

Zimbabwe:

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

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

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

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

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

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

Faits et chiffres

- Un million d'adultes (soit 14% de la population adulte) sont séropositifs.
- 150 000 enfants sont séropositifs.
- 616 centres de santé publique du pays offrent aujourd'hui des traitements ARV, contre 32 seulement en 2006.

- La couverture thérapeutique est passée 5% en 2006 à 77% des adultes et 39% des enfants en mai 2012, selon les chiffres du Ministry of Health and Child Welfare (soit 435 000 adultes et 41 000 enfants).
- L'amélioration de la prise en charge par ARV a fait chuter la mortalité annuelle liée au sida de 42% depuis 2006.

Les enjeux

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fasil Tezera, responsables des programmes de MSF au Zimbabwe.

CONTACT

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

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

Juillet 2012

