décédés. Au cours du premier trimestre de 2015, MSF avait 26 patients sous traitement qui présentaient un sarcome de Kaposi.



© N'gadi Ikram

17 Données de l'ONUSIDA de 2014, disponible sur le site <http://aidsinfo.unaids.org/>

18 Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Analyse de la situation des Ressources Humaines Pour la Santé, juillet 2011.

19 Plan de passage à l'échelle Fonds Mondial (FM).

20 Réseau Guinéen des Associations de Personnes infectées et affectées par le VIH.

21 OCASS, Rapport préliminaire 2015.

Un bref examen de 105 patients séropositifs nouvellement hospitalisés dans les structures soutenues par MSF au cours du dernier semestre de 2015 a confirmé que la plupart des patients hospitalisés avaient fait l'objet d'une prise en charge tardive. Il fut constaté que 34 % d'entre eux n'avaient été soumis au test de dépistage du VIH que moins de quatre semaines avant leur hospitalisation, et 54 % d'entre eux présentaient une numération des CD4 inférieure à 150, signe que la maladie avait atteint un stade avancé. Parmi ces patients, 34 % ont également reçu un diagnostic de tuberculose.



Le système de santé en Guinée repose en grande partie sur **les paiements directement assumés par les patients**. Les frais à la charge des patients représentent la majeure partie des revenus des établissements de santé. Ils arrondissent les maigres salaires payés par l'Etat et comblent les manques à gagner dans les coûts récurrents des établissements de santé publique (supplément de rémunération, coûts d'entretien et d'opération). La contribution financière des patients et des ménages grâce aux paiements par les patients est estimée à 62 % de toutes les dépenses de santé.²²

Même si la gratuité des ARV a été officiellement décrétée au niveau national, les patients doivent souvent payer pour d'autres soins essentiels, tels les analyses de laboratoire et les médicaments essentiels, y compris les traitements pour les infections opportunistes. En outre, les ruptures de stock prolongées de médicaments tels que le cotrimoxazole pour les infections opportunistes obligent de nombreux patients à devoir acheter les médicaments dans les pharmacies privées.²³

Le sous-financement systématique du système de santé publique ainsi que sa dépendance envers les contributions financières par les patients créent plusieurs obstacles quant à la prise en charge optimale du VIH, notamment :

- La demande réduite pour les soins : les patients qui sont tenus de payer pour certains soins essentiels sont dissuadés d'utiliser les services dont ils ont besoin. Dans certains établissements de santé, la numération des CD4 et l'analyse standard en laboratoire préalable à la mise sous traitement ARV peuvent coûter aux patients de 50.000 à 150.000 francs guinéens (6,4 à 19 USD).²⁴ Alors que le pays compte 55 % de la population vivant sous le seuil de pauvreté²⁵, ces obstacles financiers dissuadent les patients de se rendre dans les structures de santé pour se faire prendre en charge et peut conduire à des interruptions de traitement.
- Le fait que les travailleurs de la santé dépendent des contributions payées par les patients vient réduire l'offre de soins aux PVVIH. Avec un TAR fourni gratuitement, les membres du personnel de santé peuvent manquer de motivation pour traiter les séropositifs puisqu'ils gagnent plus de revenus en traitant un patient atteint d'une autre maladie.
- Le risque d'une qualité de soins sous-optimale : les frais doivent être assumés par les patients, ce qui peut forcer ceux-ci à réduire ou interrompre leur traitement; le personnel pourrait retarder le début du TAR ou encourager une prescription excessive.

22 Etats Généraux de la santé, Financement de la santé, mars 2014.

23 Rapport OCASS 2015, Op.Cit.

24 MSF et REGAP +, enquête ad hoc à Conakry en 2014.

25 Le seuil de la pauvreté en Guinée se situe à 8 815 GNF / jour = 1,12 \$US (Guinée : Stratégie de Réduction de la Pauvreté, FMI, 2013).

La Guinée a adopté l'option B+ pour la PTME, c'est-à-dire toutes les femmes séropositives commencent le TAR quelle que soit leur numération de CD4.²⁶ L'objectif du plan stratégique national pour l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant (E-TME) est d'établir 875 sites fonctionnels de PTME d'ici fin 2017. Toutefois, d'importants défis viennent actuellement restreindre l'offre complète de services de PTME pour toutes les patientes, même celles qui fréquentent déjà ces centres de PTME. Comme expliqué plus haut, sur l'ensemble du pays, seules 16 % des femmes enceintes ont été soumises à un test de dépistage du VIH en 2014. Parmi le nombre estimé de 12.221 femmes enceintes séropositives, seulement 29 % ont reçu un TAR.²⁷ Cela s'explique en partie par une insuffisante disponibilité des ARV et des réactifs pour les tests de dépistage. En 2013, 91% des établissements ont connu de ruptures de stock de réactifs pour tests, et 78% des ruptures de stock d'ARV.²⁸ De plus, la poursuite du TAR tout au long de la vie pour les patientes ne peut être garantie qu'à la condition qu'elles soient orientées vers des sites de prise en charge du VIH et que leur inclusion comme nouvelles patientes dans ces cohortes soient formalisées et optimisées.

L'intensification des programmes de PTME est d'autant plus importante du fait que 92 % des enfants nés séropositifs ne reçoivent aucun traitement. Cette situation est attribuable à une pénurie d'ARV pédiatriques et de tests PCR pour le diagnostic précoce chez le nourrisson.²⁹

La subvention du Fonds mondial pour 2015-2017 prévoit le soutien de 63.178 patients sous ARV d'ici fin 2017, ce qui équivaudra à une couverture de traitement ARV de 49 %. Toutefois un déficit de financement est à prévoir compte tenu des ressources nécessaires pour atteindre certains objectifs spécifiques de couverture de traitement ARV, notamment les femmes enceintes séropositives (90 % d'entre elles doivent être incluses), les patients co-infectés TB-VIH (28 % d'inclusion), et le lien avec une mise sous traitement pour les personnes séropositives par le biais de campagnes de dépistage du VIH (600.000 tests). Le financement actuel disponible pour les nouvelles mises sous traitement ARV est en effet inférieur à ce qui est nécessaire pour assurer la couverture de tous les patients qui ont besoin d'un TAR.

26 Le plan national pour l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant estime que 1.381 sites offrent des services prénataux et l'objectif est d'offrir des services de PTME dans 875 de ceux-ci d'ici la fin 2017 (63 %).

27 Rapport annuel PNPSCSP, 2014.

28 Projet de plan stratégique national pour l'E-MTCT 2015-2017, octobre 2015.

29 Rapport PNPSCSP et Spectrum 2013.

CIBLE 3 : D'ICI 2020, 90 % DES PVVIH SOUS ARV AURONT UNE CHARGE VIRALE INDÉTECTABLE

En Guinée, la disponibilité des tests de mesure de la charge virale est encore faible, ce qui limite l'évaluation des progrès vers le dernier objectif des 90-90-90. En 2014, 6.038 tests de mesure de la charge virale ont été réalisés.³⁰ En 2015, le test de la mesure de la charge virale a été effectuée chez 4.644 patients sous TAR. Parmi ces patients, 95% présentaient un bon contrôle du virus (charge virale inférieure à 1.000 copies).

Le plan national vise à accroître les capacités en ajoutant aux quatre sites actuels existants (CHR de Kankan, CMC de Matam, CHU de Donka et laboratoire national de référence) six autres laboratoires dans cinq hôpitaux régionaux et au CHU, Ignace Deen.

Cependant, il n'existe aucune politique nationale qui décrive comment soutenir l'observance du traitement des personnes séropositives et qui doit s'en charger. Bien qu'appliqué dans la pratique, la délégation des tâches vers les agents de santé communautaires n'est pas encore officiellement accepté.³¹ Ce manque est partiellement comblé par certains bénévoles d'associations de patients ou de petites organisations communautaires. Ces « médiateurs » jouent un rôle essentiel pour orienter les PVVIH vers les services de dépistage du VIH, de traitement et de soins (voir encadré). Mais le réseau croissant d'associations de patients a été affaibli par des contraintes de financement et il est difficile d'envisager comment les organisations communautaires réussiront à prendre en compte ces tâches critiques au-delà du travail accompli par leurs bénévoles.



© Sam Phelps

30 Rapport annuel PNPSCSP 2014, *Op. Cit.*

31 MSF, HIV/TB counselling: Who is doing the job? Time for recognition of lay counsellors, août 2015. Disponible à l'adresse : http://www.msf.org/sites/msf.org/files/final_web_counsellor_report_one_page.pdf



Médiateurs

La participation des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à la lutte contre le virus dans les établissements de santé et dans la communauté est importante. Ces pairs aident les patients à surmonter les différents obstacles présents au sein du système de santé en ce qui concerne l'accès aux services nécessaires et la rétention en traitement. Ce rôle est d'autant plus important dans le contexte actuel où l'accès aux TAR est difficile. Leur rôle de conseil est essentiel dans le dépistage, la mise sous TAR et l'observance du traitement. Ils font également le suivi auprès des patients qui manquent un rendez-vous. MSF et d'autres ONG travaillent avec les « médiateurs communautaires », mais ceux-ci n'ont pas encore été officiellement reconnus par le gouvernement.

La subvention précédente du Fonds mondial incluait le financement de 41 « médiateurs associatifs », mais elle ne comportait aucune disposition pour couvrir les coûts de formation, de supervision ou d'opération (comme des crédits téléphoniques pour appeler les patients par exemple). Leur indemnité mensuelle était équivalente à 9 USD.

La nouvelle subvention prévoit l'ajout de 590 médiateurs supplémentaires pour la PTME. Le recrutement se fera parmi les mères qui ont participé au programme; une partie des coûts opérationnels ainsi que ceux liés à leur formation sera couverte. Bien que ces coûts (par exemple, crédits de téléphone et téléphonie mobile) seront remboursés aux médiateurs attitrés aux activités de PTME, aucun soutien spécifique n'est prévu pour les 41 « médiateurs associatifs » initiaux. Le niveau de leur indemnité et ce qu'elle couvre varie.

La formalisation des directives pour le conseil (counseling) est prévue, y compris la formation (couverte par la subvention du Fonds mondial), afin d'aider à améliorer le soutien aux patients. Cependant, la reconnaissance officielle des médiateurs, le développement d'une description de tâches standard et des mesures de soutien définies sont encore nécessaires.

Vu l'ampleur du défi pour offrir un traitement ininterrompu du VIH au cours de l'épidémie d'Ebola, MSF a mis en place un projet pilote à Conakry au cours de 2014 et 2015 pour les patients qui étaient sous ARV et stables (c'est-à-dire dont la charge virale était inférieure à 1.000 et au stade clinique 1 ou 2 de l'OMS). La fréquence des visites à la clinique fut réduite à des bilans semestriels (d'où l'acronyme « R6M » pour « rendez-vous tous les 6 mois »). Les patients de la capitale pouvaient renouveler leur prescription en ARV chaque trimestre sans faire de visite à la clinique; ceux venant de l'extérieur de Conakry recevaient des ARV pour six mois. Les résultats ont été encourageants : bien que l'épidémie d'Ebola battait encore son plein, 96 % des patients participant au projet pilote étaient encore sous TAR après six mois. La différence dans la rétention en traitement après 12 mois était également significative, avec 96% pour les patients participant au projet pilote contre 86% pour les patients n'y participant pas (voir Tableau). De plus, il y a eu une réduction marquée de la charge de travail dans les établissements de santé.

Résultats du TAR pour les patients mis sous traitement ARV entre juin et août 2014

Après 12 mois	Toujours sous TAR	Perdus de vue	Décédés	Transférés
Patients sous R6M (n= 630)	603 95.7%	20 (3.2%)	5 (0.8%)	2 (0.3%)
Patients n'étant pas sous R6M (n= 467)	403 86.3%	57 (12.2%)	4 (0.9%)	3 (0.6%)

Le gouvernement pense maintenant réduire la fréquence des visites en clinique et prescrire des renouvellements de médicaments sur de plus longues périodes afin non seulement d'améliorer la rétention et l'observance du traitement ainsi que réduire la charge de travail des professionnels de la santé. L'expérience en Guinée confirme les résultats des études menées ailleurs³² et est conforme à la recommandation de l'OMS de réduire la fréquence des visites à la clinique et des renouvellements de prescription pour les patients stables sous TAR. Cette approche aide aussi à réduire les interruptions de traitement dans une situation de crise – y compris les conflits et les déplacements – quand l'accès aux services de santé est compromis.

32 Bemelmans M. et al., Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health*. 2014 Aug;19(8):968-77. doi: 10.1111/tmi.12332. Disponible à l'adresse : <http://samumf.org/download/bemelmans-comm-supported-models-2014-tmih-pdf>

FINANCEMENT

Le pays estime qu'en 2016 la riposte au VIH exigera des fonds à hauteur de 95,6 millions USD. Or seulement 31,6 millions USD sont garantis à l'heure actuelle : 28,1 millions USD par le Fonds mondial et 3,5 millions USD par le gouvernement guinéen.³³

Bien que la proportion du budget national allouée à la santé ait diminué globalement au cours des dernières années (de 3,5 % en 2010 à 1,75 % en 2013), la contribution du gouvernement envers la riposte au VIH a augmenté en chiffres absolus et a été budgétisée à 3,2 millions USD en 2014. Le financement domestique représentait 22 % de toutes les dépenses liées au VIH en 2014.^{34,35}

Les bailleurs de fonds internationaux montre bien peu d'intérêt à soutenir les initiatives liées au VIH en Guinée. En 2015, MSF a été le deuxième plus grand fournisseur d'ARV dans le pays, après le Fonds mondial. Cette décision, tout à fait exceptionnelle pour MSF, fut prise pour pallier le grave manque de sources alternatives de financement autre que le Fonds mondial, en particulier en ce qui concerne la mise sous traitement ARV.



© Ngadi Ikram

33 HIV operational coordination meeting presentation, 4 février 2016.

34 Rapport national de la riposte au VIH / Sida 2014, progrès 2010-2014 CNLS, juin 2015.

35 On ne sait pas si la contribution de source nationale pour le VIH prend en compte les dépenses des ménages, notamment les frais payés personnellement pour les soins et le traitement.

USAID a soutenu financièrement les services de prévention et de dépistage du VIH jusqu'en septembre 2013. Son retrait a entraîné une réduction de ces activités à travers le pays. La nouvelle subvention du Fonds mondial devrait compenser cette lacune en finançant des interventions clés telles que les services de dépistage du VIH, des actions spécifiques sur les populations clés et le soutien aux organisations communautaires et aux associations locales.

En l'absence de PEPFAR, la Guinée dépend largement du Fonds mondial qui, en 2011, finançait jusqu'à 50 % des médicaments ARV dans le pays. L'écart restant n'a été que partiellement comblé par des organisations comme MSF, GIZ et DREAM, ce qui a restreint la capacité d'intensification des mises sous TAR. En 2012 par exemple, la subvention du Fonds mondial prévoyait 110 mises sous traitement par mois dans toute la Guinée. C'était bien en deçà des besoins, si l'on considère les 145 patients en moyenne mis sous traitement par MSF chaque mois à Conakry uniquement.



L'approche du Fonds mondial, le principal bailleur de fonds du programme VIH en Guinée, sera un facteur essentiel pesant sur l'évolution de l'épidémie dans le pays. Dans le cadre de son nouveau modèle de financement, un total de 61,8 millions USD a été approuvé pour mener la riposte au VIH entre octobre 2015 et décembre 2017.^{36,37} La nouvelle subvention prévoit de fournir 67 % des médicaments antirétroviraux nécessaires en Guinée pour le traitement de 63.178 patients d'ici 2017.³⁸ Cet effort est toutefois loin d'être suffisant au regard du nombre estimé de 120.000 PVVIH qui ont déjà aujourd'hui besoin d'ARV. Sans sources alternatives de financement, comment le plan accéléré peut-il être soutenu de manière efficace? Quelles seront les répercussions sur les nouvelles initiations aux TAR prévues pour les patients. ?

Pour que la Guinée puisse continuer à augmenter le nombre de mises sous traitement ARV pour les PVVIH, il lui faudra un financement plus diversifié combiné à un soutien technique et programmatique. Les bailleurs de fonds traditionnels en matière de santé qui sont présents dans le pays ainsi que les nouveaux acteurs qui sont arrivés après l'épidémie d'Ebola doivent contribuer à accélérer la riposte au VIH. Avec un engagement renouvelé de leur part, il sera possible d'établir des stratégies cruciales pour accélérer la riposte.

RECOMMANDATIONS

Dans le sillage de la récente crise d'Ebola, un ambitieux **plan de rattrapage** est nécessaire pour accélérer le déploiement des services liés au VIH en Guinée. Une action concertée de la part de tous les intervenants pertinents en matière de santé pourrait permettre de combler l'écart qui s'est creusé ces dernières années au niveau de la couverture en traitement.

- Tous les partenaires doivent travailler de concert pour accélérer la riposte actuelle au VIH. Ils doivent également améliorer les stratégies opérationnelles en se basant sur l'analyse critique des obstacles qui restreignent actuellement l'accès aux traitements.
 - Jouissant d'une attention accrue suite à l'épidémie d'Ebola, la Guinée est en bonne position pour demander un soutien international supplémentaire dans un but d'améliorer le système de santé. Les autorités nationales chargées de la riposte au VIH devraient définir une stratégie qui favoriserait la participation de certains de ces acteurs.
- Il y a un besoin urgent d'intensifier considérablement les services de dépistage du VIH, à la fois par la promotion systématique du dépistage à l'initiative du prestataire (soins prénataux, patients hospitalisés, patients dans l'unité de traitement de la TB, enfants souffrant de malnutrition, etc.) et par le dépistage communautaire à

36 <http://www.theglobalfund.org/en/fundingdecisions/>

37 62,7 millions \$US (budget du programme) et 60 millions \$ US dans l'accord final de la subvention.

38 Cadre de performance soumis au FM.

l'aide de conseillers non professionnels, en particulier au sein des populations clés. Suite à la crise d'Ebola, une grande sensibilisation auprès du public pour le dépistage du VIH est nécessaire, à commencer par la capitale Conakry.

- Le gouvernement doit veiller à ce que tous les éléments essentiels des services VIH - la prévention, le traitement et les soins - soient effectivement gratuits. Cela doit inclure les frais de consultation, toutes les analyses de laboratoire et les médicaments nécessaires pour traiter les infections opportunistes.
 - À l'heure actuelle, aucune subvention provenant d'autres sources ne permet d'offrir gratuitement des soins aux patients séropositifs. Il s'ensuit un paradoxe, où le manque de motivation du personnel médical vient entraver la délivrance adéquate de soins aux patients séropositifs. D'autres mécanismes ciblés de subventions, comme les systèmes de bons de traitement par exemple, pourraient contribuer à résoudre ce problème.
- Un meilleur soutien aux patients ainsi que des modèles de traitement simplifiés pourraient améliorer considérablement la qualité et la continuité des soins liés au VIH :
 - Les « médiateurs » et les conseillers non professionnels qui s'occupent du dépistage, de la mise sous traitement et du soutien à l'observance du traitement, devraient être reconnus comme un élément clé dans l'amélioration de la mise sous traitement et la rétention dans les soins, et recevoir une rémunération équitable.
 - En particulier, l'approche selon laquelle les « médiateurs » téléphonent aux patients immédiatement après un rendez-vous manqué devrait être élargie et maintenue. Ce système semble plus rentable que la recherche active de patients déjà perdus de vue depuis un certain temps.
 - Il convient d'élaborer des protocoles d'éducation et de conseil à l'intention des patients qui soient adaptés à leurs besoins et de les intégrer dans la politique nationale de prise en charge du VIH.
 - La réduction de la fréquence des rendez-vous pour consultation médicale et la préparation de renouvellements d'ARV pour de plus longues périodes sont des mesures qui devraient être mises en place pour tous les patients stables.
 - De plus, ces patients pourraient bénéficier d'un soutien par leurs pairs au niveau communautaire par le biais d'associations de patients par exemple.
- Dans le contexte urbain de Conakry, accroître la décentralisation des sites de traitement vers des établissements de santé existants pourrait ne pas être la solution optimale pour accélérer le rythme de mise sous TAR de façon considérable. Compte tenu de la prévalence relativement faible et de l'accès géographique facile, quelques « centres de TAR » performants, dotés d'un personnel expérimenté, motivé et bien formé, pourraient s'avérer plus efficaces pour assurer des soins adéquats aux PVVIH

à Conakry. Une surveillance étroite des chaînes d'approvisionnement sûres pour les médicaments et les tests de dépistage, ainsi que le soutien spécifique aux patients dans ces centres (via leurs pairs) peuvent permettre de combiner la qualité de la prise en charge globale du VIH et le volume de patients. Après avoir été mis sous traitement et stabilisés, les patients peuvent être référés vers des centres communautaires ou des centres de santé pour y recevoir des renouvellements de médicaments de 6 mois, avec une surveillance clinique et une vérification de la charge virale clinique une fois par an.

- Amélioration de la surveillance et de la capacité à ajuster les interventions de manière réactive :
 - Un système de suivi simple et harmonisé des patients est nécessaire pour mieux surveiller l'état des patients, notamment en matière de suivi des paires mère-enfant dans le programme PTME entre les soins prénataux et la fin de l'allaitement.
 - Dans le cadre de l'initiative actuelle « Observatoires Communautaires » (associations de patients soutenues par les organisations nationales et régionales de la société civile), les PVVIH surveillent et signalent les problèmes dans la prestation de services au niveau périphérique. Cela permet une réaction rapide aux problèmes signalés ainsi qu'une meilleure responsabilisation. En élargissant la mise en place de ce système de surveillance, la qualité et l'accessibilité des soins du VIH pourraient être accrues.
 - De plus, le suivi de performance de la chaîne d'approvisionnement ainsi que des mécanismes d'alerte et de notification devraient être mis en place; afin de mettre en place des actions rapides visant à résoudre les problèmes signalés. La création de « stocks de sécurité » et l'utilisation de commandes urgentes de fournitures médicales peuvent rendre le système plus robuste et flexible. Le recours à des systèmes pour l'amélioration de l'accès aux produits et services pharmaceutiques (systems of improved access to pharmaceuticals and services, ou SIAPS)³⁹ pourrait permettre une meilleure gestion des ARV et des autres produits de lutte contre le VIH, ainsi que l'accès à une assistance technique auprès des partenaires internationaux.
- Dans un pays où la stigmatisation est encore très présente, le soutien des pairs est essentiel pour améliorer l'accès aux services de santé fournis et leur qualité. Les PVVIH sont essentielles au plaidoyer en faveur d'une riposte plus forte et plus efficace contre le virus. Leurs voix sont importantes pour sensibiliser le public et mobiliser la volonté politique pour lutter contre le VIH. Voilà pourquoi le soutien international à la société civile, particulièrement à l'endroit des associations de patients, est crucial.

39 Développement financé par USAID de l'outil de suivi des produits du VIH/ SIDA (OSP-SIDA) pour l'Afrique de l'Ouest. Diverses organisations en Guinée ont été formées à son utilisation. Voir le lien : <https://osp.sida.org/index.php/en/>



CONCLUSION

La Guinée n'étant pas une priorité pour les organisations et les bailleurs de fonds internationaux, le VIH et les PV-VIH en particulier ont été largement négligés. Néanmoins, avec le soutien de quelques partenaires, le pays a fait des progrès dans la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA. L'épidémie d'Ebola a eu un impact négatif sur la capacité de la Guinée à fournir des services de santé, ce qui a affaibli davantage ses indicateurs de santé.

Face au défi de devoir accélérer la riposte au VIH et de combler les lacunes dans l'accès aux traitements ARV, une action décisive est requise pour que nous atteignons les cibles 90-90-90 en 2020. La situation actuelle est l'occasion ou jamais de mettre en place un ambitieux plan d'intensification qui mobilisera les ressources disponibles à la réalisation de stratégies efficaces et à l'adaptation des modèles de soins qui bénéficieront aux PVVIH et préviendront la propagation de l'infection.

Alors que seule une poignée d'organisations internationales de santé étaient actives en Guinée avant 2014, cette situation a considérablement changé depuis l'épidémie d'Ebola qui a frappé le pays. Cette attention internationale accrue est une occasion pour le pays non seulement de renforcer ses services de santé, mais aussi de profiter de la vague de soutien au niveau international pour accélérer la riposte au VIH.. Toutefois, sans meilleurs investissements de la part des principaux bailleurs de fonds et acteurs dans le domaine du VIH, l'accélération de la riposte contre le virus restera hors de portée.

MSF travaille en Guinée depuis 1984 et y fournit des services de lutte contre la tuberculose et le VIH depuis l'avènement du traitement ARV dans le pays en 2003. A l'heure actuelle, en collaboration avec le ministère de la Santé, MSF apporte un soutien aux 7.639 patients atteints du VIH (24 % de la cohorte nationale sous TAR). Nous offrons le diagnostic, le traitement et le soutien à l'observance du traitement par le biais d'une approche décentralisée dans six centres de santé de la capitale, ainsi que dans une clinique de consultation externe dans le district de Matam. MSF offre aux patients des tests de numération de la charge virale dans les structures de santé qu'elle soutient. MSF soutient également les soins hospitaliers pour les patients gravement malades et le traitement des infections opportunistes (IO) telles que le sarcome de Kaposi. MSF travaille en partenariat avec les associations de patients qui fournissent un soutien par les pairs, elles surveillent également les résultats dans le domaine de la santé grâce aux «Observatoires», et prônent un accès accru aux antirétroviraux.



© MSF/Alain Fournier

Aboubacar – “Le VIH est dans mon sang, la lutte est dans mon âme ”

Je ne pourrai jamais oublier cette terrible journée du 9 février 2008. À cette période je n'avais aucune idée de ce qui me rongerait et me faisait tomber malade encore et encore.. Le médecin m'a proposé de me soumettre à un test de dépistage du VIH, mais il lui a fallu se montrer convaincant pour que j'accepte de le faire – je croyais que le VIH ne touchait que les prostituées. Quand j'ai reçu ce morceau de papier disant « séropositif », je me suis effondré en pleurant, je pensais que ma vie était finie. Mais le médecin m'a rassuré et j'ai commencé un traitement d'antirétroviraux.

Dès que je me suis senti mieux, je suis parti pour Kankan pour terminer mes études universitaires interrompues à cause de mes problèmes de santé. Quand je suis sorti de ma première consultation à l'hôpital, je suis tombé sur un ami d'enfance qui travaillait là. Le médecin que je venais de voir est sorti de sa salle de consultation, nous a interrompu en disant à mon ami « Ne parlez pas à cet homme. Il est séropositif ». Cela m'a tellement dévasté que j'ai arrêté mon traitement - plutôt mourir que de faire face à ce mépris.

Je suis devenu si malade que j'ai à nouveau arrêté mes études. Je suis revenu à Conakry pour vivre dans la maison de mes parents. Je ne pouvais faire rien d'autre que de rester couché, seul dans la maison, en attendant de mourir. Je suis l'illustration parfaite de toutes les maladies liées au Sida : nommez une maladie opportuniste, c'est certain que j'en ai déjà souffert à un moment ou un autre!

Mais un jour, j'ai entendu à la radio une femme vivant avec le VIH qui travaillait pour MSF. Elle parlait ouvertement de son statut et de la nécessité de maintenir le traitement. Ce fut pour moi comme un une décharge électrique : cette femme m'a sauvé la vie! Je suis entré en contact avec elle, elle m'a encouragé à reprendre le traitement ARV. Puis j'ai décidé de faire pour les autres ce qu'elle avait fait pour moi : depuis lors, je suis un militant pour une association de patients de la coalition REGAP+.

Il y a deux ans, je prononçais un discours devant un groupe de soutien aux jeunes séropositifs et j'ai remarqué une belle jeune fille dans la salle. Peu de temps après nous nous sommes fiancés. Nous sommes maintenant mariés et essayons d'avoir un enfant.

A part la tante qui l'a élevée, personne dans la famille de ma femme ne connaît son statut, bien qu'il est probable que ses deux parents sont morts du SIDA. Elle a été diagnostiquée quand elle avait 12 ans. Je l'encourage à sortir de l'ombre et à parler de son statut ouvertement, comme moi, pour que nous puissions aider les autres Guinéens qui vivent cachés, dans la peur. On verra.

Aujourd'hui, je n'ai qu'une seule crainte : que, malgré mon traitement, je tombe à nouveau malade. Cela m'est déjà arrivé en 2012 quand j'ai été hospitalisé pendant 18 jours dans un état critique. C'est là que j'ai appris que j'étais en échec thérapeutique et je devais passer aux ARV de deuxième ligne. Il ne faut pas que je retombe malade. Absolument pas. Je dis à tout le monde que le VIH n'est pas une condamnation à mort, qu'on peut bien vivre avec le VIH. Si je tombe malade à nouveau, tous mes efforts auront été vains. Ma femme et moi devons rester en bonne santé, pour nous, pour nos futurs enfants, et pour tous les autres Guinéens vivant avec le VIH.



Médecins Sans Frontières

Rue de l'Arbre Bénit 46

1050 Bruxelles

Belgique

Contact : aau@brussels.msf.org

Twitter : @MSF_HIV

www.msf.org

Pour de plus amples informations sur MSF et la thématique du VIH/SIDA,
consultez : www.samumsf.org