

# Le VIH/SIDA:

## un tueur auquel il faut faire face

Le VIH/SIDA est aujourd'hui une urgence sanitaire majeure à laquelle aucune région du monde n'échappe et qui apporte mort et souffrance à des millions de gens. Mais tout le monde n'a pas, loin de là, les mêmes possibilités d'accès à la prévention et au traitement. Dans ce chapitre sont examinés les moyens de réduire ces disparités et de combattre la maladie, même dans les pays les plus pauvres. Afin d'agir au niveau mondial contre la pandémie, il est proposé d'unir les efforts de l'OMS et de ses partenaires dans de nombreux secteurs en vue de mettre en œuvre une stratégie de choc qui associe efficacement la prévention et les soins.



# 3

## Le VIH/SIDA:

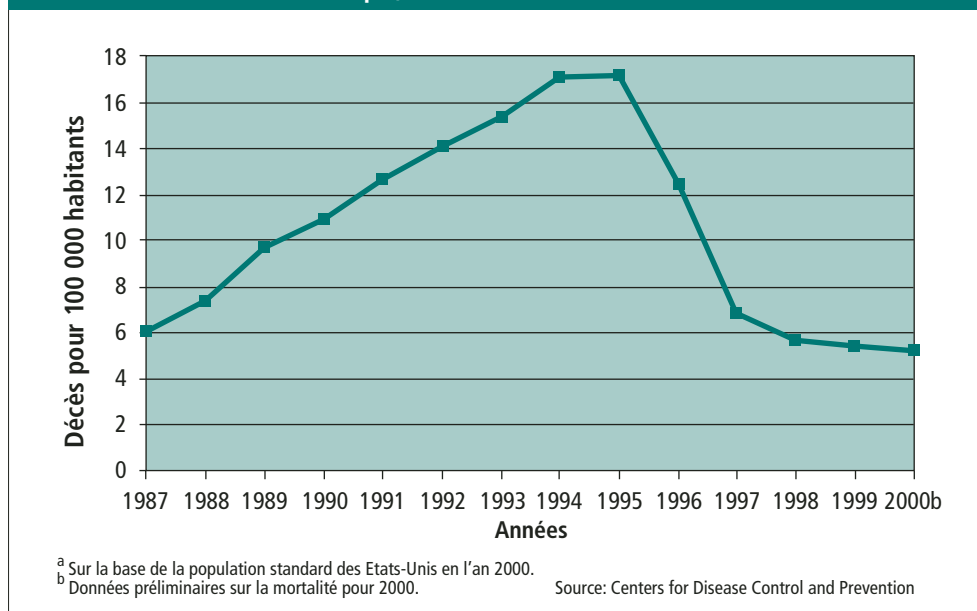
### un tueur auquel il faut faire face

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) constitue la principale cause de décès par maladie infectieuse dans la population adulte de la planète. En l'absence de traitement, la maladie provoquée par le VIH (ou virus de l'immunodéficience humaine) a un taux de létalité de près de 100 %. Depuis la peste bubonique au XIV<sup>e</sup> siècle, aucun agent pathogène n'a eu des effets aussi dévastateurs. Le SIDA déchire les familles et cause d'indicibles souffrances dans les régions les plus affectées. Là où il sévit le plus, et notamment dans quelques-unes des régions les plus pauvres du monde, le VIH a réduit à néant le gain d'espérance de vie réalisé au cours des trois dernières décennies du XX<sup>e</sup> siècle. Au niveau mondial, le VIH/SIDA constitue une urgence sanitaire majeure.

L'infection à VIH attise également d'autres épidémies d'importance mondiale – notamment la tuberculose, qui est devenue une cause prépondérante de décès, non seulement parmi les porteurs du virus, mais aussi parmi les membres de leur famille et leurs proches séronégatifs. Cependant, le SIDA ne se présente pas partout de la même manière. L'accès aux mesures préventives et aux soins, dont dépend le sort des personnes infectées par le virus, varie dans une large proportion. Ceux qui, tout en vivant avec le VIH, sont en mesure de bénéficier des dernières avancées médicales peuvent espérer une vie normale à bien des égards: les chimiothérapies associant plusieurs antirétroviraux font du SIDA une maladie chronique et traitable qui ressemble davantage au diabète qu'aux autres viroses graves pour lesquelles il n'existe aucun traitement (voir Figure 3.1). En Australie, en Europe, au Japon et aux États-Unis, beaucoup de malades atteints d'un SIDA au stade avancé ont repris une vie normale. Dans les pays pauvres, en revanche, comme d'ailleurs chez les groupes démunis des sociétés prospères, l'infection à VIH est un arrêt de mort. Au cours de la décennie écoulée, les « disparités dans l'issue de la maladie » – le sort différent des riches et des pauvres – se sont fortement accentuées (1).

Pourquoi n'est-on pas parvenu à endiguer le VIH/SIDA? Pourquoi les acquisitions de la médecine moderne, et en particulier les polythérapies antirétrovirales, ne bénéficient-elles pas à ceux qui en ont le plus besoin? Ces deux questions ont une seule et même réponse: le SIDA est une maladie qui fait beaucoup plus de ravages dans les milieux marqués par la pauvreté et les inégalités sociales, notamment entre les hommes et les femmes. Il n'est pas facile d'y faire face lorsque le système de santé est tellement affaibli qu'il ne peut plus remplir sa fonction, notamment auprès des minorités et des plus démunis. On voit donc que le VIH/SIDA pose d'urgents problèmes touchant aux droits de l'homme, et plus particulièrement au droit de recevoir des soins (voir Tableau 3.1).

**Figure 3.1** Evolution des taux de décès par VIH corrigés de la structure d'âge, Etats-Unis d'Amérique, 1987-2000



Toutes ces raisons font que le VIH/SIDA est un véritable baromètre de l'état sanitaire actuel de la planète: face à la montée de l'incidence de la maladie et au nombre croissant de décès, l'heure n'est guère à l'optimisme. Il est indispensable que la communauté sanitaire mondiale, guidée par le souci d'assurer l'équité en matière de prévention et de soins, entreprenne une action audacieuse contre le VIH/SIDA.

Après avoir analysé les grandes tendances de l'épidémie d'infection à VIH et passé en revue les moyens de s'attaquer, sur la base de partenariats efficaces, tant à la pandémie qu'à ses causes profondes, ce chapitre examine les succès et les échecs de la lutte contre la maladie infectieuse la plus dévastatrice de la planète, puis il expose les buts à atteindre dans les prochaines années. Il s'agit, entre autres, d'atténuer les disparités dans l'issue du SIDA en permettant à 3 millions de personnes infectées dans le monde en développement d'avoir accès aux polythérapies antirétrovirales d'ici fin 2005, ce qui constitue l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 ». Dans tout cet exposé, il est entendu que les polythérapies antirétrovirales font partie des soins aux personnes atteintes d'infection à VIH/SIDA. Bien que la prévention et la prise en charge énergiques de l'infection à VIH constituent une mesure sanitaire complexe, elles sont néanmoins envisageables, même dans des situations où les ressources sont limitées, et correspondent précisément aux besoins.

## L'épidémie de VIH/SIDA en quelques mots

### Apparition d'une nouvelle maladie

La première description du SIDA remonte à 1981, année où de jeunes adultes jusqu'ici en bonne santé – principalement des citadins de sexe masculin habitant aux Etats-Unis – ont commencé à contracter des infections opportunistes encore jamais observées chez les sujets de cette tranche d'âge. Des infections similaires ont ensuite été décrites en Afrique, dans les Caraïbes et en Europe; la nature épidémique du SIDA n'a alors plus fait de doute. La plupart

de ces jeunes gens sont décédés, donnant lieu à toutes sortes d'hypothèses contradictoires, encore que l'existence d'un agent pathogène véhiculé par le sang ait été soupçonnée de bonne heure. En 1983, la découverte d'un nouvel agent infectieux par le Professeur Luc Montagnier et d'autres chercheurs a confirmé ces soupçons: il s'agissait d'un rétrovirus présentant un tropisme pour les cellules CD4 qui orchestrent l'immunité cellulaire et protègent l'organisme humain contre toutes sortes d'agents pathogènes viraux, mycobactériens et fongiques.

Là où le contrôle des dons de sang était efficace, la transmission liée aux transfusions a pu être éliminée, mais le VIH ne s'est pas laissé facilement barrer la route. Si le préservatif masculin s'est montré capable de faire effectivement obstacle à la contamination par voie sexuelle, on n'a pas tardé à s'apercevoir qu'à lui seul, il n'était pas suffisamment efficace dans des situations où la pauvreté et les inégalités entre hommes et femmes rendaient ces dernières particulièrement vulnérables à l'infection (2). Les femmes, une fois contaminées, transmettaient à leur tour le virus aux enfants qu'elles portaient ou qu'elles allaitaient. L'utilisation de drogues par voie intraveineuse a contribué à introduire le virus dans des zones jusque-là indemnes de l'ancienne Union soviétique et ainsi que dans certaines régions d'Asie. La médiocre qualité des soins – notamment la réutilisation de seringues, aiguilles et autres accessoires médicaux – a également aidé la nouvelle épidémie à s'enraciner.

## La situation actuelle

La communauté sanitaire internationale a-t-elle bien su faire face à cette nouvelle menace pour la santé dans le monde? Malgré des avancées scientifiques remarquables – élaboration de moyens de diagnostic peu coûteux vers le milieu des années 80, séquençage intégral du génome du VIH moins de 15 ans plus tard et mise au point d'une thérapie antirétrovirale efficace en 1995 – le virus a continué à se propager (voir Figure 3.2). On estime qu'au cours de l'année 2002, quelque 5 millions de personnes ont contracté l'infection et que près de 3 millions sont mortes du SIDA.

Partout dans le monde, le VIH se transmet selon un nombre assez limité de mécanismes. C'est un rétrovirus présent dans le sang dont la transmission s'effectue par contact sexuel, transfusion de sang contaminé, utilisation de drogues par voie intraveineuse, non-observation de ce que l'on appelle maintenant dans les milieux médicaux les « précautions universelles » ou encore de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

La charge de morbidité la plus lourde est supportée par le continent africain où la propagation de la pandémie s'accélère sous l'influence de divers facteurs, notamment une pauvreté générale, les inégalités entre hommes et femmes et le fléchissement des systèmes de santé sous le poids de contraintes comme la forte dette extérieure des Etats. Plus de 70 % des personnes actuellement infectées par le VIH vivent en Afrique. La majeure partie des décès imputables au SIDA, soit 28 millions pour l'ensemble du monde fin 2002, se sont produits sur ce continent (3). Dans certains pays africains, l'infection à VIH attise des épidémies de tuberculose, exposant au risque toute la population, quel que soit son statut sérologique. En Afri-

**Tableau 3.1 Couverture de la thérapie antirétrovirale chez les adultes des pays en développement, par Région OMS, décembre 2002**

Régions OMS	Nombre de patients	Besoins estimatifs	Couverture
Région africaine	50 000	4 100 000	1%
Région des Amériques	196 000	370 000	53%
Région de la Méditerranée orientale	3 000	9 000	29%
Région européenne	7 000	80 000	9%
Région de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental	43 000	1 000 000	4%
<b>Ensemble des Régions OMS</b>	<b>300 000</b>	<b>5 500 000</b>	<b>5%</b>

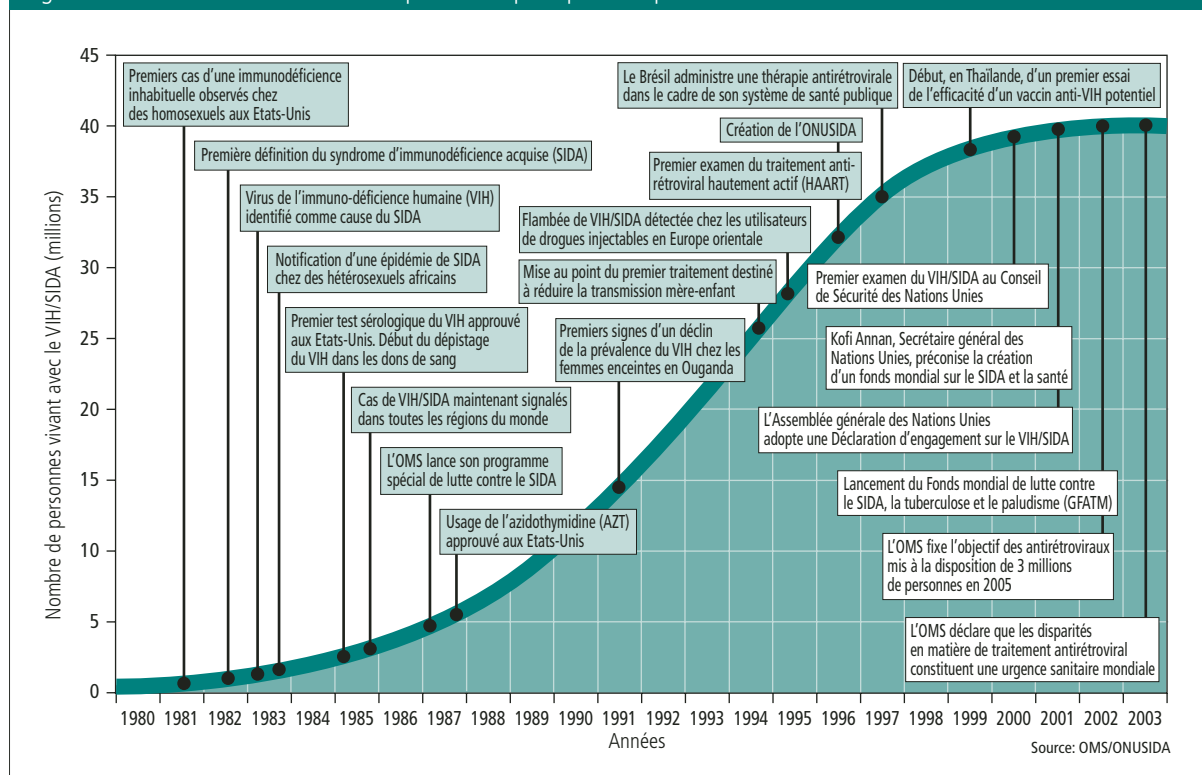
que subsaharienne, la proportion de cas de tuberculose a plus que triplé et nombreux sont ceux qui estiment que la maladie ne pourra être maîtrisée qu'au prix d'un traitement énergétique des malades du SIDA (4).

On continue à débattre de l'importance relative des différents modes de transmission du VIH en Afrique subsaharienne, mais les données disponibles montrent en tout cas que dans cette région, le virus se transmet principalement par voie sexuelle (5). Néanmoins, il est vraisemblable que, sur le continent africain, bien des décès consécutifs au SIDA s'expliquent par les difficultés rencontrées pour faire respecter les précautions universelles dans des établissements de soins surchargés qui manquent de moyens (6). Dans de nombreuses régions, la sécurité des transfusions sanguines n'est toujours pas assurée, ce qui souligne une fois de plus l'importance du contrôle des dons de sang pour l'efficacité de la lutte contre le VIH/SIDA.

Le VIH s'est propagé avec une telle ampleur et à une telle vitesse que, dans beaucoup de pays africains, les progrès de l'espérance de vie ont été réduits à néant (voir chapitre 1). Mais le pire est encore à venir. Les régions pauvres d'Asie, et en particulier les zones à fort peuplement de l'Asie du Sud-Est, sont les dernières à avoir été touchées par l'épidémie naissante d'infection à VIH/SIDA. Au cours des deux dernières décennies, le nombre de cas s'est accru de façon alarmante; la charge de morbidité et de mortalité va prendre des proportions colossales dans la Région si l'on ne parvient pas à freiner ou à inverser la tendance épidémiologique actuelle.

Les pays industrialisés ne sont pas épargnés. C'est en Fédération de Russie et en Ukraine, ainsi que dans d'autres pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, que l'épidémie d'infection à VIH connaît l'extension la plus rapide. Dans ces pays, la maladie est davantage liée à la consommation de drogues par voie intraveineuse, phénomène lui-même tributaire de la vive

Figure 3.2 Le VIH/SIDA : évolution de l'épidémie et principales étapes de la lutte



progression des inégalités sociales (3). Si, en chiffres absolus, le nombre de cas de SIDA reste relativement faible dans l'ancienne Union soviétique, l'épidémie se développe rapidement en Fédération de Russie et dans les autres pays de la Région (voir Encadré 3.1). L'épidémie de tuberculose en milieu carcéral, où l'on observe la présence de souches pharmacorésistantes, va encore être attisée par la vive progression de l'incidence de l'infection à VIH déjà constatée chez les détenus de la Fédération. Seuls un effort énergétique de réduction des dommages sanitaires et un meilleur traitement de la tuberculose sont susceptibles de faire obstacle à une épidémie des temps modernes caractérisée par la rencontre, depuis l'Europe occidentale jusqu'à l'océan Pacifique, de deux maladies liées l'une à l'autre (7).

### Le véritable bilan de l'infection à VIH/SIDA

L'épidémiologie du VIH est instructive, notamment la dynamique du risque, mais elle ne révèle qu'un aspect des choses. Une maladie dont les conséquences pour l'espérance de vie sont si négatives exerce, dans le tissu social des sociétés fortement affectées, des ravages qui dépassent encore les souffrances immédiates endurées par les malades. Donnons-en deux exemples: le SIDA a fait quelque 14 millions d'orphelins en Afrique et dans les pays les plus touchés et il va décimer le corps enseignant, le personnel soignant et les fonctionnaires (8).

Les effets économiques directs de cette désorganisation du corps social sont manifestes. Selon une étude récente de la Banque mondiale, l'Afrique du Sud va connaître un effondrement économique total en l'espace de trois générations si ce pays ne prend pas des mesures efficaces pour lutter contre le SIDA (9). Mais les choses vont bien plus loin que ne le révèlent les évaluations des économistes. D'autres spécialistes des sciences sociales élargissent le champ de l'analyse pour examiner l'impact de la maladie sur tout un ensemble d'événements et de processus. Quelles sont, par exemple, les conséquences sociales de la présence de millions d'orphelins? Dans quelle mesure la disparition de si nombreux parents contribue-t-elle à l'extension des conflits armés et des pathologies sociales qui accompagnent la migration vers les villes et au chômage qu'elle entraîne? Quel est le coût de l'épuisement psychologique constaté dans les professions de santé en Afrique ou dans d'autres régions où le traitement du SIDA n'est pas accessible à ceux qui en ont le plus besoin (10)? La science commence seulement à nous faire entrevoir les dommages socio-économiques de l'infection à VIH/SIDA, qui sont les plus lourds précisément là où l'on est le moins bien préparé à affronter cette nouvelle menace pour la santé et le bien-être.

#### Encadré 3.1 Le VIH/SIDA dans la Région européenne

La Région européenne est celle où l'épidémie de VIH se propage le plus rapidement, et il est probable que la situation ne va faire que s'aggraver. Entre 1995 et 2003, le nombre des infections à VIH nouvellement notifiées en Europe occidentale a doublé pour atteindre près de 170 000 et, en Europe centrale et orientale, il est passé de 27 000 à 320 000. On estime maintenant qu'au moins 1,7 millions de personnes en Europe sont déjà infectées par le VIH.

Cette épidémie de VIH est entretenue par la consommation de drogues par injection qui prend elle aussi les proportions d'une véritable épidémie. Dans l'Ex-Union soviétique, où se trouvent les deux tiers de tous les européens infectés par le VIH, 84 % de tous les cas de VIH dont on connaît le mode de transmission sont imputables à la consommation de drogues par injection. En Europe occidentale, la transmission sexuelle est le mode de transmission le plus courant et c'est chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ainsi que

dans les populations d'immigrants en provenance de pays à fort taux de prévalence que l'on observe le plus grand nombre d'infections.

L'épidémie de VIH/SIDA a radicalement changé depuis ses débuts dans les années 1980. En Europe occidentale, une riposte massive, complète et durable, associée à un financement et à un soutien politique importants de la prévention, du traitement et des soins, a limité la propagation de l'épidémie. Des mesures de prévention généralisées ont contribué à stabiliser et à réduire les taux de transmission et en outre, le traitement antirétroviral est devenu largement disponible. En dépit de ces mesures, l'épidémie de VIH/SIDA fait encore peser une grave menace en Europe occidentale. En Europe orientale, l'insuffisance de l'engagement politique et du financement ainsi que la faible couverture des services de prévention limitent sérieusement l'accès au traitement et aux soins et constituent, avec la forte stigmatisation des groupes à risque, les principales raisons de l'aggravation constante de l'épidémie de VIH.

## La réaction à l'infection à VIH/SIDA: les enseignements des 20 dernières années

Au cours des deux premières décennies marquées par la présence du VIH, on a beaucoup appris sur la meilleure manière de prévenir et d'atténuer les souffrances provoquées par le virus. Il y a eu de grands succès, et d'autres plus modestes, mais aussi d'incontestables échecs dont on a tiré d'importants enseignements. Un certain nombre de tendances se font jour. L'existence de variations locales importantes rend extrêmement hasardeuses les généralisations relatives à la pandémie mondiale de VIH/SIDA. Ce qui est désormais bien établi, c'est la présence d'une série de « sous-épidémies » liées les unes aux autres et qui, chacune, nécessite un train de mesures différent. Par bonheur, ceux qui s'emploient à inverser la tendance peuvent s'appuyer sur l'expérience acquise depuis une vingtaine d'années.

La nécessité d'intégrer la prévention et les soins est l'un des enseignements les plus importants de ces dernières années. Si l'on veut assurer une prévention équitable, il faut que les personnes les plus exposées au risque de contamination bénéficient, où qu'elles vivent, d'informations exactes et adaptées à leur contexte culturel, en même temps que des moyens de prévention existants. L'OMS estime qu'une prévention complète et équitable est l'un des éléments fondamentaux de son action contre le SIDA. Si un certain nombre d'études soulignent la nécessité d'un effort constant en faveur d'une sexualité sans risque et d'une bonne pratique médicale, rien ne confirme l'affirmation selon laquelle un meilleur accès aux soins serait de nature à gêner l'action préventive dans les milieux défavorisés où le VIH fait le plus de ravages. Au contraire, les informations en provenance de programmes de thérapie antirétrovirale en milieu défavorisé, notamment dans le centre d'Haïti et à Khayelitsha (Afrique du Sud), laissent penser que l'amélioration des soins va permettre un renforcement direct de la prévention selon diverses modalités: demande accrue de conseils et de tests volontaires; moindre stigmatisation et possibilité de discussions plus ouvertes sur le VIH/SIDA dans la communauté; ou encore maintien de l'intégrité et de la stabilité économique des familles, ce qui ralentira la croissance des groupes de population exposés au risque tels que les orphelins et les travailleurs du sexe (11-15).

Comment expliquer cette séparation souvent très nette que l'on observe entre la prévention et les soins et qui, dans le monde en développement, a pour conséquence de priver totalement de soins médicaux décentes la plupart des personnes porteuses du VIH? Qu'une thérapie antirétrovirale efficace ait été mise au point en une quinzaine d'années constitue un succès pour certains, mais pour les dizaines de millions de malades qui sont morts des suites du SIDA, la victoire quelle qu'elle soit arrive trop tard. Le fait que le virus et ses divers modes de transmission aient été largement connus bien avant la découverte d'un traitement efficace a contribué, dans les pays riches comme dans les pays pauvres, à séparer les soins de l'action préventive. En Australie, aux Etats-Unis et en Europe, la prévention et les soins constituent deux activités distinctes assurées par des équipes différentes (16). Dans les pays riches, les établissements de soins spécialisés dans le SIDA ne font généralement pas de prévention, alors que dans de nombreux pays pauvres, ce sont les dispensaires qui font de la prévention, même en l'absence de tout soin aux personnes infectées.

Cette séparation a eu des conséquences fâcheuses. Des victoires importantes ont certes été remportées sur le virus, mais leurs retombées ne sont pas équitablement réparties. Malgré un recul remarquable du taux de mortalité corrigé de la structure d'âge chez certains porteurs du virus, des sous-épidémies subsistent ou même s'aggravent dans les pays riches. Comme ailleurs, le taux de transmission du virus dépend de la condition sociale. Dans le sud des Etats-Unis, par exemple, le VIH touche proportionnellement davantage les minorités ethniques des conurbations. La population noire démunie qui habite des régions rurales reliées

par de grandes voies de communication commerciales est également de plus en plus affectée. Selon des recherches effectuées en Caroline du Nord, l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST) est étroitement liée à la présence d'une autoroute inter-Etats (17). Des tendances similaires s'observent dans les régions rurales de l'Afrique et de l'Asie. Même lorsque l'épidémiologie locale est différente, les inégalités sociales entrent toujours dans l'équation du risque d'infection et de l'accès aux soins. Dans les zones urbaines de la Fédération de Russie et de l'Ukraine, la situation contraste avec celle du sud des Etats-Unis, à savoir que l'épidémie qui tend à se développer rapidement est attribuable à la consommation de drogues par voie intraveineuse; les personnes les plus touchées sont les chômeurs et, là encore, les membres des minorités ethniques.

## Intégration de la prévention et des soins

L'action préventive doit être conçue en fonction de l'épidémiologie locale. Là où le VIH est en grande partie transmis par voie sexuelle, des campagnes d'information et d'éducation peuvent sauver des vies. On estime par exemple qu'en Thaïlande, c'est en intervenant avec insistance auprès du personnel militaire et des travailleurs du sexe pour leur faire utiliser des préservatifs que l'on a pu obtenir un nombre de nouvelles contaminations sensiblement inférieur aux prévisions (18). Dans les situations où la transmission du VIH est plutôt liée à la consommation de drogues par voie intraveineuse, les stratégies fondées sur la réduction des dommages (par exemple la fourniture de matériel d'injection propre ou le traitement de la dépendance) se révèlent efficaces (19). Toutefois, dans tous les cas étudiés, la distinction qui est faite entre la prévention et les soins – particulièrement nette dans les pays les plus pauvres où ceux qui auraient besoin de cette prise en charge sont peu nombreux à en bénéficier – nuit à l'efficacité de l'action et accentue la stigmatisation sociale.

Malgré la grande diversité des sous-épidémies, l'intégration de la prévention et des soins est un thème permanent et unificateur de l'action menée par l'OMS. Dans les cas où le VIH/SIDA n'est pas considéré comme un problème privé mais comme une affaire publique, il est possible d'éviter de nouvelles contaminations ou la mort de ceux qui sont déjà infectés grâce à une bonne politique publique. Bien entendu, la charge de travail est beaucoup trop importante en pareil cas pour que la prévention et les soins soient confiés au même personnel. Les cliniciens doivent veiller à utiliser de manière optimale leurs compétences particulières pour le bien des malades. C'est dans le domaine de la prévention, du soutien aux malades, de l'éducation et de la sensibilisation que les militants et les membres de la communauté seront le plus utiles.

Il est difficile de dire que telle ou telle activité de terrain entre exclusivement dans la catégorie « prévention » ou dans la catégorie « soins ». Par exemple, la plupart des gens considéreraient que la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (pTME) entre dans la catégorie « prévention ». Toutefois, la mise en œuvre de programmes de ce genre nécessite souvent l'amélioration des soins prénatals: les initiatives « TME-Plus » prennent la suite de l'intervention préventive initiale avec, si cela est indiqué du point de vue clinique, un traitement antirétroviral des mères VIH-positives qui permet aux femmes non seulement de donner naissance à un enfant en bonne santé, mais encore de rester en vie et de l'élever (20). De même, l'amélioration des soins aux porteurs du virus contribue à atténuer la stigmatisation des malades du SIDA. Ce recul de la stigmatisation sociale suscite un regain d'intérêt pour le conseil et le test VIH volontaires qui constituent la pierre angulaire d'une prévention et de soins efficaces (13). Un certain nombre d'études récentes ont commencé à dresser un catalogue des mécanismes par lesquels un accès plus facile à des soins de qualité permet de renforcer l'action préventive (15).

## L'intégration de la prévention et des soins: quelques réussites

Seuls quelques pays ont pris des dispositions législatives qui garantissent les droits des personnes vivant avec le VIH, et notamment le droit à un traitement efficace. C'est le cas du Brésil, qui a su mener cette entreprise à bonne fin. Ce pays, qui connaît pourtant des inégalités sociales, a été l'un des premiers dans le monde à prendre des mesures pour assurer à tous l'accès gratuit au traitement de l'infection à VIH. Ainsi le SIDA a quitté la sphère privée, celle des familles et des individus, pour devenir une affaire publique. Grâce à une législation novatrice, le Brésil a pu mettre en œuvre le programme le plus important et le plus efficace d'Amérique latine. Il n'est pas exclu que la généralisation de l'accès au traitement antirétroviral ait contribué à faire régresser la stigmatisation des malades et, par voie de conséquence, accru la demande de conseil et de test volontaires. Certes, il est difficile de prouver l'existence d'une relation de cause à effet, mais les projections qui, il y a une dizaine d'années, prévoyaient que le Brésil connaîtrait une épidémie en expansion rapide, ne se sont pas réalisées. Maintenant que le traitement antirétroviral est largement disponible, on note depuis quelques années un recul de l'incidence des infections à VIH: seulement 7361 nouveaux cas d'infection ont été enregistrés au cours des neuf premiers mois de 2001, contre 17 504 en 2000 (21). Le Ministère de la Santé estime que les économies réalisées entre 1997 et 2001 du fait de la baisse du nombre des hospitalisations et des traitements pour infections opportunistes sont de l'ordre de US \$2,1 milliards. Le Brésil n'est pas un cas unique. En 2003, le Mexique a adopté une législation analogue à celle du Brésil et peut raisonnablement escompter un succès similaire (22). Une politique appropriée peut donc avoir un effet thérapeutique indiscutable sur l'infection à VIH/SIDA.

Dans les pays beaucoup plus pauvres que le Brésil ou le Mexique, où l'effort doit porter sur d'autres secteurs, des résultats positifs peuvent tout de même être obtenus. En Haïti, qui est le pays le plus démuné des Amériques, un partenariat conclu entre le secteur public et le secteur privé permet d'offrir, à une population vivant dans le plus complet dénuement, des services de prévention adaptés au contexte culturel et lui fait profiter des derniers progrès en matière de soins. Sur le Plateau central d'Haïti, la prévention et les soins sont intégrés dans le cadre d'un projet parfaitement abouti, malgré sa modeste envergure, et qui a été le premier en 1998 à proposer un traitement antirétroviral dans le contexte communautaire. Comme il y a très peu de médecins et d'infirmières dans les communautés rurales d'Haïti, cette « initiative pour l'équité face au VIH » repose sur des agents de santé communautaires, appelés accom-

### Encadré 3.2 Les accompagnateurs: un exemple de traitement du SIDA dans les zones dépourvues de ressources

L'avènement d'un traitement efficace contre le SIDA a modifié de façon spectaculaire le pronostic de l'infection à VIH dans certaines régions du monde, mais il est rarement disponible là où l'on en a le plus besoin. La plupart des décès en rapport avec le VIH dans le monde en développement d'aujourd'hui surviennent chez des personnes n'ayant jamais été traitées par une association chimiothérapie-antirétroviraux (ARV). Les raisons avancées pour cet échec sont nombreuses, mais deux sont le plus souvent citées: le coût élevé des ARV et l'absence de l'infrastructure requise pour leur utilisation. La première de ces objections devrait tomber car on dispose maintenant d'ARV génériques et le prix des produits de marque commence à chuter.

Reste le problème de l'absence d'infrastructure. L'expérience acquise à Haïti et ailleurs permet de penser qu'il s'agit davantage d'un problème de personnel que d'un problème de laboratoires ou d'infrastructures médicales. Lorsque les médecins et les infirmières font défaut, on trouve souvent un grand nombre d'agents de santé communautaire sous-employés et il arrive parfois que certaines personnes, notamment

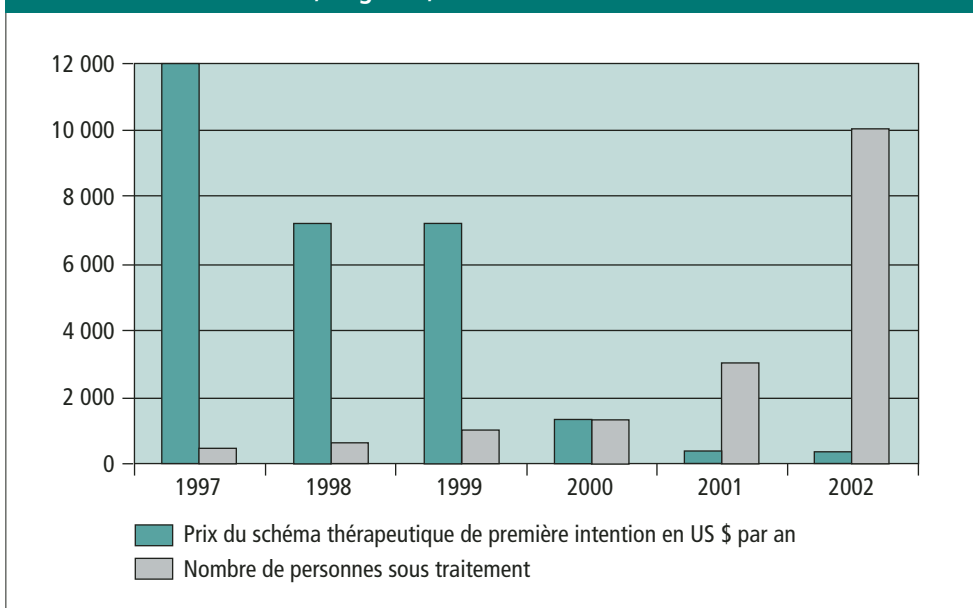
des guérisseurs traditionnels, expriment le désir de recevoir une formation « d'accompagnateurs » pour assister leurs voisins vivant avec le SIDA. La participation de ces personnes, et d'autres agents communautaires, en qualité d'*accompagnateurs* sera essentielle pour atteindre des objectifs de traitement même modestes au cours des années à venir. C'est là un important précédent pour la prise en charge communautaire d'une maladie infectieuse chronique. Les programmes de lutte contre la tuberculose qui notifient les taux de guérison les plus élevés sont souvent ceux qui reposent sur la participation de tels *accompagnateurs* ou d'autres prestataires de soins basés dans la communauté. Le degré de formation nécessaire est minime et l'encadrement de ces *accompagnateurs* peut être assuré par des infirmiers (ères) et des médecins en poste dans des dispensaires. Si ce modèle est largement adopté, des malades souffrant d'autres maladies chroniques peuvent espérer recevoir des soins médicaux de haute qualité, même en l'absence de tout médecin.

pagnateurs, qui rendent chaque jour visite aux malades de leur village. Ces accompagnateurs (dont un certain nombre vivent eux-mêmes avec le VIH) ne s'occupent pas tant d'administrer un traitement sous contrôle direct que de prendre soin de leurs voisins (voir Encadré 3.2).

Ce projet haïtien est remarquable, non seulement par les succès qu'il remporte sur le plan médical et social – réduction de la mortalité et recul de la stigmatisation –, mais aussi par la modicité de son coût. Avec l'arrivée d'antirétroviraux génériques sur le marché, l'initiative pour l'équité face au VIH est passée à l'échelle supérieure et s'étend désormais aux zones difficiles du centre d'Haïti, où il n'y a ni électricité ni routes praticables (23). Les études de séroprévalence donnent à penser qu'en Haïti, l'épidémie d'infection à VIH aurait plutôt tendance à s'étioler (24), encore que l'impact exact des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur la propagation de la maladie reste à déterminer.

L'Ouganda est un autre pays d'une extrême pauvreté où le taux d'infection par le VIH est également en recul. Selon certains, la baisse de la prévalence est le résultat d'une campagne énergique menée par les pouvoirs publics pour donner un coup d'accélérateur aux messages à but préventif. La campagne dite « ABC » est une initiative de marketing social visant à encourager l'abstinence (A), la monogamie (Be faithful: être fidèle) et l'usage du préservatif (Condom) (25). Ceci dit, le recul de la prévalence du VIH en Ouganda met en jeu bien d'autres facteurs que la volonté politique à haut niveau ou des incitations énergiques à utiliser le préservatif, si importants que soient ces deux aspects. Ce qui se passe actuellement en Ouganda découle d'une situation biosociale complexe caractérisée par l'état de guerre, les migrations et bien d'autres événements et processus (y compris, à Kampala et au-delà, un meilleur accès aux thérapeutiques antirétrovirales) qui ne sont pas forcément pris en compte dans la « campagne ABC » (voir Figure 3.3). Il semble que l'émancipation des femmes ait joué un rôle décisif dans l'adoption de comportements sexuels moins risqués. Un certain nombre de groupes appartenant aux milieux associatifs comme la TASO (The AIDS Service Organization) ont également joué un rôle déterminant. D'autre part, il faut noter qu'après la fin des conflits armés, l'Ouganda a été mesuré, grâce à l'aide de la Communauté européenne et d'autres donateurs, d'investir largement dans la reconstruction de son infrastructure sanitaire (26).

**Figure 3.3 Evolution du coût des médicaments ARV et du nombre de personnes sous traitement, Ouganda, 1997-2002**



## Fixer un nouveau programme

S'appuyant sur les arguments qui, comme on l'a vu plus haut, militent en faveur d'une intégration de la prévention et des soins, le présent rapport propose une stratégie audacieuse pour l'action mondiale contre la pandémie de VIH/SIDA. Ce programme va unir les efforts de partenaires appartenant à de nombreux secteurs.

### L'approche fondée sur les droits de l'homme

Certains en sont peut-être arrivés à se méfier d'expressions du genre « adoption d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour combattre le VIH/SIDA », mais cette approche peut justement s'appuyer sur des mesures tout à fait pragmatiques dont l'effet sur la prévention et les soins sera salutaire. Les droits économiques et sociaux, et notamment le droit aux soins de santé, sont au cœur de l'action visant à créer les conditions d'un avenir où le VIH aura relâché son emprise destructrice sur la vie des gens. Il appartient aux gouvernements de donner l'exemple en encourageant la mise en place, pour le VIH/SIDA, d'un modèle de prévention et de soins inspiré par les droits de l'homme.

Encourager une approche du SIDA fondée sur les droits de l'homme ne peut toutefois plus être du ressort exclusif de l'Etat nation, d'autant plus que l'on demande aux gouvernements des pays pauvres, déjà accablés de problèmes, de faire encore plus avec de moins en moins de ressources.

Les organisations de la société civile, et notamment les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA, vont continuer à jouer un rôle fondamental dans la mise en place au niveau local, national et mondial d'un programme de lutte contre le VIH/SIDA fondé sur les droits de l'homme. Pour ce qui est de la prévention, de l'éducation et de la sensibilisation, ces associations sont en première ligne – non seulement dans les pays riches, mais aussi en Afrique du Sud, au Brésil, en Haïti, en Ouganda, en Thaïlande ou ailleurs. Il importe donc de veiller à ce qu'une partie des fonds qui sont alloués à l'action dans le domaine du VIH/SIDA, grâce à des systèmes tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ou dans le cadre d'initiatives bilatérales, aille à ces organisations de la société civile, notamment aux associations communautaires gérées par et pour les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA.

### Les différentes composantes d'une lutte efficace contre le VIH/SIDA

Si l'équité est la seule finalité acceptable, il est vrai néanmoins que l'établissement des priorités représente une étape déterminante dans l'élaboration d'une politique valable. On peut dégager un certain nombre de considérations de la plus haute importance pour la mise en œuvre des projets et des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA dans des situations où les ressources sont limitées.

Une fois de plus, Haïti, l'un des pays les plus pauvres de la planète, nous donne des idées intéressantes. Ni la progression vertigineuse d'épidémies interactives de tuberculose et de VIH/SIDA, ni la pire situation socio-économique des Amériques n'ont empêché ce pays d'élaborer une proposition qui a été retenue par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Dans cette proposition, qui s'inscrit dans le cadre de son plan national de lutte contre le VIH/SIDA, Haïti suggère d'élargir les services intégrés de prévention et de soins (27). Le modèle haïtien propose une mise en œuvre par étape qui commence par l'amélioration du conseil et du test volontaires pour se déployer ensuite dans plusieurs directions. Il s'agit tout d'abord d'offrir un gamme complète de services et d'actions de prévention afin de réduire la transmission dans toutes les situations. Ces activités préventives s'intègrent à des services de soins améliorés destinés aux personnes déjà infectées. Les mesures de prévention comportent une action éducative communautaire adaptée au contexte culturel, la distribution de préserva-

tifs ainsi que le conseil et le test volontaires. Elles portent aussi sur la sécurité des dons de sang et l'observation des précautions universelles, notamment en ce qui concerne les injections.

Le deuxième volet concerne l'amélioration de la santé de la femme et en particulier la possibilité, pour les femmes, de disposer de services de planification familiale et d'accoucher dans de bonnes conditions de sécurité. D'ailleurs, l'amélioration générale de l'état de santé des femmes sera l'une des conséquences indirectes de l'action préventive contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant. De fait, si l'on dispose de meilleures possibilités d'élargissement des programmes pilotes pour la prévention de la TME, il sera plus facile de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la mortalité maternelle.

La troisième composante des services intégrés de prévention et de soins consiste dans l'amélioration du dépistage et du traitement de la tuberculose. C'est là un point important pour les communautés très touchées par les deux maladies car, en pareille situation, dont la presque totalité de l'Afrique australe offre un bon exemple, la tuberculose est la principale infection opportuniste qui frappe les personnes vivant avec le VIH. Le diagnostic et le traitement de toutes les IST – de préférence sur la base d'algorithmes prenant en compte la situation épidémiologique locale – constituent la quatrième et dernière composante de ce modèle. De nombreuses études montrent qu'une meilleure prise en charge des IST réduit le risque de contracter une infection à VIH (28-30).

Les variantes épidémiologiques locales ont toujours constitué un aspect capital du VIH/SIDA, aussi faut-il examiner de près l'applicabilité de tout projet pilote. Un programme local est-il susceptible d'être étendu à l'ensemble du district ou du territoire national? Peut-on le reproduire à l'identique dans d'autres régions fortement touchées et disposant également de ressources limitées? Lorsque c'est la consommation de drogues par voie intraveineuse qui constitue par exemple le mode de transmission principal, l'effort de prévention doit porter essentiellement sur la réduction des dommages. Il est également nécessaire d'accorder une plus grande attention à l'aspect nutritionnel, qui est une composante fondamentale des soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Quant au traitement antirétroviral, il va sans dire qu'il est nécessaire dans toutes les situations. On n'est guère fondé à penser que les différents clades (sous-types) de VIH réagissent différemment à la polychimiothérapie antirétrovirale. Les premières données émanant de petits projets pilotes implantés en Afrique, dans les Amériques et en Asie indiquent que les malades souffrant d'une infection par le VIH à un stade avancé réagissent bien aux antirétroviraux, quels que soient les critères – cliniques ou biologiques – retenus pour apprécier l'efficacité du traitement.

## La contribution de l'OMS à la lutte contre le VIH/SIDA

Combattre les inégalités en matière de risque et d'accès aux soins est l'une des préoccupations essentielles de l'OMS dans son action contre le VIH/SIDA. Dans le rôle élargi qui est maintenant le sien, l'Organisation ne se borne pas, loin de là, à indiquer quelles sont les normes à respecter pour assurer une prévention et des soins efficaces. Aux côtés des pays et de ses partenaires, elle s'attache activement à atteindre les objectifs ambitieux qu'elle s'est fixés, à savoir assurer la prévention et l'accès aux soins dans un souci d'équité. Au sein de ce partenariat, l'OMS occupe une place particulière en ce qu'elle a aussi pour tâche d'assurer l'accès pour tous au traitement, et le 22 septembre 2003, elle a officiellement déclaré que la lutte contre l'inégalité d'accès aux thérapies antirétrovirales constituait une urgence sanitaire mondiale.

L'OMS, l'ONUSIDA et leurs principaux partenaires – les gouvernements des pays concernés, les autres organisations du système des Nations Unies, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA – sont en train de se mobiliser pour faire face à cette urgence

sanitaire. Ces groupes se sont tous ensemble engagés à assurer, d'ici fin 2005, un traitement antirétroviral à 3 millions d'habitants des pays en développement qui vivent avec le VIH/SIDA.

C'est une voie semée d'embûches qui mène à cet ambitieux objectif des « 3 millions d'ici 2005 », proposé pour la première fois en 2001 (31), mais l'unité d'action est un gage de réussite. En consultation avec d'autres spécialistes, l'équipe de l'OMS en charge du VIH/SIDA a élaboré une stratégie mondiale pour atteindre cet objectif. En déclarant que la difficulté d'accès au traitement antirétroviral constituait une urgence sanitaire mondiale, l'OMS s'est totalement engagée à soutenir plus rapidement et plus vigoureusement les pays pour leur permettre de franchir l'étape critique du passage à l'échelle supérieure. Dans la ligne de sa politique d'intervention en cas d'urgence, l'OMS a décidé d'organiser comme suit son programme d'action contre le VIH/SIDA:

- Sur demande des gouvernements concernés, **des équipes d'intervention d'urgence** seront mises à la disposition des pays les plus durement touchés par le VIH/SIDA où il est nécessaire de combler sans délai les lacunes en matière de traitement. Avec le soutien et la participation des partenaires du système des Nations Unies et des organisations non gouvernementales, ces équipes collaboreront avec les responsables du traitement et procéderont à une évaluation rapide des obstacles et des éléments favorables à la réalisation de l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 ».
- **Un dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments et produits diagnostiques pour le SIDA** sera mis sur pied pour permettre aux malades de se procurer plus facilement des médicaments et autres produits de qualité à un prix modique. Ce dispositif aidera les organismes d'exécution à négocier l'achat et le financement des médicaments et à obtenir la meilleure qualité au meilleur prix. On aura ainsi éliminé l'un des obstacles les plus importants auxquels les pays ont à faire face et économisé du temps et des efforts.
- **Des principes directeurs simplifiés pour le traitement** seront publiés en décembre 2003 afin de faciliter l'administration des antirétroviraux. Pour réaliser l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 », il est nécessaire d'établir des schémas thérapeutiques standard de première et de seconde intention qui soient valables pour le monde entier.
- En même temps, **des normes universelles et des outils simplifiés** seront publiés afin d'évaluer les progrès et l'impact effectif des programmes de traitement antirétroviral tout en surveillant également l'évolution de la pharmacorésistance.
- **Un élargissement rapide de la formation et du développement des compétences des professionnels de la santé** va se mettre en place. Ces personnels apprendront à administrer un traitement antirétroviral simplifié et normalisé. L'OMS apportera un soutien à ceux de ses partenaires qui participent déjà à la formation du personnel et collaborera avec les pays à la constitution d'un corps de formateurs suffisamment nombreux et compétents pour développer la capacité nationale en matière de traitement antirétroviral.
- En ce qui concerne **les appels de fonds**, l'OMS collaborera avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires. Pour réaliser l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 », il faut non seulement assurer le financement des médicaments, mais encore investir massivement dans la formation et dans le renforcement des services de santé des pays. Le renforcement des services de santé aura des effets bénéfiques non seulement sur l'administration du traitement antirétroviral, mais aussi sur les autres prestations sanitaires.

### Investir dans de bons services de prévention et de soins

Dans bien des situations où le VIH/SIDA fait le plus de ravages, les programmes de santé publique, déjà réduits à la portion congrue, se retrouvent gravement affaiblis. Sous la conduite de l'OMS, c'est un avenir tout à fait nouveau qui va prendre forme, dans lequel l'accès à des services de haute qualité en matière de prévention et de soins ne dépendra plus de la

condition sociale. En regroupant le traitement et la prévention, et en associant l'effort de lutte contre le VIH/SIDA à ceux qui sont déjà déployés pour combattre d'autres problèmes sanitaires chroniques et complexes, l'OMS espère obtenir un « effet multiplicateur »: les investissements nécessaires à la mise en place et à l'extension de services intégrés de prévention et de soins se révéleront tout à fait bénéfiques pour d'autres actions dans le domaine de la santé publique, voire de l'éducation. Si le passage des projets thérapeutiques pilotes à l'échelle supérieure se fait dans de bonnes conditions, les retards seront comblés, des années de négligence seront rattrapées et les services de santé en sortiront renforcés. L'intégration de la prévention et des soins aura des retombées bénéfiques qui seront très utiles à la communauté sanitaire mondiale lorsqu'elle devra s'attaquer aux vieux problèmes – comme les maladies négligées des populations démunies – et affronter de nouveaux défis.

## Intervenir d'urgence face à une urgence mondiale

La persistance des maladies susceptibles d'être éradiquées, qui vont de la poliomyélite à la rougeole, nous rappelle que la communauté sanitaire mondiale n'a pas su utiliser les moyens dont elle disposait pour mettre fin à des problèmes qui n'étaient pourtant pas sans solution. Les nouvelles maladies et les nouveaux défis qu'il nous faut maintenant affronter, du SIDA et du SRAS au paludisme et à la tuberculose pharmacorésistants, sont la preuve qu'en négligeant l'infrastructure sanitaire, les pays et les communautés prennent tous un risque. Il faut repenser chacune de ces maladies comme un problème de santé publique dans lequel s'attaquer aux causes de la souffrance individuelle engendre des effets bénéfiques pour une collectivité plus large.

Toutefois, il ne suffit pas de reconceptualiser la prévention et le traitement du VIH/SIDA pour trouver une issue à la crise. Au rythme actuel, la progression est insuffisante pour que les objectifs – et notamment celui des « 3 millions d'ici 2005 » – puissent être atteints. Si les besoins en matière de traitement ne font pas réagir la communauté sanitaire mondiale par des mesures exceptionnelles comme elle le fait devant d'autres urgences, on ne pourra pas triompher de ce redoutable ennemi. L'OMS a pris l'engagement de faire face à cette urgence sanitaire mondiale par une action immédiate. Face au SIDA, la routine n'est plus de mise.

Pour pouvoir s'attaquer à des problèmes de santé publique aussi pressants que le VIH/SIDA, un surcroît important de ressources est nécessaire. En affrontant plus audacieusement le problème, on sera amené à renforcer les soins de santé primaires selon les principes énoncés à Alma-Ata en 1978. Mais cela va exiger des donateurs internationaux et des pays eux-mêmes un investissement plus important dans le secteur de la santé. On dispose désormais de connaissances et de moyens suffisants pour éviter la majorité des nouvelles infections et des nouveaux décès. En faisant un meilleur usage des moyens existants et en consacrant de nouvelles ressources à la solution d'un problème nouveau qui ne cesse d'empirer, l'OMS va travailler dans l'urgence afin d'aider les pays à corriger les inégalités qui subsistent dans l'accès aux thérapeutiques confirmées.

Si elle est correctement menée, cette action d'urgence peut déboucher sur des progrès durables. Œuvrer pour l'équité dans la prévention et un meilleur accès aux soins, c'est aussi apporter une multitude d'effets bénéfiques, et notamment faire reculer les inégalités, tant sociales que médicales, qui menacent la paix et la stabilité fragiles dont jouit la communauté mondiale.

---

Dans le chapitre 3, nous avons montré que, s'il est trop tôt pour envisager un monde débarrassé du SIDA, il est temps en revanche d'en prendre le chemin en s'inspirant d'initiatives hardies prises par le passé. En effet, qui aurait pu croire, il y a cinquante ans, que l'on viendrait à bout de la poliomyélite? Ce sera pourtant une réalité d'ici quelques années. L'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite est justement le sujet du chapitre 4.

## Bibliographie

1. Farmer P, Walton DA, Furin JJ. The changing face of AIDS: implications for policy and practice. In: Mayer K, Pizer H. *The emergence of AIDS: the impact on immunology, microbiology, and public health*. Washington, D.C., American Public Health Association, 2000.
2. *Workshop summary: scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention, 20 July 2001, Herndon, VA, USA*. Atlanta, Géorgie (Etats-Unis d'Amérique), US National Institutes of Health and the Centers for Disease Control and Prevention, 2001 (<http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>, consulté le 25 septembre 2003).
3. *Le point sur l'épidémie de SIDA: décembre 2002*. Genève: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2002.
4. Williams BG, Dye C. Antiretroviral drugs for tuberculosis control in the era of HIV/AIDS. *Science* [en ligne], 14 août 2003 ([http://aidscience.org/Science/Williams\\_and\\_Dye\\_10\\_1126-science\\_1086845.htm](http://aidscience.org/Science/Williams_and_Dye_10_1126-science_1086845.htm), consulté le 25 septembre 2003).
5. *Les rapports sexuels non protégés sont le principal mode de transmission du VIH en Afrique souligne un groupe d'experts. Déclaration d'un groupe d'experts de l'OMS et de l'ONUSIDA, le 14 mars 2003*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://www.who.int/mediacentre/statements/2003/statement5/fr>, consulté le 26 septembre 2003).
6. Brewer D et al. Mounting anomalies in the epidemiology of HIV in Africa: cry the beloved paradigm. *International Journal of STD and AIDS*, 2003, 14:144–147.
7. Program in Infectious Disease and Social Change. *The global impact of drug-resistant tuberculosis*. Boston, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard Medical School et l'Open Society Institute, 1999.
8. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*. Genève, ONUSIDA/Organisation mondiale de la Santé, 2002.
9. Bell C, Devarajan S, Gershach H. *The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2003 ([http://www1.worldbank.org/hiv\\_aids/docs/BeDeGe\\_BP\\_total2.pdf](http://www1.worldbank.org/hiv_aids/docs/BeDeGe_BP_total2.pdf), consulté le 26 Septembre 2003).
10. Raviola G et al. HIV, disease plague, demoralization, and "burnout": resident experience of the medical profession in Nairobi, Kenya. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2002, 26:55–86.
11. Médecins sans Frontières Afrique du Sud, Département de la Santé publique à l'Université du Cap, Administration provinciale de l'ouest du Cap, Afrique du Sud. *Antiretroviral therapy in primary health care: experience of the Khayelitsha programme in South Africa*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
12. Farmer P et al. Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy) [Traitement communautaire des stades avancés de l'infection à VIH: introduction du DOT-HAART (traitement antirétroviral hautement actif sous surveillance directe)]. *Bulletin of the World Health Organization* 2001;79 (12): 1145-1151 (résumé en français).
13. Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet*, 2001, 358:404–409.
14. Egger M et al. Promotion of condom use in a high-risk setting in Nicaragua: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2000, 355:2101–2105.
15. Blower S, Farmer P. Predicting the public health impact of antiretrovirals: preventing HIV in developing countries. *AIDScience* [en ligne], 2003, 3 (<http://aidscience.org/Articles/AIDScience033.asp>, consulté le 25 septembre 2003).
16. Katz MH et al. Impact of highly active antiretroviral treatment on HIV seroincidence among men who have sex with men: San Francisco. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:388–394.
17. Cook RL et al. What's driving an epidemic? The spread of syphilis along an interstate highway in rural North Carolina. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:369–373.
18. Ainsworth M et al. AIDS and public policy: the lessons and challenges of "success" in Thailand. *Health Policy*, 2003, 64:13–37.
19. *Harm reduction approaches to injecting drug use*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<http://www.who.int/hiv/topics/harm/reduction/en/>, consulté le 25 septembre 2003).
20. *MTCT plus: expanding HIV/AIDS care in resource-limited settings*. Mailman School of Public Health, Université Columbia (<http://www.mtctplus.org/>, consulté le 25 septembre 2003).
21. *Boletim Epidemiológico – AIDS [Bulletin épidémiologique – SIDA]*. Ministère de la Santé, Gouvernement du Brésil, 2001 ([http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol\\_set\\_2001/tab1.htm](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol_set_2001/tab1.htm), consulté le 25 septembre 2003).
22. *Mexico: Fox vows AIDS patient subsidies*. *AIDScience* [en ligne], 6 août 2003 (<http://aidscience.org/Newsarticle.asp?Article=3101>, consulté le 29 septembre 2003).
23. Mukherjee J et al. *Access to treatment and care: Haiti experience*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

24. *Fiche épidémiologique sur le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles: Haïti. Mise-à-jour 2000 (révisée)*. Genève, ONUSIDA/Organisation mondiale de la Santé (<http://www.unaids.org>, consulté le 25 septembre 2003).
25. Green T. ABC or A through Z? *AIDSLink* [en ligne] 81, 1<sup>er</sup> septembre 2003 (<http://www.globalhealth.org/publications/article.php?id=1032>, consulté le 25 septembre 2003).
26. Hogle J et al. *What happened in Uganda? Declining HIV prevalence, behavior change, and the national response*. Washington, D.C., Center for Population, Health and Nutrition, USAID Bureau for Global Programs, Field Support and Research, 2002 (<http://www.eldis.org/static/DOC10759.htm>, consulté le 25 septembre 2003).
27. *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: fact-sheet*. Genève, Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (<http://www.globalfundatm.org/proposals/round1/fsheets/haiti.html>, consulté le 25 septembre 2003).
28. Behets FM, Desormeaux J, Joseph D. Control of sexually transmitted diseases in Haiti: results and implications of a baseline study among pregnant women living in Cité Soleil shantytowns. *Journal of Infectious Diseases*, 1995, 72:764–771.
29. Smith-Fawzi MC et al. Prevalence and risk factors of STDs in rural Haiti: implications for policy and programming in resource-poor settings. *International Journal of STDs and AIDS*, 2003 (sous presse).
30. Grosskurth H et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet*, 1995, 346:530–536.
31. Schwartlander B et al. Resource needs for HIV/AIDS, *Science*, 2001, 292:2434–2436.

