



La Cible «3 millions d'ici 2005»

3 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA TRAITÉES D'ICI 2005 – FAISONS-LE

Le bulletin «3 millions d'ici 2005» de l'Organisation mondiale de la Santé vise à donner des instantanés des activités menées de par le monde pour améliorer l'accès aux traitements et à la prévention du VIH/SIDA, conformément à la cible consistant à traiter 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA d'ici à la fin de 2005. On trouvera d'autres renseignements sur l'initiative «3 millions d'ici 2005» et sur l'objectif ultime d'un accès universel aux traitements antirétroviraux sur www.who.int/3by5

EN BREF

L'OMS lance un plan VIH et publie un rapport d'avancement et des profils pays

Le Plan de l'OMS sur le VIH/SIDA «Investir dans une réponse globale du secteur santé au VIH/SIDA» a été lancé à la Conférence internationale de Bangkok sur le SIDA. Ce plan décrit le cadre stratégique et les ressources spécifiques à l'OMS pour ses travaux dans le domaine du VIH/SIDA en 2004-2005, et présente le rôle de l'OMS dans l'extension du traitement et des soins et dans l'accélération de la prévention. Il précise le rôle joué par les différents niveaux de la structure de l'OMS, ainsi que les ressources financières et humaines qui leur sont allouées.

Le premier rapport d'avancement «3 millions d'ici 2005», détaillant les résultats des six premiers mois depuis le lancement de cet objectif en décembre 2003, a lui aussi été présenté à la Conférence.

C'est encore à cette occasion qu'a été publiée la première édition de 26 profils pays, instrument pratique élaboré en collaboration avec les gouvernements et les représentations dans les régions et pays. Ces profils résument les informations essentielles relatives au traitement et aux soins du VIH dans chaque pays, et constitueront un important outil de travail au niveau des pays à mesure que ceux-ci étendront leur réponse au VIH/SIDA. Ils contribueront à guider les pays dans le suivi des progrès accomplis et dans la clarification des rôles entre partenaires. Ils seront mis à jour fréquemment, suivant l'évolution de la situation dans chaque pays. D'autres profils pays viendront s'ajouter à l'ensemble.

Le Plan VIH, le rapport d'avancement et les 26 profils pays sont disponibles sur le site de l'OMS :

http://www.who.int/entity/3by5/en/HIV_AIDSplan.pdf

<http://www.who.int/3by5/en/Progressreport.pdf>

<http://www.who.int/entity/3by5/countryprofiles/en/>

Nouvelles directives sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

L'OMS a publié début juillet de nouvelles directives soulignant l'efficacité des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH par des mères séropositives à leurs enfants. Ces directives prennent en compte les informations les plus récentes concernant la sécurité et l'efficacité des différents schémas thérapeutiques, ainsi que les préoccupations concernant la résistance à certains médicaments employés, dont la névirapine.

On trouvera ces directives en ligne sur : <http://www.who.int/hiv/pub/mctc/guidelines/en/>

A L'AFFICHE

XVe Conférence Internationale sur le SIDA: «3 millions d'ici 2005» sous les projecteurs

Les progrès vers les «3 millions d'ici 2005», l'accélération de l'accès au traitement et à la prévention du VIH/SIDA, l'extension du dépistage et du conseil, tous ces sujets ont figuré au premier rang dans les débats de la XVème Conférence internationale sur le SIDA qui s'est tenue à Bangkok (Thaïlande) du 11 au 16 août 2004.

Parmi les éléments de la conférence, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA ont dévoilé le premier rapport d'avancement de l'initiative «3 millions d'ici 2005».

Le rapport montre comment se sont assemblées, dans les six premiers mois du lancement de cette stratégie, les pièces maîtresses nécessaires à l'amélioration de la disponibilité des traitements du SIDA auprès des populations. Il fait état des progrès notables accomplis en termes d'engagement politique, de soutien technique aux pays, de lancement d'efforts de formation à grande échelle, et de baisse générale des prix des médicaments.

«C'est là le résultat des efforts de nombreux partenaires, comprenant les gouvernements, les donateurs, les organismes multilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organisations confessionnelles, le secteur privé, et les personnes vivant avec le VIH/SIDA», a déclaré le Dr LEE Jong-wook, Directeur général de l'OMS. «Mais il reste bien davantage à accomplir.»

On estime que dans le monde en développement, 440 000 personnes reçoivent actuellement des traitements antirétroviraux (TARV). Ce chiffre a doublé par rapport à l'époque de la Conférence de Barcelone, il y a deux ans, mais n'atteint toujours pas le seuil des 500 000, objectif de l'initiative «3 millions d'ici 2005» pour la fin juin 2004.

«Nous allons dans le bon sens, mais trop lentement», a indiqué le Dr Jim Yong Kim, Directeur du VIH/SIDA à l'OMS. «Maintenant que l'engagement, un financement conséquent et les pièces maîtresses sont en place, nous avons 18 mois pour y parvenir.»

S'exprimant devant l'assemblée, M. Kim a vanté l'excellent travail des militants, des gouvernements et des partenaires, et a exhorté tous les intéressés à s'unir et à «travailler comme des fous» pour sauver des millions de vies.

«Nous savons comment prévenir le VIH/SIDA, nous savons comment traiter le SIDA, et nous savons comment soigner les personnes vivant avec le SIDA. Le monde a désormais une possibilité et une responsabilité. À nous d'en faire une réalité», a-t-il dit.

Prévenir, dépister, traiter

Avec 5 millions de nouvelles infections chaque année, l'une des questions clés de la Conférence était celle de la meilleure liaison possible entre la prévention et les efforts d'accélération des traitements.

«Il ne suffit pas de se contenter de dire que traitement et prévention vont ensemble; il nous faut identifier et développer les nouvelles occasions de prévention qui se présentent, à mesure que le traitement se fait plus largement accessible», a dit le Dr Isabelle de Zoysa, Conseiller principal du Sous-directeur général de l'OMS pour la santé familiale et communautaire.

Pour l'OMS, assurer que les personnes soient conscientes de leur statut VIH et conseillées sur la manière de se protéger et de protéger leurs partenaires constitue une intervention essentielle qui jette un pont

suite en page 2 ➔



Le Dr Jim Yong Kim, de l'OMS, aux côtés des militants des traitements lors du lancement de la campagne «Connaissez votre état»

entre prévention et traitement. À l'heure actuelle, moins de 10% des 38 millions de personnes porteuses du VIH dans le monde sont conscientes de leur état.

Pour résoudre ce problème, l'OMS et l'ONUSIDA ont annoncé un changement dans la politique de dépistage du VIH, faisant appel à une offre systématique de dépistage du VIH. Dans ce schéma, les patients se présentant en clinique et en chirurgie pour diverses raisons médicales, dont la tuberculose et les soins prénatals, se voient proposer un dépistage VIH de routine, tout en pouvant toujours choisir de le refuser. Cette politique vise à rendre plus facile aux personnes de connaître leur état et de prendre les mesures appropriées pour éviter de nouvelles infections.

La Conférence constituait la tribune idéale pour lancer une nouvelle campagne destinée à étendre le dépistage et le conseil. Fondée sur une expérience réussie au Brésil, la campagne «Connaissez votre état» encourage les personnes à se faire tester, avec le slogan «il faut savoir». Cette campagne majeure associe l'OMS à l'ONUSIDA et à la Coalition mondiale des entreprises dans la promotion de l'adoption du dépistage et du conseil, notamment dans les pays où les TARV sont rendus accessibles à grande échelle. Le but est de travailler avec autant de partenaires que possible, y compris l'Organisation internationale du Travail (OIT) et le secteur public, pour rendre les populations conscientes des avantages d'une connaissance précoce de leur état sérologique, et pour favoriser le débat et la discussion au sein des communautés afin de combattre ouvertement la stigmatisation et la discrimination.

Un million de dollars UN pour soutenir la préparation au traitement dans les communautés



Étant donné les obligations à vie qu'entraîne la prise d'un traitement antirétroviral, la préparation et la formation avant le début du traitement sont essentielles au maintien de l'observation du traitement.

Dans le cadre d'un «Programme de préparation au traitement» nouvellement établi, l'OMS consacre jusqu'à 1 million de \$ US à appuyer des activités de préparation au traitement du VIH/SIDA dans les communautés, pour contribuer davantage encore à atteindre la cible «3 millions d'ici 2005».

Faisant appel à la concurrence, l'OMS passera contrat avec des organisations qui mèneront ensuite des activités de préparation au traitement, notamment des projets de connaissance du traitement et des initiatives militantes de la société civile.

L'OMS a invité à concourir des candidats ayant une approche globale et des capacités locales dans les pays les plus touchés du monde. «Nous espérons que ce programme verra des organisations s'associer dans cette activité et créer sur le terrain de nouvelles ouvertures dynamiques et stimulantes», a indiqué Ted Karpf, qui centralise le programme à l'OMS.

Les organisations intéressées à postuler pour des subventions ont été invitées à soumettre des offres pour concevoir et exécuter le programme. Toute organisation ayant son siège dans un État membre de l'OMS et possédant la capacité, les réseaux et l'intérêt pour ce travail est invitée à présenter son projet.

La date limite de remise des offres a été fixée au 31 août 2004. Suivra un processus objectif d'étude des dossiers, qui se déroulera à Genève du 1er septembre au 1er octobre 2004. Le soumissionnaire retenu se verra notifier sa sélection avant le 15 octobre 2004. Le processus comprendra une évaluation des offres sur la base des éléments énoncés dans l'avis d'appel d'offres «Programme de préparation au traitement». Cette étude objective a pour but de déterminer lesquels des soumissionnaires seront le mieux à même de refléter les termes et les valeurs du programme.

L'annonce publique des organisations retenues sera faite à la fin octobre 2004.

Pour toute autre information, prière de contacter Ted Karpf à l'adresse karpft@who.int, ou de téléphoner au +41 22 791 1993.

EN BREF

Un forum régional de partenaires pour appuyer «3 millions d'ici 2005»

À la suite de la réunion mondiale des partenaires de l'initiative «3 millions d'ici 2005», en mai 2004, des partenaires régionaux essentiels d'Afrique orientale et australe ont constitué un forum pour promouvoir l'initiative «3 millions d'ici 2005» dans la région. Ce forum de partenaires vise à garantir une meilleure coordination des activités relatives à l'accès au traitement, à assurer en commun la promotion de la cause et la mobilisation des ressources, et à partager les expériences vécues. Le Partenariat régional OMS/AFRO sur le SIDA et l'équipe régionale de soutien de l'ONUSIDA feront office de secrétariat du forum.

Parmi ses actions immédiates, celui-ci compte renforcer les engagements auprès des organisations intergouvernementales régionales pour faciliter l'extension des programmes nationaux d'accès aux traitements, convoquer des consultations d'experts pour combler les failles en matière d'orientation technique et de programmes, et renforcer l'engagement et le soutien de la société civile. Le forum tentera également de faire en sorte que la mise en œuvre opérationnelle de l'accès aux traitements soit assurée au sein d'une stratégie nationale unique, supervisée par une autorité nationale unique, disposant d'un ensemble d'indicateurs harmonisés de suivi-évaluation, et entreprendra des études afin d'analyser les flux de ressources dans la région.

Pour tout autre renseignement, prière de contacter ShuShu Tekleheimanot, tekleheimanots@whoafr.org ou Mark Stirling, stirlingm@unaids.org.

Un appel pressant: faire de la TB une priorité

M. Nelson Mandela, ancien président d'Afrique du Sud, a exhorté la communauté mondiale concernée par le SIDA à affronter avec détermination la co-infection TB/VIH, faute de quoi la bataille contre le SIDA pourrait être perdue. «Nous ne pourrions pas gagner la bataille contre le SIDA si nous ne combattons pas la TB. Trop souvent, la TB est une condamnation à mort pour les personnes vivant avec le SIDA. Ce n'est pas là une fatalité», a-t-il dit à la Conférence internationale sur le SIDA. Soulignant l'importance de la lutte contre les co-infections, il a déclaré que les ressources consacrées au dépistage et au traitement de la TB sont d'une insuffisance criante, alors que le monde dispose d'un traitement depuis plus de 50 ans.

La recherche sur la co-infection TB/VIH a reçu un coup de fouet lors de la Conférence, avec un don de 45 millions de dollars de la fondation Bill & Melinda Gates. L'organisation a indiqué que cet argent servirait à financer des études sur les stratégies de lutte contre la TB dans les zones fortement infectées par le VIH.

Des actions en collaboration touchant au VIH et à la TB pourraient revêtir une importance majeure pour le succès de l'initiative «3 millions d'ici 2005». La fourniture de VCT de haute qualité, accessibles à travers des programmes DOTS employant des tests rapides du VIH et liés à une gamme complète de mesures de prévention, de soins et de soutien, devrait accroître fortement le nombre de personnes conscientes de leur statut VIH, ce qui, selon les estimations du département Halte à la tuberculose de l'OMS, pourrait apporter chaque année 500 000 candidats aux traitements ARV.

EN BREF

Formation et certification de personnels soignants et communautaires

Le grave manque de personnel de santé dans un grand nombre des pays les plus touchés par le SIDA constitue un défi majeur pour les pays s'efforçant d'élargir l'accès aux traitements. Afin d'inverser cette tendance de façon réaliste, il est nécessaire de former environ 100 000 personnels soignants communautaires pour aider à l'accélération des traitements et aux services de prévention.

En juin 2004, des partenaires de l'initiative «3 millions d'ici 2005», représentant près de 50 organisations, se sont rassemblés pour une réunion de consensus sur la formation et la certification des personnels soignants et communautaires, mettant l'accent sur l'importance de décaler les efforts d'extension de la fourniture de TARV et de formation des personnels soignants et communautaires des hôpitaux centraux vers les établissements de santé dans les zones plus rurales.

Un domaine critique était celui de l'identification des compétences essentielles à l'administration des TARV. Les participants ont accueilli favorablement l'idée de simplifier la formation pour permettre aux personnels soignants et communautaires dans les zones rurales de remplir un rôle central dans l'extension des traitements, et ont souligné qu'une reconnaissance professionnelle et financière devait s'ensuivre.

Les participants ont également débattu de la certification, qui devrait comprendre une évaluation des connaissances et des compétences, aussi bien que des exigences en matière de contact avec les patients, mais ont reconnu que, malgré son importance, la certification ne devrait pas faire obstacle à la diffusion des TARV. Il a été suggéré que la certification pourrait être introduite par étapes, en y incluant des évaluations et des composantes plus complexes dans une phase ultérieure. D'autres discussions seront nécessaires avec les régulateurs, les gouvernements et les associations professionnelles, concernant le transfert de tâches à des personnels de santé moins qualifiés et pour la certification des personnels de tous niveaux.

Cette consultation sera suivie à la fin août par la publication des compétences essentielles pour les personnels soignants et communautaires impliqués dans l'administration des TARV, et de recommandations pour le démarrage de programmes de certification à l'intention de ces personnels.

Des allocations du fonds mondial pour assurer 932 000 TARV

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a approuvé à la fin juin un financement permettant de procurer le traitement ARV à près d'un million de personnes sur les cinq prochaines années.

Dans sa dernière série d'approbations (la quatrième), le Conseil d'administration du Fonds mondial a engagé au total sur deux ans 968 millions de \$ US de nouvelles subventions à des programmes couvrant ses trois domaines de pathologies. Ce montant porte le total des engagements du Fonds mondial, pour toutes les séries et sur la première phase de deux ans du programme, à 3 milliards de \$ US et à un total projeté de 1,6 millions de personnes sous TARV pour tous les programmes à ce jour.

suite en page 4 ➔

Les groupes religieux : Des partenaires essentiels dans la lutte contre le SIDA

Les organisations religieuses ont un rôle crucial à jouer dans l'initiative «3 millions d'ici 2005» pour accélérer le traitement et la prévention du VIH/SIDA, en raison de leur influence à l'intérieur des communautés et de leur capacité de toucher les zones rurales et difficiles d'accès. Depuis des siècles, les groupes religieux sont des soignants de premier plan dans les communautés. En Afrique, par exemple, jusqu'à 40% des soins médicaux sont assurés par des organisations et communautés religieuses.

À la Conférence internationale de Bangkok sur le SIDA, les groupes religieux ont été accueillis à part entière dans les débats internationaux sur le VIH et le SIDA.



Le révérend Canon Gideon Byamugisha s'est adressé à la conférence en séance plénière

«Depuis Barcelone, beaucoup de travail a été accompli pour faire en sorte que les voix et réflexions des groupes religieux se fassent entendre [à Bangkok], et ces voix représentent un large spectre de perspectives», a déclaré Ann Smith, chargée du programme VIH à la Catholic Agency for Overseas Development (CAFOD).

Pour la première fois, un leader religieux s'est adressé à une conférence en séance plénière. Le révérend Canon Gideon Byamugisha, prêtre anglican ougandais séropositif, a remercié les délégués de reconnaître «les forces et les passerelles uniques que nous pouvons apporter à la table du partenariat international contre la stigmatisation, la honte, la dénégation, la discrimination, l'inaction, la faute, liées au VIH et au SIDA».

Le révérend Byamugisha a admis que certains groupes religieux n'en avaient pas assez fait pour mériter leur place à cette table. «Beaucoup parmi nous n'ont encore que des connaissances insuffisantes et incorrectes. Nous avons des attitudes inadéquates envers le VIH/SIDA et les personnes qui vivent avec lui. Certains d'entre nous adoptent encore des discours et des approches de condamnation et de stigmatisation du VIH/SIDA», a-t-il déclaré.

Soulignant le rôle essentiel que peuvent jouer les organisations religieuses dans l'extension du traitement et de la prévention, le pasteur a indiqué : «Nous disposons au sein des communautés d'une présence et d'une capacité d'accès uniques. Nous possédons des structures et des programmes uniques, qui sont déjà en place. Nous sommes disponibles. Nous sommes fiables. Et nous sommes durables. Nous étions là bien avant que le SIDA n'apparaisse, et nous serons toujours là quand il disparaîtra.»

Parmi les nombreux événements qui ont marqué la présence des groupes religieux pendant la conférence, les leaders religieux présents ont approuvé une «déclaration d'engagement» promettant pour les mois à venir une intensification du travail sur le VIH et le SIDA.

Le sommet des chefs des Églises africaines s'engage dans l'initiative «3 millions d'ici 2005»



Le révérend Dr. H. Mvume Dandala, Secrétaire général de l'AACC (à gauche), et le très révérend Nyansanko Ni-Nku, Président de l'AACC (à droite)

Dans les semaines qui ont précédé la Conférence internationale sur le SIDA, les leaders des Églises africaines ont déclaré leur engagement en faveur de la cible «3 millions d'ici 2005», et annoncé qu'ils rendraient les traitements accessibles dans les établissements de santé appuyés par les églises.

«Nous rendrons le traitement disponible dans les hôpitaux, les consultations, les dispensaires et les postes de santé des missions», a indiqué le très révérend Nyansanko Ni-Nku, Président de la Conférence panafricaine des Églises (AACC) lors d'une conférence de presse, à l'issue d'un sommet des membres de l'AACC sur le VIH/SIDA tenu en juin à Nairobi. Le sommet avait réuni 200 dirigeants des églises protestantes de 39 pays africains.

En appelant aux décideurs politiques, le pasteur a exhorté les gouvernements à «rendre les TARV et autres traitements disponibles en tant que droit des tous les citoyens à la santé», et les laboratoires pharmaceutiques à «faire passer les gens avant les profits.»

Il a ajouté : «Sachant que l'on estime à au moins 140 millions le nombre des membres de congrégations des églises membres de l'AACC, nous prenons la résolution que chaque congrégation devienne un centre de santé, d'allègement des souffrances, et de traitement. Nous ferons de nos congrégations et établissements de santé des havres de compassion.»

«En tant que responsables religieux et décideurs politiques, nous ferons en sorte que les institutions religieuses d'assistance et les ressources des églises soient utilisées avec efficacité pour vaincre ce fléau désespéré du continent», a-t-il dit.

À LA LOUPE

En Ukraine, des femmes vivent avec la dénégation, la discrimination et le VIH/SIDA

«Un tiers des pays n'ont toujours pas de politique pour assurer aux femmes un accès à la prévention et aux soins du VIH/SIDA, a dit le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, M. Kofi Annan, à la Conférence internationale de 2004 sur le SIDA.

Selon le rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004 de l'ONUSIDA, les femmes et les jeunes sont les groupes les plus vulnérables à l'infection par le VIH.

En Ukraine, le pays d'Europe de l'est le plus durement touché par le VIH/SIDA, près de 30% des personnes infectées sont des femmes. Voici ce que disent trois femmes ukrainiennes vivant avec le VIH de leur combat personnel, de leur façon de vivre au quotidien dans la dénégation et la discrimination, et des espoirs que leur apporte aujourd'hui le TARV.



Valeria, mère et activiste séropositive

Valeria a contracté le VIH à l'âge de 18 ans, en s'injectant des drogues avec des amis. Comme tant d'autres, elle ignorait qu'elle risquait l'infection par le VIH en partageant les aiguilles.

Depuis lors, elle a dû en endurer les terribles conséquences. Étant parmi les premières personnes diagnostiquées comme porteuses du VIH/SIDA dans le pays, Valeria dit avoir été confrontée à une discrimination extrême. Rejetée par ses proches, sa carrière sportive brisée (volleyeuse, elle était membre de l'équipe nationale), elle a été forcée d'abandonner ses études universitaires. Face à un tel rejet et à une telle discrimination, elle dit avoir perdu sa confiance en soi et avoir sombré davantage dans la toxicodépendance.

Dix ans plus tard, Valeria a changé de vie. Elle travaille comme conseillère en traitement à Life+, une organisation non gouvernementale (ONG) qui dispense aux personnes vivant avec le VIH/SIDA des moyens de se prendre en charge et des services de conseil.

Elle est également responsable d'un hôpital de jour pour enfants séropositifs, et se bat contre la stigmatisation et la discrimination dont font l'objet les enfants vivant avec le SIDA. Elle a été confrontée directement à cette situation, puisque sa propre fille est née avec le VIH. «Beaucoup d'infirmières et de médecins ont peur d'apporter leurs services aux personnes et même aux enfants vivant avec le VIH», explique Valeria, racontant comment une infirmière a refusé de prélever un échantillon sanguin sur sa fille pour son premier test VIH.

«J'ai dû lui prendre du sang moi-même», poursuit-elle. «Dans nos cliniques, les conditions de sécurité ne sont pas toujours parfaites, mais elles ne devraient pas se comporter de façon contraire aux droits de la personne».

Pour la fille de Valeria, la discrimination ne s'est pas arrêtée là. Le mot de «VIH» figurant sur son dossier médical, aucune garderie ni école n'a voulu l'inscrire. «Les enfants ne sont pas coupables; ils ont droit à la scolarisation et au traitement, comme n'importe quel autre enfant», dit Valeria.

Olga est mère de cinq enfants et séropositive. Elle est actuellement en bonne santé et en mesure d'entretenir sa famille, mais à une certaine époque les médecins lui disaient qu'il ne lui restait peut-être plus que quelques jours à vivre.

Elle a entamé un traitement ARV il y a un an et demi. «L'espoir que m'a rendu le traitement, de vivre à nouveau et de voir grandir mes enfants, m'a rendue plus forte avec chaque jour qui passait», dit Olga.

Mais elle regrette les 15 années de sa vie et sa carrière d'institutrice, perdues dans la toxicodépendance et la dévastation qu'elle a apportée dans son existence.

«J'ai l'espoir que mes enfants ne revivront pas cela», soupire-t-elle, expliquant que l'utilisation des drogues est un problème aussi courant aujourd'hui qu'il l'était lorsqu'elle en était dépendante.

«Dans mon district, il est plus facile de compter ceux qui ne prennent pas de drogues que ceux qui en prennent. La plupart des gens que je connais le font», ajoute Olga.



Tatyana a eu la chance rare d'accéder au TARV

Tatyana, 27 ans, ancienne employée d'un laboratoire médical vivant dans la banlieue d'Odessa, fait partie de la trentaine de patients d'un service du SIDA. «Je ne me suis jamais injectée de drogues, je n'ai jamais fumé d'herbe» de ma vie, mais je n'ai tout de même pas pu échapper au SIDA», raconte Tatyana, qui a aussi une fille de 4 ans vivant avec le VIH.

Les TARV sont rares en Ukraine, où seules 197 personnes y ont accès sur les 4 000 qui en ont besoin. Tatyana a cette chance. Elle a l'air pâle, mais se sent forte. Elle se dit pleine d'espoir, maintenant qu'elle reçoit un traitement efficace.

«Je souffre de méningite, et sans le TARV je serais déjà morte. J'ai vu mourir sept personnes dans ce service en l'espace d'un mois», dit-elle.

Un programme destiné à améliorer l'accès aux TARV, sous l'impulsion des ONG et du secteur de la santé publique, est en cours d'établissement, et un centre de formation spécialisé, appuyé par l'OMS et l'Agence allemande de développement (GTZ), assure la mise au courant des médecins et personnels infirmiers en matière de protocoles de traitement simplifiés.

EN BREF

suite de la page 3

Plus de 85% des fonds approuvés iront aux pays à faibles revenus, avec près de 70% à des pays africains. Près de la moitié des subventions sont destinées à des programmes liés au SIDA dans 25 pays et deux régions*. Tout en appuyant les programmes de traitement du VIH/SIDA, le Fonds mondial investit dans des programmes de prévention en cours, ainsi que dans des programmes visant à améliorer le conseil et le dépistage du VIH/SIDA.

«La Série 4 fait faire un grand pas à l'approvisionnement des traitements du SIDA à tous ceux qui en ont besoin», a indiqué Richard Feachem, Directeur exécutif du Fonds mondial. «C'est là le résultat des intenses efforts de l'OMS pour promouvoir l'initiative «3 millions d'ici 2005» et aider les pays à mettre sur pied des plans de traitement ambitieux et viables.»

* Le programme multi-pays Amériques de Série 4 pour le VIH/SIDA (CRN+, Caribbean Network for People Living With HIV/AIDS) couvre Antigua-et-Barbuda, Grenade, le Guyana, Haïti, la Jamaïque, la République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, le Suriname, et Trinité-et-Tobago. Le programme multi-pays Amériques (Mesoamerican Project in Integral Care for Mobile Populations) couvre le Belize, le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua et Panama.

Dernières nouvelles sur la présélection

Six nouveaux médicaments sont venus s'ajouter en juillet et en août à la liste de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) des traitements contre le VIH/SIDA, portant le choix total à 96 médicaments de qualité (antirétroviraux aussi bien que produits contribuant aux soins du SIDA comme les antifongiques et les antibiotiques), y compris 9 combinaisons antirétrovirales à doses fixes (CDF). En même temps ont été rendus publics des rapports d'évaluation de produits concernant les spécifications de qualité et la bioéquivalence d'une triple CDF antirétrovirale générique déjà présélectionnée. Des rapports d'inspection de sites de fabrication sont également en cours de publication, ce qui fera de la présélection OMS l'un des plus transparents de tous les processus similaires d'évaluation réglementaire existants.

Les six nouveaux produits sont : lamivudine (comprimés de 150mg) du fabricant de génériques nouvellement présélectionné Strides Arcolab; l'antifongique fluconazole sous trois dosages différents (capsules de 50mg, 150mg et 200mg); lamivudine, comprimés de 100mg; et la triple combinaison Lamivudine 150mg plus Stavudine 50mg plus Névirapine 200mg, en comprimés, de Cipla.

Pour garantir que la bonne qualité des médicaments génériques présélectionnés s'accompagne avec certitude de la bioéquivalence avec les produits d'origine, l'OMS a entamé des inspections systématiques de laboratoires indépendants mandatés par les fabricants pour mener des études de bioéquivalence sur les médicaments génériques. La récente découverte que deux laboratoires ne respectaient pas les bonnes pratiques cliniques et de laboratoire a démontré la nécessité de cette démarche.

Ces récentes découvertes ont conduit à retirer cinq médicaments contre le SIDA de la liste de présélection (voir ci-dessous la liste complète des produits retirés). Ce retrait ne signifie pas que ces produits ne soient pas

suite en page 5

EN BREF

suite de la page 4

sûrs ou bioéquivalents (c'est-à-dire peuvent ou non avoir les mêmes effets thérapeutiques que les produits d'origine sur lesquels ils sont basés), mais que l'OMS ne peut pas se fier aux données présentées par les laboratoires sur leur bioéquivalence, et doit par conséquent retirer ces produits de la liste.

Les fabricants en question, les sociétés indiennes CIPLA et Ranbaxy, se sont engagées à mandater des laboratoires différents pour refaire des études de bioéquivalence. Lors des évaluations à venir et des inspections qui suivront, si leur bioéquivalence est démontrée, et s'il est établi que les laboratoires remplissent les conditions requises, ces médicaments seront réintégrés à la liste.

À ce jour, les produits suivants ont été retirés de la liste des médicaments présélectionnés :

Lamivudine 150mg plus Zidovudine 300mg, comprimés, de Ranbaxy Laboratories Ltd Dewas (Inde). Par 60 et 100.

Lamivudine 150mg plus Stavudine 30mg plus Névirapine 200mg, comprimés, de Ranbaxy Laboratories Ltd Dewas (Inde). Plaquettes de 10, 60 par boîte.

Lamivudine 150mg plus Stavudine 40mg plus Névirapine 200mg, comprimés, de Ranbaxy Laboratories Ltd Dewas (Inde). Plaquettes de 10, 60 par boîte.

Lamivudine 150mg, comprimés, de Cipla Ltd, Kurkumbh (Inde). Plaquette thermoformée de 10.

Lamivudine 150mg plus Zidovudine 300mg, comprimés, de Cipla Ltd, Vikhroli (Inde). Plaquette thermoformée de 10.

Pour d'autres informations sur la présélection, visiter www.who.int/medicines

Pour d'autres renseignements sur la liste actuelle des produits présélectionnés, voir <http://mednet3.who.int/prequal/>

SUR LE TERRAIN

Toucher les patients dans les zones rurales : une clinique Kenyane montre la voie

Dans les régions du monde où de fortes proportions de la population vivent dans des zones rurales ou d'accès difficile, le bon déroulement de programmes de traitement et de prévention du VIH/SIDA peut apparaître comme un défi insurmontable.

Pourtant, un certain nombre de cliniques du Kenya sont en train de prouver que la prévention et le traitement peuvent être entrepris et menés de manière efficace, et que ces programmes bénéficient non seulement aux personnes ayant besoin d'un traitement, mais aussi à l'ensemble de leurs communautés.

Situé dans la réserve du groupe Massaï Mbirikani, à 200 km au sud-est de Nairobi, à une demi-journée de marche du dispensaire le plus proche et à plusieurs jours du premier hôpital, le site de l'«AID Village Clinics», clinique villageoise du SIDA, est l'un de ces exemples de programmes innovants qui réussissent à fournir des TARV sous les contraintes de ressources extrêmes de l'Afrique rurale.

«La réserve Massaï est dépourvue des infrastructures les plus élémentaires : ni eau courante, ni routes, ni électricité, ni assainissement», indique la fondatrice d'AID Village Clinics, Ann Lurie. «Le manque de prévention et d'éducation est un sujet de préoccupation important pour la propagation de la maladie, et la nature fermée et les pratiques culturelles des Massaï les mettent en grand danger d'infection et de contamination par le VIH/SIDA.»

Les origines du programme remontent à une clinique mobile créée en 2002 pour apporter des soins de santé publique aux 12 000 habitants de la réserve Mbirikani. La pression de la demande a rendu nécessaire d'installer la clinique sur un site permanent en mars 2004. Comme les indications de maladies associées au SIDA se multipliaient, le conseil et le dépistage du VIH ont été entrepris, ainsi que les traitements ARV.

À la fin de 2004, une recherche du VIH avait été effectuée sur près de 900 patients, dont 240 reconnus positifs, près de 200 étant immédiatement soumis à un TARV à l'aide de combinaisons médicamenteuses génériques à doses fixes. Les patients sont ensuite suivis de près pour surveiller l'observation du traitement – la clinique mobile est toujours en service, parcourant plus de 60 km chaque jeudi pour apporter aux patients des soins à domicile et suivre les personnes sous TARV. Pendant les visites, les personnels font également la promotion des méthodes de prévention du VIH.

«Une amélioration marquée se manifeste très visiblement chez les patients gravement malades, et on en a largement discuté dans la communauté Massaï. En même temps, la familiarité et la confiance se sont développées entre la communauté et le personnel médical. Par voie de conséquence, les Massaï s'intéressent davantage à venir se faire tester et traiter, et à s'informer sur la prévention», explique Mme Lurie.



La clinique a apporté un espoir à la lointaine communauté Massaï

«La clinique a apporté un espoir à la lointaine communauté Massaï, en observant le principe de respect de sa culture, de sa population, de sa terre, et en général de son style de vie», dit encore Mme Lurie. 42 employés locaux travaillent pour la clinique, qui exécute un programme de formation de personnels soignants de proximité, pour les préparer à surveiller l'observation des traitements, à promouvoir les méthodes de prévention et de soins, et à faire en sorte que le contact soit régulièrement maintenu avec les patients.

Visitant le projet dans le cadre d'une mission de l'OMS visant à s'instruire auprès de celles et ceux qui sont déjà à l'œuvre, Mme Nais Mason, fonctionnaire technique chargée du VIH/SIDA pour les questions de genre a dit : «Cette clinique montre que, même dans les régions les plus écartées où vivent des communautés nomades et traditionnelles, le traitement reste possible.»



Le site «AID Village Clinics», dans la lointaine réserve du groupe Massaï Mbirikani, est un exemple de programme innovant, qui réussissent à fournir des TARV sous les contraintes de ressources extrêmes de l'Afrique rurale.

Lors de l'«inauguration» officielle de la clinique, en juin 2004, M. Gideon S. Konchella, ministre adjoint de la Santé, a dit qu'il souhaitait voir des projets similaires reproduits dans les régions rurales du Kenya. «Les Massaï de Mbirikani ont beaucoup de chance d'avoir de bons services de santé près de chez eux. Ce serait formidable de voir un tel projet se mettre en place à Narok et dans d'autres zones rurales.»

Tout en améliorant l'accès aux TARV et l'éducation préventive, la clinique contribue aussi à renforcer la communauté tout entière. «La clinique se consacre à construire des capacités au sein de la communauté Massaï,

en observant le principe de respect de sa culture, de sa population, de sa terre, et en général de son style de vie», dit encore Mme Lurie. 42 employés locaux travaillent pour la clinique, qui exécute un programme de formation de personnels soignants de proximité, pour les préparer à surveiller l'observation des traitements, à promouvoir les méthodes de prévention et de soins, et à faire en sorte que le contact soit régulièrement maintenu avec les patients.

Visitant le projet dans le cadre d'une mission de l'OMS visant à s'instruire auprès de celles et ceux qui sont déjà à l'œuvre, Mme Nais Mason, fonctionnaire technique chargée du VIH/SIDA pour les questions de genre a dit : «Cette clinique montre que, même dans les régions les plus écartées où vivent des communautés nomades et traditionnelles, le traitement reste possible.»



SUR LE TERRAIN

Swaziland : l'emploi de Motivateurs de Santé Rurale pour construire des capacités de travail

Le Swaziland a l'un des taux de prévalence du VIH/SIDA les plus élevés du monde. L'une des difficultés majeures du pays (et de nombreux autres) tient à l'insuffisance croissante des ressources humaines dans le secteur des soins de santé, qui pourrait gravement obérer les efforts visant à élargir l'accès aux TARV.

«L'insuffisance des ressources humaines est manifestement l'un des principaux obstacles structurels non seulement à l'extension des méthodes de traitement et de prévention du SIDA, mais aussi du système de santé dans son ensemble. C'est réellement devenu un cercle vicieux : la demande de services de santé s'accroît dans le pays en raison du SIDA; en même temps, l'offre actuelle de personnels de santé décline à cause du SIDA», explique le Dr David Okello, représentant de l'OMS au Swaziland.



Le Swaziland a l'un des taux de prévalence du VIH/SIDA les plus élevés du monde

Dans sa recherche de solutions, le pays a lancé un certain nombre d'actions concrètes pour trouver des moyens d'inverser la tendance à la baisse des ressources humaines dans le domaine des soins de santé. Un séminaire des parties a été réuni pour traiter de la question en juin de cette année, à l'invitation du ministère de la santé et du bien-être social du Swaziland et de l'OMS. Y ont participé le ministre de la planification économique et du développement, intervenant comme invité, le ministre de la santé et du bien-être social, et plusieurs secrétaires principaux représentant différents ministères. Des représentants des missions diplomatiques, des agences des Nations Unies et des donateurs présents dans le pays ont également assisté au séminaire, qui faisait suite à une première évaluation des ressources humaines réalisée dans le cadre de l'initiative «3 millions d'ici 2005». Le séminaire a proposé une série de mesures pour stabiliser la force de travail existante dans le domaine de la santé et en faire le meilleur usage possible, pour permettre un déroulement efficace des programmes de traitement ARV. Ces mesures prévoyaient entre autres d'améliorer les pratiques de gestion, de traiter la question du recrutement, du maintien en poste et de la motivation, d'optimiser l'utilisation des compétences existantes, y compris les personnels infirmiers libéraux et retraités, et d'avoir recours à d'autres cadres (travailleurs sociaux, psychologues et conseillers) pour alléger la charge de travail des personnels infirmiers.

«S'attaquer aux questions de la force de travail de santé au Swaziland a commencé comme cela doit se poursuivre : par un travail d'équipe. Le bureau de l'OMS dans le pays et le ministère de la santé ont pris le plus grand soin pour assurer une large consultation à chaque étape, et un consensus chaque fois que possible. Le personnel de santé est vraiment l'affaire de tous», a dit Mme Barbara Stillwell, coordinatrice de l'OMS au département des ressources humaines pour la santé, présente au séminaire.

S'inspirant de l'analyse du séminaire, les responsables nationaux de la santé ont conduit une série de débats sur les manières d'aller de l'avant. Dans le cadre de ces débats, le Chef Siphon Shongwe, ministre de la santé et du bien-être social, a souligné l'importance de tirer parti du système des motivateurs de santé rurale. Il s'agit d'un cadre de quelque 4000 travailleurs communautaires, des femmes pour la plupart, qui sont choisis par leurs chefferies pour appuyer les communautés en faisant la promotion de la santé et en gérant les problèmes de santé courants. «Comme les familles sont de plus en plus décimées par le VIH/SIDA, les motivateurs de santé rurale sont amenés à s'en occuper», a-t-il déclaré.

«Les motivateurs de santé rurale forment une bonne source potentielle de soutien pour les individus, les familles et les communautés dans le déroulement des TARV. Leur formation est souple et réactive, et il existe un potentiel pour en former davantage chaque année. Notre principale difficulté du moment tient à la durabilité de cette formation et du système des motivateurs de santé rurale», a-t-il ajouté.

Le Dr Okello, représentant de l'OMS au Swaziland, a fait écho au soutien du ministre à ce système : «Nous devons absolument tirer parti du système rural de proximité, et le faire vite. Il est essentiel de prendre des mesures d'urgence, non seulement pour les TARV, mais aussi pour assurer la continuité et l'effectivité des soins dans le système de santé.»

PAROLES

Points de vue du monde entier sur le VIH/SIDA, les ARV et l'initiative «3 millions d'ici 2005»



Dr Alex Coutinho
Directeur exécutif de TASO
(The AIDS Support
Organization), Ouganda

«Traiter les personnes vivant avec le VIH/SIDA est une tâche complexe. En fait, fournir des médicaments ARV n'en est qu'un aspect. Les programmes ARV doivent tenir compte du fait que le coût des médicaments ne représente que 30 à 40% du total [du traitement], le reste allant à l'entretien des installations et aux ressources humaines.»



Linda Hartke
Coordinatrice,
Alliance (Ecuménique
«Agir Ensemble»

«Nous vivons tous avec le VIH et le SIDA. Les Églises, les hôpitaux et écoles, et les organisations apparentées, sont en première ligne dans chaque communauté touchée par le virus. Chaque individu, chaque église, chaque personnel soignant, chaque enseignant et groupe communautaire a un rôle important à jouer pour faire de «3 millions d'ici 2005» une réalité. Les communautés religieuses doivent jouer le leur.»



Rolake Nwagwu
Treatment Action
Movement (Nigéria)

«Il faut que «3 millions d'ici 2005» marche – ce n'est pas un sujet de débat. C'est une chose à laquelle nous devons tous travailler ensemble pour la faire aboutir. Nous n'avons pas le choix, parce qu'il s'agit de sauver des vies. Sans la campagne, cette femme de 90kg que je suis ne serait plus qu'un sac d'os attendant la mort.»

Contributions:

Daniela Bagozzi, John Clarke, Richard Delate, Loretta Hieber-Girardet, Ted Karpf, Ann Lurie, Beth Magne-Watts, Nais Mason, Kevin Moody, Tunga Namjilsuren.