

LE PRIX DE L'OUBLI



« Ce que nous voyons aujourd'hui dans nos projets d'Afrique occidentale et centrale me rappelle parfois l'Afrique du Sud en 1999, quand les antirétroviraux n'étaient pas encore largement disponibles et que les patients que nous voyions étaient au seuil de la mort.

Une décennie et demie plus tard, un trop grand nombre de patients en République démocratique du Congo, en Guinée ou en République centrafricaine nous arrivent en stades avancés de SIDA, ce qui est devenu relativement rare en Afrique du Sud depuis le milieu des années 2000. En Afrique occidentale et centrale, le SIDA est loin d'avoir disparu. Il ne disparaîtra pas tant que des mesures radicales ne seront pas prises pour accroître l'accès au traitement antirétroviral, et ceci avant que les individus ne tombent très malades ».

Dr Eric Goemaere, référent VIH/TB pour MSF.

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

Avril 2016

1. ACCÉLÉRATION VERS LES CIBLES « 90-90-90 » EN AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE

Les cibles 90-90-90 de l'ONUSIDA, largement adoptées au niveau mondial, visent à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, à ce que 90 % de celles-ci soient mises sous traitement antirétroviral, et à ce que 90 % d'entre elles soient traitées de qualité optimale, c'est-à-dire ayant atteint une suppression virale. Selon l'agence des Nations Unies, l'atteinte de ces objectifs d'ici 2020 permettrait de mettre l'épidémie du VIH sous contrôle et de virtuellement éliminer les occurrences de SIDA d'ici 2030. En revanche, à défaut d'atteindre ces objectifs avant la date limite, on verra l'épidémie rebondir, ce qui représenterait une menace encore plus grave¹.

Le financement international pour lutter contre le VIH/SIDA et offrir le traitement antirétroviral (TAR) a été concentré sur les pays d'Afrique sub-saharienne à haute prévalence ainsi que sur les « hotspots » ou « points névralgiques » du VIH, à savoir les régions et populations au sein desquelles la transmission du VIH est particulièrement élevée. Cette tendance est de plus en plus prononcée dans le cadre de la réalisation des cibles 90-90-90, en particulier alors que les principaux acteurs mondiaux tels que l'ONUSIDA, PEPFAR, le Fonds mondial et d'autres choisissent de se concentrer sur ces « points névralgiques » qui bénéficieraient de l'ensemble des interventions « accélérées »².

Pendant ce temps, les pays qui contribuent moins aux indicateurs globaux risquent de disparaître de la liste des priorités internationales, et ceci même s'ils traînent déjà loin derrière en termes de couverture de TAR. Leur dépriorisation peut être due soit à une taille relativement petite de leur population vivant avec le VIH ou du fait que ces personnes sont dispersées au sein de ces pays, et non pas concentrées dans des « points névralgiques ». C'est le cas pour la plupart des pays appartenant à la région de l'Afrique occidentale et centrale telle que désignée par l'ONU³.

Une focalisation excessive des interventions de lutte contre le VIH sur les zones dites prioritaires risque de provoquer un rationnement de fait des interventions au détriment des régions où la couverture de TAR est déjà faible. Ceci creusera encore plus l'écart de couverture thérapeutique déjà très important aujourd'hui. La stratégie d'accélération devrait viser à traiter toutes les personnes vivant avec le VIH et en particulier celles qui sont déjà laissées pour compte. Un effort d'accélération ciblé pour offrir l'accès précoce au TAR dans les pays qui sont à la traîne à cet égard, comme en Afrique occidentale et centrale, n'en est que d'autant plus urgent aujourd'hui.

¹ http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf

² La stratégie d'accélération de l'ONUSIDA est disponible à l'adresse: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_fr.pdf

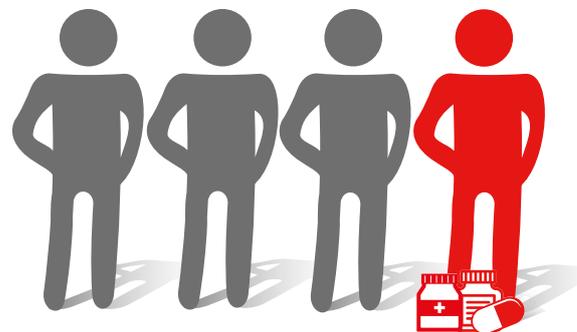
³ L'Afrique occidentale et centrale est composée des 25 pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Guinée équatoriale, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, São Tomé et Príncipe, Sénégal, Sierra Leone, Togo.

2. FAIBLE PRÉVALENCE DU VIRUS, MAIS BEAUCOUP DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH TOUJOURS EN ATTENTE D'UN TAR

La logique voudrait que les systèmes de santé dans les pays à faible prévalence soient davantage en mesure d'offrir un traitement ARV à vie à leurs patients, vu que le nombre des bénéficiaires est moindre et donc la charge moins lourde. Mais cette logique ne tient pas dans la majorité des pays d'Afrique occidentale et centrale. Le VIH est une épidémie cachée qui n'est considérée ni comme une priorité sanitaire, ni comme une priorité politique. C'est pourquoi les investissements contre la maladie y restent très faibles.

Les pays confrontés à un lourd fardeau de VIH (principalement en Afrique orientale et australe) ont relevé le défi en amenant des adaptations majeures à leurs services de santé. Les pays d'Afrique occidentale et centrale ont reçu moins d'incitatifs pour adapter leurs modèles de prestation de services, et moins de soutien pour ce faire. Beaucoup de ces pays doivent composer avec des systèmes de santé faibles et de multiples autres priorités sanitaires. En conséquence, la couverture antirétrovirale est bien moindre dans les pays ayant une charge plus faible de VIH⁴.

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



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



⁴ 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



La couverture antirétrovirale en Afrique occidentale et centrale reste parmi les plus faibles au monde : environ trois personnes sur quatre n'a pas accès au TAR. Cela représente cinq millions de personnes dont les besoins ne sont pas couverts, soit un tiers de la cible 90-90-90 visant à mettre sous traitement 15 millions de personnes additionnelles dans le monde d'ici à 2020 (doublant ainsi le nombre de personnes séropositives actuellement sous traitement).

Bien que les 25 pays qui composent l'Afrique occidentale et centrale ne représentent que 6 % de la population mondiale, ils comptent 17,9 % de toutes les personnes vivant avec le VIH. Les ravages du VIH en termes de maladie et de décès dans la région sont disproportionnés par rapport à sa prévalence moyenne relativement faible de 2,3 %. En 2014, 330.000 personnes sont mortes de causes liées au VIH, soit 27 % de tous les décès dus au SIDA dans le monde. En outre, la faible couverture antirétrovirale signifie que la transmission du virus reste incontrôlée : une nouvelle infection sur cinq et 45 % de tous les enfants nés avec le VIH dans le monde prennent place en Afrique occidentale et centrale.

Le nombre de nouvelles infections reste encore supérieur au nombre de personnes mises sous traitement, ce qui indique que la région est loin d'avoir atteint le « point de basculement » indiquant que l'épidémie est en passe d'être sous contrôle : en 2014, environ 300.000 personnes ont commencé un traitement ARV en Afrique occidentale et centrale tandis que la région enregistrait environ 420.000 nouvelles infections. Compte tenu de l'importance d'une mise sous traitement précoce pour réduire non seulement les décès et la souffrance humaine, mais aussi le nombre de nouvelles infections, **la riposte au VIH doit être accélérée en Afrique occidentale et centrale, faute de quoi on mettra en péril l'objectif global d'endiguer la pandémie.**

A un moment, j'avais perdu tout espoir. Tout le monde m'avait abandonnée : ma famille, mes quatre frères, mon mari qui a envoyé mes enfants loin de moi, au village, et qui, quand j'ai commencé à perdre du poids, m'a jetée à la rue et a épousé une autre femme. Quand je suis tombée malade, des gens sont venus dans ma maison et ont tout pris mes biens, croyant que j'allais mourir. Ce fut une expérience si traumatisante que j'ai eu une rechute. J'ai dépensé tout mon argent dans les centres de santé et les hôpitaux. Une fois que toutes mes économies furent épuisées, le centre m'a mise à la porte. Ils ont dit « Rentre chez toi, tu vas mourir ». Heureusement, un médecin est intervenu en disant qu'ils ne pouvaient pas juste me laisser mourir comme ça, donc on m'a amené à l'hôpital Kabinda de MSF. Si je n'étais pas venue, je serais morte »

Patiente, 37 ans, Kinshasa, RDC



3. L'ACCÈS AU TRAITEMENT VIH, UNE COURSE D'OBSTACLES

Beaucoup de contraintes directes ou indirectes contribuent à l'important écart de couverture thérapeutique en Afrique occidentale et centrale : une volonté politique limitée, des systèmes de santé faibles et peu de leviers pour améliorer l'accès à un traitement de qualité.

« Quand je suis sorti de ma première consultation à l'hôpital, je suis tombé sur un ami d'enfance. Mon médecin est sorti de la salle et lui a dit « Ne parlez pas à cet homme. Il est séropositif ». J'étais tellement dévasté que j'ai arrêté mon traitement - plutôt mourir que d'affronter ce mépris. Je suis devenu si malade que 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! Heureusement, un jour j'ai entendu une activiste parler ouvertement de sa séropositivité à la radio. C'est ce qui m'a incité à recommencer mon traitement et à m'engager dans l'activisme. Aujourd'hui, je n'ai qu'une seule crainte : que, malgré mon traitement, je tombe à nouveau malade. Je dis à tout le monde que je connais que le VIH n'est pas une condamnation à mort ; si je tombe malade à nouveau, tous mes efforts auront été vains »

Patient, Conakry, Guinée

A. La barrière de la stigmatisation

En raison de l'indisponibilité du traitement en Afrique occidentale et centrale, le VIH, pourtant une maladie chronique qui permet une longue vie sous ARV, se transforme en condamnation à mort pour la majorité des personnes vivant avec le virus. Le maintien de cette perception dans la société engendre un haut niveau de peur et de stigmatisation. La stigmatisation entrave le développement d'un activisme plus dynamique au sein de la société civile, un facteur essentiel pour accroître la demande des patients pour accéder aux soins.

Les établissements médicaux ne sont pas exempts de problèmes de stigmatisation et de discrimination. Comme la confidentialité dans les établissements de santé n'est pas fiable, les patients sont souvent réticents à demander un traitement pour le VIH près de chez eux. A Conakry, 20% des patients recevant un TAR à la clinique Matam soutenue par MSF viennent de zones rurales en dehors de la capitale; ils disent ne pas avoir accès à des services dignes de confiance plus près de chez eux.



B. Faibles taux de dépistage du VIH et de mise sous traitement ARV

La porte d'entrée vers le diagnostic et le traitement reste extrêmement étroite en Afrique occidentale et centrale.

Bien que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande le dépistage du VIH dans la communauté pour sa grande efficacité, cette approche n'est ni bien développée ni bien financée en Afrique occidentale et centrale. Au niveau des établissements de santé, les services de dépistage du VIH sont rarement offerts systématiquement et divers obstacles peuvent empêcher d'y avoir recours : ruptures de stock des tests de dépistage, frais assumés par les patients, manque de soutien de conseil et réticence de la part du personnel clinique à proposer le dépistage.

Même des patients ayant des antécédents médicaux et qui présentent des signes cliniques évidents n'ont jamais été testés pour le VIH. En 2012, lorsque MSF a offert les services de conseil et de dépistage du VIH aux patients hospitalisés dans trois hôpitaux de Kinshasa en RDC, 90 % d'entre eux ont dit que ce test ne leur avait jamais été proposé auparavant.

Les directives de l'OMS recommandent la mise sous TAR immédiatement après le diagnostic du VIH. Mais ces directives sont d'une utilité limitée si, comme c'est actuellement le cas, le dépistage n'est fait que lorsque le patient est déjà gravement malade, fortement immunodéprimé, et atteint d'infections opportunistes. Cela contribue à une souffrance humaine évitable, surcharge les services de santé et s'accompagne d'un important coût économique et social. Par exemple, à l'hôpital de soins VIH soutenu par MSF à Kinshasa, un patient séropositif hospitalisé sur quatre est si malade au moment de son admission qu'il ne survit pas. Dans les hôpitaux soutenus par MSF en République centrafricaine, où la prévalence globale est tout juste sous la barre des 5%, de 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 virus.

« 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 il y a de clairs indications qu'ils sont probablement séropositifs. Considérant l'ampleur de la stigmatisation en RDC, un grand nombre de personnes auront trop peur de recevoir un résultat possiblement positif et ne reviendront jamais. Ainsi, on les perd de vue avant même qu'ils ne puissent connaître leur statut »

Directeur des soins infirmiers, hôpital public à Kinshasa.

C. Systèmes de santé faibles

- Comme la plupart des systèmes de santé en Afrique occidentale et centrale sont faibles, la prestation de services médicaux demeure inéquitable, souvent détachée des besoins urgents de la population, en particulier des individus les plus vulnérables. C'est pourquoi la mise sous TAR et la rétention dans les soins représentent un défi.
- Les patients sont souvent exclus des soins de santé en raison de frais inabordables. Même si les ARV sont la plupart du temps gratuits, des frais supplémentaires sont facturés pour les consultations, tests de dépistage, analyses de laboratoire et médicaments pour traiter les infections opportunistes. De plus, comme les établissements de santé manquent de ressources et que leur fonctionnement dépend des frais imputés aux patients, ils peuvent être réticents à mettre en œuvre des régimes à « TAR gratuit », réduisant l'offre de soins VIH.
- La faiblesse des systèmes d'approvisionnement se traduit par de fréquentes ruptures de stock de médicaments, de matériel et d'autres produits essentiels. Dans une enquête (2015) réalisée à Kinshasa en RDC, 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. Par conséquent, 68 % des patients atteints du VIH ont dû retourner chez eux sans les médicaments nécessaires et quelque 4.000 patients n'ont pu être soumis à un test de dépistage du VIH en raison de ruptures de stock des tests⁵.
- La mise en place de stratégies de délivrance des ARV à l'efficacité prouvée est encore faible, telles que le transfert des tâches, la décentralisation, le traitement communautaire ou la mise en œuvre de protocoles et de régimes thérapeutiques simplifiés.

« En RDC, une loi de 2008 garantit l'accès gratuit aux soins et au dépistage du VIH. Cependant, le patient doit encore assumer plusieurs coûts dans la plupart des structures de santé. Voici quelques exemples notés dans divers centres de santé: 3 \$ pour ouvrir un dossier, 6 \$ pour une consultation médicale, 5 \$ pour les tests de numération des CD4, 10 \$ pour les tests de mesure de la charge virale. Ces coûts sont beaucoup trop élevés dans un pays où plus de 80 % de la population vit avec moins de 1.25 \$ par jour ».

Chef de mission adjoint de MSF, Kinshasa 2015.



⁵ 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

D. Les besoins des personnes vivant avec le VIH négligés pendant les crises

Plusieurs pays de la région sont régulièrement exposés à des crises telles que les conflits ou les épidémies (comme le virus Ebola récemment), qui perturbent la provision de soins VIH. Bien que les crises et l'instabilité n'expliquent pas à elles seules la faible couverture de TAR, elles constituent des obstacles supplémentaires qui amplifient les défis déjà existants. La réponse humanitaire actuelle n'accorde pas suffisamment d'attention au VIH, ni ne prévoit des mesures permettant d'atténuer la vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH. Bien que la nécessité du TAR ininterrompu est reconnu pour les personnes déjà sous traitement en période de crise, il est rare que les nouvelles initiations soient proposées. Toutefois, 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 thérapeutique.

La plupart des programmes de TAR n'incluent pas de plan de contingence pour des scénarios d'urgence, dont les éléments clés sont: un stock de réserve d'ARV et d'autres fournitures médicales essentielles; un mécanisme de notification d'urgence pour signaler les problèmes de manque de médicaments et initier une réponse par le biais de voies d'approvisionnement alternatives, adaptées à une situation de crise; et un moyen de communiquer rapidement avec les patients et les travailleurs de santé pour indiquer où obtenir les ARV. De même, il manque un plan de rattrapage systématique après de telles situations de crises, qui serait capable, au moins en partie, de compenser les lacunes creusées pendant la crise.

« Nous avons perdu beaucoup de patients pendant la crise. Aujourd'hui, la plupart des patients qui reviennent sont très malades, parfois gravement, et nous avons remarqué une augmentation des hospitalisations liées au SIDA cette année : 70 % des patients dans notre département y sont soignés pour des maladies liées au SIDA »

Médecin spécialisé en VIH/TB pour MSF à l'hôpital de Carnot, Bangui, RCA



© Corentin Fohlen

4. 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 le soutien, pour les infirmières, 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

Albert, 55 ans, est le président d'un groupe de soutien par les pairs de MSF à Bukavu, dans la province du Sud-Kivu, en RDC. Son diagnostic VIH fut fait en 2008 après qu'il fut tombé gravement malade. Maintenant on peut trouver Albert presque tous les jours à l'hôpital; il y rencontre régulièrement des patients qui abandonnent les consultations 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 populaire marché local. 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 son statut.

5. APPEL URGENT À L'ACTION

Les objectifs mondiaux pour enrayer l'épidémie de VIH et mettre fin au SIDA d'ici 2030 ne pourront être atteints que si la riposte au VIH est accélérée pour également bénéficier aux populations et communautés d'Afrique occidentale et centrale. Dans le scénario optimiste où la stratégie d'accélération permettrait d'atteindre avec succès la cible 90-90-90 d'ici 2020, les pays déjà écartés aujourd'hui des victoires enregistrées contre le VIH resteront les grands oubliés de la révolution SIDA. L'écart en termes d'accès au TAR qui existe déjà en Afrique occidentale et centrale pourrait se creuser encore davantage. Leurs populations risqueraient de souffrir du VIH/SIDA et de manière encore plus disproportionnée dans le futur.

En Afrique occidentale et centrale, tout comme ailleurs dans le monde, le cycle mortel du VIH/SIDA peut être brisé en mobilisant la volonté politique et faisant des efforts ciblés. Les leçons tirées des expériences d'expansion du traitement ARV dans d'autres pays pourraient être déterminantes pour les personnes vivant avec le virus en Afrique occidentale et centrale. Cependant, certaines des politiques et approches actuelles devront être modifiées, en raison de la portée et de la dispersion de l'épidémie, de la forte stigmatisation et des faiblesses spécifiques dans les systèmes de santé existants. L'expérience a démontré quelles stratégies fonctionnent et doivent être appliquées en priorité. Mais pour que cela se produise, il faut regagner un sentiment d'urgence pour abattre les obstacles posés par les politiques et pratiques actuelles et mobiliser davantage la volonté politique.

Le droit des individus aux ARV ne doit pas être fonction de qui ils sont, où ils vivent, ni des caractéristiques spécifiques de l'épidémie de VIH à laquelle ils sont confrontés. Si la communauté internationale désire réellement atteindre son objectif de vaincre le SIDA, un financement supplémentaire devrait être mobilisé vers ces stratégies prioritaires. Bien qu'il soit essentiel que les gouvernements des pays touchés augmentent leur allocation de ressources nationales pour la santé et la lutte contre le VIH, cela ne suffira pas. Les partenaires internationaux doivent garantir une aide financière consistante pour étendre le TAR et la prévention, surtout maintenant que le monde s'apprête à déployer l'approche « traitement pour tous ».

C'est pourquoi MSF appelle à un plan de rattrapage ambitieux pour les pays à faible couverture de TAR, comme la plupart de ceux de l'Afrique occidentale et centrale. Les populations qui ont été écartées de la évolution VIH/SIDA au cours de la dernière décennie ne devraient pas être oubliées une fois de plus. Il pourrait s'agir de leur dernière chance de profiter de ce que le monde a appris de la mobilisation réussie contre le VIH. Nous devons, et pouvons, soigner les plus vulnérables et les laissés pour compte, pour leur propre bien et pour parvenir à enrayer l'épidémie.

Pour plus d'information, consulter le rapport de MSF « *Le prix de l'oubli - Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH* ». Disponible en ligne <http://www.msf.fr/actualite/publications>.

Le rapport vise à mettre en évidence les lacunes dans les politiques et pratiques pour les personnes vivant avec le VIH en Afrique occidentale et centrale. Il souligne les principaux obstacles au renforcement de couverture de TAR en Afrique occidentale et centrale, en mettant l'accent sur les contextes où MSF intervient dans 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; il présente des projets pilotes fondés sur des approches alternatives, tant en Afrique occidentale et centrale qu'ailleurs, et leur potentiel pour briser le statu quo actuel. Trois études de cas réalisées dans la région - République démocratique du Congo (RDC), République centrafricaine (RCA) et Guinée - soulèvent les principaux obstacles et opportunités à un élargissement et à une accélération des mises sous TAR et à la rétention en traitement.

L'organisation humanitaire internationale Médecins Sans Frontières/MSF opère des programmes VIH/SIDA depuis le début des années 1990. Elle appuie actuellement le traitement de plus de 200.000 patients dans 19 pays, principalement en Afrique. Cela comprend des projets en Afrique occidentale et centrale : RDC, Guinée, RCA, Tchad, Niger et Mali, ainsi que d'autres pays à faible couverture de TAR tels que le Soudan du Sud, le Yémen et le Myanmar.

ELISE ET PHILOMÈNE : DEUX VISAGES DE LA LUTTE CONTRE LE VIH EN RDC

Philomène incarne « ce qui devrait être » : dans un monde jouissant d'un large accès au traitement antirétroviral, les personnes vivant avec le VIH peuvent mener une vie saine, productive et enrichissante.

Elise par contre représente la dure réalité de « ce qui est » : pour la grande majorité des personnes vivant avec le VIH en Afrique occidentale et centrale, le VIH reste une condamnation à mort.

Alors que le monde renouvelle ses engagements pour accélérer rapidement la lutte contre le VIH, le moment est venu de décider quel sort attend les 6,6 millions de personnes vivant avec le virus en Afrique occidentale et centrale.

Le statu quo les condamne à suivre le destin tragique d'Elise;
Une action urgente pourrait leur permettre de marcher dans les pas de Philomène.



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 ils ont pu apprendre comment mener une vie familiale et amoureuse normale.

Comme Philomène était inscrite à un programme de PTME efficace, elle et son mari sont devenus parents de deux enfants nés sans le virus. Ils ont également accueilli une jeune fille séropositive dont ils prennent soin comme leur propre enfant. Philomène est maintenant une militante dévouée au sein du groupe communautaire congolais RENOAC, où elle aide ses compatriotes à mieux comprendre le VIH et à lutter contre la stigmatisation.



ELISE LES DÉFAILLANCES DU SYSTÈME

Comme sa mère Agathe n'avait jamais été dépistée pour le VIH et n'était donc 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. Elise a développé une résistance et a dû passer aux ARV de deuxième intention. Ils furent d'autant plus difficiles à tolérer que, du fait de la non-disponibilité des médicaments pédiatriques, elle a dû prendre les médicaments pour adultes.

À la fin 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. Pesant à peine 30 kilos, elle était si faible qu'elle fut alitée dans un berceau et ne pouvait ni se nourrir ni se laver seule. La lutte d'Elise contre le VIH est devenue chaque jour plus difficile et douloureuse. Quelques jours après que ces photos ont été prises, et malgré les soins bienveillants de sa mère et de l'équipe médicale de MSF, Elise est décédée. Sa mère Agathe voulait que MSF publie ces photos. « Cela ne peut pas aider Elise, mais cela pourra peut-être aider d'autres personnes », a-t-elle dit.

