



Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde

Le point sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 »

Juin 2005



ONUSIDA
HCE-UNICEF-FAN-PWED-UNEP-OMSC
OIT-UNESCO-ONG-BANQUE MONDIALE



Organisation
mondiale de la Santé



Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde

Le point sur l'initiative
« 3 millions d'ici 2005 »

Jun 2005



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE



Organisation
mondiale de la Santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé.

Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde :
le point sur l'initiative «3 millions d'ici 2005».

1.Agents antirétroviraux - ressources et distribution 2.Infection à VIH - chimiothérapie 3.SIDA -
chimiothérapie 4.Evaluation programme 5.Développement programme I.Titre.

ISBN 92 4 259339 7

(Classification NLM: WC 503.2)

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en

Table des matières

Avant-propos	5
Résumé d'orientation	7
Extension du traitement dans le monde	11
Evolution de l'initiative «3 millions d'ici 2005»	11
Les progrès en chiffres	12
Vaincre les obstacles au progrès	15
Aller de l'avant dans les pays les plus touchés	15
Engagement politique.....	15
Viabilité financière	16
Accès équitable	17
Intégration de la prévention et du traitement	19
Développement des ressources humaines	21
Renforcement des systèmes d'achat et de gestion des approvisionnements.....	23
Venir à bout des problèmes d'infrastructure sanitaire et améliorer cette dernière.....	25
Coordination des partenariats techniques	26
Conclusions et recommandations	28
Annexes	30
1. Estimation du nombre de personnes sous traitement antirétroviral	30
2. Pays visés par l'initiative «3 millions d'ici 2005».....	32



Avant-propos

Depuis vingt ans, l'épidémie de VIH/SIDA aggrave les problèmes de développement dans le monde. Dans nombre de pays à faible ou moyen revenu, les taux élevés d'infection par le VIH compromettent la réalisation de six des huit objectifs du Millénaire pour le développement – faire reculer la pauvreté, réduire la mortalité des enfants, élargir l'accès à l'éducation, promouvoir l'égalité des sexes, améliorer la santé maternelle et combattre les grandes maladies infectieuses.

Depuis que l'agent étiologique du SIDA a été identifié au début des années 80, le traitement et les soins ont beaucoup évolué, principalement dans les pays à haut revenu. Mais le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a franchi les frontières politiques, économiques et sociales bien plus rapidement que ne l'ont fait l'action de santé publique et la clinique. Récemment encore, seuls quelques privilégiés avaient accès au traitement antirétroviral (TARV) tandis que des millions de personnes étaient privées du droit fondamental de bénéficier des progrès de la science.

Ces dernières années, la communauté internationale a progressivement admis l'idée qu'il fallait combattre le VIH/SIDA de façon globale en conjuguant traitement, soins, prévention et atténuation des effets. Les fonds consacrés à la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays à faible ou moyen revenu ont beaucoup augmenté, inaugurant une nouvelle ère dans la santé publique internationale où, malgré la pauvreté et d'autres difficultés écrasantes, on s'emploie à mettre le traitement, les soins et la prévention à la portée de ceux qui en ont le plus besoin. Conscients des nouvelles possibilités qu'offrait ce surcroît de ressources, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont lancé un défi au système des Nations Unies et à la communauté internationale: avant la fin de 2005, fournir le traitement antirétroviral à trois millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays à faible ou moyen revenu, soit tout juste la moitié de celles qui en ont besoin.

Les efforts conjugués de nombreux pays et de leurs partenaires internationaux ont créé une véritable dynamique pour étendre le traitement et la prévention de l'infection à VIH. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a montré comment, en se fixant une cible, on peut passer de la question de savoir s'il est possible d'administrer le TARV dans les pays qui ont peu de ressources à celle de savoir quand ce sera possible et, désormais, comment procéder pour une efficacité maximum. Comme on va le voir ici, de nombreux pays montrent au reste du monde comment s'y prendre. Aussi bien dans les villages isolés que dans les grandes villes, on met en place des structures pour permettre à des centaines de milliers d'habitants de bénéficier de soins médicaux qui, naguère encore, étaient impensables.

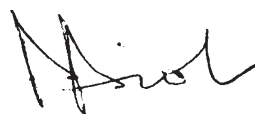
Il est extrêmement important de cerner les obstacles qui freinent actuellement l'extension du traitement et de la prévention du VIH, pour atteindre non seulement les cibles nationales provisoires mais le but ultime qu'est l'accès universel. Le présent rapport d'étape fait donc le point sur les progrès accomplis et met en évidence les principaux obstacles qu'il faut encore surmonter. Le rapport détaillé qui sera publié fin 2005 fournira des informations plus précises et analysera plus en profondeur les progrès réalisés au niveau des pays.

L'expérience nous enseigne que les succès remportés dans la lutte contre le VIH/SIDA demandent des efforts considérables et ne dépendent jamais d'un seul pays, d'une seule organisation ou d'une seule personne.

Nous devons continuer à agir ensemble.



LEE Jong-wook
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé



Peter Piot
Directeur exécutif
Programme commun des Nations Unies
sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)



Résumé d'orientation

Depuis que, fin 2003, l'OMS et l'ONUSIDA ont élaboré une stratégie pour mettre trois millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA sous traitement antirétroviral (TARV) d'ici la fin de 2005 dans les pays à faible ou moyen revenu (cible des « 3 millions d'ici 2005 »), la couverture thérapeutique a plus que doublé dans ces pays, passant de 400 000 à 1 million environ à la fin du mois de juin 2005. Aujourd'hui, 14 de ces pays fournissent le TARV à au moins 50 % de ceux qui en ont besoin, chiffre qui est conforme à la cible des « 3 millions d'ici 2005 ».

La cadence à laquelle s'étend le traitement en Afrique subsaharienne, région la plus touchée par la maladie, est particulièrement encourageante: environ 500 000 personnes bénéficient du traitement, soit trois fois plus qu'il y a 12 mois. Il semble que, d'une manière générale, l'extension du traitement s'accélère: d'abord 150 000, puis 200 000 personnes environ ont été mises sous traitement au cours des deux derniers semestres. La plupart des pays africains indiquent que la demande dépasse leur capacité à fournir le traitement et soulignent qu'ils ont besoin de toute urgence de ressources et d'un appui technique supplémentaires pour continuer sur leur lancée.

D'importants progrès ont aussi été réalisés en Asie, région qui vient en deuxième position pour ce qui est des besoins en traitement: le nombre de personnes sous traitement a presque triplé au cours des 12 derniers mois, passant de 55 000 à 155 000.

En Europe orientale et en Asie centrale, le nombre de personnes sous traitement a presque doublé en l'espace de 12 mois, passant de 11 000 à 20 000. La majorité des pays de cette région visent l'accès universel fin 2005, à l'exception de la Fédération de Russie et de l'Ukraine où les besoins thérapeutiques sont les plus grands.

L'OMS estime qu'en Amérique latine et aux Caraïbes, le nombre total de personnes sous traitement est passé de 275 000 à 290 000 pendant le premier semestre de 2005 dans les pays à faible ou moyen revenu, de sorte qu'environ deux personnes sur trois bénéficient du traitement parmi celles qui en ont besoin dans la région. Dans les pays les plus peuplés de cette zone, dont l'Argentine, le Brésil et le Mexique, la couverture est déjà relativement élevée, mais plusieurs autres pays sont à la traîne. En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, la couverture reste faible (environ 5 %) et le nombre de personnes sous traitement, actuellement estimé à 4000 environ, n'évolue guère.

C'est grâce aux nombreuses initiatives prises aux niveaux local, national, régional et international, surtout par bon nombre de pays les plus durement touchés, que l'extension du traitement du VIH a pris un tel élan. Ces initiatives ont été en partie financées par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), le Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des Etats-Unis d'Amérique, d'autres donateurs bilatéraux, la Banque mondiale, des organisations non gouvernementales internationales (ONG) et le secteur privé, avec l'appui technique des institutions du système des Nations Unies et beaucoup d'autres organisations.

Le nombre estimatif d'un million de personnes actuellement sous traitement est inférieur à l'objectif de 1,6 million prévu pour juin 2005 dans la stratégie OMS/ONUSIDA des « 3 millions d'ici 2005 ». D'après les données et les tendances actuelles, il est peu probable qu'on parvienne à fournir le TARV à trois millions de personnes d'ici la fin de 2005. Mais il y a des raisons d'espérer que les taux de croissance continueront d'augmenter au deuxième semestre de 2005 et au-delà. Même s'ils sont inférieurs à la somme nécessaire, les fonds de toutes provenances déjà versés ou annoncés pour la lutte contre le VIH/SIDA pendant la période de trois ans 2005-2007 s'élèvent à quelque US \$27 milliards. Parallèlement, les nombreux pays qui ont transformé la cible mondiale des « 3 millions d'ici 2005 » en objectifs ambitieux mais réalisables au niveau national affichent une volonté évidente d'aller de l'avant.

Le présent rapport d'étape expose essentiellement les raisons du succès ou de l'échec de l'extension des interventions contre le VIH/SIDA en différents endroits. Il recommande aussi des approches pour surmonter les principaux obstacles et préconise des mécanismes de financement durable et une plus grande harmonisation entre les partenaires techniques et financiers au niveau des pays. Un rapport complet et une analyse par pays de l'action menée pour élargir l'accès et des obstacles rencontrés paraîtront à la fin de 2005.

Progrès et problèmes dans les pays

La cible des «3 millions d'ici 2005» a joué un rôle important dans l'action menée au niveau international pour donner un coup d'accélérateur et élargir l'accès au TARV. Les progrès au niveau des pays sont encourageants. Une expérience précieuse a été acquise et il est devenu évident qu'une aide financière et technique supplémentaire était indispensable pour continuer à avancer.

Les gouvernements de bon nombre de pays les plus touchés ont relevé le défi des «3 millions d'ici 2005». Sur 49 pays visés au total, 40 se sont fixé des objectifs thérapeutiques au niveau national alors qu'on n'en comptait que 4 en décembre 2003. Trente-quatre d'entre eux ont élaboré ou sont en train d'élaborer des plans nationaux d'extension du traitement alors qu'ils n'étaient que 3 à l'avoir fait il y a 18 mois. Beaucoup ont engagé leurs propres ressources et multiplient rapidement le nombre de sites de dépistage du VIH, de traitement et de soins.

Le cas de ces pays confirme qu'il est possible, utile et de plus en plus abordable financièrement de fournir le traitement antirétroviral à grande échelle même dans les endroits les plus pauvres où les conditions s'y prêtent le moins. Il reste difficile cependant d'accroître la couverture au-delà du niveau atteint aujourd'hui et de mettre en place des systèmes durables pour la maintenir. Notamment, il faut encore obtenir un engagement sans faille au plus haut niveau politique et faire prendre conscience de l'urgence de la situation dans plusieurs pays où ces conditions indispensables à une action efficace font le plus cruellement défaut.

Même dans les pays animés d'une forte volonté et qui ont des programmes de traitement, il reste des obstacles à l'extension, notamment des problèmes de viabilité financière, l'insuffisance et le manque de coordination de l'appui technique, l'approvisionnement insuffisant en formes galéniques simples et l'absence de médicaments d'un goût agréable faciles à administrer aux enfants, la faiblesse des systèmes d'achat et d'approvisionnement en médicaments et produits diagnostiques et la nécessité de passer à des modèles qui normalisent et rationalisent la prestation des services de santé, développent durablement les ressources humaines et intègrent la prévention et le traitement du VIH dans les programmes de santé génésique et de lutte contre d'autres maladies aux différents niveaux du système de santé. Dans tous les pays, y compris ceux où l'infection est peu répandue, il reste difficile de développer la prévention.

L'expérience acquise fournit des modèles pour améliorer l'action menée dans chacun de ces domaines fondamentaux, laquelle est en grande partie exposée dans le présent rapport.

D'après les données recueillies à ce jour, l'accès au TARV est relativement équitable pour les hommes et les femmes. Il faut toutefois renforcer les systèmes de contrôle dans toutes les Régions pour s'assurer que le traitement est distribué de manière équitable. Bien que la situation se soit quelque peu améliorée, d'importants obstacles empêchent encore les groupes marginalisés tels que les utilisateurs de drogues intraveineuses et les professionnels du sexe d'accéder au traitement et aux soins.

Donnant pour la première fois une estimation du nombre d'enfants qui ont besoin du TARV, le présent rapport montre à quel point il est urgent de mettre les soins et le traitement plus largement à la disposition des enfants VIH-positifs car, sans traitement, la moitié d'entre eux meurent avant l'âge de deux ans. On estime que 660 000 enfants, vivant pour la plupart en Afrique subsaharienne, ont actuellement besoin du traitement antirétroviral et 4 millions de la prophylaxie de cotrimoxazole.

Alors qu'on craignait au départ que le traitement n'accapare l'attention et les ressources au détriment de la prévention, il apparaît clairement maintenant que l'extension du traitement multiplie en fait les possibilités de faire de la prévention. Des éléments indiquent que la mise à disposition du TARV entraîne une augmentation de la demande de services de dépistage du VIH et de conseil. Les nouvelles formules en matière de dépistage et de conseil, comme de s'adresser aux familles et aux couples, de proposer plus systématiquement le dépistage dans les établissements de santé – ainsi que le recommandent l'OMS et l'ONUSIDA depuis 2004 – et d'assurer ces services à domicile, sont de mieux en mieux acceptées. Quand plus de personnes connaissent leur statut sérologique et ont accès au traitement et aux soins, il devient plus facile de leur donner des conseils et des moyens de prévention, y compris aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, et d'assurer ainsi la continuité des soins. Indépendamment du contexte, il demeure indispensable, à mesure que le dépistage du VIH devient plus accessible, de protéger les droits de ceux qui se soumettent au test.

« 3 millions d'ici 2005 » et au-delà

La cible des « 3 millions d'ici 2005 » a été fixée dans la vague d'engagements et de nouvelles ressources qui a suivi la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en juillet 2001. D'après l'analyse des besoins en ressources effectuée à cette époque, il était possible de mettre trois millions de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à faible ou moyen revenu au plus tard en 2005 si l'action menée en ce sens au niveau mondial était appuyée par une volonté politique sans faille et un surcroît de ressources et si les pays prenaient une série de mesures pour rapidement développer les services et le potentiel des systèmes de santé. La stratégie des « 3 millions d'ici 2005 » a été publiée en décembre 2003 et approuvée par la suite par les 192 Etats Membres de l'OMS.

Le but qu'on s'était fixé en 2001 n'a pas encore été atteint, mais le dynamisme et la volonté dont font preuve de nombreux pays donnent des résultats durables qui permettront de continuer à élargir l'accès au traitement, aux soins et à la prévention. Il reste encore plusieurs obstacles à surmonter. On s'attache plus particulièrement désormais à mieux coordonner les contributions des partenaires techniques et financiers au niveau des pays, grâce notamment à l'équipe spéciale interinstitutions créée par l'ONUSIDA, qui s'efforce d'améliorer la coordination entre les institutions multilatérales et les bailleurs de fonds internationaux et d'obtenir un financement durable pour la lutte contre le VIH/SIDA au niveau mondial. Des mécanismes inédits d'appui technique ont été instaurés et l'harmonisation rapide des mécanismes de financement, de suivi et d'évaluation est devenue une priorité.

Le présent rapport met en évidence certains des grands obstacles à l'extension du traitement antirétroviral et au développement de la prévention du VIH/SIDA. A la lumière de leur analyse des progrès accomplis et des obstacles rencontrés jusqu'ici, l'OMS et l'ONUSIDA font les recommandations suivantes :

Engagement politique

- Les pays doivent s'engager plus résolument au plus haut niveau politique à mener une action d'ensemble contre le VIH/SIDA qui englobe l'extension du TARV. En particulier, les pays visés de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » qui n'ont pas encore de cibles nationales en matière de traitement ni de plans d'extension du TARV devraient en adopter le plus vite possible.

Viabilité financière

- L'ONUSIDA estime qu'un montant d'au moins US \$18 milliards de plus par rapport aux fonds actuellement annoncés est nécessaire pour financer la lutte contre le VIH/SIDA dans le monde ces trois prochaines années, en englobant le traitement, les soins et la prévention. Les donateurs devraient continuer à y consacrer davantage de ressources et convenir avec les pays d'arrangements financiers à long terme qui assurent ceux-ci d'un appui financier durable et prévisible.
- Les pays devraient continuer à consacrer plus de ressources internes à la lutte contre le VIH. Les dix pays visés de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » qui peuvent immédiatement bénéficier de l'allègement de la dette proposé récemment par le G8 devraient rapidement réaffecter les ressources ainsi économisées à la lutte contre le VIH/SIDA.
- Les pays et les donateurs devraient suffisamment financer les programmes de TARV pour que les patients démunis n'aient pas à payer le traitement sur le lieu de prestation.

Ressources humaines et gestion de l'approvisionnement

- Les pays et les partenaires devraient appliquer des schémas thérapeutiques et des protocoles de suivi clinique simplifiés et standardisés qui permettent au plus grand nombre possible de personnes de bénéficier d'un traitement de qualité.
- De nombreux pays manquent de médecins et de personnel infirmier pour administrer le TARV, ce qui les empêche d'élargir l'accès au traitement. Les pays et les partenaires devraient abandonner le modèle de prestation centré sur le médecin pour former davantage d'agents de santé non médecins capables d'administrer le TARV efficacement et en toute sécurité selon des méthodes simplifiées et standardisées.

- Les pays et les partenaires devraient investir dans des systèmes permettant de mieux gérer l'approvisionnement en médicaments, y compris de prévoir les besoins de manière fiable sur chaque site de traitement et de constituer des stocks suffisants en des lieux centraux d'où l'acheminement des médicaments puisse être organisé de façon rationnelle.

Intégration du traitement et de la prévention

- Il faudrait, autant que possible, étendre le traitement en même temps que la prévention afin que le personnel et les services de santé soient en mesure d'assurer un ensemble d'interventions essentielles pour traiter et prévenir l'infection à VIH. Il s'agit notamment d'offrir des services de traitement, de dépistage et de conseil sur un même site et de former le personnel soignant pour qu'il puisse à la fois informer sur le traitement et la prévention et assurer les interventions.

Accès équitable

- Pour garantir un accès équitable au TARV en fonction du sexe, de l'âge, du lieu et d'autres facteurs encore, les pays et les partenaires devraient améliorer leurs systèmes de surveillance de la couverture thérapeutique.
- Pour que les enfants soient plus nombreux à bénéficier du TARV, de nouvelles formes galéniques s'imposent de toute urgence et il faut réduire les coûts. Beaucoup de pays ont besoin d'un plus grand savoir-faire pratique pour administrer le TARV aux enfants.
- Les pays et les partenaires devraient s'employer à concevoir et à appliquer des programmes innovants pour administrer le TARV aux populations difficiles à atteindre, y compris les utilisateurs de drogues intraveineuses et les professionnels du sexe, ainsi qu'aux personnes qui vivent dans des zones de conflit ou d'instabilité sociale.

Coordination de l'appui et de l'évaluation

- Les donateurs et les partenaires devraient mieux coordonner l'appui financier et technique qu'ils apportent aux pays en déterminant les besoins de chaque pays selon une méthode rationnelle puis en instaurant des mécanismes qui leur permettent de mettre plus rapidement leur aide à disposition. Ils devraient par ailleurs mieux coordonner le suivi et l'évaluation des programmes qu'ils soutiennent. Une des instances qui contribuent à une meilleure coordination est l'équipe spéciale interinstitutions créée par l'ONUSIDA, qui a préconisé des mesures audacieuses et novatrices pour répondre à ces besoins.

L'OMS, l'ONUSIDA et d'autres institutions du système des Nations Unies ont entrepris de débloquer des fonds supplémentaires et de recourir à un personnel plus nombreux pour mieux assister techniquement les pays et d'autres partenaires dans chacun des domaines prioritaires indiqués ci-dessus. L'OMS aide en particulier à appliquer des méthodes simplifiées et standardisées de traitement et de prévention, à former le personnel soignant, à garantir un accès équitable au traitement, à développer les services de dépistage et de conseil, à mieux gérer les achats et l'approvisionnement aux niveaux mondial et national, et à mieux mesurer l'accès au TARV et à d'autres prestations essentielles.

La lutte contre le SIDA n'est pas une bataille isolée, elle est au cœur du développement. Il faut envisager l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 » non pas comme une fin en soi, mais comme une étape importante sur la voie qui mène au but collectif de l'accès universel à un ensemble complet d'interventions essentielles pour prévenir et traiter le VIH/SIDA. En définitive, la lutte contre le VIH/SIDA doit aussi être l'un des moteurs de l'action menée au niveau mondial pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Extension du traitement dans le monde

Evolution de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 »

L'action menée en vue d'élargir l'accès au traitement antirétroviral (TARV) dans les pays à faible ou moyen revenu n'a pas commencé et ne finira pas avec l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». En effet, le Brésil fournit des trithérapies antirétrovirales dans le secteur public depuis 1996 et la Thaïlande depuis 2000; l'initiative ONUSIDA Pour un meilleur accès aux médicaments avait déjà expérimenté l'administration du TARV par les services publics dans quatre pays à faible ou moyen revenu à la fin des années 90; Partners in Health a commencé à distribuer le traitement contre le VIH en milieu communautaire en 1998 et Médecins sans Frontières a créé son premier programme thérapeutique au Cameroun en 2001. Plusieurs précurseurs ont ainsi montré qu'il est possible de traiter le VIH/SIDA dans les pays à faible ou moyen revenu. Toutefois, le manque de ressources et d'engagement politique empêchait jusqu'à il y a peu encore d'imiter et d'étendre ces programmes dans le monde.

A la Conférence internationale sur le SIDA qui a eu lieu à Durban en 2000, les militants ont demandé instamment qu'on accorde une plus grande attention aux besoins en traitement de l'infection à VIH dans les pays à faible ou moyen revenu. L'intérêt pour cette cause, l'engagement politique et de nouvelles ressources ont commencé à se matérialiser au moment de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, en juillet 2001. D'après une analyse des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs fixés à la session, il était possible, moyennant un investissement important, de financer une action plus étendue dans le monde contre l'épidémie de VIH/SIDA, y compris des interventions cruciales en matière de prévention, de soins et de soutien, et de mettre environ trois millions de personnes sous traitement antirétroviral au plus tard en 2005.¹ Ce scénario optimal reposait sur l'hypothèse qu'outre les ressources, les conditions indispensables à une action d'une telle ampleur – volonté politique, protocoles thérapeutiques, personnel de santé qualifié et mobilisation communautaire – seraient elles aussi être réunies.

La cible des « 3 millions d'ici 2005 », soit trois millions de personnes sous TARV dans les pays à faible ou moyen revenu d'ici 2005, est ensuite devenue le moteur des efforts déployés au niveau international pour élargir l'accès au traitement grâce à la détermination dont de nombreux partenaires ont fait preuve aux niveaux international, régional et local pour mettre en place les éléments nécessaires. En décembre 2003, l'OMS et l'ONUSIDA ont publié la stratégie « 3 millions d'ici 2005 », dans laquelle ils définissent clairement les moyens qu'ils utiliseront pour contribuer à atteindre la cible: 1) rôle directeur, partenariats et action de sensibilisation; 2) appui urgent et durable aux pays; 3) outils simplifiés et standardisés pour l'administration du TARV; 4) médicaments et produits diagnostiques efficaces et fiables; 5) mécanismes pour tirer rapidement les leçons de l'expérience et appliquer les solutions qui ont fait leurs preuves. La stratégie a par la suite été approuvée par les 192 Etats Membres de l'OMS.

Au cours des 18 derniers mois, quelque 180 organisations partenaires ont collaboré avec l'OMS et l'ONUSIDA dans ces cinq domaines. D'importants outils et directives ont été élaborés pendant cette période, notamment des directives thérapeutiques simplifiées et standardisées, des systèmes de regroupement des patients et des modules de formation du personnel de santé. Les principaux partenaires² sont convenus d'indicateurs communs pour suivre et évaluer les programmes nationaux de traitement antirétroviral. Les pays sont en train de renforcer leurs systèmes d'achat et d'approvisionnement avec le concours des partenaires réunis au sein du Service des médicaments et produits diagnostiques contre le SIDA (AMDS),³ et l'on est en train de mettre en place un réseau mondial de surveillance de la résistance aux antirétroviraux. Mais surtout, la capacité de l'OMS à donner des orientations et fournir rapidement un appui technique au niveau des pays a beaucoup augmenté grâce au recrutement d'agents ou d'équipes chargés de développer la prévention et le traitement dans 34 pays, et les ressources ont été redistribuées en conséquence pour renforcer les bureaux régionaux et les bureaux de pays.

¹ Resource Needs for AIDS, Schwärthlander B. et al, Science, Vol 292, Issue 5526, 2434-2436, 29 June 2001.

² OMS, ONUSIDA, Fonds mondial, US Agency for International Development, Family Health International et Measure Evaluation.

³ Au nombre des partenaires de l'AMDS figurent l'Association pharmaceutique du Commonwealth, Crown Agents, l'Ecumenical Pharmaceutical Network, ESTHER, la Fédération internationale pharmaceutique, le FNUAP, la Fondation Clinton, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'International Dispensary Association, John Snow Incorporated, Management Sciences for Health, l'OMS, l'ONUSIDA, le PNUD et l'UNICEF. Consulter le site <http://www.who.int/3by5/amds/en/> pour plus d'informations sur l'AMDS.

L'action mondiale pour élargir l'accès au traitement

La communauté internationale a largement adhéré à la cible des «3 millions d'ici 2005», et nombre de gouvernements, d'organismes, d'organisations et de particuliers contribuent à l'action mondiale entreprise pour élargir l'accès au TARV et développer la prévention du VIH/SIDA.

L'Allemagne, le Canada, l'Espagne, les Etats-Unis, la France, l'Irlande, l'Italie, le Japon, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et l'Union européenne consacrent un important surcroît de ressources aux initiatives bilatérales et multilatérales contre le VIH/SIDA. Les pays à faible ou moyen revenu accroissent aussi leur budget VIH/SIDA tout en contribuant financièrement à des initiatives multilatérales telles que le Fonds mondial. Le Fonds mondial a maintenant versé plus de US \$3 milliards en faveur de la lutte contre les trois grandes maladies infectieuses dans 128 pays, tandis que la Banque mondiale, dans le cadre de son programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA et de son programme d'accélération du traitement, a alloué plus de US \$1 milliard à des projets VIH/SIDA dans 28 pays et prévoit de financer des projets de même nature dans 10 autres pays. La plus grosse contribution à l'effort mondial est celle des Etats-Unis : ce pays s'est engagé à verser plus de US \$15 milliards sur cinq ans à 15 pays d'Afrique, d'Asie et des Caraïbes, et participe aussi à d'autres programmes par l'intermédiaire du Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des Etats-Unis. L'UNICEF a apporté une contribution décisive à l'approvisionnement des pays en médicaments antirétroviraux.

De nombreuses institutions techniques aident à exploiter ces nouvelles ressources, y compris les dix organismes coparrainants de l'ONUSIDA, qui collaborent actuellement avec les principaux bailleurs de fonds pour mieux coordonner l'appui technique aux activités entreprises au niveau des pays dans le cadre de l'initiative «3 millions d'ici 2005». De nombreuses organisations communautaires, confessionnelles, non gouvernementales et philanthropiques internationales participent à l'extension du traitement et de la prévention par l'action de sensibilisation, l'éducation, la mobilisation de la communauté et la prestation directe de services.

Le nombre estimatif d'un million de personnes actuellement sous traitement est inférieur à l'objectif de 1,6 million prévu pour juin 2005 dans la stratégie OMS/ONUSIDA des «3 millions d'ici 2005». A mesure qu'on recueille des données et que les tendances de l'extension apparaissent plus clairement, il devient évident qu'il sera difficile de fournir le TARV à trois millions de personnes d'ici la fin de 2005. Mais il y a des raisons d'espérer que les taux de croissance continueront d'augmenter au deuxième semestre de 2005 et au-delà. Les ressources des principaux donateurs affluent et les nombreux pays qui se sont fixé des objectifs thérapeutiques ambitieux mais réalisables au niveau national affichent une volonté politique évidente.

Les progrès en chiffres

Alors qu'on recensait environ 400 000 personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à faible ou moyen revenu quand a été lancée la stratégie des «3 millions d'ici 2005» en décembre 2003, l'OMS estime qu'elles étaient au nombre d'un million environ fin juin 2005 (fourchette : 840 000-1 100 000).⁴ A ce jour, 14 de ces pays fournissent le traitement à la moitié ou plus des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui en ont besoin, chiffre qui est conforme à la cible des 3 millions d'ici 2005.⁵

⁴ Les méthodes de collecte des données sont exposées en détail à l'annexe 1.

⁵ Argentine, Barbades, Botswana, Brésil, Chili, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Mexique, Panama, Pologne, Thaïlande, Uruguay, Venezuela.

Tableau 1. Nombre estimé de personnes recevant un TARV, de personnes ayant besoin d'un TARV et pourcentage de couverture dans les pays à revenu faible ou moyen en fonction de la région, juin 2005^a

Région géographique	Nombre estimé de personnes recevant un TARV, juin 2005 (estimation basse-estimation haute) ^b	Nombre estimé de personnes âgées de 0 à 49 ans ayant besoin d'un TARV, 2005 ^c	Couverture du TARV, juin 2005 (%) ^d	Nombre estimé de personnes recevant un TARV, décembre 2004 (estimation basse-estimation haute) ^b
Afrique subsaharienne	500 000 [425 000–575 000]	4 700 000	11%	310 000 [270 000–350 000]
Amérique latine et Caraïbes	290 000 [270 000–310 000]	465 000	62%	275 000 [260 000–290 000]
Asie du Sud, de l'Est et du Sud-Est	155 000 [125 000–185 000]	1 100 000	14%	100 000 [85 000–115 000]
Europe et Asie centrale	20 000 [18 000–22 000]	160 000	13%	15 000 [13 000–17 000]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	4 000 [2 000–6 000]	75 000	5%	4 000 [2 000–6 000]
Total	970 000 [840 000–1 100 000]	6,5 millions	15%	700 000 [630 000–780 000]

Note: Certains chiffres ayant été arrondis, leur somme ne correspond pas à ce qu'elle devrait être.

^a Voir l'annexe 1 pour une explication des méthodes employées.

^b Quelques pays rapportent le nombre d'enfants de moins de 15 ans recevant un TARV et ils ont été inclus dans ce Tableau.

^c Le chiffre indiqué correspond à la moyenne des estimations basses et hautes du nombre de personnes ayant besoin d'un TARV.

^d Les estimations relatives aux besoins sont basées sur les méthodes décrites à l'annexe 1.

^e Il s'agit de la meilleure estimation de la couverture qu'on puisse avoir, obtenue à partir du nombre moyen de personnes recevant un TARV et des besoins estimés en TARV.

La cadence à laquelle s'étend le traitement en Afrique subsaharienne, région la plus touchée par la maladie, est particulièrement encourageante: environ 500 000 personnes bénéficient du traitement, soit trois fois plus qu'il y a 12 mois. Il semble que, d'une manière générale, l'extension du traitement s'accélère: d'abord 150 000, puis 200 000 personnes environ ont été mises sous traitement au cours des deux derniers semestres. La plupart des pays africains indiquent que la demande dépasse la capacité à fournir le traitement et soulignent qu'ils ont besoin de toute urgence de ressources et d'un appui technique supplémentaires pour continuer sur leur lancée.

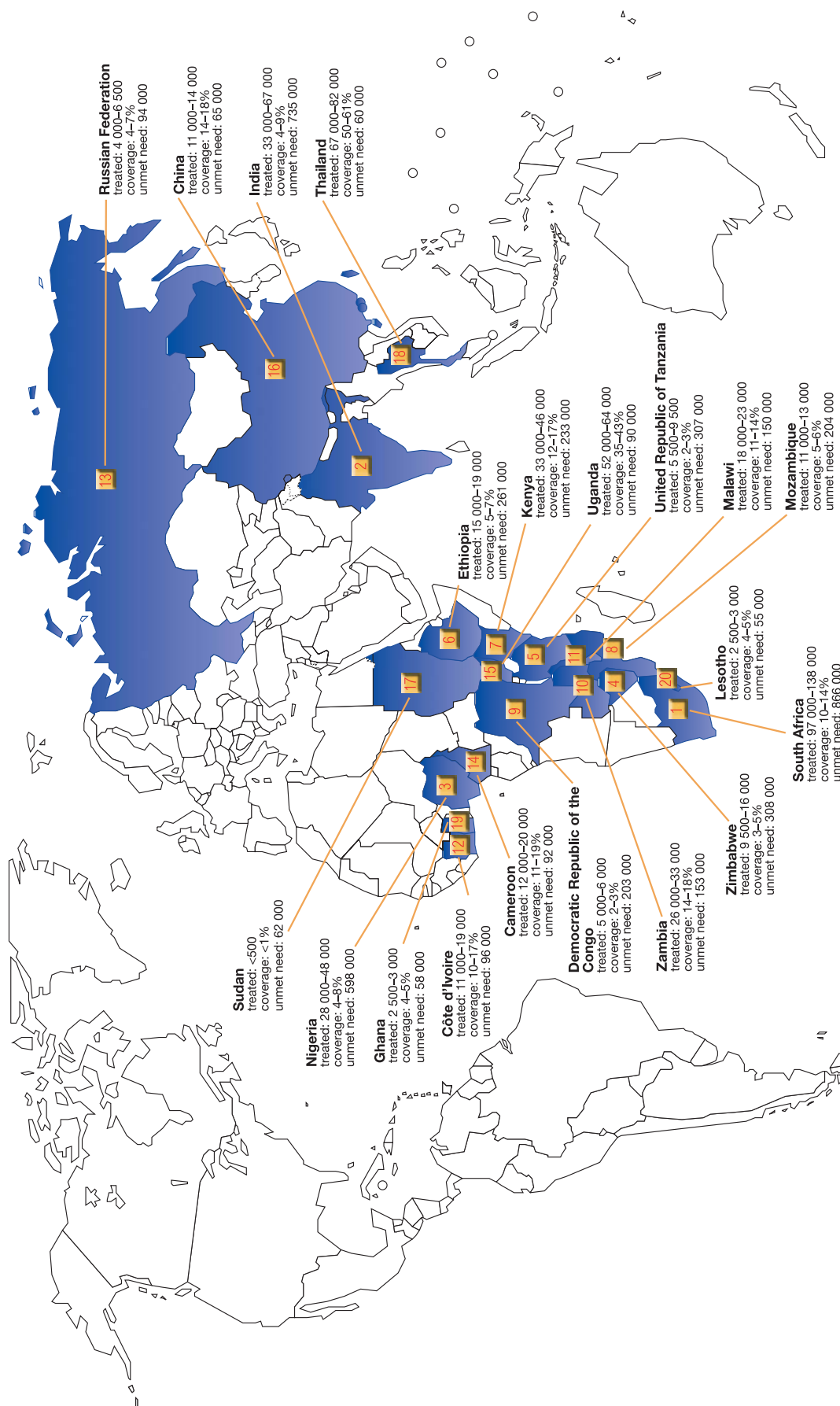
D'importants progrès ont aussi été réalisés en Asie, région qui vient en deuxième position pour ce qui est des besoins en traitement: le nombre de personnes sous traitement a presque triplé entre juin 2004 et juin 2005, passant de 55 000 à 155 000. Au cours des six derniers mois, le nombre de personnes sous traitement (100 000 au départ) s'est accru de plus de 50 % et la couverture globale a atteint 14 % des sujets ayant besoin du traitement.

En Europe orientale et en Asie centrale, le nombre de personnes sous traitement a presque doublé en l'espace de 12 mois, passant de 11 000 à 20 000. La majorité des pays de cette région visent l'accès universel à la fin de 2005, à l'exception de la Fédération de Russie et de l'Ukraine, où les besoins thérapeutiques sont les plus grands.

L'OMS estime qu'en Amérique latine et aux Caraïbes, le nombre total de personnes sous traitement est passé de 275 000 à 290 000 pendant le premier semestre de 2005 dans les pays à faible ou moyen revenu, de sorte qu'environ deux personnes sur trois bénéficient du traitement parmi celles qui en ont besoin dans la région. Dans les pays les plus peuplés de cette zone, dont l'Argentine, le Brésil et le Mexique, la couverture est déjà relativement élevée, mais plusieurs autres pays sont à la traîne. En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, la couverture reste faible (environ 5 %) et le nombre de personnes sous traitement, actuellement estimé à 4000, n'évolue guère.

Les gouvernements de bon nombre de pays les plus touchés ont relevé le défi des « 3 millions d'ici 2005 ». Sur 49 pays visés au total (voir l'annexe 2), 40 se sont fixé des objectifs thérapeutiques au niveau national alors qu'on n'en comptait que 4 en décembre 2003. Trente-quatre d'entre eux ont élaboré ou sont en train d'élaborer des plans nationaux d'extension du traitement alors qu'ils n'étaient que 3 à l'avoir fait en décembre 2003. Beaucoup ont engagé leurs propres ressources et multiplient rapidement le nombre de sites de dépistage du VIH, de traitement et de soins.

Figure 1. Nombre estimé de personnes recevant un TARV et pourcentage de couverture de couverture dans 20 pays ayant les besoins non satisfaits les plus grands, juin 2005^a



^a Les besoins non satisfaits sont exprimés sous la forme du nombre total de personnes âgées de 0 à 49 ans ayant besoin d'un traitement antirétroviral en 2005 moins le nombre estimé de personnes sous traitement en juin 2005.

Vaincre les obstacles au progrès

Aller de l'avant dans les pays les plus touchés

La cible des « 3 millions d'ici 2005 » a été fixée parce qu'il a été jugé possible de fournir le TARV à trois millions de personnes dans les pays à faible ou moyen revenu, soit la moitié seulement des personnes qui en ont besoin dans ces pays. Fin juin 2005, près d'un million de personnes étaient sous traitement; deux millions d'autres doivent encore commencer et continuer le traitement pour que la cible soit atteinte.

On estime que 76 % des personnes qui ont encore besoin du traitement antirétroviral vivent en Afrique subsaharienne et 17 % en Asie. L'OMS estime en outre que 20 pays représentent à eux seuls 85 % de la demande non satisfaite. Ces 20 pays ne sont pas du tout homogènes, ils sont au contraire très différents du point de vue de la taille, de la population, de l'infrastructure et des capacités. Les caractéristiques de l'épidémie qui y sévit et des populations touchées varient elles aussi. Mais les obstacles auxquels ils se heurtent actuellement sont bien souvent semblables à ceux que certains pays ont déjà parvenus à surmonter grâce à la volonté politique dont ils ont fait preuve, à un volume suffisant de ressources et à l'efficacité de l'appui technique que leur ont apporté leurs partenaires. Sont exposés ci-après les efforts faits récemment pour fournir un appui politique, technique et financier plus important aux pays afin de vaincre le plus rapidement possible les derniers obstacles à l'extension.

Engagement politique

Depuis que l'épidémie de VIH/SIDA a pris les proportions d'une crise sanitaire mondiale, on a constaté à maintes reprises que les hautes instances politiques doivent s'engager pour que l'action menée au niveau national soit efficace. Il est impossible de mobiliser les ressources nécessaires pour faire face à l'épidémie, de sensibiliser l'opinion et de combattre la stigmatisation et la discrimination qui empêchent nombre de personnes à risque ou vivant avec le VIH d'accéder aux services si les dirigeants politiques, les responsables et les membres influents de la communauté ne s'engagent pas résolument et ne jouent pas un rôle moteur.

Un certain nombre de pays montrent l'exemple en menant une action d'ensemble qui couvre le traitement, les soins et la prévention. Le Botswana, le Cambodge, le Malawi, l'Ouganda et la Zambie ont montré qu'en se fixant des objectifs ambitieux et en puisant dans les ressources locales, ils avaient réussi à mobiliser les énergies, attirer des ressources extérieures, exploiter les partenariats et mettre rapidement le TARV à disposition dans les services de santé sans avoir besoin d'une infrastructure complexe. Le Président du Burundi et le Premier Ministre éthiopien ont mis sur les rails un plan national de traitement, reconnaissant par là la gravité de l'épidémie qui frappe leur pays et affirmant leur volonté d'y remédier. Le Premier Ministre du Lesotho et les parlementaires zimbabwéens se sont pour leur part publiquement soumis à un test de dépistage du VIH pour encourager leurs concitoyens à faire de même. Les parlementaires brésiliens continuent d'agir pour faire baisser le prix des antirétroviraux dans leur pays. De telles actions, à petite ou grande échelle, resteront indispensables pour mobiliser les pays contre le VIH/SIDA, poursuivre les efforts de prévention, y compris dans les endroits où la prévalence est faible, faciliter l'accès aux services de dépistage et de traitement et en encourager l'utilisation.

Exploiter les ressources nationales

La Zambie connaît une épidémie généralisée qui touche environ 16 % de la population. Cinquante-quatre pour cent des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont des femmes et les pouvoirs publics estiment à quelque 600 000 le nombre d'enfants orphelins à la suite des décès prématurés d'adultes. La gravité de l'épidémie a suscité un fort engagement politique en faveur des programmes de prévention et de soins. A l'origine, le Gouvernement avait l'intention de distribuer le TARV à 10 000 personnes dans les services de santé publics en 2002. Financé à hauteur de US \$3 millions prélevés sur le budget national et appliqué sur deux sites pilotes au départ, le programme thérapeutique zambien a été étendu à 33 districts.

La Zambie a été l'un des premiers pays à demander son appui à l'OMS dans le cadre de l'initiative «3 millions d'ici 2005» et s'est rapidement fixé pour objectif de fournir le traitement à 100 000 personnes avant la fin de 2005. Bien qu'elle ne soit pas encore signée, le Fonds mondial a approuvé une quatrième subvention de US \$26,7 millions sur deux ans. Cinquante pour cent de ce montant seront consacrés à l'achat d'antirétroviraux.

Conformément aux principes de l'initiative «3 millions d'ici 2005», le Président zambien a annoncé en octobre 2004 que la Zambie avait pour politique de fournir les antirétroviraux gratuitement sur le lieu de prestation dans les établissements publics. C'est en grande partie grâce à cette politique que les patients ont pu commencer et continuer le traitement. En mars 2005, les chiffres officiels indiquaient que 22 000 personnes étaient sous TARV, soit en moyenne 1000 personnes de plus par mois depuis décembre. L'OMS estime qu'un nombre compris entre 26 000 et 33 000 personnes sont sous traitement en juin 2005.

Viabilité financière

Les sommes importantes consacrées au VIH/SIDA sur le plan international ces dernières années ouvrent de nouveaux horizons. D'après les toutes dernières estimations des ressources de l'ONUSIDA, l'année 2005 est extrêmement importante sur la voie qui mène aux cibles fixées lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, aux objectifs du Millénaire pour le développement et à un recul de la pauvreté, en particulier en Afrique. Toutes sources confondues, US \$27 milliards au total devraient être annoncés ou versés ces trois prochaines années (2005-2007) pour mener une action globale contre le VIH/SIDA dans les pays à faible ou moyen revenu. Mais cette somme ne suffira pas à couvrir tous les besoins. Les ressources nécessaires pendant cette période étant estimées à US \$45 milliards, le déficit est d'au moins US \$18 milliards. Ce montant englobe le financement du renforcement des capacités à utiliser les fonds de manière efficace et efficiente.

L'une des tendances encourageantes observées ces dernières années est que les pays sont de plus en plus décidés à utiliser leurs propres ressources. C'est ainsi qu'en 2001, les Bahamas se sont engagées à garantir l'accès universel gratuit dans le secteur public à l'aide de leurs propres ressources. Le Botswana a fait de même en 2002. Lorsque la stratégie des «3 millions d'ici 2005» a été adoptée en 2003 à l'occasion de la Journée mondiale du SIDA, la Chine a annoncé que, dans les zones rurales et les zones urbaines défavorisées, elle allait rapidement élargir l'accès au traitement, au dépistage, au conseil et aux médicaments utilisés pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et scolariser gratuitement les orphelins du SIDA. L'Afrique du Sud a débloqué US \$1 milliard pour étendre le TARV dans les trois années qui viennent, et c'est de loin le plus gros budget prévu par un pays à faible ou moyen revenu. La proposition faite récemment par le G8 d'annuler la dette envers le Fonds monétaire international, la Banque mondiale et la Banque africaine de Développement va permettre elle aussi, notamment aux dix pays visés de l'initiative «3 millions d'ici 2005» qui peuvent immédiatement prétendre à un allègement de leur dette, de réallouer des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA.

Cependant, à moyen terme, la plupart des pays fortement touchés ne pourront continuer à fournir le TARV à grande échelle qu'avec une aide extérieure importante. Pour instaurer durablement l'accès universel, il faudra donc des mécanismes qui garantissent un financement permanent de provenance intérieure et extérieure et veiller à ce que ceux qui sont le moins en mesure de payer le traitement y aient accès.

Au niveau des pays, il y a plusieurs moyens d'assurer une plus grande viabilité : stratégies pour rendre le financement plus prévisible, meilleure planification pour que les systèmes financiers et sanitaires puissent assumer l'extension à grande échelle et les coûts permanents, et renforcement de la capacité nationale à estimer les besoins financiers, déterminer l'origine des fonds et l'usage qui en est fait, et utiliser les fonds plus efficacement. L'OMS a entrepris d'augmenter son appui technique dans ces domaines.

Une approche sectorielle pour étendre le TARV

Le Mozambique est gravement touché par une épidémie généralisée de VIH/SIDA qui se caractérise par un taux élevé de contamination dans certaines zones et certains groupes de population. En 2003, le Gouvernement estimait que plus de 1,1 million de Mozambicains vivaient avec le VIH/SIDA, soit environ 12,2 % de la population adulte. L'infection est cependant bien plus répandue chez les adultes dans les provinces du centre du pays, le long des axes de communication et dans la province de Gaza, dans le sud du pays. Si les tendances actuelles se poursuivent, le Gouvernement estime que le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA atteindra 1,8 million en 2007.

Au Mozambique, l'extension du TARV se déroule dans un contexte marqué par la faiblesse des infrastructures sanitaires, conséquence de plusieurs années de guerre civile, et par la participation de toute une série de partenaires internationaux, bilatéraux et non gouvernementaux. Afin de mieux coordonner la lutte contre le VIH/SIDA et pour que son financement cadre avec les priorités nationales, le Gouvernement a décidé de ne plus gérer l'aide internationale projet par projet mais selon une approche sectorielle. Cette stratégie veut que les pouvoirs publics et les partenaires du développement s'entendent sur les questions prioritaires dans le secteur de la santé, mettent en commun leurs ressources pour les consacrer à ces priorités et instaurent un mécanisme commun de suivi des résultats.

De nouvelles méthodes seront nécessaires pour fixer les modalités concrètes des arrangements entre le Gouvernement mozambicain et les partenaires qui financent l'extension du TARV. Le Fonds mondial a récemment conclu un accord avec le Mozambique pour y tester l'approche sectorielle sur des programmes financés par le Fonds mondial. Le programme de la Banque mondiale visant à accélérer la mise à disposition du traitement au Mozambique a également été harmonisé avec l'approche sectorielle. Il sera important de suivre l'application et les résultats de l'approche sectorielle du financement de la lutte anti-SIDA au Mozambique pour déterminer dans quelle mesure elle donne plus d'autonomie et de souplesse au pays pour financer son action.

Accès équitable

Même lorsque le traitement du VIH/SIDA, les soins et le soutien sont assurés, il est à craindre que les femmes ne puissent y accéder dans des conditions équitables en raison d'un contexte culturel où, dans la famille, la santé des hommes passe souvent avant celle des femmes. Parce qu'elles ont moins de pouvoir, ce sont souvent les femmes et les adolescentes qui ont le plus difficilement accès aux soins et qui risquent le plus de contracter le VIH.

Heureusement, les chiffres communiqués par les pays qui ventilent les données par sexe ne révèlent pas de grandes disparités entre hommes et femmes dans l'accès au traitement. Dans la Région européenne de l'OMS, par exemple, l'accès est considéré comme équitable pour les femmes : elles représentent en effet 28 % de tous les cas d'infection enregistrés et 32 % des patients sous traitement antirétroviral. En Afrique subsaharienne, les données confirment l'analyse générale qui avait été faite dans le rapport de situation de décembre 2004. Près de 6 adultes sous traitement sur 10 sont des femmes, proportion équitable puisqu'il y a plus de femmes contaminées que d'hommes.

Toutefois, les systèmes de collecte de données doivent encore être renforcés dans de nombreux pays pour qu'il soit possible de contrôler et d'évaluer les programmes de TARV à l'aide de données ventilées par sexe et par âge et de déterminer qui est desservi et qui ne l'est pas. L'OMS, Equinet et la Southern African Development Community ont conçu un projet commun ces derniers mois pour analyser les obstacles qui empêchent d'assurer un accès équitable aux soins dans la région, trouver des solutions et concevoir des modèles pratiques de contrôle de l'équité et des systèmes de santé.

Au niveau mondial, l'accès aux soins et au traitement n'a guère été élargi aux enfants ; or, sans traitement, 50 % des enfants VIH-positifs meurent avant l'âge de deux ans.⁶ Au Malawi et au Mozambique, par exemple, seulement 5 % et 7 % des patients sous traitement sont des enfants alors qu'un accès équitable exigerait une couverture d'environ 13 %. Une étude menée en Zambie a montré que l'administration du traitement préventif de cotrimoxazole aux enfants VIH-positifs fait baisser la mortalité enregistrée dans ce groupe de pas moins de 43 %.⁷ Il est manifestement indispensable de recourir plus largement à cette intervention salvatrice.⁸

L'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA viennent de publier les premières estimations régionales du nombre d'enfants qui ont besoin du TARV et de cotrimoxazole,⁹ estimations sur lesquelles les pays pourront se baser pour fixer des objectifs thérapeutiques précis pour les enfants. Il apparaît qu'en 2005, 660 000 enfants dans le monde ont besoin du TARV et 4 millions d'une prophylaxie de cotrimoxazole. Un diagnostic précoce de l'infection à VIH pourrait ramener ce chiffre à 2,1 millions, car il éviterait d'avoir à administrer un traitement présomptif à des enfants qui ne sont pas contaminés. C'est en Afrique subsaharienne que les besoins sont les plus grands : 370 000 enfants ont besoin du traitement et 3,5 millions de la prophylaxie.

Certaines avancées techniques récentes aideront à fournir le traitement à un plus grand nombre d'enfants, notamment les nouvelles recommandations techniques qui simplifient la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'enfant, les indicateurs de soins pédiatriques qui devraient permettre aux programmes nationaux de mieux suivre les progrès réalisés et les barèmes de dosage simplifiés, bientôt validés, qui optimiseront l'usage des formes galéniques existantes chez l'enfant.

Il faut veiller bien plus attentivement aussi à ce que tous les éléments des programmes de prévention de la transmission mère-enfant soient en place, et relier ces programmes au traitement et aux soins dispensés aux enfants et à leur mère. Dans le cadre de l'action menée au niveau mondial pour atteindre les cibles fixées à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA et les objectifs du Millénaire pour le développement, il faut faire en sorte que les femmes et les enfants jusqu'à présent négligés par la prévention bénéficient désormais des soins dont eux-mêmes et leur famille ont besoin.

De plus en plus d'éléments prouvent que la facturation du TARV sur le lieu où il est administré empêche dans une large mesure les personnes démunies d'accéder au traitement dans de nombreux pays, peut faire baisser le taux d'observance et dissuader de commencer le traitement. Conscients de l'obstacle que constituent ces frais, plusieurs pays, dont le Sénégal et la Zambie, ont récemment pris des mesures pour fournir gratuitement le traitement sur le lieu de prestation. D'autres, soucieux de la viabilité à long terme des programmes thérapeutiques, hésitent à faire de même. Il est de plus en plus admis au plan international qu'il faut aider les pays à revoir leur politique pour garantir l'accès gratuit au TARV sur le lieu de prestation, ce qui demande des stratégies bien conçues de financement durable dans le secteur de la santé.

Le pari qui consiste à mettre le TARV à la portée des populations les plus vulnérables et les plus marginalisées reste très difficile. L'extension du traitement est particulièrement lente dans de nombreux pays où l'infection à VIH est concentrée chez les utilisateurs de drogues intraveineuses et les professionnels du sexe et dans les zones de conflit, d'instabilité politique et de mouvements de population. Bien que les faits démontrent le contraire, l'idée persiste que les toxicomanes sont incapables de suivre le TARV. L'opinion est également répandue que les professionnels du sexe ne méritent pas le traitement. Il arrive aussi que la continuité du traitement ne soit pas garantie pour les détenus à leur sortie de prison et que les réfugiés et les personnes déplacées ne soient pas admis dans les services de santé locaux.

⁶ Fassinou P., Elogu N., Rouet F., Laguide R., Kouakoussui K. A., Timite M. et al., Highly active antiretroviral therapies among HIV-1-infected children in Abidjan, Côte d'Ivoire, *AIDS* 2004, 18(14): 1905-1913.

⁷ Chintu C., Bhat G. J., Walker A. S., Mulenga V., Sinyinza F., Lishimpi K. et al, Cotrimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): a double-blind randomised placebo-controlled trial, *Lancet* 2004; 364: 1865-71.

⁸ Le cotrimoxazole est un antibiotique très efficace contre la pneumonie à *Pneumocystis carinii*. Chez les enfants VIH-positifs, il protège aussi contre d'autres infections. Le cotrimoxazole garde son importance même lorsque le TARV est plus facilement accessible, car il peut améliorer la survie de l'enfant indépendamment du traitement antirétroviral. Il est actuellement recommandé de l'utiliser avant que l'enfant n'ait besoin du TARV, car il peut retarder le moment où celui-ci devra être mis en route.

⁹ Les prévisions concernant le cotrimoxazole reposent sur deux hypothèses : 1) en l'absence de diagnostic précoce de l'infection à VIH par amplification génique, le cotrimoxazole est indispensable pour tous les enfants de moins de 18 mois dont la mère est VIH-positif et tous les enfants VIH-positifs âgés de 18 mois à 14 ans ; 2) avec un diagnostic précoce de l'infection à VIH, il est possible de limiter l'administration de cotrimoxazole aux seuls enfants VIH-positifs (jusqu'à 14 ans). On a supposé un taux de survie des enfants d'un an de 90 % pour le traitement antirétroviral, de 91 % pour le cotrimoxazole et de 94 % pour le TARV et le cotrimoxazole combinés.

Tous ces cas de figure posent d'importantes difficultés à beaucoup de pays. Les pays à faible ou moyen revenu qui ont les plus grands besoins en TARV sont en majorité ceux où l'épidémie se concentre dans les populations vulnérables, notamment les utilisateurs de drogues intraveineuses (Brésil, Chine, Fédération de Russie, Inde, Thaïlande) et les professionnels du sexe (Cambodge, Inde, Thaïlande), ou qui connaissent une situation d'urgence complexe en raison d'un conflit (Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Soudan). Il faut s'efforcer tout particulièrement d'instaurer des services complets de prévention et de traitement auxquels ces populations aient accès et qui répondent à leurs besoins.

Mesurer les progrès de l'extension

La cartographie de la disponibilité des services, des biens et de l'information nécessaires au traitement et à la prévention en un lieu donné est une méthode utile pour concevoir une action au niveau national qui garantisse un accès équitable.

L'OMS a mis au point un outil dont les pays peuvent se servir pour estimer la capacité des systèmes de santé en mesurant la disponibilité des services dans les pays, y compris au niveau du district et de la communauté. Appelé Service Availability Mapping (SAM), il utilise le logiciel HealthMapper conçu par l'OMS pour simplifier l'utilisation des systèmes d'information géographique dont on se sert en santé publique. Le SAM permet d'établir une carte claire, par district, de la gamme et de la couverture des services de santé existants (y compris les services de TARV et les services de dépistage et de conseil volontaires) ainsi que des personnels de santé, laboratoires et autres infrastructures. En dressant la carte de la prestation des services sanitaires et de la répartition de la population à l'aide du SAM, on peut repérer rapidement les populations mal desservies et difficiles à atteindre.

Dernièrement, l'OMS a prêté assistance à quatre pays fortement touchés souhaitant utiliser cet outil. Dans les mois qui viennent, dix autres pays fortement touchés s'en serviront, le but étant, à plus long terme, d'institutionnaliser la cartographie des services de santé de district, y compris les services de TARV, dans de nombreux pays à faible ou moyen revenu. L'OMS a également entrepris d'élaborer un nouveau module sur la disponibilité des services de prévention de l'infection à VIH en proche collaboration avec certains pays.

Il apparaît maintenant clairement que les cibles sont utiles pour focaliser les efforts et faire prendre conscience de l'urgence de la situation. La cartographie des services peut produire les mêmes effets et aider ainsi à atteindre le but collectif qu'est l'accès universel aux services de prévention et de traitement du VIH.

Intégration de la prévention et du traitement

Le projet d'élargir l'accès au traitement a fait craindre au début que l'attention et les ressources ne se détournent de la prévention. A mesure que le traitement a été étendu, ces craintes ont été dissipées par la constatation que l'accès au traitement offre de nouvelles possibilités et peut-être de nouveaux modèles pour développer la prévention. L'ONUSIDA a récemment dirigé une initiative visant à intensifier l'action de prévention dans le monde et est en train de rédiger un exposé de sa position qui met en lumière ces possibilités.¹⁰ La modélisation épidémiologique effectuée récemment montre aussi que le développement conjugué des soins et de la prévention peut considérablement réduire les besoins en traitement à long terme. Le traitement rend la prévention plus efficace et la prévention rend le traitement plus abordable.¹¹

La plupart des pays reconnaissent désormais que la prévention et le traitement se renforcent mutuellement et qu'il faut les développer ensemble. Toutefois, beaucoup ont du mal à choisir parmi les interventions et les modèles existants. C'est pourquoi l'OMS est en train de concevoir des formules regroupant plusieurs interventions thérapeutiques et préventives essentielles spécialement destinées au secteur de la santé. Cette démarche vise aussi à renforcer et développer les capacités, les services de proximité et la formation pour tirer le meilleur parti possible des ressources humaines.

Outre le traitement et les soins, les différents ensembles d'interventions essentielles comprennent les mesures préventives le plus susceptibles de ralentir la transmission: réduction des risques, prévention à

¹⁰ Intensifying HIV Prevention: UNAIDS Policy Position Paper, June 2005.

¹¹ Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact, J. A. Salomon, D. R. Hogan, J. Stover, K. A. Stanecki, N. Walker, P. D. Ghys and B. Schwartländer, PLoS Medicine, Vol. 1, Issue 2, January 2005.

l'intention des personnes vivant avec le VIH/SIDA, prévention de la transmission mère-enfant, lutte contre les infections sexuellement transmissibles et services spécialement destinés aux personnes les plus exposées. Des efforts multisectoriels restent certes indispensables, mais ces interventions sont cruciales pour intégrer l'action du secteur de la santé et peuvent généralement être étendues pour obtenir une large couverture dans les établissements de santé. L'un des aspects importants de cette démarche consiste à former le personnel soignant pour qu'il assure la prévention en même temps que le traitement et les soins. Mais, vu que même les meilleures interventions ne serviront pas à grand-chose si ceux à qui elles sont destinées n'y ont pas accès, il faut faire des efforts supplémentaires au niveau communautaire pour informer de l'existence des services de santé et inciter à les utiliser.

D'autres possibilités se font jour en matière de prévention. Lors de la consultation OMS/ONUSIDA sur les services de dépistage et de conseil dans la Région africaine organisée fin 2004, les pays ont souligné que l'accès au traitement s'avérait une forte incitation à demander un test de dépistage. D'après une étude réalisée dans un district ougandais, un nombre 27 fois supérieur de personnes ont eu recours aux services de dépistage et de conseil une fois que le traitement a été mis à disposition;¹² il est urgent d'entreprendre d'autres travaux dans ce domaine pour orienter la programmation.

A mesure qu'ils étendent le traitement, de nombreux pays facilitent aussi l'accès aux services de dépistage et de conseil en exploitant les points d'accès des services de santé existants, notamment les services spécialisés dans la tuberculose, la prévention de la transmission mère-enfant et la santé maternelle et infantile. Au Brésil, la fréquentation des services de dépistage et de conseil a augmenté de 369 % entre 2001 et 2003 après la décentralisation du dépistage et une fois que les centres de santé de base eurent commencé à assurer le dépistage et le conseil dans le cadre de leurs prestations ordinaires. De même, le Kenya a enregistré une hausse spectaculaire du nombre de personnes ayant recours aux services de dépistage et de conseil entre 2000 et 2004 après avoir multiplié les sites de dépistage dans les dispensaires et les structures communautaires.

Pour développer rapidement le dépistage, plusieurs approches innovantes peuvent être nécessaires selon le contexte et la population visée. Là où ils sont appliqués, les modèles de dépistage et de conseil s'adressant aux familles et aux couples s'avèrent efficaces. D'après les premiers résultats, les approches dites de proximité qui consistent à proposer le dépistage et le conseil à domicile sont très bien acceptées. Le Botswana, le Burkina Faso, Haïti, le Malawi, l'Ouganda, la République dominicaine, le Rwanda et la Thaïlande proposent désormais plus systématiquement le test de dépistage et le conseil dans tout un ensemble de services cliniques;¹³ le Botswana, le Lesotho, le Zimbabwe et d'autres pays font campagne pour inciter la population à se faire dépister en insistant sur les avantages qu'il y a à connaître son statut sérologique. Les nouvelles technologies sont aussi très importantes pour accroître la demande, comme on le voit au Malawi, où le nombre de candidats au dépistage a doublé depuis qu'il existe des tests rapides. Dans tous les cas, surtout dans les pays où le dépistage est pratiqué à grande échelle, il faut veiller à la qualité des services de conseil et à la protection des droits des personnes qui se soumettent à un test de dépistage.

Le développement du dépistage offre de nouvelles possibilités de mettre les gens en contact avec les services de prévention et de traitement, de leur fournir des préservatifs ou du matériel d'injection stérile et, pour garantir la continuité des soins, d'apporter aux personnes vivant avec le VIH/SIDA l'aide dont elles ont besoin en matière de prévention.

Les utilisateurs de drogues intraveineuses ont des besoins bien particuliers en matière de prévention et de traitement: dépistage et conseil, programmes d'échange des seringues, thérapie de substitution et TARV. S'il devient de plus en plus évident qu'à l'ère du TARV, il est indispensable d'intégrer ces services et de les mettre à la disposition de ce groupe, la volonté politique est encore absente dans une grande partie des pays où ils font cruellement défaut.

¹² Increased demand for VCT services driven introduction of HAART in Masaka district, S. Mpiima, S. Wangalawa, K. Mugisha, D. Namusoke, I. Dambya, B. Onkongo, XV International AIDS Conference, Abstract ThPeE7940.

¹³ Report on Consultative Meeting on HIV Testing and Counselling in the Africa Region, Johannesburg, South Africa, OMS/ONUSIDA, 2005.

Intégration du TARV et des programmes de traitement des toxicomanies

En Indonésie, l'épidémie d'infection à VIH progresse rapidement depuis cinq ans parmi les utilisateurs de drogues intraveineuses. La prévalence du VIH dans ce groupe atteint 53 % à Bali et 48 % à Jakarta. On estime que, fin 2003, 110 000 personnes au total vivaient avec le VIH/SIDA.

Le Gouvernement s'est engagé à étendre les programmes de prévention et de traitement. Il s'est fixé pour objectif de mettre 10 000 personnes sous traitement avant la fin de 2005. Fin 2004, un nombre estimatif de 11 500 personnes avaient besoin du TARV. En juillet 2004, le Président s'est engagé à subventionner le TARV pour tous les patients qui en ont besoin, les gouvernements des provinces apportant un appui supplémentaire. Cette annonce a été suivie en octobre 2004 d'une licence de fabrication obligatoire de deux antirétroviraux. Vu l'étendue du pays, 25 sites spécialisés ont été désignés dans 13 provinces, l'accent étant plus particulièrement mis sur les 6 provinces les plus touchées. Ces hôpitaux servent aussi de centres de référence et de conseil aux hôpitaux satellites de la même province qui soignent des malades du SIDA.

L'épidémie de VIH a eu une grande influence sur la décision du Gouvernement de créer des programmes pilotes de distribution de méthadone à Jakarta et à Bali, y compris dans les prisons. Afin de garantir un accès équitable au TARV à tous ceux qui en ont besoin, les services ont été implantés à proximité des services de traitement des toxicomanies, notamment d'administration continue de méthadone. Les premiers résultats des services qui prennent en charge à la fois l'infection à VIH et les toxicomanies et fournissent le TARV aux patients sous méthadone sont positifs : le taux d'observance du TARV est élevé et l'état de santé des patients s'améliore nettement.

Dans le cadre de son plan d'extension, le Ministère de la Santé s'apprête déjà à développer les services de soins, de soutien et de traitement dans une cinquantaine d'hôpitaux supplémentaires. Parallèlement, il prévoit une action en plusieurs volets : traitement de substitution (méthadone) sur dix autres sites dans les provinces et dans certains hôpitaux en 2005 ; formation du personnel soignant pour qu'il puisse assurer plusieurs types de soins et de traitement à la fois, par exemple le TARV et le traitement de substitution ; extension du TARV, des soins, du soutien et du suivi assurés jusqu'à présent par les grands hôpitaux aux hôpitaux de district et aux centres de soins de santé primaires au cours des deux prochaines années. Des ressources ont été obtenues auprès du Fonds Mondial (US \$65 millions) et du « Indonesian Partnership Fund » auquel le Department for International Development du Royaume-Uni a alloué £25 millions (US \$46 millions) pour intensifier les programmes de prévention du VIH/SIDA, de soins, de soutien et de traitement.

L'Indonésie étant constituée de milliers d'îles, une des grosses difficultés sera d'accroître la couverture des services destinés aux toxicomanes et de renforcer les partenariats entre les services de traitement et les organisations communautaires, y compris les services de réduction des méfaits, afin de créer des réseaux efficaces d'orientation vers les centres spécialisés et d'apporter aux toxicomanes un soutien communautaire qui les aide à observer le traitement et facilite la prise en charge de leur dépendance.

Développement des ressources humaines

Dans les pays à faible ou moyen revenu, des difficultés bien particulières dans le domaine des ressources humaines compromettent gravement l'efficacité de la lutte contre le VIH/SIDA. La capacité limitée du système éducatif entraîne une pénurie générale de personnels de santé qualifiés. De plus, la perte d'infirmières et de médecins qualifiés partis travailler dans le secteur privé, dans les villes ou dans les pays développés, ou eux-mêmes victimes de l'épidémie, prive le secteur public du personnel indispensable pour administrer le TARV. Le personnel de santé est largement concentré dans quelques grandes zones urbaines, ce qui limite la couverture et complique l'intégration du traitement et de la prévention.

Pour pouvoir assurer les services selon une approche standardisée et intégrée, il faut notamment faire un meilleur usage des ressources humaines existantes. La simplification des schémas thérapeutiques et du suivi clinique permet de passer d'un modèle reposant essentiellement sur le médecin à une équipe élargie

qui comprend du personnel infirmier, du personnel soignant et des personnes vivant avec le VIH/SIDA formées pour assurer des services de proximité et apporter un soutien thérapeutique. Avec une équipe soignante conçue sur ce modèle, les tâches – administration du traitement, prise en charge clinique et orientation-recours – sont mieux réparties entre les services de santé et les structures communautaires. Pour développer rapidement les programmes et desservir les millions de personnes qui ont besoin du traitement, il faut de toute urgence orienter la gestion des ressources humaines dans ce sens.

En collaboration avec de nombreux partenaires, l'OMS aide actuellement à appliquer un modèle de formation et de prestation de services qui facilite ce changement dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA. Testée en Afrique du Sud et en Ouganda, cette approche en est à différents stades d'adaptation et de mise en oeuvre au Burkina Faso, au Cambodge, en Chine, en Erythrée, en Ethiopie, en Inde, au Lesotho, au Mozambique, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Sénégal, au Soudan, au Swaziland, en Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe. Le but est qu'elle soit appliquée dans 30 pays d'ici la fin de 2005.

Prestation intégrée des services et modèle de formation pour l'extension du TARV

La formation du personnel soignant à l'administration du TARV est une tâche cruciale qui demande des efforts intenses pour le moment. Les modules de formation conçus par l'OMS et de nombreux partenaires (dont Family Health International, l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers, l'Organisation ougandaise d'entraide pour le SIDA et l'International Training and Education Center on HIV) se composent de directives simplifiées, de matériels didactiques et d'aides à l'information du patient sur les soins, le conseil, le suivi du patient et la coordination des services de TARV au niveau du district. Conformément aux recommandations de l'OMS au sujet du TARV, ils reposent sur une approche par syndrome et ne nécessitent qu'un nombre restreint de tests en laboratoire. Courte et efficace, cette formation permet aux agents de santé d'acquérir les compétences et le savoir indispensables pour administrer le TARV et exercer les fonctions que supposent l'extension du TARV et les soins aux malades chroniques en général. Les outils didactiques peuvent être facilement adaptés à différents contextes; on est en train d'y ajouter par exemple des modules sur le traitement et les soins destinés aux utilisateurs de drogues intraveineuses.

Aux outils didactiques s'ajoute, à l'intention des pays à faible ou moyen revenu, un modèle de prestation des services de santé qui repose sur une approche des soins de santé primaires valable pour les établissements de premier niveau et les hôpitaux de district. Le modèle est conçu pour contribuer directement à renforcer les systèmes de santé en regroupant la prise en charge, la prévention et le suivi du malade d'une façon gérable par le personnel soignant, l'établissement et l'administrateur de district. Il associe la prise en charge de la tuberculose et du VIH et pallie le manque de personnel en confiant des tâches comme le soutien thérapeutique, l'évaluation des besoins en traitement et le suivi de base à des agents communautaires formés à cette fin. Il incite et aide en outre à faire appel aux personnes vivant avec le VIH/SIDA à la fois en tant que patients-experts dans le cadre de la formation et que membres de l'équipe soignante, l'intérêt de cette redistribution des tâches étant de plus en plus solidement établi.

Outre de nouveaux outils de prestation de services et de formation, les pays ont besoin de l'appui technique de différentes institutions pour remédier au problème des ressources humaines. Avec le concours de l'OMS, un certain nombre d'entre eux ont pris des initiatives d'avant-garde pour mieux gérer les ressources humaines et estimer les besoins en personnel dans le secteur de la santé. Le Botswana, le Burundi, l'Ethiopie, la Guinée, le Malawi, le Mozambique, le Myanmar, le Nigéria, le Swaziland et la Tanzanie ont tous dressé des plans détaillés de développement des ressources humaines pour la santé. Le Burkina Faso et l'Ouganda sont en train de faire de même dans le cadre de leur cinquième série de demandes de financement au Fonds mondial. Les centres de diffusion du savoir déjà créés en Europe orientale et qui sont en train de l'être en Afrique aident à coordonner le renforcement des capacités, la formation et l'assistance technique aux niveaux régional et infrarégional.

Il est évident que des mesures exceptionnelles s'imposent sur de nombreux fronts pour remédier au manque de ressources humaines dans les pays à faible ou moyen revenu, notamment des dispositions urgentes pour parer aux conséquences des cadres de développement macroéconomique sur l'emploi dans le secteur public.

Une initiative mondiale pour soutenir l'action locale

Il est indispensable de préparer les communautés au traitement pour que les gens demandent à faire un test de dépistage, reçoivent l'information et le soutien dont ils ont besoin pour observer le traitement médicamenteux à long terme et mettent leur expérience et leurs compétences au service du programme d'extension du traitement. L'action communautaire ayant été très insuffisamment financée jusqu'à présent, plus de 19 organisations ont décidé de contribuer financièrement au fonds collectif de préparation au traitement du VIH, partenariat unique entre la Fondation Tides et la Coalition internationale pour la préparation au traitement. Le fonds soutient le traitement, l'action de sensibilisation et l'éducation en Afrique, en Asie, en Amérique latine, aux Caraïbes, en Europe orientale et en Asie centrale en octroyant de petites subventions, en renforçant les réseaux régionaux qui militent pour le traitement et en offrant une assistance technique aux organisations qui plaident en faveur du traitement, informent à ce sujet et évaluent les programmes. Les groupes d'examen communautaire, composés de personnes qui militent pour le traitement, de formateurs et de personnes vivant avec le VIH/SIDA, décident de toutes les priorités en matière de financement et de l'utilisation des fonds.

Les premières subventions du fonds collectif ont été versées à l'ex-Union soviétique en 2003. La planification et l'action préalables au traitement sont maintenant en cours dans huit régions de financement et, d'ici la fin de 2005, chacune d'entre elles devrait distribuer entre US \$150 000 et US \$200 000 en subventions à des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA et à d'autres ONG pour la préparation au traitement. Le fonds est en train de créer une neuvième région de financement en Chine et de mettre au point un processus de financement de la préparation au traitement qui visera les femmes et les familles d'Afrique subsaharienne.

En janvier 2005, l'OMS a versé au fonds collectif une somme de US \$500 000 en plus de sa contribution initiale de US \$1 million dans le cadre de son programme de préparation au traitement et débloqué US \$250 000 supplémentaires pour le suivi et l'évaluation.

Renforcement des systèmes d'achat et de gestion des approvisionnements

De nombreux pays connaissent encore de gros problèmes de fixation des prix des médicaments, d'achat et de gestion de l'approvisionnement. Ils ont notamment besoin de médicaments moins chers, en particulier d'antirétroviraux à usage pédiatrique et de deuxième intention, d'un plus grand soutien pour développer leurs moyens d'achat et leur potentiel de gestion de l'approvisionnement interne, et d'un accès plus large aux nouveaux médicaments, auquel la souplesse des ADPIC peut contribuer. Des mesures sont actuellement prises pour résoudre les nombreux problèmes techniques que pose le choix des traitements de deuxième intention pour les adultes et les enfants. On investit davantage aussi dans le processus de présélection de l'OMS, qui est en train d'être étendu au matériel de laboratoire et aux produits diagnostiques. Parallèlement, à mesure qu'ils acquièrent une plus grande expérience en matière d'accès au traitement, nombre de pays ne se contentent plus de décider des achats, mais tiennent compte des enjeux à plus long terme de la gestion des approvisionnements. C'est tout particulièrement le cas dans les pays d'Afrique subsaharienne, où l'extension des traitements implique nécessairement la décentralisation des lieux de traitement. Les pays estiment qu'il est important non seulement de renforcer la planification nationale, les prévisions de la demande, la budgétisation et l'assurance de la qualité des achats d'ARV en vrac, mais aussi de développer les compétences aux échelons moins élevés du système de santé pour des activités telles que le stockage et la gestion des stocks, la notification et la quantification, et pour garantir la sécurité des produits.

L'accès accru aux ARV entraîne une augmentation de la demande d'autres produits liés au traitement de l'infection à VIH, notamment de médicaments servant au traitement des infections opportunistes, d'antibiotiques, de médicaments à usage topique ou servant aux soins palliatifs, de tests et de réactifs pour le diagnostic et la surveillance au laboratoire, de gants, de matériel d'injection et de préservatifs. La nécessité d'éviter une « filière verticale » et d'intégrer les ARV dans la chaîne classique d'approvisionnement en médicaments essentiels et en produits de santé devient par conséquent de plus en plus manifeste.

Le Service des Médicaments et Produits diagnostiques concernant le SIDA (AMDS) – mis en place sous la forme d'un partenariat mondial d'organismes techniques et de centrales d'achats afin d'appuyer la mise en oeuvre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » – met l'accent sur l'élaboration et l'application de systèmes d'information sur la gestion des approvisionnements de district et de premier niveau, et de nombreux partenaires internationaux et

nationaux offrent au personnel des établissements une formation à la gestion des approvisionnements. Celle-ci accompagne les efforts visant à développer les compétences en matière de surveillance des malades, l'objectif à long terme étant d'élaborer des systèmes intégrés d'information pour la gestion sanitaire qui fournissent également des données sur la logistique et l'approvisionnement en médicaments. Les partenaires de l'AMDS ont également organisé des ateliers pour aider les pays qui reçoivent des ressources du Fonds mondial à élaborer des plans pour l'achat et la gestion des approvisionnements, y compris des stratégies de réduction des prix des ARV.

Des inquiétudes ont été récemment exprimées concernant la capacité des fabricants à répondre à la demande mondiale croissante de traitement, soulignant la nécessité de disposer de meilleures estimations de la demande et d'un développement à plus long terme des unités de production.

Faire face aux insuffisances dans la gestion des approvisionnements

Le Malawi a accompli d'importants progrès pour étendre l'accès au TARV. Depuis janvier 2003, la couverture est passée de 1200 patients dans 3 établissements à plus de 17 500 dans 34 établissements (mars 2005). Une mission technique de l'OMS et un rapport documentant la façon dont le Malawi a pu obtenir des subventions du Fonds mondial ont permis de débloquer une rallonge de US \$14 millions en mai-juin 2005 afin d'assurer la couverture des 25 sites restants retenus pour le TARV. Mais avec un nombre estimé de 170 000 personnes VIH-positives ayant besoin d'un TARV et de plus de 84 000 décès par an, il reste d'importants besoins en traitement qui ne sont pas satisfaits dans ce pays.

En envisageant l'extension du traitement, les pouvoirs publics du Malawi savaient que des schémas simplifiés et normalisés de traitement par les ARV devaient être immédiatement distribués par un mécanisme allant au-devant des malades, en l'absence de systèmes bien développés pour les faire venir, qui auraient permis de gérer un choix plus complexe de médicaments à l'échelon des établissements. Les pouvoirs publics ont rapidement fait face à la situation d'urgence en s'alliant à l'UNICEF pour la distribution des kits d'ARV. Ces kits d'ARV préemballés, rangés en deux catégories selon qu'il s'agissait de mettre en route ou de poursuivre le traitement, visaient à fournir une triple association en doses fixes de d4T, de 3TC et de névirapine, y compris l'administration au début de doses de névirapine pendant 15 jours. Ceux servant à la poursuite du traitement fournissent un mois d'approvisionnement en ARV. Les établissements de santé ont été rangés en plusieurs catégories en fonction de données épidémiologiques et de considérations ayant trait aux infrastructures : charge de morbidité élevée, moyenne ou faible. Cela a permis de déterminer exactement le nombre de patients qui pouvaient être mis sous traitement chaque mois (charge élevée = 150 par mois, moyenne = 50 par mois, faible = 25 par mois).

Tandis que le système allant au-devant des malades a jusqu'à maintenant fonctionné raisonnablement bien et que les pénuries d'ARV ont pu être en grande partie évitées, des problèmes se sont posés dans le cas des médicaments servant à traiter les maladies associées au VIH/SIDA (en particulier les infections opportunistes). Ces médicaments sont utilisés dans des sites plus périphériques qui dépendent entièrement du système de distribution et des systèmes de surveillance des magasins centraux de fournitures médicales, qui sont soit inexistantes soit beaucoup trop faibles pour permettre une distribution des médicaments sur la base des besoins recensés à l'aide des données de la consommation antérieure.

Au Malawi, on explore actuellement les possibilités qui s'offrent de renforcer la capacité générale d'achat des ARV et des produits diagnostiques dans les magasins centraux et dans l'Unité de soutien aux services techniques du Ministère de la Santé.

Des visites de surveillance trimestrielle récemment organisées aident à recenser les disparités observées dans les stocks de médicaments d'un endroit à l'autre. La constitution d'un approvisionnement « tampon » d'ARV permettant de couvrir d'éventuelles brèves ruptures de stock constitue actuellement une priorité importante, tout comme le fait de mettre en place des mécanismes et protocoles interdispensaires de réponse rapide aux besoins urgents de stocks.

Venir à bout des problèmes d'infrastructure sanitaire et améliorer cette dernière

Le SIDA a mis en lumière la faiblesse des systèmes de santé de nombreux pays. Chaque élément d'une réponse adaptée du secteur de la santé à l'épidémie de VIH/SIDA – systèmes d'orientation-recours, ressources humaines, capacité de laboratoire, achat et approvisionnement en médicaments, couverture des services, liens avec le secteur communautaire – est menacé par des institutions faibles et dont le financement est insuffisant à l'échelle nationale, districale et locale. Un défi majeur à relever pour étendre le traitement du VIH/SIDA consiste non seulement à déterminer comment on pourra venir à bout des principales insuffisances du système de santé à court terme, mais aussi à veiller à ce que le développement rapide des programmes de lutte contre le VIH/SIDA ne détourne pas les efforts et les ressources d'autres priorités de la santé.

Par ailleurs, les interventions contre le SIDA offrent une occasion à ne pas manquer de renforcer les systèmes de santé et la prestation de services pour d'autres maladies chroniques. Les systèmes d'achat des ARV, par exemple, peuvent être conçus de manière à renforcer d'autres systèmes d'approvisionnement en médicaments essentiels, tandis que la formation des agents de santé à la fourniture d'un TARV peut aider à améliorer la capacité en ressources humaines en général. Les nouvelles ressources destinées au VIH/SIDA ont souligné la nécessité de renforcer la gestion financière générale du secteur de la santé, ainsi que les systèmes de surveillance et d'évaluation du traitement (notamment des données telles que le nombre de personnes traitées, leur sexe et autres facteurs démographiques, les taux de survie et les coûts en médicaments dans le temps).

L'amélioration de la prestation de services dépend non seulement de la disponibilité en ressources essentielles, mais aussi de la façon dont ces ressources et services sont gérés. Les nouveaux outils de formation visant à aider les responsables de district à mettre en oeuvre les programmes de TARV ainsi qu'un nouveau site Web de l'OMS destiné aux responsables de la santé¹⁴ servent tous deux à améliorer la capacité gestionnaire dans le secteur de la santé.

L'harmonisation des programmes de lutte contre la maladie est indispensable si l'on veut que les systèmes de santé fonctionnent de façon optimale dans des endroits disposant de peu de ressources. Les efforts visant à promouvoir la collaboration entre les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et leur intégration au niveau de la prestation de services progressent à grands pas dans plusieurs pays où ces trois maladies sévissent. Il a fallu pour cela faire face aux difficultés communes auxquelles ont été confrontés les programmes de lutte contre ces trois maladies, tels un faible dépistage des cas, des problèmes d'observance des traitements et des difficultés pour mobiliser les communautés. Tout récemment, un projet de plan d'activités a vu le jour afin d'accélérer les efforts visant à concentrer l'attention mondiale sur les effets dévastateurs de la tuberculose et du VIH/SIDA en Afrique. Ce plan recommande entre autres choses le renforcement de la participation communautaire aux soins aux malades atteints de tuberculose et d'infection à VIH, un engagement renforcé des ONG et du secteur privé dans les activités concertées TB/VIH et une meilleure coordination par les organismes techniques de leur soutien aux pays.

A ce jour, les dispensateurs et centres de soins qui n'appartiennent pas au secteur public ont été importants pour mettre le TARV à la disposition des gens. Il s'agit des ONG, des soins de santé prodigués par des entreprises internationales et nationales, des organisations confessionnelles, des médecins et pharmacies privés et autres intervenants extérieurs à la santé publique. Si l'on s'attend à une évolution concernant les endroits où les malades vont rechercher des soins, en particulier du fait que les établissements publics offrent des TARV gratuits ou subventionnés, l'engagement de ces acteurs « non publics » continuera à être important dans un certain nombre de contextes nationaux. Les données relatives aux malades traités dans ce secteur ne sont souvent pas rapportées aux autorités publiques. A cet égard, il est de plus en plus important d'élaborer de nouvelles modalités permettant de relier les secteurs public et non public pour promouvoir les systèmes d'orientation-recours, le partage des données, et maintenir la qualité des soins pour l'ensemble de la population. La solution originale adoptée par le Malawi, qui subventionne en grande partie le TARV dispensé par des prestataires « non publics » qui participent au suivi national et à l'assurance de la qualité, peut servir de modèle.

¹⁴ www.who.int/management

Recherche opérationnelle pour améliorer les stratégies d'extension

Des données parcellaires ne doivent pas freiner les efforts visant à combler les écarts observés au niveau du traitement et de la prévention, d'où la notion d'« apprentissage par la pratique » indissociable de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». L'OMS et le Programme spécial OMS/PNUD/Banque mondiale de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) travaillent avec cinq des pays ciblés par l'initiative – le Burkina Faso, le Malawi, l'Ouganda, la Tanzanie et la Zambie – pour essayer de venir à bout des difficultés rencontrées depuis longtemps pour relier la recherche opérationnelle aux politiques et fournir rapidement des éléments pour étendre et améliorer les programmes.

Suite à la détermination des priorités de la recherche opérationnelle, une large consultation a eu lieu avec les parties prenantes dans chaque pays afin d'élaborer un programme de recherche opérationnelle national. La plupart des projets comportent deux phases : une analyse de la situation sera effectuée dans un premier temps pour déterminer les obstacles à l'extension du traitement et, dans un deuxième temps, les stratégies pour lever ces obstacles seront testées et évaluées.

- Le Burkina Faso a élaboré un projet de recherche active sur les méthodes de traitement et les pratiques de soins, dans le but d'améliorer la coordination entre les ONG et les établissements de soins publics offrant un traitement, des soins et un soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- L'objectif du Malawi est d'améliorer l'utilisation du dépistage et du conseil volontaires et du traitement par les professionnels de la santé dans un pays où le manque de ressources humaines met un frein à l'extension des traitements.
- L'effort de recherche opérationnelle de la Tanzanie sera axé sur l'observance du TARV et aura pour objectif d'élaborer un instrument national servant à évaluer systématiquement l'observance du traitement et ses déterminants.
- L'Ouganda va étudier l'observance et les mesures d'appui à la prévention selon les diverses modalités de fourniture du traitement coexistant dans le pays, dans l'intention de recenser et de généraliser les bonnes pratiques.
- La Zambie cherchera à déterminer quelles sont les entraves à l'utilisation du TARV dans les dispensaires de soins aux tuberculeux et de soins prénatals de façon à en faciliter l'accès dans ce cadre.

L'expérience engrangée dans ces cinq pays permettra de tirer des enseignements sur l'intégration de la recherche opérationnelle dans les systèmes de santé qui pourront intéresser d'autres pays, des grands donateurs et des organismes techniques.

Coordination des partenariats techniques

L'augmentation des ressources et les besoins en soutien technique ont fait qu'un grand nombre d'organisations participent désormais aux efforts d'extension du traitement dans les pays. En Tanzanie, par exemple, les principaux partenaires techniques et financiers qui apportent leur aide au développement du TARV sont l'OMS, l'ONUSIDA, le Programme multipays de lutte contre le SIDA de la Banque mondiale, le Fonds mondial, les divers partenaires du Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des Etats-Unis, la Fondation Clinton, Family Health International, la Commission européenne et les Gouvernements de l'Allemagne, du Canada, du Danemark, de la Norvège, du Royaume-Uni et de la Suède. Dans l'ensemble, davantage de parties prenantes participent à l'élaboration des programmes et à la fourniture de services à l'échelle mondiale et dans les pays, y compris des groupes de la société civile, des organisations confessionnelles et le secteur privé.

Si des partenariats efficaces dirigent l'extension rapide des programmes de TARV dans les pays, ils soulèvent également l'éternel problème d'une coordination efficace. Harmoniser les efforts des donateurs extérieurs, des consultants et des organismes internationaux est un objectif central de l'approche gouvernée par les « trois principes »¹⁵. Depuis qu'ont été énoncés ces « trois principes », le soutien politique à l'approche s'est considérablement renforcé, tout récemment encore avec l'adhésion à ces « trois principes » de 45 chefs d'Etat de l'Union africaine en janvier 2005.

¹⁵ Les « trois principes » font référence à : un cadre d'action approuvé pour le VIH/SIDA qui sert de base à la coordination du travail de tous les partenaires ; une autorité nationale de coordination SIDA ayant un mandat diversifié et multisectoriel ; et un système de surveillance et d'évaluation national approuvé.

Malgré l'engagement pris de mettre en oeuvre les « trois principes », la responsabilité de l'extension des efforts reste dans de nombreux pays fragmentée entre les organes fixant des politiques – telles les commissions nationales sur le SIDA – et ceux qui les mettent en oeuvre, telles les autorités de santé nationales et régionales. Lorsqu'il existe des organismes de coordination de la lutte contre le SIDA, ils n'ont souvent pas l'autorité nécessaire pour prendre des décisions sur l'allocation des ressources dans les grands programmes de lutte contre le SIDA. La consolidation de la surveillance et de l'évaluation à l'échelle des pays reste également problématique, les donateurs continuant à imposer leurs exigences de notification multiple.

Pour améliorer la coordination et promouvoir des partenariats efficaces dans les pays, l'ONUSIDA coordonne une équipe spéciale interinstitutions chargée d'élaborer des cibles et indicateurs mesurables et limités dans le temps pour promouvoir l'application des « trois principes » dans un certain nombre de pays au cours des 18 mois à venir.

Un soutien technique coordonné constitue un déterminant essentiel de la capacité des pays à obtenir un financement du Fonds mondial. Une analyse récente des propositions adressées au Fonds mondial effectuée par l'ONUSIDA/OMS a révélé que le taux d'acceptation des propositions qui recevaient un soutien technique de l'OMS ou de l'ONUSIDA après avoir été refusées une première fois était plus élevé de 60 % par rapport à celles qui n'avaient reçu aucun soutien. Plus révélateur encore, trois propositions sur quatre dans lesquelles les deux institutions avaient coordonné l'aide technique ont été acceptées – soit plus de 50 % de plus que lorsque chacune agissait séparément.

Une des tendances les plus encourageantes de ces quelques dernières années a été l'émergence de collaborations techniques entre les pays à faible ou moyen revenu. Le réseau technologique sur le VIH/SIDA, initiative conjointe du Brésil, de la Chine, de la Fédération de Russie, du Nigéria et de l'Ukraine pour coopérer à la recherche, au développement et à la production de médicaments contre le VIH, de produits diagnostiques et autres articles est un bon exemple d'une telle collaboration « Sud-Sud ». L'ONUSIDA conduit une opération visant à mettre en place des « établissements régionaux de soutien technique » qui aideront à renforcer et à mieux coordonner la fourniture de l'appui technique en s'appuyant sur les synergies régionales.

Conclusions et recommandations

L'accès au traitement s'est considérablement élargi au cours des 18 derniers mois, et le nombre de personnes sous traitement a augmenté de plus en plus vite pendant le premier semestre de 2005 dans les régions de l'Afrique et de l'Asie, où vivent près de neuf personnes sur dix qui ne bénéficient pas du traitement. Malgré cet effort, il est peu probable qu'on atteigne d'ici la fin de 2005 la cible de trois millions de personnes sous traitement dans les pays à faible ou moyen revenu.

Le présent rapport a mis en évidence certains des grands obstacles à l'extension du traitement antirétroviral et au développement de la prévention du VIH/SIDA. A la lumière de leur analyse des progrès accomplis et des obstacles rencontrés jusqu'ici, l'OMS et l'ONUSIDA font les recommandations suivantes :

Engagement politique

- Les pays doivent s'engager plus résolument au plus haut niveau politique à mener une action d'ensemble contre le VIH/SIDA qui englobe l'extension du TARV. En particulier, les pays visés de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » qui n'ont pas encore de cibles nationales en matière de traitement ni de plans d'extension du TARV devraient en adopter le plus vite possible.

Viabilité financière

- L'ONUSIDA estime qu'un montant d'au moins US \$18 milliards de plus par rapport aux fonds actuellement annoncés est nécessaire pour financer la lutte contre le VIH/SIDA dans le monde ces trois prochaines années, en englobant le traitement, les soins et la prévention. Les donateurs devraient continuer à y consacrer davantage de ressources et convenir avec les pays d'arrangements financiers à long terme qui assurent ceux-ci d'un appui financier durable et prévisible.
- Les pays devraient continuer à consacrer plus de ressources internes à la lutte contre le VIH. Les dix pays visés de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » qui peuvent immédiatement bénéficier de l'allègement de la dette proposé récemment par le G8 devraient rapidement réaffecter les ressources ainsi économisées à la lutte contre le VIH/SIDA.
- Les pays et les donateurs devraient suffisamment financer les programmes de TARV pour que les patients démunis n'aient pas à payer le traitement sur le lieu de prestation.

Ressources humaines et gestion de l'approvisionnement

- Les pays et les partenaires devraient appliquer des schémas thérapeutiques et des protocoles de suivi clinique simplifiés et standardisés qui permettent au plus grand nombre possible de personnes de bénéficier d'un traitement de qualité.
- De nombreux pays manquent de médecins et de personnel infirmier pour administrer le TARV, ce qui les empêchent d'élargir l'accès au traitement. Les pays et les partenaires devraient abandonner le modèle de prestation centré sur le médecin pour former davantage d'agents de santé non médecins capables d'administrer le TARV efficacement et en toute sécurité selon des méthodes simplifiées et standardisées.
- Les pays et les partenaires devraient investir dans des systèmes permettant de mieux gérer l'approvisionnement en médicaments, y compris de prévoir les besoins de manière fiable sur chaque site de traitement et de constituer des stocks suffisants en des lieux centraux d'où l'acheminement des médicaments puisse être organisé de façon rationnelle.

Intégration du traitement et de la prévention

- Il faudrait, autant que possible, étendre le traitement en même temps que la prévention afin que le personnel et les services de santé soient en mesure d'assurer un ensemble d'interventions essentielles pour traiter et prévenir l'infection à VIH. Il s'agit notamment d'offrir des services de traitement, de dépistage et de conseil sur un même site et de former le personnel soignant pour qu'il puisse à la fois informer sur le traitement et la prévention et assurer les interventions.

Accès équitable

- Pour garantir un accès équitable au TARV en fonction du sexe, de l'âge, du lieu et d'autres facteurs encore, les pays et les partenaires devraient améliorer leurs systèmes de surveillance de la couverture thérapeutique.
- Pour que les enfants soient plus nombreux à bénéficier du TARV, de nouvelles formes galéniques s'imposent de toute urgence et il faut réduire les coûts. Beaucoup de pays ont besoin d'un plus grand savoir-faire pratique pour administrer le TARV aux enfants.
- Les pays et les partenaires devraient s'employer à concevoir et à appliquer des programmes innovants pour administrer le TARV aux populations difficiles à atteindre, y compris les utilisateurs de drogues intraveineuses et les professionnels du sexe, ainsi qu'aux personnes qui vivent dans des zones de conflit ou d'instabilité sociale.

Coordination de l'appui et de l'évaluation

- Les donateurs et les partenaires devraient mieux coordonner l'appui financier et technique qu'ils apportent aux pays en déterminant les besoins de chaque pays selon une méthode rationnelle puis en instaurant des mécanismes qui leur permettent de mettre plus rapidement leur aide à disposition. Ils devraient par ailleurs mieux coordonner le suivi et l'évaluation des programmes qu'ils soutiennent. Une des instances qui contribuent à une meilleure coordination est l'équipe spéciale interinstitutions créée par l'ONUSIDA, qui a préconisé des mesures audacieuses et novatrices pour répondre à ces besoins.

L'OMS, l'ONUSIDA et d'autres institutions du système des Nations Unies ont entrepris de débloquer des fonds supplémentaires et de recourir à un personnel plus nombreux pour mieux assister techniquement les pays et d'autres partenaires dans chacun des domaines prioritaires indiqués ci-dessus. L'OMS aide en particulier à appliquer des méthodes simplifiées et standardisées de traitement et de prévention, à former le personnel soignant, à garantir un accès équitable au traitement, à développer les services de dépistage et de conseil, à mieux gérer les achats et l'approvisionnement aux niveaux mondial et national, et à mieux mesurer l'accès au TARV et à d'autres prestations essentielles.

La lutte contre le SIDA n'est pas une bataille isolée, elle est au coeur du développement. Il faut envisager l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 » non pas comme une fin en soi, mais comme une étape importante sur la voie qui mène au but collectif de l'accès universel à un ensemble complet d'interventions essentielles pour prévenir et traiter le VIH/SIDA. En définitive, la lutte contre le VIH/SIDA doit aussi être l'un des moteurs de l'action menée au niveau mondial pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

ANNEXE 1

Estimation du nombre de personnes sous traitement antirétroviral¹⁶

Actuellement, l'estimation du nombre de personnes sous traitement antirétroviral repose sur les derniers rapports envoyés par les ministères de la santé, les bureaux de l'OMS ou de l'ONUSIDA dans les pays ou d'autres sources fiables. Ces estimations sont entachées d'une certaine incertitude dans les pays qui n'ont pas encore mis en place des systèmes de notification régulière du nombre de personnes recevant un traitement, des taux d'observance, des abandons, des personnes perdues de vue et des décès. Une source particulière d'incertitude vient du fait que les chiffres rapportés par les pays ne font souvent pas la distinction entre les sujets ayant à un moment ou un autre commencé un TARV et ceux qui sont encore sous traitement (c'est-à-dire qui continuent à venir chercher leurs médicaments). La différence entre ces deux chiffres indique les pertes enregistrées du fait de l'arrêt du traitement ou du décès.

La difficulté qu'il y a à mesurer l'importance de la dispensation du traitement dans le secteur autre que public constitue une autre source d'incertitude. De nombreuses personnes reçoivent des médicaments par l'intermédiaire de pharmacies locales et dispensaires privés qui n'en rendent pas compte par les canaux habituels. Les sociétés privées peuvent avoir des programmes de financement du traitement de leurs employés présentant une infection à VIH avancée, mais dans certains cas il n'est pas facile d'avoir accès aux données.

Une troisième source d'incertitude vient du délai qui s'écoule entre la notification mondiale, qui se fait en juin 2005, et la notification dans les pays, qui en général a eu lieu bien avant. Etant donné l'augmentation aujourd'hui rapide du nombre de personnes mises sous traitement dans de nombreux pays, il faut procéder à une estimation des accroissements mensuels et les projeter jusqu'en juin 2005. Ainsi, les estimations à la fin du premier semestre sont basées sur des projections linéaires simples des nombres rapportés en prenant la tendance actuelle comme indicateur de croissance.

Du fait de l'incertitude qui entoure le calcul des estimations générales par pays, le Tableau 1 indique des marges d'incertitude pour l'estimation du nombre de personnes sous traitement de juin 2005. Pour les données rapportées dans les pays, on a utilisé des marges d'incertitude de 5 à 25 % en fonction de la fiabilité du système de surveillance, qu'il s'agisse du secteur public seul ou des secteurs public et privé combinés. Concernant les chiffres du secteur autre que public, qui sont notifiés séparément dans quelques pays, les marges d'incertitude utilisées vont de 10 à 40 %.

Le Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des Etats-Unis et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme sont de gros contributeurs des programmes de TARV dans les pays en développement. Le premier s'est concentré sur 15 pays où l'épidémie est très forte et fournit des estimations indépendantes du nombre de personnes sous traitement tous les six mois. Ces chiffres et ceux fournis par le Fonds mondial sont utilisés pour procéder à une validation croisée des chiffres rapportés par les pays. Le Plan et le Fonds mondial travaillent également ensemble pour éviter le « double comptage » des personnes sous traitement. En décembre 2004, on estimait à 63 000 le nombre de personnes bénéficiant de ces deux initiatives. Certaines publications sont parties, à tort, du principe que les 63 000 patients avaient été comptés deux fois dans l'estimation de l'OMS/ONUSIDA indiquant que 700 000 personnes étaient sous TARV à la fin 2004. Les estimations de l'OMS/ONUSIDA sont basées sur les rapports des pays et non pas obtenues en ajoutant ou en comptant deux fois les données provenant d'autres sources.

Les estimations relatives au nombre de personnes recevant actuellement un TARV ont été validées à l'aide des rapports de l'industrie pharmaceutique indiquant la quantité d'ARV expédiés dans les pays en développement. Les données de l'industrie axée sur la recherche, collaborant à l'initiative pour accélérer l'accès aux médicaments contre le VIH/SIDA, et les rapports des producteurs de produits génériques indiquent qu'environ un million d'équivalents patients de trithérapie ont été distribués au cours du premier trimestre 2005. En outre, les données de l'industrie pharmaceutique axée sur la recherche relatives aux tendances observées ont confirmé la poursuite de l'extension rapide du marché des ARV dans les pays en développement, auxquels elle a expédié 427 000 équivalents patients de trithérapie à la fin du premier trimestre 2005.

¹⁶ On trouvera le détail de la méthodologie dans Boerma T. J., Stanecki K., Newel M. K., Monitoring progress towards « 3 by 5 »: methods and update (soumis pour publication).

Estimation des besoins en traitement

L'ONUSIDA et l'OMS ont élaboré une méthodologie standard afin d'estimer l'ampleur et l'évolution de l'épidémie de SIDA, qui donne également des estimations du nombre de nouvelles infections à VIH, de nouveaux cas de SIDA et de décès.¹⁷ Ces chiffres sont utilisés pour procéder à l'estimation du nombre d'adultes ayant besoin d'un traitement en tenant compte de la phase dans laquelle se trouve l'épidémie. Lorsque celle-ci est récente et en pleine expansion, la proportion de personnes infectées par le VIH qui auront besoin d'un traitement pour la première fois sera plus petite que lorsque l'épidémie est arrivée à sa phase d'état ou décroît.

Un nombre restreint de pays, mais qui va en augmentant, est désormais en mesure de fournir les chiffres du traitement des enfants de moins de 15 ans, et ce rapport comprend pour la première fois les besoins en traitement de la classe d'âge des 0-49 ans. Ces estimations ont été faites en collaboration avec l'UNICEF.

L'OMS recommande que, dans les endroits où les ressources sont limitées, les adultes et les adolescents infectés par le VIH commencent un TARV lorsque l'infection a été confirmée et qu'ils présentent des signes de maladie clinique avancée.¹⁸ Des études ont montré que, dans ces situations, la durée médiane de survie des personnes atteintes de SIDA et ne recevant pas de TARV est tout juste inférieure à un an. Théoriquement, les gens devraient commencer à recevoir un traitement avant que le SIDA ne se déclare, dès qu'ils ont une infection à VIH à un stade avancé. Le nombre de nouvelles personnes (présentant une telle infection) à traiter est estimé en multipliant par deux le nombre de cas de SIDA de l'année en cours.

Le nombre total de personnes ayant besoin d'un TARV se calcule en ajoutant le nombre de nouvelles personnes à traiter au nombre de personnes traitées au cours de l'année précédente et qui ont survécu. Comme certaines des personnes qui, selon les projections, devraient présenter un SIDA au cours de ces deux années peuvent avoir déjà commencé un traitement l'année précédente, on ajuste le nombre de nouvelles personnes à traiter en soustrayant celles qui ont commencé un traitement l'année précédente. On part actuellement du principe que 80 à 90 % des personnes sous traitement survivront l'année suivante, en fonction du moment où le traitement a été mis en route, de l'observance du traitement, des caractéristiques de la pharmacorésistance, de la qualité de la prise en charge clinique et d'autres facteurs.

Couverture du TARV

Le degré de couverture est une mesure du nombre de personnes sous TARV en juin 2005 divisé par le nombre total de personnes dont on estime qu'elles ont besoin d'un traitement. Cette méthode sous-estime légèrement la couverture, puisque le nombre estimé de personnes ayant besoin d'un TARV comprend enfants et adultes et que seule une petite proportion de pays fournit les données relatives au traitement des enfants. Toutefois, les enfants ne représentent qu'une faible proportion du nombre total de personnes sous traitement, probablement moins de 5 %.

¹⁷ Walker N., Santecki K. A., Brown T. et al., Methods and procedures for estimating HIV/AIDS and its impact: the UNAIDS/WHO estimates for the end of 2001, AIDS 2003, 17: 2215-25.

¹⁸ Stade IV de la maladie, quelle que soit la numération des CD4 ; stade III avec une numération inférieure à 350 lymphocytes/mm³ ou confirmation au laboratoire d'une immunosuppression grave (numération des CD4 <200/mm³) ou encore, si non disponible, une numération des lymphocytes <1200/mm³ en présence de symptômes de la maladie, Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations pour une approche de santé publique, OMS, Genève, 2004.

ANNEXE 2

Pays visés par l'initiative « 3 millions d'ici 2005 »

On trouvera ci-après la liste des 49 pays recensés en décembre 2003 comme étant la cible de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » en raison de leurs besoins en soutien technique et en ressources spécialisées pour étendre le traitement antirétroviral et accélérer la prévention de l'infection à VIH. Dans l'ensemble, ces 49 pays représentent un mélange de priorités mondiales et régionales. Les pays visés à l'échelle mondiale sont les 34 initialement identifiés par l'OMS comme ayant les besoins en traitement non satisfaits les plus importants et qui ensemble renferment 93 % des besoins en traitement non satisfaits des pays à faible ou moyen revenu. Les 15 pays visés supplémentaires ont été recensés par les bureaux régionaux de l'OMS du fait de leur importance stratégique particulière résultant de facteurs tels que l'ampleur, la localisation et le profil de l'épidémie (p. ex. épidémie se propageant rapidement).

Au mois de juin 2005, ces 49 pays représentaient 87 % de l'ensemble des adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA dans le monde, 78 % de la mortalité par SIDA dans le monde et 89 % des personnes ayant besoin d'un traitement dans les pays à faible ou moyen revenu. Six pays renferment plus de 50 % des besoins en traitement des pays à faible ou moyen revenu : l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, l'Inde, le Nigéria, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe.

Pays où la charge de morbidité est importante

1. Angola
2. Botswana
3. Burkina Faso
4. Burundi
5. Cambodia
6. Cameroon
7. Central African Republic
8. China
9. Côte d'Ivoire
10. Democratic Republic of the Congo
11. Ethiopia
12. Ghana
13. Guatemala
14. Guinea
15. Haiti
16. India
17. Kenya
18. Lesotho
19. Malawi
20. Mozambique
21. Myanmar
22. Namibia
23. Nigeria
24. Russian Federation
25. Rwanda
26. South Africa
27. Sudan
28. Swaziland
29. Uganda
30. Ukraine
31. United Republic of Tanzania
32. Viet Nam
33. Zambia
34. Zimbabwe

Pays stratégiques sur le plan régional

35. Belize
36. Costa Rica
37. Djibouti
38. El Salvador
39. Guyana
40. Honduras
41. Indonesia
42. Kazakhstan
43. Kyrgyzstan
44. Nicaragua
45. Panama
46. Somalia
47. Tajikistan
48. Uzbekistan
49. Yemen

Pour plus d'informations, contacter:

Organisation mondiale de la Santé
Département du VIH/SIDA
20, avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

E-mail: hiv-aids@who.int
<http://www.who.int/3by5>

ISBN 92 4 259339 7



9 789242 593396