

2001-2011

10 ANS DE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL PAR MSF AU MALAWI



Contact : Isabelle MERNY
Chargée de communication pour le Malawi
Tél. : 00 33 (1) 40.21.28.42 - Email : isabelle.merny@paris.msf.org

VOIX DU TERRAIN

“ Lorsque j’ai découvert que mon mari était mort du Sida, j’ai pleuré. S’il était séropositif, cela voulait dire que je l’étais aussi. Mes enfants n’avaient pas terminé leur scolarité. La plus jeune avait sept ans. Comment allais-je pouvoir m’occuper d’eux ? J’allais bientôt mourir. J’allais abandonner mes enfants. Mes propres parents et mes amis ont commencé à me stigmatiser. Ils disaient : “c’est un cadavre, un poison.” Je n’oublierai jamais cette époque. ”

Esnart, patiente depuis 2001, aujourd’hui agent d’information MSF



“ Avant 2001, nous n’avions ni matériel de dépistage, ni médicaments antirétroviraux. Nous pouvions uniquement soigner les infections opportunistes. Nous n’avions pas d’autre choix. La plupart des patients mourraient. Puis MSF est arrivée. Elle a introduit les ARV. Nous avons commencé à traiter un très petit nombre de patients, puis nous avons étendu les soins. C’est à ce moment que le taux de mortalité des patients atteints du VIH a commencé à diminuer. ”

Innocent Nuangulu, officier clinique du ministère de la Santé.

“ En 2001, j’ai entendu dire qu’à Chiradzulu une organisation appelée MSF était arrivée. J’ai entendu dire qu’MSF donnait des médicaments qui prolongeraient ma vie. Cela m’a encouragé à aller me faire dépister, en sachant que j’aurais un soutien médical de la part de MSF si j’étais séropositif. ”

Boniface, patient depuis 2001.





“ J’ai 53 ans. J’étais l’un des premiers patients à avoir été placés sous traitement ARV en août 2001. Dès lors, ma santé s’est considérablement améliorée. En 2000, je ne pouvais plus aller travailler tellement j’étais malade. Mais depuis que je suis sous ARV, la maladie a reculé. J’ai recommencé à travailler. Ma vie est redevenue normale. ”

Fred, patient depuis 2001
et conseiller psycho-social MSF

En juillet 2002, Fred Minandi, un des premiers patients MSF à recevoir un traitement ARV au Malawi, a prononcé un discours lors de la 14^{ème} conférence internationale sur le VIH-Sida, à Barcelone. À l’époque, les bailleurs de fonds internationaux refusaient de financer les programmes de lutte contre le VIH-Sida dans les pays du Sud. Ils pensaient que ces patients n’arriveraient pas à adhérer à leur traitement quotidien.

Fred leur a répondu :

“J’ai eu la chance de faire partie des patients MSF. Je suis l’un des premiers à avoir bénéficié d’une thérapie gratuite au Malawi, et si je suis ici aujourd’hui pour vous en parler, c’est grâce à ce traitement.

Certains d’entre vous diront que les Africains ne sont pas capables de suivre un traitement correctement puisqu’ils ne savent même pas lire l’heure. Je n’ai pas de montre, mais je peux vous dire que depuis que j’ai commencé ma trithérapie, je n’ai jamais oublié de prendre une seule dose.

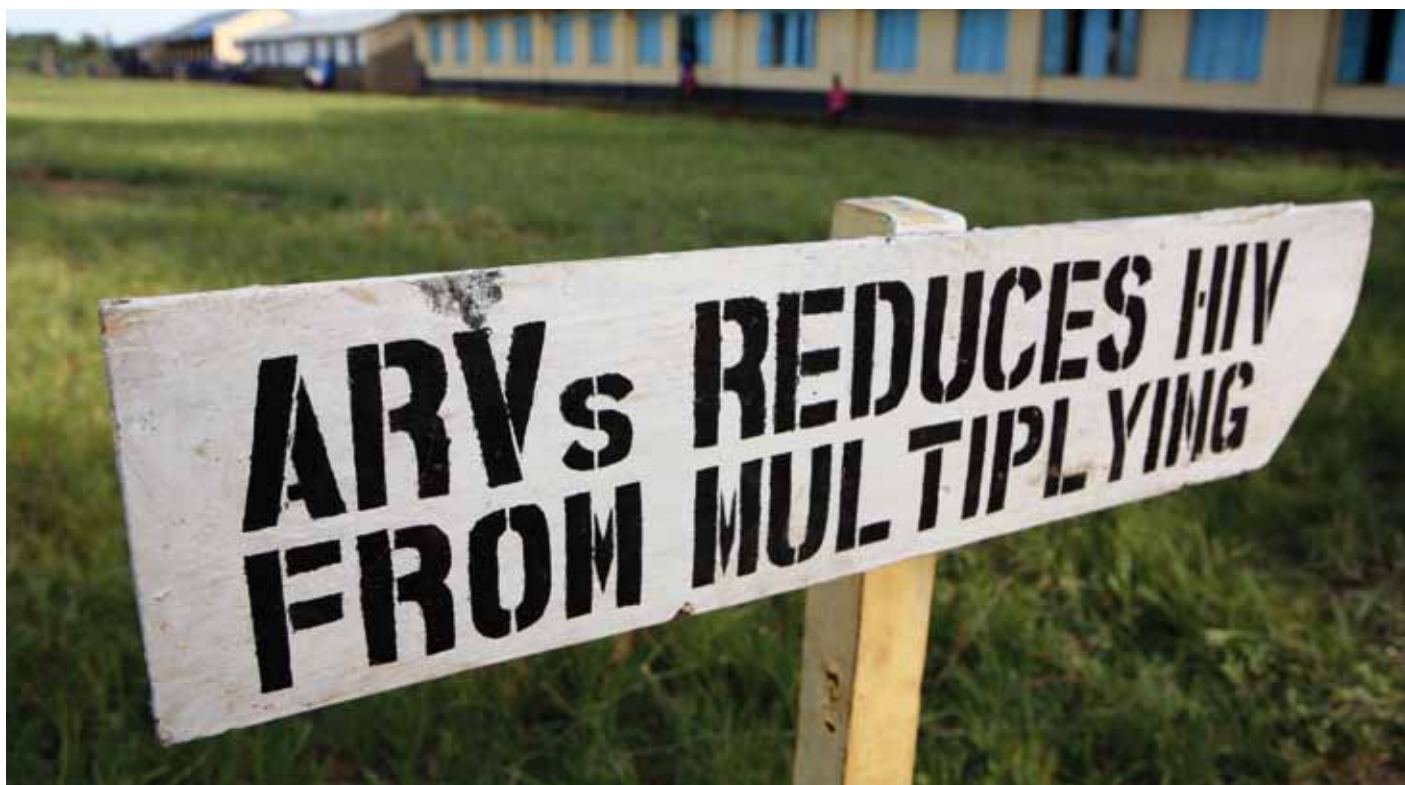
Aujourd’hui, ma vie dépend totalement de ce médicament et je ne pourrais pas courir le risque d’oublier de le prendre. Ma vie compte, pas seulement pour moi, mais aussi pour ma famille, mes amis et mon pays tout entier.»

“ Le gouvernement du Malawi a pu tirer des leçons du programme que nous dirigeons ici. Il existe des dispensaires ARV dans tout le pays aujourd’hui. En montrant qu’un traitement était possible et efficace, ce programme a énormément aidé les malades. MSF est présente au Malawi depuis maintenant 10 ans. Les progrès qu’elle a réalisés dans le district dans le traitement de nos frères et sœurs sont flagrants. Les patients peuvent à présent vivre normalement. Ils peuvent prendre soin de leur famille, travailler de nouveau. Aujourd’hui, même si l’on est atteint du VIH, la vie reprend son cours grâce au traitement. ”

Fraser Chimbuzi, responsable MSF des activités de soutien psycho-social



L'HISTOIRE DU **VIH ET DES ARV PAR MSF**



Le Malawi détient l'un des taux de prévalence les plus élevés au monde de VIH-Sida. Environ 10,6 % des personnes âgées de 15 à 49 ans sont aujourd'hui infectées*. Le VIH-Sida est la première cause de mortalité au sein du groupe d'âge normalement le plus actif et productif. L'épidémie est la première cause de mortalité chez les adultes, dont l'espérance de vie s'élève à seulement 43 ans. Le virus se transmet principalement parmi les jeunes et le taux de prévalence est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

En 1997, MSF a lancé un programme de prise en charge du VIH-Sida dans le district rural de Chiradzulu, au sud du pays, qui compte un peu plus de 290 000 habitants (bureau national des statistiques 2006) et détient actuellement un taux d'infection par le VIH de 14,5 % parmi les 15-49 ans (17,5 % chez les femmes et 11 % chez les hommes)*. Comme il n'y avait alors pas d'antirétroviraux (ARV) disponibles dans le pays, MSF a concentré son action sur le traitement des infections opportunistes, la prévention des infections et les soins palliatifs à l'hôpital de district.

En 2001, MSF a commencé à fournir des traitements ARV et à organiser des activités de suivi à l'hôpital. La priorité était alors donnée aux plus malades, ceux en danger de mort. En août 2001, les premiers patients ont été placés sous ARV.

Ce programme devait démontrer que ces médicaments pouvaient être apportés dans des contextes ruraux et à faibles ressources sanitaires et économiques, qu'ils prolongeaient efficacement la vie et permettaient aux malades de retrouver leur autonomie. Le but était aussi de démontrer que ces patients étaient capables de prendre un traitement à vie. Même si personne n'y croyait, MSF a relevé le défi. Depuis le lancement des ARV par MSF, en 2001, nos équipes ont suivi plus de 52 000 patients. Aujourd'hui, plus de 55% des patients ayant commencé les ARV il y a 10 ans sont toujours activement suivis, vivants et en bonne santé.

En septembre 2011, MSF suit encore 30 000 personnes séropositives dans le programme. Toutes ne

sont pas éligibles à l'initiation aux ARV, seuls celles présentant une importante diminution de leur immunité sont mises sous traitement. Aujourd'hui, plus de 22 000 patients du district sont sous ARV, 12,5 % sont des enfants. Ces trois dernières années, environ 3 000 nouveaux patients rejoignent notre cohorte chaque année. Avec une moyenne annuelle de 175 000 visites médicales et de 50 000 séances de conseil psycho-social, le programme de Chiradzulu est l'un des plus importants en matière de VIH-Sida à MSF.

MSF a fait figure de pionnière sur ce terrain. Notre cohorte de patients est la plus ancienne du Malawi. Ce programme a prouvé que lorsque le traitement est adapté aux conditions locales et soutenu par des ressources financières et humaines, les systèmes de santé ruraux peuvent offrir des soins complets et efficaces pour lutter contre le VIH-Sida. Notre programme a permis à beaucoup plus de personnes alitées de se remettre sur pied et de recommencer à travailler.

“ MSF voulait prouver qu'un tel programme était possible dans un environnement pauvre et isolé. L'organisation souhaitait montrer que les Africains pouvaient eux aussi suivre un traitement correctement, et bénéficier de ses effets positifs. Cela a été une véritable réussite. ”

Fraser CHIMBUZI, responsable MSF des activités de soutien psycho-social.

“ Avant les ARV, j'étais souvent malade et mon taux de CD4 était faible. Aujourd'hui, je suis rarement souffrant et mon taux de CD4 s'est amélioré. Je sais gérer mon traitement et je prends mes ARV comme il faut. Ce sont des médicaments très efficaces. Ils me permettent de travailler, de cultiver mes terres. Aujourd'hui, je peux parcourir de longues distances en vélo sans le moindre problème. Je suis en pleine forme. ”

Augustin, patient depuis 2001, aujourd'hui employé par MSF.

“ Quand MSF a commencé ses programmes de traitement ARV à Chiradzulu, les choses ont commencé à changer. Les personnes qui avaient perdu espoir avaient alors accès à un traitement ARV gratuit. Nous avons vu des patients vraiment très malades se remettre, reprendre des forces et revenir à leurs activités habituelles. Cela pousse les autres à se faire dépister, sachant que même une personne séropositive. ”
peut vivre une vie normale.

Fraser CHIMBUZI, responsable MSF des activités de soutien psycho-social.

“ Lors de ma deuxième visite médicale, je suis montée sur la balance. J'avais pris 1 kilo ! Je sentais que mon corps reprenait des forces petit à petit. Sans MSF, je ne serais plus là aujourd'hui. J'ai pu élever tous mes enfants. ”

Esnart, patiente depuis 2001 et agent d'information MSF.



“ Sans ARV, je serais mort à l'heure qu'il est. Je sais que si je continue à prendre mes médicaments, je mènerai une vie normale. ”

Byson, patient depuis 2001.

DIX ANS D'ACTIVITES MSF



Étant donné l'ampleur des besoins et la pénurie de personnels médicaux au Malawi (on ne compte que deux médecins pour tout le district de Chiradzulu), MSF a établi de nouvelles approches de traitement, en collaboration avec le ministère de la Santé.

1. Décentralisation : rapprocher les soins des patients

Afin de rapprocher les soins du domicile des patients, nos activités de prise en charge du VIH ont été étendues de l'hôpital aux 10 centres de santé du district. Depuis décembre 2002, les consultations Sida sont menées dans les centres de santé. Cette décentralisation a permis d'inclure un nombre plus important de patients dans notre programme VIH. Début 2003, les activités de conseil psycho-social et de dépistage ont eux aussi été introduits dans les centres de santé afin de permettre aux patients de commencer un traitement ARV sans avoir à se rendre à l'hôpital.

A l'hôpital, devenu structure de référence. MSF soutient le personnel des services de pédiatrie et de tuberculose afin d'aider à y améliorer la qualité des soins.

“ La décentralisation a été très positive puisque tous les habitants du district peuvent maintenant accéder au traitement assez facilement. ”

Fraser CHIMBUZI, responsable MSF des activités de soutien psycho-social.

2. Délégation des tâches : plus de personnels pour soigner plus de patients

La délégation des tâches consiste à transférer certaines responsabilités médicales - auparavant réservées aux officiers cliniques - au personnel infirmier. En 2004, MSF a mis en place des formations pour les infirmiers et les assistants médicaux sur la prise en charge des patients, dans les centres de santé.

Cette augmentation du nombre de nouveaux personnels formés à la prise en charge du VIH a permis à un nombre de plus en plus élevé de patients d'accéder à un traitement ARV, à proximité de chez eux. Depuis 2009, les infirmiers peuvent offrir une gamme complète de soins, du dépistage à l'initiation en passant par le suivi médical des patients sous ARV dans 11 dispensaires VIH (dans les 10 centres de santé et à l'hôpital).

“ Depuis que MSF travaille ici, j'ai été témoin de nombreux changements. Auparavant, seuls des médecins MSF pouvaient prendre en charge les patients souffrant du VIH-Sida. Aujourd'hui, le personnel clinique et infirmier du pays peut également les soigner. ”

Fraser CHIMBUZI, responsable MSF des activités de soutien psycho-social.

“ Afin de répondre à l'augmentation de notre cohorte de patients, nous devons recruter davantage de personnel médical. Les infirmiers ont commencé à traiter les cas moins sévères et à s'occuper de l'initiation au traitement ARV. À l'échelle nationale, cela signifiait que de nombreux malades pouvaient être mis sous traitement. ”

Jérôme MOUTON, chef de mission MSF.

3. Le programme SMA (Six Months Appointment) : une approche simplifiée permettant de réduire les contraintes des patients et du personnel médical

Le SMA consiste à donner des rendez-vous espacés à six mois aux patients stables. Ce programme réduit la congestion clinique et la surcharge de consultations pour les travailleurs de santé. Le SMA est une approche simplifiée qui permet de diminuer la charge de travail du personnel médical, mais aussi de réduire les contraintes de suivi pour des patients suivant un traitement à vie. Aujourd'hui, 3 500 patients suivent le programme SMA. Cela représente 7 000 consultations en moins par an sur un total de 175 000 consultations.



“ Le programme SMA est un outil formidable et une stratégie que nous aimerions utiliser pour prendre en charge notre cohorte grandissante. Il permet également à nos patients d'être plus autonomes. Entre 3 500 et 4 000 patients sont actuellement enrôlés dans le programme SMA et nous aimerions voir ce nombre augmenter sensiblement dans les prochains mois. ”

Aisleen GLASBY, infirmière MSF en charge des centres de santé.

“ Nous nous occupions de patients, mais d’après ce que je vois aujourd’hui, nous nous occupons maintenant de clients. Je veux dire par là que les cas les plus compliqués ont été stabilisés. ”

Christopher Lington Blair, officier clinique MSF.

4. Des conseillers MSF aident les patients à faire face à leur maladie chronique

Des conseillers psycho-sociaux travaillent dans tous les centres de santé et à l’hôpital. Ils donnent des conseils d’éducation sanitaire, sur l’adhérence au traitement et insistent sur le dépistage du VIH. Ils informent et éduquent les patients et leurs familles sur le Sida et les traitements, et les aident à faire face, au quotidien, à leur maladie. Ils expliquent comment prendre correctement les traitements. Ils soutiennent également les patients victimes de stigmatisation qui va souvent de pair avec la séropositivité. Le but est d’aider le patient à vivre avec sa maladie et de l’encourager à adhérer au traitement, afin d’éviter de dangereuses ruptures de traitement.



“ La première fois que j’ai parlé à un conseiller MSF, il a pu me calmer. Le soir en rentrant chez moi, je me suis dit que je pourrais peut-être m’en sortir. Quoi qu’il en soit, la manière dont il m’a prise en charge m’a apporté du réconfort. J’ai recommencé à voir la vie du bon côté. ”

Esnart, patiente depuis 2001 et agent d’information MSF.

“ A Chiradzulu, MSF est capable de fournir des soins de qualité à une énorme cohorte de patients ; une cohorte qui grandit encore tous les mois. Grâce à la décentralisation, nous avons pu améliorer l’accès à des soins et techniques médicales de qualité. Avec la simplification des traitements et la délégation des tâches, nous pourrons faire face à cette charge de travail croissante. ”

Fabrice VAST, coordinateur médical MSF.

5. Tuberculose : la plus meurtrière des maladies opportunistes du VIH

Plus de 80 % des patients atteints de tuberculose et suivis à l'hôpital de district sont séropositifs. L'un de nos principaux objectifs était donc d'intégrer des activités de prise en charge de la tuberculose dans le traitement du VIH et d'ainsi créer un «guichet unique» lors des visites de patients.

MSF a également œuvré pour que le programme national de contrôle de la tuberculose adopte le régime de traitement recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui a ensuite été déployé dans tous les hôpitaux du Malawi. Dans un contexte de forte prévalence de Sida, c'est une priorité médicale d'assurer un diagnostic rapide et précis de la tuberculose, notamment auprès des enfants, et d'assurer une meilleure prise en charge pour les personnes co-infectées.

“ Dans le service de l'hôpital de district dédié à la tuberculose, plus de 80 % des patients sont co-infectés par le VIH-Sida. Le nouveau schéma thérapeutique de l'OMS permettra d'offrir un traitement plus pratique aux patients atteints de tuberculose. Davantage de patients pourront être admis. MSF a formé tout son personnel médical. Cette initiative est tout à fait réalisable. ”

Dr Dominique N'GUETTA,
médecin MSF travaillant à l'hôpital de district



ZOOM SUR LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE A L'ENFANT (PTME)



Une femme enceinte séropositive peut transmettre le VIH à son enfant *in utero* ou au moment de l'accouchement. Pourtant, il est possible de prévenir cette transmission et de faire en sorte que l'enfant naisse séronégatif. C'est là l'objectif du programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

Avant mars 2008, les activités de PTME étaient seulement dispensées à l'hôpital. En mars 2008, MSF a implanté ce programme dans les centres de santé de district. Les services prénataux et de traitement du VIH sont à présent dispensés au même endroit, pendant toute la grossesse, jusqu'à l'accouchement (système de «guichet unique»).

Les femmes enceintes séropositives et leurs bébés bénéficient d'un traitement ARV spécifique, ainsi que de méthodes de prévention de la transmission *in utero* et pendant l'accouchement. Après la naissance, le bébé est mis sous prophylaxie et suivi au dispensaire VIH, jusqu'à ce que sa séronégativité soit prouvée. Si l'enfant est séronégatif, il est déchargé du programme à 24 mois ; s'il est séropositif il rejoint notre cohorte de patients.

Le programme de PTME offre énormément d'espoir pour les générations futures. Si le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant frôle les 40 % sans traitement adapté, il chute à 3 % dans le cadre du programme PTME. Fin septembre 2011, 1 331 femmes enceintes étaient suivies dans notre programme. Du 1er janvier au 30 septembre 2011, 745 accouchements ont été pratiqués dans le cadre du PTME et 730 nourrissons ont été mis sous ARV prophylactiques.

En 2009, l'OMS a publié de nouvelles recommandations en matière de traitement du VIH-Sida. L'une de ces préconisations concerne les programmes PTME, il s'agit de l'«Option B+». Désormais les femmes enceintes et allaitantes séropositives sont initiées et mises sous ARV à vie ; avec un nouveau régime médicamenteux; et les nourrissons, nés de mère séropositive, bénéficient d'une prophylaxie jusqu'à l'âge de 6 semaines. MSF a mis en œuvre ces changements dans ses activités de PTME.

“ Je pense que le nouveau régime de traitement de l'OMS va aider de nombreuses personnes. Par le passé, nous avons perdu beaucoup de bébés parce que les mères devaient arrêter d'allaiter à six mois et n'avaient rien d'autre à donner à leur enfant. Aujourd'hui, les femmes peuvent allaiter leur enfant jusqu'à ses deux ans. Elles ne sont plus stigmatisées puisqu'elles allaitent toutes de la même manière. C'est un véritable message d'espoir. ”

Demetria MPANDO, coordinatrice PTME pour le ministère de la Santé.

“ Avec les nouveaux protocoles de l'OMS, le taux de transmission du VIH baissera encore davantage. La nouvelle génération peut être sauvée ! ”

Christelle SCAPARONE, infirmière MSF chargée des activités PTME.



“ Après que ma femme et moi ayons commencé à prendre des ARV, notre aîné est mort. Nous avons demandé conseil aux médecins MSF du programme PTME. Ma femme est tombée enceinte. Elle a donné naissance à un petit garçon. Il est toujours vivant aujourd'hui. Nous étions tellement heureux que nous avons également eu une petite fille. Nous avons deux enfants, tous deux séronégatifs. Nous sommes tous heureux et en bonne santé. ”

Owen, patient depuis 2011.

DE NOUVEAUX DÉFIS À RELEVER



Actuellement, les bailleurs de fonds internationaux ont tendance à se désengager des activités de lutte contre le VIH-Sida dans le monde. Le Malawi fait face à un obstacle spécifique : le Fonds mondial n'a pas encore versé de financements au gouvernement. Le pays ne saura qu'en mars 2012, lors du prochain tour de négociations, si ses propositions relatives à la prise en charge du Sida sont acceptées.

Au même moment, MSF décide de relever un nouveau défi : appliquer les nouveaux protocoles OMS de 2009 dans le district de Chiradzulu. Notre objectif est d'implanter ces nouvelles recommandations à tous les patients qu'elles concernent, et ce dans un contexte de crise des donateurs et en ne disposant que de peu de visibilité pour l'avenir.

Les protocoles OMS de 2009 impliquent trois changements majeurs qu'MSF prévoit de mettre en place, à grande échelle et dans une perspective de soutien du ministère de la Santé, sur tout le district de Chiradzulu :

Remplacer le traitement de 1ère ligne actuel par le Ténofovir

Ce médicament ARV, qu'MSF prescrit déjà au Malawi, provoque beaucoup moins d'effets secondaires et favorise donc une meilleure adhérence au traitement.

Depuis octobre 2010, MSF a mis en place une partie des nouvelles recommandations de l'OMS, celles choisies par le Malawi : le Ténofovir est désormais donné à certains groupes de patients comme les femmes enceintes séropositives, les patients co-infectés VIH-Tuberculose et les patients souffrant d'effets secondaires graves avec le régime antirétroviral habituel. Cependant, sur une perspective à long terme, MSF est très favorable à la mise en place d'une thérapie antirétrovirale basée sur le Ténofovir, pour tous les patients.



“ Le Ténofovir est moins toxique et cause beaucoup moins d’effets secondaires. De plus, ce médicament ne nécessite qu’une seule prise quotidienne. Cela représente d’énormes avantages pour le patient. On peut imaginer que l’adhérence va significativement s’améliorer et que le patient aura besoin de moins de consultations médicales, d’hospitalisations et de tests. Cela représente un soulagement de taille pour un programme de Santé publique de cette envergure. ”

Fabrice VAST, coordinateur médical MSF.

Mettre en œuvre l’«Option B+» pour les femmes enceintes séropositives et leurs nouveaux nés

L’ «Option B+» préconise d’initier et de garder sous ARV, à vie, les femmes enceintes et allaitantes séropositives sous un nouveau schéma thérapeutique à base de combinaisons à dose fixe : TDF/3TC/EFV et de mettre les nourrissons nés de mère séropositive sous prophylaxie à base de Névirapine jusqu’à l’âge de 6 semaines. MSF suivra la mise en place de cette «Option B+», car elle n’a encore jamais été appliquée.

Mettre les patients VIH sous ARV plus tôt

La préconisation de l’OMS est de mettre les patients sous ARV à un stage moins avancé de la maladie, quand leur taux de CD4 atteint 350 et non plus 250 comme c’était le cas auparavant. Mettre des patients sous traitement quand leur système immunitaire est moins dégradé entend moins de complications médicales dues aux ARV et une diminution du taux de mortalité précoce. Mais cela va également générer une augmentation de la taille de la cohorte (environ 20% de patients en plus). Le défi pour MSF sera alors de simplifier encore davantage les modèles de prise en charge et de suivi de cette cohorte grandissante.

Par ailleurs, MSF a également décidé de développer un programme de circoncision des hommes adultes. Car, selon de récentes études, cette mesure peut réduire le risque d’infection par le VIH-Sida d’environ 60 %, pour les hommes.

“ Le problème majeur reste le financement. Le Malawi a choisi de mettre en place certaines des nouvelles recommandations de l’OMS. Ces préconisations partielles devraient être appliquées jusqu’à la fin 2012. Le Malawi a trouvé des fonds pour cela dans les limites budgétaires qui existaient déjà. Tout dépendra des négociations en cours avec le Fonds Mondial. Si celui-ci refuse son financement, ce sera un problème majeur pour les patients VIH du Malawi. MSF pour sa part s’est engagée à assurer la continuité de traitement pour ses patients de Chiradzulu, mais cela peut représenter un coût financier énorme pour nous. MSF dispose d’un stock de réserve de médicaments essentiels, ce qui nous permet d’éviter les ruptures de traitement. Car un patient qui ne prend plus ses ARV risque de développer des infections opportunistes, mais aussi des résistances aux médicaments, ce qui impliquerait de devoir le mettre sous une seconde ligne de traitement, plus lourde à prendre, plus chère et comportant beaucoup plus d’effets secondaires. ”

Fabrice VAST, coordinateur médical MSF.

“ Nous sommes arrivés à une étape très intéressante du programme. Nous fêtons nos dix ans de traitement ARV au Malawi. Et nous sommes également en train d’appliquer progressivement la première phase de recommandations de l’OMS. C’est donc un moment crucial pour le Malawi et pour le traitement du VIH dans le pays et en Afrique. Grâce à l’implantation des nouvelles préconisations de l’OMS, nous verrons le nombre de patients augmenter sensiblement. Beaucoup plus de personnes pourront prétendre à un traitement ARV. C’est un progrès formidable. Dans 10, 20 ou 30 ans, nous verrons peut-être le taux de prévalence du VIH baisser au Malawi. ”

Aisleen GLASBY, infirmière MSF en charge des centres de santé.

“ En 2012, le Malawi devra soumettre une nouvelle demande de financement au Fonds mondial. Même si dans l’ensemble, les bailleurs internationaux se rétractent, l’application des nouveaux protocoles de traitement OMS nécessite des ressources financières. Le destin de tous les patients du Malawi en dépend. ”

Jérôme MOUTON, chef de mission MSF.



“ Chiradzulu était le premier district à bénéficier des ARV. Aujourd’hui, des patients originaires d’autres districts viennent se faire soigner. C’est une grande réussite ! ”

Fraser CHIMBUZI, responsable MSF des activités de soutien psycho-social.

TABLE DES MATIÈRES

VOIX DU TERRAIN	p:2
L'HISTOIRE DU VIH ET DES ARV PAR MSF	p:4
DIX ANS D'ACTIVITES MSF	p:6
ZOOM SUR LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE A L'ENFANT (PTME)	p:11
DE NOUVEAUX DÉFIS À RELEVER	p:12

