

TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX : PERSPECTIVES ET RÉALITÉ

**L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS
ANTIRETROVIRAUX ET AUX SOINS:
EXPÉRIENCE DE L'INITIATIVE
D'ÉQUITÉ VIH À CANGE
(HAÏTI)**

ÉTUDE DE CAS



**Organisation
mondiale de la Santé**



Partners In Health

TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX : PERSPECTIVES ET RÉALITÉ

**L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS
ANTIRETROVIRAUX ET AUX SOINS:
EXPÉRIENCE DE L'INITIATIVE
D'ÉQUITÉ VIH À CANGE
(HAÏTI)**

ÉTUDE DE CAS

Joia Mukherjee, Paul Farmer, Fernet Léandre, Wesler Lambert,
Maxi Raymonville, Serena Koenig, David Walton, Margaly Colas, Patrice Névil,
Nirlande Louissaint et Cynthia Orélus



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

L'accès aux traitements antirétroviraux et aux soins: expérience de l'initiative sur l'équité face au VIH à Cange (Haïti): étude de cas / Joia Mukherjee ... [et al.]

1. HIV, Infection – chimiothérapie 2. SIDA – prévention et contrôle
3. Thérapie antirétrovirale hautement active – utilisation 4. Agents antirétroviraux – ressources et distribution 5. Antituberculeux – administration et posologie 6. Polychimiothérapie 7. Observance prescription
8. Evaluation résultats traitement 9. Cas clinique 8. Haïti I. Mukherjee, Joia S. II. Série.

ISBN 92 4 259088 6
ISSN 1810-8180

(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 de l'équipe Marketing et diffusion, 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 à l'unité Publications, 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 n'implique 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 ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation. Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les cités nommément.

Imprimé.....

A propos de cette collection

A lors que 42 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH/SIDA, développer l'accès aux traitements antirétroviraux pour ceux qui en ont un besoin urgent est aujourd'hui l'un des défis majeurs de la santé dans le monde. Donner accès au traitement est essentiel pour soulager les souffrances des malades et atténuer l'impact dévastateur de l'épidémie. C'est aussi une occasion sans précédent d'apporter une réponse plus efficace à condition que l'on implique les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA, leur famille et les communautés dans le processus des soins. Ceci ne pourra que renforcer la prévention contre le VIH en sensibilisant davantage les populations, créant ainsi une demande pour le Dépistage Volontaire Eclairé (DVE) tout en réduisant la stigmatisation et la discrimination.

Les défis sont considérables. Un financement durable est essentiel. L'approvisionnement en médicaments ainsi que les mécanismes de régulation doivent être mis en place. Les agents de santé doivent être formés, les infrastructures améliorées, les populations informées, et les décideurs mobilisés pour qu'ils assument leurs responsabilités. Cette collection intitulée : « Traitements antirétroviraux : perspectives et réalité » fournit des exemples de difficultés surmontées dans un nombre croissant de pays en développement qui offrent des programmes de traitements antirétroviraux. Les études de cas et les analyses proposées dans cette collection montrent comment les gouvernements, la société civile, les entreprises privées et d'autres organisations réussissent à fournir des traitements antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, y compris là où le manque de ressources est le plus aigu. L'OMS espère que ces expériences permettront à la fois d'informer et d'inspirer tous ceux qui se battent pour que l'accès aux traitements antirétroviraux devienne une réalité.

Dans la plupart des pays industrialisés, l'introduction des traitements antirétroviraux (ARV) a conduit à une forte baisse de la mortalité due au SIDA. Néanmoins, la plupart des personnes infectées par le VIH n'ont pas accès à ce type de traitement. Haïti, pays le plus pauvre de l'hémisphère occidental, est aussi le plus affecté par le VIH. Récemment encore, le fait de contracter le VIH équivalait à une condamnation à mort pour les haïtiens pauvres. « L'initiative d'équité VIH », un programme intégré de prévention et de soins qui fonctionne en milieu rural en Haïti, donne à penser que, malgré des réticences très répandues, il est possible de sauver la vie de communautés les plus démunies et les plus vulnérables si l'accès à la thérapie antirétrovirale leur est donné.

Historique

En 1998, Partners In Health (une organisation caritative à but non lucratif affiliée à l'École de Médecine de Harvard) et son associée locale Zanmi Lasante (traduction en créole de Partners In Health) ont lancé « l'Initiative d'équité VIH » afin de fournir les traitements antirétroviraux à l'une des populations les plus pauvres de tout l'hémisphère occidental.

Cette initiative bénéficie de nombreuses années d'expérience de travail dans les communautés rurales les plus pauvres d'Haïti. Il y a plus de 15 ans, Partners In Health et Zanmi Lasante ont commencé à mobiliser leurs efforts pour la prévention du SIDA sur le Bas Plateau Central où la plupart des habitants sont des cultivateurs et où les indicateurs de santé se situent bien en dessous des estimations nationales. L'établissement médical, la Clinique Bon Sauveur, est située dans une zone où se sont « installées » 3 000 personnes déplacées, chassées de leurs terres fertiles suite à la construction d'un barrage hydroélectrique, dans une province qui n'a toujours pas l'électricité et seulement quelques « pistes » pour voies de communication.

Depuis de nombreuses années, l'instabilité politique et la crise économique ont contribué à l'aggravation de la pauvreté et à la dégradation des infrastructures sanitaires et sociales. Il n'est donc pas surprenant qu'en dehors de l'Afrique, ce soit en Haïti que l'épidémie de SIDA soit la plus répandue. On estime en effet à 6% le nombre de nouveaux adultes infectés chaque année et à plus de 300 000 le nombre d'haïtiens qui vivent déjà avec le VIH/SIDA. En 2001, l'épidémie a fait environ 30 000 morts et l'on considère désormais que le VIH est la première cause de mortalité chez les jeunes adultes. Environ 200 000 enfants ont déjà perdu un ou leurs deux parents à cause du SIDA. Chez les femmes venant consulter les services de soins prénatals, la séroprévalence du VIH était de 5 % en 1999 au niveau national et le double dans les bidonvilles.

C'est en 1986 que la Clinique Bon Sauveur a documenté le premier cas de maladie liée au VIH dans la région du Plateau Central haïtien. Le dépistage volontaire éclairé (DVE) a été proposé gratuitement à partir de 1988 et dès cette année-là, il a été étroitement associé à l'information sur le VIH, à la promotion du préservatif et à des programmes de prévention adaptés à la culture locale.

L'introduction de la zidovudine à la clinique prénatale de Cange en 1995 a fait baisser le taux de transmission mère-enfant du VIH et a considérablement favorisé le recours des femmes enceintes au dépistage volontaire éclairé. L'acceptation du test prénatal de

dépistage du VIH est passée de 30 à 90 % une fois l'AZT disponible, démontrant ainsi que la fourniture d'ARV a conduit à l'utilisation accrue des services de prévention.

Dès que le dépistage volontaire éclairé a fait partie de la routine des soins prénatals proposés aux femmes enceintes à Cange, plus de 97 % de celles à qui était proposé l'ensemble des soins de prévention de la transmission verticale du VIH l'ont accepté. L'expérience de Cange a aussi démontré la faisabilité de l'approvisionnement, du stockage, et de l'utilisation des ARV dans un contexte de ressources limitées.

Les effets d'un tel programme intégré de prévention ont toutefois été limités par l'instabilité politique, par la migration structurelle de main d'œuvre et une aggravation de la pauvreté, de sorte que l'ampleur des souffrances dues au VIH s'est accrue sur le Plateau Central haïtien. Un nombre croissant de jeunes sont revenus dans leur village d'origine, porteurs d'infections à VIH contractées loin de là. Au début des années 90, plus de 25 % des admissions à la Clinique Bon Sauveur étaient en rapport avec le VIH. A partir de 1995, environ 40 % des adultes admis étaient infectés par le VIH. Comme l'efficacité des traitements par la combinaison d'antirétroviraux n'était pas encore connue, l'accent en matière de soins contre le VIH était mis principalement sur le traitement des infections opportunistes. En Haïti, comme dans d'autres régions du monde en développement, la moitié des personnes vivant avec le VIH/SIDA présentaient une co-infection tuberculeuse. Chez ces patients, on peut grandement retarder le décès en traitant la tuberculose tant que l'infection à VIH n'en est pas à un stade avancé. C'est ainsi que le traitement de la tuberculose par la mise en œuvre de la stratégie DOTS de l'OMS (Traitement sous supervision directe, chimiothérapie de courte durée) est devenu un élément essentiel des soins contre le VIH. Le dépistage et le traitement de tous les cas de tuberculose active ont constitué le premier lien programmatique important dans le développement de la stratégie des soins contre le VIH en Haïti.

Etant donné que l'infection par le VIH avait dépassé la tuberculose et le paludisme comme cause principale de mortalité chez les jeunes adultes en Haïti, Partners In Health n'a pas eu d'autre choix que de passer de la prévention au traitement de l'infection VIH. A partir de 1998, la thérapie par antirétroviraux hautement actifs (HAART) a été proposée aux personnes vivant avec le VIH/SIDA qui ne réagissaient plus au traitement clinique énergique des infections opportunistes.

Objectif

Avec le lancement de l'initiative d'équité VIH, Partners In Health a cherché à :

- ▶ reproduire les méthodes employées avec succès dans le programme de contrôle et de traitement communautaire de la tuberculose basé sur le DOTS ;
- ▶ former les agents de santé communautaires (*les accompagnateurs*) à l'administration et au suivi quotidiens de la thérapie antirétrovirale ; et
- ▶ prouver que dans des pays pauvres la stratégie HAART peut fonctionner grâce aux capacités de la riche infrastructure humaine qui existe sur place, et que les obstacles au traitement dans un tel contexte ne résultent pas du manque d'infrastructures ou d'éducation, mais plutôt d'un manque de volonté.

Bénéficiaires

La Clinique Bon Sauveur dispose de plusieurs cliniques pour respectivement la pédiatrie, les maladies infectieuses, la médecine générale et la santé des femmes. Elle dispose de deux unités d'hospitalisation, pour les enfants et pour les adultes, de deux salles d'opération, d'une pharmacie et d'une école de village. En raison de la crise économique et sanitaire en Haïti, le nombre des consultations externes à la Clinique Bon Sauveur de Zanmi Lasante est passé de 30 000 à 200 000 en seulement deux ans. Les patients retenus dans le programme d'équité VIH viennent d'environ 60 villages, certains se situant à plus de cinq heures de marche, mais tous sont desservis par des *accompagnateurs*. En 2002, la Clinique Bon Sauveur a assuré le suivi de plus de 4 000 patients séropositifs et plus de 400 personnes vivant avec le VIH/SIDA ont entrepris un traitement antirétroviral hautement actif sous supervision directe (DOT-HAART) sur la base d'examen de laboratoire et d'observations cliniques.

Sélection des patients pour le traitement

De 1998 à 2002, c'est exclusivement l'état clinique qui déterminait la sélection des patients devant suivre le traitement. L'équipe de la Clinique Bon Sauveur avait établi un ensemble de directives permettant d'identifier les patients devant bénéficier du projet DOT-HAART (voir encadré 1). (Compte tenu de la situation épidémiologique locale, ces directives préconisent le report du traitement ARV pour les patients présentant une tuberculose pulmonaire active, ce qui est le cas pour plus de la moitié des haïtiens vivant avec le VIH/SIDA. Pour la plupart de ces patients, un traitement antituberculeux efficace permet à lui seul de faire disparaître tout symptôme pendant une durée pouvant atteindre plusieurs années). Deux médecins, dont l'un spécialisé dans les maladies infectieuses, évaluent les patients, tandis que les accompagnateurs apportent la plupart des soins.

La thérapie ARV basée sur ces critères ne nécessite pas de test de laboratoire. Conformément aux recommandations OMS de 2002 pour la généralisation de l'accès à la thérapie ARV dans des zones à ressources limitées, les personnes séropositives et présentant une forme clinique du Sida ont droit au traitement, quelque soit leur niveau de CD4.

Toutefois, sur la base d'une revue des 300 premiers patients suivis à la Clinique Bon Sauveur au moment de l'introduction de la thérapie HAART, des patients d'un sous-groupe qui semblaient aller bien, sont en fait décédés dans les deux années suivant le diagnostic du VIH, sans doute en raison d'une immunosuppression à un stade sous-clinique donnant lieu à l'apparition d'infections opportunistes graves.

Fin 2002, la Clinique Bon Sauveur a reçu, avec l'appui de la Division du SIDA de l'École de Médecine de Harvard, un appareil de CD4 et peut désormais effectuer des numérations CD4 sur place. Bien que le triage oriente déjà directement les patients les plus malades vers le traitement ARV, le cas des patients séropositifs sans maladie clairement déclarée est maintenant examiné pour déterminer s'ils correspondent aux critères de la thérapie HAART (CD4 < 350).

Encadré 1. Critères d'inclusion des patients dans le projet DOT-HAART

- ▶ Absence de tuberculose active
- ▶ Infections opportunistes récurrentes difficiles à prendre en charge avec des antibactériens ou des antifongiques
- ▶ Entéropathie chronique avec émaciation
- ▶ Toute perte de poids importante et inexpliquée
- ▶ Complications graves atteignant le système nerveux et attribuables à l'infection à VIH
- ▶ fh Leucopénie, anémie ou thrombopénie prononcée.

Source Farmer et al. ¹

Laboratoire et surveillance clinique

Le programme s'appuie sur de modestes installations de laboratoire pour lancer ou modifier le traitement. La sérologie du VIH, l'hématocrite et la numération des leucocytes sont les analyses minimales à pratiquer avant de pouvoir entreprendre un traitement ARV. Les tests de la fonction hépatique ne sont demandés qu'en cas d'effets secondaires digestifs. La numération sanguine n'intervient qu'en cas de symptômes d'anémie ou de thrombopénie. Le poids du patient, dont on a montré qu'il permettait de prédire la survie et l'évolution de la maladie, est l'un des indicateurs les plus importants dans le cadre d'une surveillance simplifiée et il est suivi régulièrement au cours du traitement. La numération CD4 n'est pas utilisée pour le suivi de la réaction au traitement, à moins que le patient ne commence à perdre du poids ou développer de nouvelles infections opportunistes.

La surveillance clinique du traitement est réalisée une semaine, un mois, et trois mois après le début du traitement, et tous les trois mois par la suite. Il faut toutefois noter que tous les jours, un accompagnateur rend visite aux patients sous traitement dans le cadre du programme d'équité VIH.

Schémas thérapeutiques

Une fois les patients admis dans le programme, ils suivaient une trithérapie. Fin 2002, le gouvernement haïtien a adopté de nouvelles directives thérapeutiques sur la base des recommandations de l'OMS publiées la même année. Le gouvernement haïtien a ensuite décidé de se procurer les médicaments agréés par le projet de pré-qualification de l'OMS. Les personnes traitées dans le cadre de l'initiative d'équité VIH ont donc reçu les associations médicamenteuses figurant au Tableau 1.

Stratégies pour renforcer l'observance

Le DOT-HAART se fonde sur l'expérience du programme antituberculeux de la clinique. Le traitement sous supervision directe administré par des agents de santé communautaires a permis d'obtenir des taux remarquables de guérison. Pour obtenir une observance similaire pour les Schémas thérapeutiques ARV, chaque personne bénéficiant du programme est suivie par un *accompagnateur*. Au cours des visites quotidiennes, celui-ci surveille la prise d'une dose du traitement antirétroviral hautement actif et peut laisser à la disposition du patient la deuxième dose. Dans de nombreux cas, même si cela n'est pas prévu dans le protocole, l'accompagnateur rend visite aux sujets sous traitement plus d'une fois par jour pour surveiller la prise de la deuxième dose ou pour leur apporter un soutien moral et d'autres formes de soutien social. De plus, les accompagnateurs sont formés pour évaluer les effets secondaires courants et les signes de maladies liées au VIH.

En plus de l'examen clinique et des analyses de laboratoire, une évaluation de la situation sociale est pratiquée pour chaque nouveau patient afin d'appréhender et de surmonter les obstacles qui s'opposent à sa santé et à une bonne observance du traitement. L'entretien avec un travailleur social est suivi d'une visite de l'endroit où il habite, avec l'analyse de la situation financière et du réseau social pouvant lui venir en aide ainsi qu'à sa famille. Un plan de prise en charge est ensuite élaboré en fonction des résultats de ces trois évaluations. Toutes les consultations médicales, les médicaments, les services et le soutien social lui sont fournis gratuitement, comme dans le cas de la tuberculose.

Les interactions entre la communauté et le patient ont été l'axe central de l'initiative d'équité VIH: les rencontres des agents communautaires locaux avec les nouveaux patients, le soutien nutritionnel et familial (école, logement, aides financières), les rencontres mensuelles des patients pour faciliter l'échange d'informations ont été des mesures très populaires sur lesquelles le programme a bâti son succès.

Tableau 1. Associations d'ARV dispensées dans les cliniques participant à « l'Initiative d'Equité VIH » en Haïti

Schéma thérapeutique	Association médicamenteuse
Schéma thérapeutique de première intention	Stavudine/lamivudine/névirapine
Schéma thérapeutique de première intention pour les femmes enceintes	Zidovudine/lamivudine/névirapine
Schéma thérapeutique de première intention pour les patients co-infectés par la tuberculose	Stavudine/lamivudine/éfavirenz
Schéma thérapeutique de seconde intention	Zidovudine/didanosine/inhibiteur de protéase ou stavudine/didanosine/inhibiteur de protéase ; indinavir, nelfinvir ou lopinavir renforcé par le ritonavir, comme inhibiteurs possibles de protéase)

Avantages découlant du programme

Le soutien actif de la communauté offert aux patients sous traitement a joué un rôle essentiel dans les améliorations cliniques spectaculaires constatées par tous, y compris les voisins, les *accompagnateurs*, les médecins et les infirmières. Ceux pour lesquels le traitement a abouti à un retour à la santé, sont devenus dans leur communauté des exemples de victoires thérapeutiques remportées contre le VIH et se sont avérés de précieux auxiliaires pour les actions de prévention.

Partners In Health pense en outre que « la stigmatisation qui s'associe au SIDA a diminué grâce aux résultats spectaculaires du traitement. Cette diminution de la stigmatisation se retrouve dans la volonté accrue des patients de discuter ouvertement de leur diagnostic, une demande plus forte du dépistage et une diminution du nombre des plaintes à propos de comportements abusifs de voisins ou de membres de leur famille ». Par exemple, au cours des deux premières années du programme, le recours au service gratuit du dépistage volontaire éclairé de la clinique a augmenté de plus de 300 %. Enfin, contrairement aux problèmes émotionnels signalés pour les agents de santé travaillant dans des régions où le traitement contre le SIDA n'est pas disponible, le moral du personnel de l'initiative d'équité VIH a été considérablement remonté par la disponibilité des thérapies salvatrices.

Selon Farmer, « les petites victoires vécues comme de véritables miracles par les patients apportent des satisfactions qui n'ont pas de prix ».³

Résultats

Une évaluation intermédiaire du programme avant 2001² a montré que le programme DOT-HAART était très efficace (encadré 2) :

- ▶ On a constaté une amélioration de l'état clinique pour 59 des 60 premiers patients sous traitement (non compris les 40 personnes qui ont entrepris leur traitement en 2001).
- ▶ Dans le sous-groupe des patients pour lesquels on a mesuré la charge virale, 86 % n'avaient plus de virus détectable dans le sang périphérique.
- ▶ On a observé pour 58 patients un gain de poids de plus de 2 kg dans les trois premiers mois.
- ▶ On estime que 48 patients ont repris leur travail et leur rôle auprès de leurs enfants.

Encadré 2. En cas de réussite, le traitement ARV donne des résultats en quelques semaines

Adeline a contracté l'infection à VIH loin de chez elle, à Port-au-Prince, alors qu'elle n'avait que 18 ans. Elle a consulté la clinique quelques années plus tard, pour une pneumonie. Les diagnostics supplémentaires de zona et d'infection à VIH ont abouti à un traitement des infections opportunistes pendant près de 10 ans. En 1999, sa diarrhée chronique ne réagissait plus au traitement et son poids était descendu à 36 kg (fig. 2). Au cours des cinq premières semaines sous zidovudine, lamivudine et indinavir, elle a repris 12 kg (fig. 3).



Fig. 2. Adeline avant le traitement antirétroviral



Fig. 3. Adeline, quelques semaines plus tard sous ARV.

Source : Farmer et al. ¹

Une étude plus récente en 2003⁴ a porté sur la comparaison des principaux paramètres cliniques et biologiques entre un groupe de 100 personnes vivant avec le VIH/SIDA auxquelles le DOT-HAART a été administré en la base des critères cliniques d'un stade avancé de la maladie (en général grabataires avec une perte de poids importante) et deux autres groupes, comprenant chacun 100 patients séropositifs, pour lesquels le traitement HAART a été repoussé parce que 1) on a jugé qu'ils étaient moins malades (en général capacité de se déplacer sans perte de poids importante), ou 2) ils vivaient trop loin de la clinique et l'on n'a pas pu organiser la présence d'un *accompagnateur*. Même si les patients du premier groupe étaient bien plus malades que ceux des deux autres groupes, leur état s'est beaucoup amélioré avec moins d'hospitalisations, d'infections opportunistes, de tuberculose et de mortalité (Tableau 2). En plus des résultats repris ci-dessous, l'évaluation a confirmé l'atténuation du rejet social et l'amélioration du moral du personnel parmi les résultats favorables du programme. La proportion d'abandons est remarquablement basse – moins de 2 % depuis 1999. Les effets secondaires ont été rares et il n'a fallu modifier le schéma thérapeutique que pour quelques personnes seulement.

Tableau 2. Comparaison des résultats entre les trois groupes de l'intervention

RESULTATS	GRUPE A	GRUPE B/C
nombre	100	200 (100 dans chaque groupe)
Mortalité à la fin de la période d'étude (nombre de décès)	0	43 (14 dans le groupe B, 29 dans le groupe C)
Incidence de la tuberculose	2/100	21/100, données pour le groupe B seulement
Nombre moyen d'infections opportunistes à partir du début de l'intervention	0,24	3,3
Modifications du poids	Gain de 10,3 kg	Perte de 6,0 kg
Nombre de journées d'hospitalisation à partir du début de l'intervention jusqu'à la fin de la période d'étude ou jusqu'à la mort du sujet	0	23,4
Score des activités quotidiennes pour les personnes survivant un an après l'intervention	Au début de la période couverte par l'étude : 2 A la fin de la période couverte par l'étude : 3,8	Au début de la période couverte par l'étude : 2,7 A la fin de la période couverte par l'étude : 2,3

Groupe A : Premières personnes auxquelles un agent de santé communautaire administre le DOT-HAART pendant plus d'un mois (n = 100)
 Groupe B : Personnes chez qui on diagnostique dans le même temps une infection à VIH, dans la même aire de recrutement que celle du groupe A, recevant régulièrement des soins (comme la prophylaxie des infections opportunistes) mais pas le DOT-HAART (n = 100)
 Groupe C : Personnes chez qui on diagnostique dans le même temps une infection à VIH, mais vivant en dehors de la zone desservie par les agents communautaires (n = 100) et n'ayant donc reçu que des soins cliniques.

Source : adapted from Farmer et al.⁴

Prévention ou soins, un faux débat

L'initiative d'équité VIH a été conçue comme un programme intégrant la prévention et les soins. La composante traitement, qui va de la prévention des infections opportunistes à la thérapie antirétrovirale, a été greffée sur le programme DOTS existant et a été associée dès le départ aux efforts de prévention clinique et communautaire. Toutefois, un bénéfice non prévu de l'amélioration de la qualité des soins a entraîné des effets positifs sur la qualité et l'efficacité des projets de prévention. Sept effets ont été constatés.

Le premier et le plus important d'entre eux a été la forte augmentation du recours au dépistage volontaire éclairé. Le DVE a été proposé gratuitement à la Clinique Bon Sauveur à partir de 1988, mais la demande dans ce domaine restait limitée. Le personnel médical en prenait l'initiative mais 60 % des sujets à qui il était proposé avant 1995 déclinaient l'offre. Ceci signifie que 60 à 75 % des tests sérologiques donnaient un résultat positif. Après 1995, au moment où la zidovudine a été introduite pour prévenir la transmission mère-enfant, on a remarqué que les demandes de DVE et le taux élevé d'acceptation se manifestaient surtout au niveau de la clinique prénatale. Dès 1999, cependant, le DVE faisait partie de la routine des soins prénatals, mais une augmentation du DVE en consultations externes a été temporairement associée à l'introduction de la thérapie DOT-HAART. Au cours de la première année de l'initiative d'équité VIH, la

demande de DVE a augmenté de plus de 300 %, dépassant bientôt les capacités de réponse. Dès 2000, les tests sérologiques sont devenus majoritairement négatifs et, en 2002, seuls 11 % des 4500 tests pratiqués ont donné un résultat positif. Le personnel de la clinique comme les agents communautaires ont reconnu que l'amélioration des soins a contribué à une augmentation de la demande de DVE.

Deuxièmement, l'introduction des antirétroviraux a considérablement changé la nature des échanges cliniques. Avant l'initiative d'équité VIH, la plupart des consultations pour le VIH étaient consacrées à la prise en charge de la diarrhée chronique, du muguet, de la perte de poids et de la fatigue. Comme les patients sous ARV n'ont pas souvent ce genre de problèmes, les médecins et les infirmières peuvent désormais passer plus de temps à intensifier les messages sur les pratiques sexuelles sans risque (prévention secondaire).

Troisièmement, la diminution de la charge virale obtenue grâce au traitement ARV rend les personnes vivant avec le VIH/SIDA moins contagieuses en cas de rapport sexuel non protégé.

Le renforcement de la prévention par l'amélioration des soins passe aussi par d'autres voies moins bien documentées, mais tout aussi importantes. La diminution des phénomènes de rejet social

constitue un quatrième avantage observé dans les régions rurales d'Haïti. Avant l'avènement des ARV, le diagnostic d'infection par le VIH était considéré comme une condamnation à mort. Il y a maintenant tant d'exemples d'améliorations spectaculaires avec ces médicaments que la plupart des habitants des villages desservis par Zanmi Lasante connaissent quelqu'un qui a bien réagi au traitement. Cette meilleure acceptation sociale améliore la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de leur famille et conduit à mieux accepter le test et à discuter plus ouvertement de la prévention.

Cinquièmement, l'absence des ARV jusqu'en 1998 obligeait les médecins, les infirmières et les agents communautaires à assister impuissants à la déchéance physique des malades du SIDA. Les ARV ont permis au personnel soignant d'offrir un espoir de survie, ce qui a amélioré le moral des troupes.

Sixièmement, il est improbable que les personnes sous ARV aient besoin de se faire hospitaliser. La baisse des dépenses hospitalières permet de consacrer davantage de ressources à la prévention. Une expérience similaire a été bien documentée au Brésil.

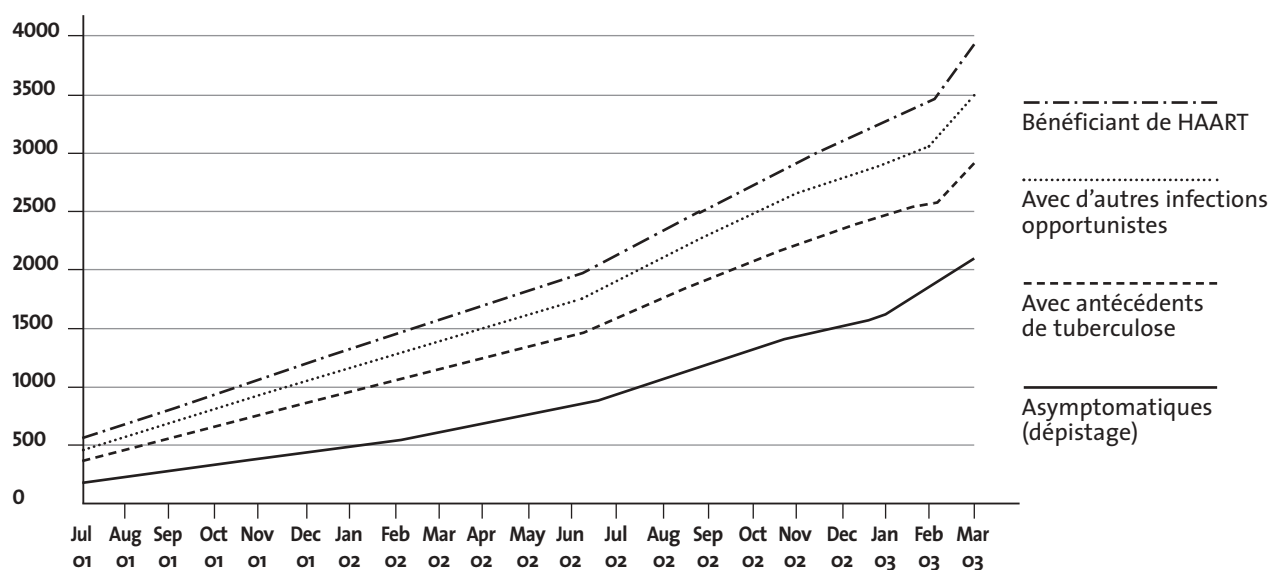
Septièmement, l'incidence de la tuberculose a diminué fortement chez les patients sous ARV.

Généralisation

Partners in Health pense que le programme a déjà apporté la preuve de l'efficacité des soins à base communautaire, y compris pour les traitements antirétroviraux. Contrairement aux affirmations selon lesquelles leur développement allait détourner les ressources d'autres priorités sanitaires, l'attention accrue portée au SIDA a renouvelé celle consacrée aux soins de santé primaire et à l'achat des médicaments.

Fin 2002, le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme a accordé à Haïti une subvention de US \$67 millions, destinée aux programmes de lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA dans ce pays. Une partie de ces fonds ayant été attribuée à Partners In Health, le programme global de lutte contre le VIH et la tuberculose a été implanté dans quatre nouveaux sites : Laschobas, Belladère, Boucan Carré et Thomonde.

Fig. 3 Progression du recrutement des patients VIH+, Partners In Health, région rurale d'Haïti



Le développement des services et le nombre supplémentaire d'agents communautaires nouvellement formés a entraîné en six mois une multiplication par dix du nombre des consultations externes dans chacun de ces établissements. Avec la demande croissante de dépistages, on s'attend à ce que le nombre des cas double dans les 12 prochains mois. De l'ordre de 5 000 patients seront traités d'ici à fin 2007.

Encadré 3. Extrait de la déclaration de Cange

« Nous, les patients de "Partners In Health", avons la chance de recevoir des médicaments et des soins même si nous n'avons pas d'argent. Beaucoup de nos problèmes de santé ont été résolus grâce à l'accès aux médicaments qui nous ont été grandement bénéfiques. Mais, alors que nous nous estimons heureux de recevoir ces médicaments, nous avons de la peine pour ceux qui n'ont pas la possibilité de recevoir le même traitement que nous. »

Source : Déclaration de Cange⁷

De surcroît, l'introduction des génériques sur le marché a entraîné une baisse spectaculaire du prix des médicaments. Partners In Health est l'un des fondateurs du Comité Feu Vert, un groupe de travail de l'OMS qui coordonne les efforts de projets qui se consacrent au traitement de la tuberculose multirésistante (MDR-TB) dans le cadre du contrôle de la tuberculose. En démontrant les besoins, en plaçant les médicaments contre la tuberculose multirésistante sur la liste des médicaments essentiels, et en préconisant les approvisionnements groupés et la multiplication des sources d'approvisionnement, le Comité Feu Vert a pu réduire le prix des médicaments antituberculeux de 90 %. Un succès similaire a été obtenu avec les ARV : les accords sur des prix de faveur avec les laboratoires pharmaceutiques, l'achat de médicaments auprès de fabricants présélectionnés par l'OMS et la collaboration avec l'IDA (International Dispensary Association), distributeur en gros de médicaments essentiels basé aux Pays-Bas, ont permis de faire baisser le coût du traitement par patient de US \$10 000 par an en 1999 à moins de US \$300 en 2003. De fait, la part des médicaments dans les dépenses du programme est donc passée de 80 % à moins de 15 %.

La perspective de généraliser le programme à l'ensemble du district dans les cinq prochaines années a créé le besoin d'améliorer la gestion de l'information. Pour répondre à cette attente, Partners In Health a développé et mis en place un système composé de trois éléments : un système d'enregistrement des dossiers médicaux sur le Web, une application permettant la saisie des données hors connexion, un inventaire des médicaments.

L'introduction de méthodes avancées de diagnostic, comme la cytométrie en flux, a aussi amélioré les capacités locales pour identifier les patients qui ont besoin de la trithérapie.

Possibilité d'application ailleurs

Avec comme point de départ la mise de fonds de US \$100 000 d'une petite fondation basée en Haïti, l'initiative d'équité VIH a été mise en place dans l'une des régions les plus défavorisées du monde, où les infrastructures de santé ont sérieusement souffert d'années de conflit et d'une extrême pauvreté. Partners In Health pense qu'en renforçant les infrastructures de santé publique existantes, de nombreux hôpitaux de district dans les pays en développement auraient les moyens de fournir des traitements antirétroviraux aux patients à un stade avancé de l'infection à VIH. De fait, le concept central de l'initiative d'équité VIH, consistant à appliquer les enseignements du programme de lutte antituberculeuse aux programmes de traitement du SIDA, n'a pas seulement été étendu à d'autres sites en Haïti, mais il est maintenant exporté dans des établissements de santé d'autres pays : au Pérou (Lima), dans la Fédération de Russie (Sibérie) et aux Etats-Unis d'Amérique (Massachusetts).

L'exemple de cette initiative d'équité VIH donne l'espoir que les voix des personnes vivant avec le VIH/SIDA seront entendues, ainsi que le souhaite la déclaration de Cange (encadré 3). Avec un renforcement des aides nationales et internationales et un environnement sensible à la demande croissante de traitements efficaces contre le SIDA dans les pays aux ressources limitées, il ne devrait plus y avoir d'obstacles à l'accès aux traitements antirétroviraux hautement actifs pour ceux qui en ont le plus besoin.

Références

- ¹ Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet* 2001;358(9279):404-409.
- ² Farmer P et al. Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy). *Bulletin of the World Health Organization* 2001;79(12):1145-1151.
- ³ Farmer P. Letter from Haiti. *AIDS Clinical Care* 1997;9(11):83-85.
- ⁴ Farmer P et al. Preliminary outcomes of directly-observed treatment of advanced HIV disease with ARVs (DOT-HAART) in rural Haiti. 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA, USA, 10-14 February 2003 (abstract 171; <http://www.retroconference.org/2003/Abstract/Abstract.aspx?AbstractID=2135>, accessed 1 July 2003).
- ⁵ Blower S, Farmer P. Predicting the public health impact of antiretrovirals: preventing HIV in developing countries. *AIDScience* 2003;3(11) (<http://www.aidsscience.org/Articles/AIDScience033.asp>, accessed 1 July 2003).
- ⁶ *Cange Declaration*. Partners In Health, 2001 (<http://www.pih.org/inthe-news/010824cange/english.html>, accessed 1 July 2003).
- ⁷ Gupta R et al. Responding to market failures in tuberculosis control. *Science* 2001;293(5532):1049-1051.

Pour plus d'informations, contacter :
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Département du VIH/SIDA
20, avenue Appia – CH-1211 Genève 27 – SUISSE
E-mail : hiv-aids@who.int – <http://www.who.int/hiv/en>

ISBN 92 4 259088 6

