



3 millions d'ici 2005

Rapport de situation

Décembre 2004



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé.

3 millions d'ici 2005. Rapport de situation. Décembre 2004 / OMS et ONUSIDA.

1.Infection à VIH 2.Syndrome immunodéficitaire acquis 3.Traitement antirétroviral, Hautement actif
4.Planification stratégique 5.Collaboration intersectorielle 6.Organisation mondiale de la Santé
7.ONUSIDA I.Titre. II.ONUSIDA

ISBN 92 4 259275 3 (Classification NLM: WC 503.2)

© Organisation mondiale de la Santé 2004

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

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

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

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

Imprimé en

Table des matières

Avant-propos	5
Résumé analytique	7
Introduction	9
Les progrès en chiffres	11
Estimations du nombre de personnes sous traitement ARV.....	12
Un traitement efficace.....	12
La difficulté d'assurer l'accès au traitement.....	14
Les progrès dans les pays	17
Botswana: un engagement politique qui montre la voie.....	17
Cambodge: une coordination au niveau national.....	19
Cameroun: le déploiement du dépistage et du conseil	20
Haïti: le Fonds mondial aide à inverser la tendance.....	21
Mozambique: premiers pas vers un objectif ambitieux	22
Thaïlande: un déploiement dans tous les districts	23
Zambie: un programme en rapide expansion.....	24
Le partage des tâches	25
Exemples de partenariats.....	25
Les éléments constitutifs de «3 millions d'ici 2005»	29
Dépistage et conseil en matière de VIH	29
La tuberculose et le VIH/SIDA.....	30
Prévention et traitement des infections opportunistes	32
Prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson.....	32
Prévention et traitement vont de pair.....	33
La préparation au traitement.....	33
Médicaments contre le SIDA et produits diagnostiques.....	34
La formation des agents de santé.....	36
Assurance de qualité et agrément	38
Le suivi du traitement.....	38
La résistance aux médicaments	39
La recherche opérationnelle.....	39
Les soins à domicile	39
Le traitement des enfants.....	40
Le VIH/SIDA et les systèmes de santé.....	42

Aller de l'avant: les défis de 2005	45
Annexe 1. Données par Région de l'OMS et méthodes employées pour estimer le nombre de personnes sous traitement ARV ou qui en avaient besoin.....	49
Annexe 2. Estimation du nombre de personnes sous traitement ARV et ayant besoin d'un traitement ARV, et taux national de couverture dans les pays en développement et en transition, décembre 2004.....	52
Annexe 3. Contributions des organismes des Nations Unies, du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et du Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des États-Unis.....	58
Annexe 4. Évolution des résultats de «3 millions d'ici 2005» en regard des objectifs.....	64

Avant-propos

Lors de la Journée mondiale du SIDA 2003, l'OMS et l'ONUSIDA ont fixé un objectif ambitieux : 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays en développement et en transition devaient suivre un traitement antirétroviral avant la fin de 2005. Cet objectif de «3 millions d'ici 2005» fut accueilli avec un scepticisme bien compréhensible.

C'était un risque nécessaire.

L'initiative «3 millions d'ici 2005» a pour fondement le droit au traitement, et s'appuie sur des années de travail de la part des gouvernements, des donateurs et de la société civile pour redonner espoir et volonté à des communautés largement paralysées par les terribles dégâts de l'épidémie. Nous étions en outre convaincus que le système des Nations Unies, et en particulier l'OMS, pouvait faire beaucoup plus pour assurer un accès au traitement aux communautés les plus pauvres et les plus touchées.

Au moment de présenter notre deuxième rapport de situation, nous assistons à la montée en puissance d'une formidable synergie née des partenariats entre divers secteurs. L'effort mondial pour traiter «3 millions de personnes d'ici 2005» s'accélère; ce n'est plus une vision abstraite, mais une réalité palpable.

Les progrès accomplis au second semestre 2004 sont spectaculaires: le seuil des 700 000 personnes traitées par antirétroviraux a été franchi en décembre. L'objectif de «3 millions d'ici 2005» a provoqué un mouvement international exceptionnel. Mieux, de nombreux pays ont montré l'exemple en accroissant leur propre engagement politique et financier, en mobilisant des ressources humaines et en engageant avec succès leurs partenaires à étendre le traitement. Il est évident que la réussite de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » dépendra en définitive de la détermination et de la ténacité des gouvernements.

Les partenariats sont les principaux moteurs de l'extension des traitements ARV. Au niveau des pays, les réactions ont été sans précédent, tant de la part du secteur public que du secteur privé que parmi les soignants, les militants, les communautés confessionnelles et les médias. S'appuyant sur le travail effectué dans nombre de pays touchés, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des États-Unis, la Banque mondiale, la Fondation Clinton, Médecins sans Frontières et bien d'autres partenaires ont tous joué un rôle essentiel.

Nous avons également la satisfaction d'annoncer que les premiers éléments en notre possession montrent que les taux d'observance et de réussite des traitements dans les pays en développement sont analogues, sinon supérieurs, à ceux que l'on observe dans les pays industrialisés riches. À mesure que la santé des personnes vivant avec le VIH/SIDA s'améliore grâce aux traitements, nous commençons à en constater les effets revigorants pour les familles, les communautés et les économies. Et à mesure que l'accès au traitement s'améliore, on voit surgir de nouvelles possibilités pour favoriser la prévention. Seuls des services de prévention efficaces permettront d'assurer la durabilité des traitements.

Comme l'indique ce rapport, il reste à franchir de nombreux obstacles bien réels. Ils ne sont pas insurmontables. Quelques milliards de dollars débloqués, un sursaut de volonté politique, une lame de fond dans la demande publique de traitements antirétroviraux : c'est avec ces éléments que l'objectif de «3 millions d'ici 2005» peut jouer un rôle central pour concentrer l'attention et galvaniser les énergies . Un engagement durable de tous en faveur du bien-être des personnes vivant avec le VIH/SIDA est vital si nous voulons atteindre et dépasser ensemble cet objectif des trois millions.



LEE Jong-wook
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé



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



Résumé analytique

Aperçu statistique

Au second semestre 2004, le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral (ARV) dans les pays en développement et en transition a connu une hausse spectaculaire, les estimations passant de 440 000 à 700 000. Ce chiffre représente environ 12% des quelque 5,8 millions de personnes ayant actuellement besoin d'un traitement dans ces pays ; il englobe les personnes recevant des traitements ARV avec le soutien du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des Etats-Unis d'Amérique, de la Banque mondiale, et d'autres partenaires.

En Afrique subsaharienne, le nombre des personnes sous traitement a doublé, passant de 150 000 à 310 000 en six mois seulement. Dans chacun des pays suivants : Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Ouganda et Zambie, le nombre de personnes traitées a augmenté de plus de 10 000. Au Botswana, en Namibie et en Ouganda, on estime désormais que le quart de la population qui en a besoin est couverte par les traitements ARV, et dans treize pays de la région, la couverture dépasse les 10%. Bien plus de 700 sites dans la région sont désormais en mesure d'administrer des traitements ARV.

En Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 100 000 personnes suivaient un traitement à la fin 2004, soit deux fois plus que six mois auparavant. La Thaïlande montre la voie en étendant l'accès au traitement à tous les districts : plus de 900 établissements assurent des traitements ARV et plus de 3 000 personnes y entament un traitement chaque mois.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'accès aux traitements ARV a continué de s'améliorer. Le Brésil montre l'exemple en donnant accès aux traitements à l'ensemble de sa population, mais neuf autres pays ont eux aussi des taux de couverture supérieurs à 50%. En Europe de l'Est, en Asie centrale, en Afrique du Nord et au Moyen Orient, les progrès ont en général été beaucoup plus lents.

Les premières données indiquent que les taux de succès des traitements sont tout aussi bons dans les pays en développement que dans les pays industrialisés riches. L'observance des schémas thérapeutiques atteint 90% et les bienfaits du traitement pour les patients sont spectaculaires, avec des taux de survie dépassant 90% après un an et 80% après deux ans de traitement ARV.

Succès nationaux

L'une des clés de cette rapide extension a été le courageux engagement public des gouvernements des pays touchés, qui ont fait des interventions VIH/SIDA une priorité fiscale et un thème de vulgarisation constant. Sous la conduite de conseils nationaux du SIDA efficaces et dynamiques, de nombreux pays dépassent leurs objectifs individuels, ce qui montre que l'objectif global de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » peut être atteint.

Dans plusieurs pays, l'accroissement du nombre des sites où sont administrés des traitements ARV a élargi de façon spectaculaire l'accès au traitement. Dans l'ensemble, le nombre des femmes sous traitement a augmenté aussi rapidement que celui des hommes, mais les enfants sont encore laissés pour compte.

Une étroite collaboration

Au cours des 12 derniers mois, un puissant mouvement international s'est constitué pour soutenir l'objectif de « 3 millions d'ici 2005 ». Les partenariats, tant dans les pays qu'au niveau mondial, sont les principaux moteurs de l'extension du traitement du VIH/SIDA. Au niveau des pays, la réaction a été sans précédent de la part du secteur public comme du secteur privé. S'appuyant sur le travail effectué dans nombre de pays touchés, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des Etats-Unis et la Banque mondiale ont tous contribué à rendre l'extension possible. L'importance de leurs nouveaux engagements financiers a grandement facilité les activités au niveau des pays ; elle a incité d'autres donateurs à augmenter leur aide, et a dans l'ensemble favorisé les efforts de promotion.

Les éléments de l'extension des traitements ARV

Dans bien des endroits, différentes pièces maîtresses des programmes de traitement ARV ont été mises en place. Parmi elles figurent l'élargissement de l'accès au dépistage et au conseil en matière de VIH; l'intégration des programmes de traitement du SIDA et de la tuberculose; l'amélioration de l'accès aux services de soins et de soutien, et leur intégration; la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; l'approvisionnement en médicaments et en produits diagnostiques; la formation des professionnels, des membres des communautés et des personnes vivant avec le VIH/SIDA; le développement de systèmes de repérage et de suivi des personnes sous traitement; et l'institutionnalisation de la recherche opérationnelle, afin de tirer profit d'une expérience durement acquise pour concevoir des programmes à base factuelle adaptés aux conditions locales. Judicieusement menée, l'extension des traitements ARV peut contribuer à renforcer aussi bien les programmes de prévention du VIH que le système de santé dans son ensemble.

Au second semestre 2004, de 40 000 à 50 000 nouveaux patients dans le monde ont entamé chaque mois un traitement ARV. Il subsiste néanmoins d'énormes obstacles pour atteindre l'objectif en 2005. Les avancées sont très souvent inégales géographiquement: certaines composantes essentielles font encore défaut dans bien trop de zones des pays les plus touchés.

La volonté politique manifestée au plus haut niveau dans chaque pays sera décisive: elle conditionnera la réalisation des objectifs. Les grands donateurs ont déjà fait preuve d'une souplesse et d'une créativité encourageantes pour financer les nécessités les plus urgentes, mais ils doivent désormais passer à la vitesse supérieure. Compte tenu des coûts actuels du système, les gouvernements nationaux et les donateurs extérieurs devront fournir au moins US \$2 milliards de financement ferme supplémentaire pour faire accéder environ 2,3 millions de personnes au traitement ARV.

Le déficit de financement n'est qu'un des nombreux obstacles auxquels nous sommes confrontés. Le coût des médicaments antirétroviraux pour les pays et les individus est un sujet particulièrement préoccupant, tout comme la répartition géographique des ressources humaines et des services liés au VIH/SIDA. Il reste absolument indispensable d'améliorer les infrastructures de soins et de traitement. Les organisations qui travaillent dans le domaine du VIH/SIDA doivent s'assurer que leurs efforts offrent des solutions réelles aux problèmes très réels des pays. Toutefois, les progrès accomplis en 2004 ont jeté les bases d'un élan extraordinaire pour atteindre l'objectif de « 3 millions d'ici 2005 ».

Introduction

Dans le souci de suivre le rythme rapide de l'évolution générale de la pandémie de VIH, l'OMS et l'ONUSIDA publient des rapports semestriels sur les progrès accomplis sur la voie de l'objectif des «3 millions d'ici 2005». Le premier point de la situation a été présenté à la XV^e Conférence internationale sur le SIDA à Bangkok (Thaïlande), en juillet 2004.

Ce deuxième rapport mesure les évolutions constatées dans les pays et décrit la contribution des partenaires internationaux à l'initiative «3 millions d'ici 2005». Il résume en outre la mise en place des différentes composantes des programmes de traitement antirétroviral (ARV), et la manière dont sont abordées les autres questions, au-delà du seul traitement.

Il présente des exemples nationaux, ainsi qu'une estimation globale du nombre de personnes traitées par ARV, et évalue la bonne marche du traitement. Il dresse en outre la liste de certaines difficultés rencontrées dans les pays à faibles ressources, et indique comment on peut les surmonter en améliorant les systèmes de soins et les liens entre prévention et traitement, ainsi qu'en assurant un accès égal à des soins de qualité.

Ce document se fonde sur des rapports et mises à jour provenant de dizaines d'organisations internationales, nationales et communautaires impliquées dans l'extension des traitements ARV. Nous tenons à remercier toutes les personnes ayant contribué à ce rapport de situation. Les départements de l'OMS, au Siège et dans les bureaux régionaux et de pays, ont collaboré avec les gouvernements des pays et les organisations non gouvernementales pour rassembler les dernières informations disponibles sur l'extension des traitements ARV. Le Secrétariat et les organismes coparrainant l'ONUSIDA ont réuni des renseignements sur la manière dont les organismes des Nations Unies et les organisations internationales non gouvernementales traduisent en actes les engagements fortement croissants en faveur de «3 millions d'ici 2005».

Les nombreux partenaires qui contribuent à l'extension des traitements ARV ont mis en commun leurs expériences de terrain. L'OMS, l'ONUSIDA, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des États-Unis et la Banque mondiale ont participé à des réunions spécialement consacrées à échanger informations et documents afin que ce rapport de consensus puisse présenter les estimations les plus précises possibles.

On pourrait aisément consacrer plusieurs centaines de pages à rapporter ces intenses efforts de collecte d'informations. Nous avons choisi, dans le cadre des rapports de situation semestriels de «3 millions d'ici 2005», de nous concentrer sur les sujets les plus courants et les plus importants qui apparaissaient dans les rapports, et de les illustrer par des exemples fournis par les organisations partenaires. Les renseignements figurant dans ce rapport sont soit entièrement dus aux ministères de la santé, soit, lorsque la documentation fournie par les pays ne couvre pas tous les projets de traitement, complétés de chiffres confirmés provenant de programmes d'assistance financés de l'extérieur.



Les progrès en chiffres

Des progrès spectaculaires ont été accomplis ces six derniers mois sur la voie de l'objectif de « 3 millions d'ici 2005 ». Entre juin et décembre 2004, le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral (ARV) dans les pays en développement et en transition s'est accru pour atteindre environ 700 000 (estimation basse 630 000, estimation haute 780 000) (Fig. 1). Cette tendance à la hausse a été particulièrement marquée dans les pays d'Afrique subsaharienne, où le nombre des personnes sous traitement ARV a doublé.

Ce chiffre de 700 000 représente quelque 12% du nombre estimatif d'adultes (5,8 millions) ayant actuellement besoin d'un traitement ARV dans les pays en développement et en transition. Il englobe les personnes suivant des traitements ARV avec le soutien de programmes nationaux, d'organisations non gouvernementales, du secteur privé, du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, du Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des États-Unis, de la Banque mondiale, et d'autres partenaires.

Fig. 1. Nombre de personnes sous traitement ARV dans les pays en développement et en transition, par région, 2002–2004

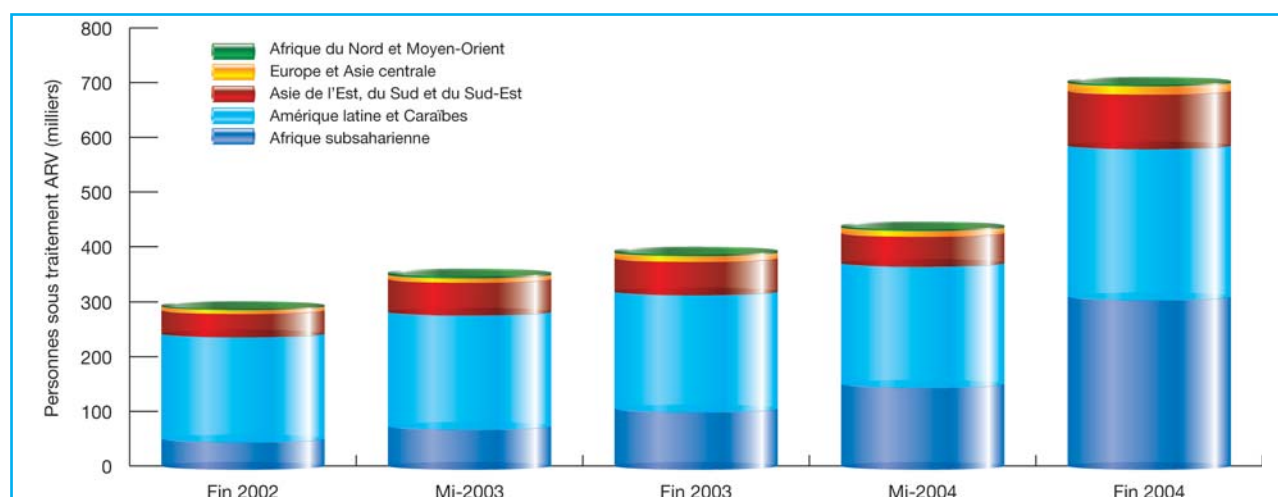


Tableau 1. Estimation du nombre de personnes sous traitement ARV, de personnes ayant besoin d'un traitement ARV, et taux de couverture dans les pays en développement et en transition, par région, décembre 2004^{a,b}

Région géographique	Nombre estimatif de personnes sous traitement ARV, décembre 2004 (estimation basse – estimation haute) ^c	Nombre estimatif de personnes de 15 à 49 ans ayant besoin d'un traitement ARV, 2004 ^d	Couverture par le traitement ARV, décembre 2004 (%) ^e	Nombre estimatif de personnes sous traitement ARV, juin 2004
Afrique subsaharienne	310 000 [270 000–350 000]	4 000 000	8%	150 000
Amérique latine et Caraïbes	275 000 [260 000–290 000]	425 000	65%	220 000
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	100 000 [85 000–115 000]	1 200 000	8%	55 000
Europe et Asie centrale	15 000 [13 000–17 000]	150 000	10%	11 000
Afrique du Nord et Moyen-Orient ^f	4 000 [2 000–6 000]	55 000	7%	4 000
Total	700 000 [630 000–780 000]	5.8 million	12%	440 000

Note: Les chiffres étant arrondis, le total est inexact.

^a L'Annexe 1 expose les méthodes employées et comprend en outre un tableau présentant les mêmes données par région de l'OMS. L'Annexe 2 présente les données par pays.

^b Tous pays sauf Europe occidentale et Australie, Bahamas, Bahreïn, Brunéi, Canada, Chypre, Émirats arabes unis, États-Unis d'Amérique, Grenade, Israël, Japon, Koweït, Nouvelle-Zélande, Qatar, République de Corée et Singapour.

^c Quelques pays déclarent le nombre d'enfants de moins de 15 ans sous traitement ARV; ceux-ci sont compris dans les données du tableau. Les données préliminaires montrent que, dans l'ensemble, moins de 5% des personnes sous traitement ARV ont moins de 15 ans.

^d Le chiffre indiqué est la moyenne entre les estimations haute et basse du nombre de décès par SIDA et du nombre de cas de SIDA. L'estimation des besoins est calculée suivant les méthodes exposées à l'Annexe 1. Les estimations pour chaque pays peuvent varier en fonction des méthodes employées localement.

^e Il s'agit d'une approximation établie d'après les moyennes des nombres de personnes sous traitement ARV et les besoins estimatifs en traitement ARV.

^f Exception faite de la Turquie, aucunes autres données n'ont été reçues de cette région depuis juin 2004.

Plusieurs pays africains ont accompli d'immenses progrès au second semestre 2004. Le nombre d'établissements proposant des services de traitement ARV dépasse nettement les 700, d'où une soudaine augmentation du nombre de personnes entamant un traitement. Dans chacun des pays suivants : Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Ouganda et Zambie, le nombre de personnes suivant un traitement a augmenté de plus de 10 000. Au Botswana, en Namibie et en Ouganda, on estime désormais que le quart des personnes qui en ont besoin sont couvertes par les traitements ARV, et dans 13 pays de la région, la couverture dépasse les 10%. La couverture globale en Afrique subsaharienne reste néanmoins faible, à environ 8% (Tableau 1, voir Annexe 1 pour les régions de l'OMS).

En Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est aussi, le nombre de personnes suivant un traitement s'est fortement accru, passant d'environ 50 000 en juin 2004 à 100 000 en décembre 2004 (Tableau 1). L'essentiel de cet accroissement s'est produit en Thaïlande. Le nombre de personnes sous traitement en Amérique latine et dans les Caraïbes a continué d'augmenter régulièrement pour atteindre 275 000, soit environ les deux tiers des personnes ayant besoin d'un traitement. A lui seul, le Brésil recensait 154 000 personnes sous traitement en décembre 2004.

Les pays d'Europe et d'Asie centrale font état d'augmentations modestes, et comptent 15 000 personnes sous traitement. Les pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient ne fournissent guère de données nouvelles (Tableau 1). Les chiffres totaux pour ces pays sont donc repris de juin 2004, même si davantage d'efforts sont faits pour améliorer l'accès au traitement.

Estimation du nombre de personnes sous traitement ARV

Les chiffres mondiaux constituent des indicateurs d'évolution solides et rassurants. On peut assurément considérer que les chiffres actuels sont de bien meilleure qualité que toute donnée antérieure sur les traitements ARV, mais il faut les interpréter en sachant que, dans bien des pays, les systèmes de suivi des personnes sous traitement sont encore en cours d'adaptation aux conditions locales. Ces chiffres sont basés sur les données fournies par les pays dans leurs rapports écrits ou par des communications personnelles avec des informateurs clés. Les données ont été confrontées à d'autres sources, comme les rapports de donateurs ou d'organisations non gouvernementales, et tout a été fait afin d'éviter les doubles comptages.

En théorie, les rapports des pays devraient distinguer les personnes qui entament un traitement ARV, celles qui ne l'observent pas et celles qui décèdent. Ainsi, le Botswana rapporte que 21 267 patients avaient entamé un traitement dans des dispensaires publics entre janvier 2002 et septembre 2004, mais que 1 761 (8%) d'entre eux sont morts. Il est difficile d'obtenir des données aussi détaillées dans les pays où les systèmes de suivi sont encore en construction.

Les traitements ARV assurés par le secteur privé sont difficiles à dénombrer. Bien des gens se procurent leurs médicaments dans des pharmacies locales ou des dispensaires privés qui rendent rarement compte de leurs activités aux pouvoirs publics. De nombreuses entreprises privées ont mis en place des programmes de traitement ARV pour leurs salariés atteints d'infection à VIH avancée, qui ne figurent pas dans les estimations. Un exemple de bonne pratique nous est donné par le Botswana, où l'on signale que près d'un quart des personnes sous traitement ARV l'obtiennent dans le secteur privé. Dans de nombreux cas en revanche, les personnes qui fréquentent des établissements de santé en dehors du secteur public échappent aux statistiques officielles.

Il existe également un décalage dans le temps entre les chiffres mondiaux, qui portent sur la fin 2004, et les chiffres par pays, relevés pour la plupart à des dates antérieures. Compte tenu de la rapidité avec laquelle les chiffres augmentent, on ne peut qu'estimer les tendances et effectuer des projections pour une période fixée. Par conséquent, les estimations pour la fin 2004 se fondent sur de simples projections linéaires des chiffres rapportés, auxquels on a appliqué la tendance actuelle comme indicateur de croissance, tout en tenant compte de la mortalité.

Les estimations sont donc vraisemblablement inférieures aux chiffres réels, car tout indique que tant le nombre de sites que le nombre de personnes sous traitement augmentent très vite. Vu le degré d'incertitude des estimations d'ensemble par pays, les annexes 1 et 2 donnent les estimations hautes et basses. On estime que le nombre de personnes sous traitement ARV se situe entre 630 000 et 780 000. Ces annexes expliquent également en détail comment a été calculé le nombre de personnes sous traitement et de personnes ayant besoin d'un traitement.

Un traitement efficace

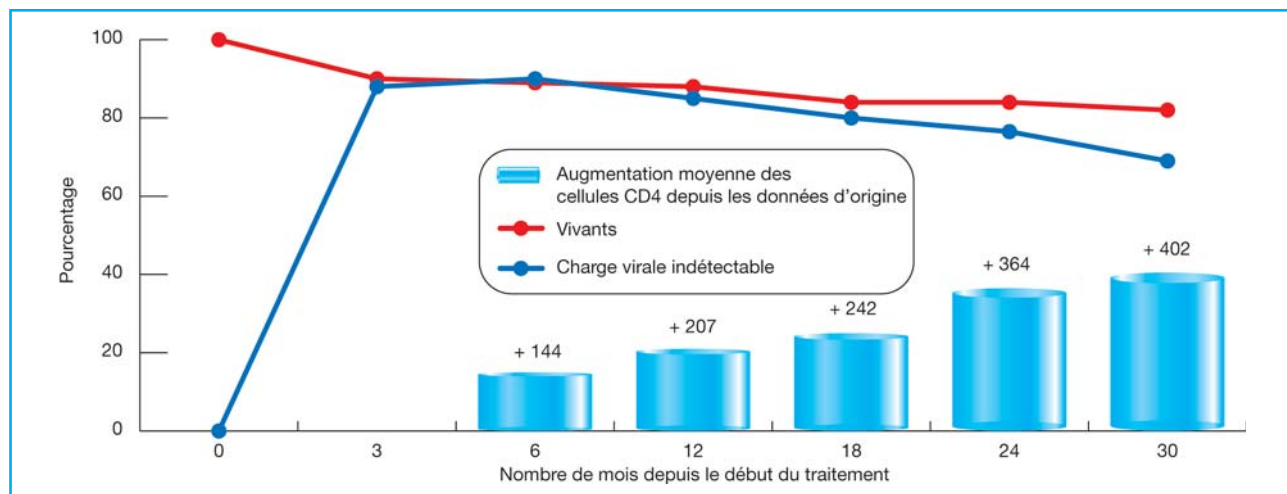
D'innombrables données provenant de divers programmes nationaux et centres de traitement prouvent que l'on peut proposer avec succès des trithérapies hautement actives contre le VIH/SIDA. Depuis des années, la plupart des exemples de programmes de traitement réussis venaient de pays industrialisés. Le Brésil a apporté la preuve

qu'un pays à revenu moyen pouvait lui aussi délivrer des traitements ARV par la voie de son secteur public et garantir ainsi l'accès universel au traitement, avec d'excellents résultats.¹ Ces précédents peuvent convaincre l'opinion partout dans le monde que la volonté politique peut faire du traitement une réalité dans les pays en développement et en transition.

On a fréquemment douté qu'une telle efficacité soit possible dans des régions peu nanties où la charge du VIH/SIDA est bien plus lourde et qui exigent une approche moins tributaire des médecins et plus uniforme du point de vue de la santé publique. Les données disponibles montrent aujourd'hui qu'une approche santé publique des traitements ARV peut donner de formidables résultats dans de nombreux pays en développement.

Les taux d'observance du traitement se maintiennent régulièrement à un niveau élevé dans la très grande majorité des projets de démonstration et des services de mise en route des traitements. Par exemple, d'après l'observance indiquée par les patients eux-mêmes dans le cadre d'un programme communautaire ARV lancé par Médecins Sans Frontières (MSF) dans le township de Khayelitsha, au Cap (Afrique du Sud), 90% d'entre eux prenaient 95% de leurs médicaments² (Fig. 2). Dans le cadre d'une initiative appuyée par le gouvernement sénégalais, on a constaté un taux d'observance satisfaisant (80-90%) pendant deux à trois ans.³

Fig. 2. Succès du traitement ARV à Khayelitsha, Western Cape (Afrique du Sud), 2002-2004



Fait plus important encore, des données empiriques montrent que le traitement est aussi efficace que lorsque les trithérapies ont commencé à être utilisées en Europe et aux États-Unis. À Entebbe (Ouganda), plus de 90% des personnes à numération CD4 inférieure à 200 survivent après 15 mois de traitement ARV.⁴ Seuls 50% des membres d'un groupe d'adultes présentant des niveaux d'immunosuppression semblables sans accès au traitement ARV étaient vivants après ce délai (Encadré 1). Le Botswana rapporte des taux de survie similaires (91%) au terme de 15 mois de traitement.

À Khayelitsha et au Sénégal, 80% des personnes qui suivent un traitement ARV sont vivantes après 30 mois de suivi.⁵ La probabilité moyenne de survie après 24 mois de traitement pour près de 7 000 personnes traitées dans des dispensaires financés par MSF dans différents pays était de 85%.⁶ Les effets du traitement sur l'immunité et la charge virale sont comparables à ceux des programmes de traitement dans les pays industrialisés. Le Botswana rapporte ainsi une suppression complète de la charge virale au bout de six mois chez 85% des personnes sous traitement ARV. Au bout de 15 mois, leur poids moyen avait augmenté de 10 kg et leur numération CD4 moyenne de 220.⁷

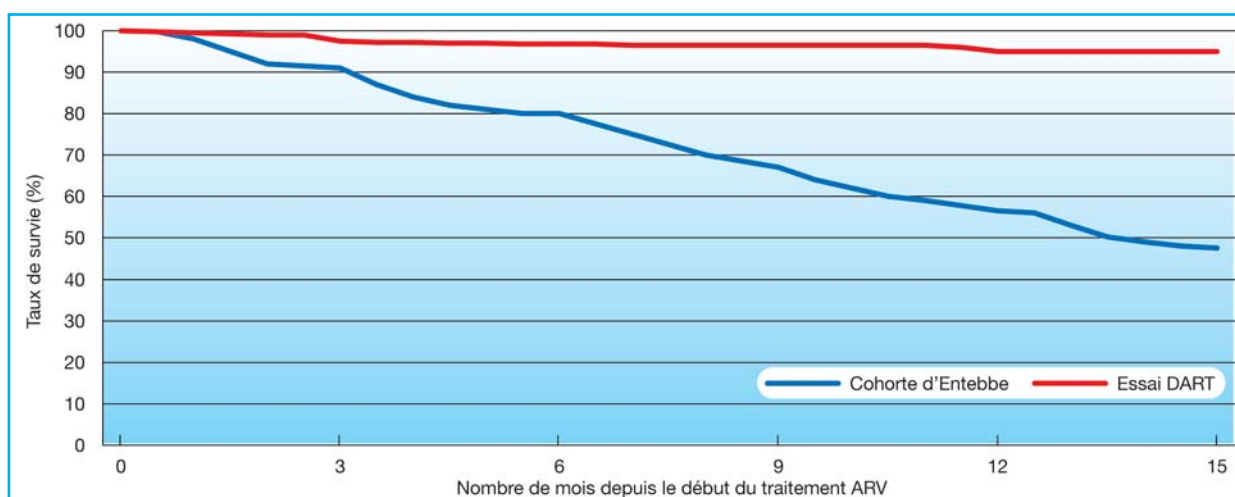
¹ Marins J.R.P. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 2003, 17:1675-1682.
² Coetzee D. et al. Outcomes after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa. *AIDS*, 2004, 18 :887-895. Goermaere E. et al. Evolving experience after three years of ART in Khayelitsha. *MedGenMed*, 2004, 6(3) [eJIAS, 2004, 11(1): ThPeB7249] (http://www.iasociety.org/ejias/show.asp?abstract_id=2169310, consulté le 31 décembre 2004).
³ Laurent C. et al. Long-term benefits of highly active antiretroviral therapy in Senegalese HIV-1 infected adults. *Journal of AIDS*, 2005, 38, 14-17.
⁴ Données fournies par l'équipe ougandaise Development of Antiretroviral Therapy in Africa (DART).
⁵ Voir notes 2 et 3.
⁶ Chiffre fourni par le Bureau de MSF à Genève, regroupant les données de différents sites dans 27 pays.
⁷ De Korte D. et al. *Introducing ARV therapy in the public sector in Botswana. Case study*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/botswana/en, consulté le 31 décembre 2004).

Encadré 1. Succès du traitement à Entebbe (Ouganda)

À Entebbe (Ouganda), de nombreux adultes atteints du VIH/SIDA ont accepté de participer à des essais d'interventions pour réduire la morbidité et la mortalité. Certaines interventions se sont avérées efficaces, comme la prophylaxie par isoniazide et cotrimoxazole, d'autres non, comme la vaccination contre *Pneumococcus* spp., cause la plus courante de pneumonie bactérienne. Dans la cohorte d'Entebbe, la survie moyenne de ceux qui présentaient une numération CD4 inférieure à 200 était faible, semblable à celle que l'on constatait aux États-Unis aux premiers jours de l'épidémie de VIH/SIDA.

Depuis janvier 2003, des traitements ARV sont disponibles dans le cadre de l'essai DART (Development of Antiretroviral Therapy in Africa – Développement des traitements antirétroviraux en Afrique), et plus de 1 050 personnes ayant une numération CD4 inférieure à 200 ont entamé une trithérapie. Le taux de survie a augmenté de façon spectaculaire. Alors que la mortalité était auparavant de 50% après 15 mois de suivi, plus de 90% des participants à l'essai sont toujours en vie, et la plupart ont repris des activités normales (Fig. 3).

Fig. 3. Survie des personnes suivant un traitement ARV dans le cadre de l'essai DART, comparée à celle des personnes de la cohorte d'Entebbe bénéficiant d'autres interventions, Entebbe (Ouganda), 2004^a



^a DART: Development of Antiretroviral Therapy in Africa (Développement des traitements antirétroviraux en Afrique)

La difficulté d'assurer l'accès au traitement

L'une des conditions du succès de l'initiative «3 millions d'ici 2005» est de garantir l'accès aux soins et au traitement, ce qui pose d'énormes difficultés. L'une des premières étapes consiste à mettre en place des systèmes d'information permettant de vérifier que l'équité entre les sexes est respectée et que les ressources sont consacrées aux populations pauvres et marginalisées.

Le rapport publié par l'ONUSIDA et l'OMS sous le titre *Le point sur l'épidémie de SIDA: décembre 2004*⁸ insiste sur la nécessité de s'occuper des questions relatives aux femmes et aux jeunes filles, aussi bien en termes de prévention que de traitement. Dans les pays en développement, 17,2 millions de femmes vivent avec le VIH/SIDA, soit 48% des adultes porteurs du virus. En Afrique subsaharienne, les femmes représentent 57% des adultes vivant avec le VIH/SIDA. Les besoins en traitements peuvent varier selon le stade et l'évolution de l'épidémie, mais on devrait en fin de compte retrouver les mêmes proportions parmi les personnes sous traitement ARV.

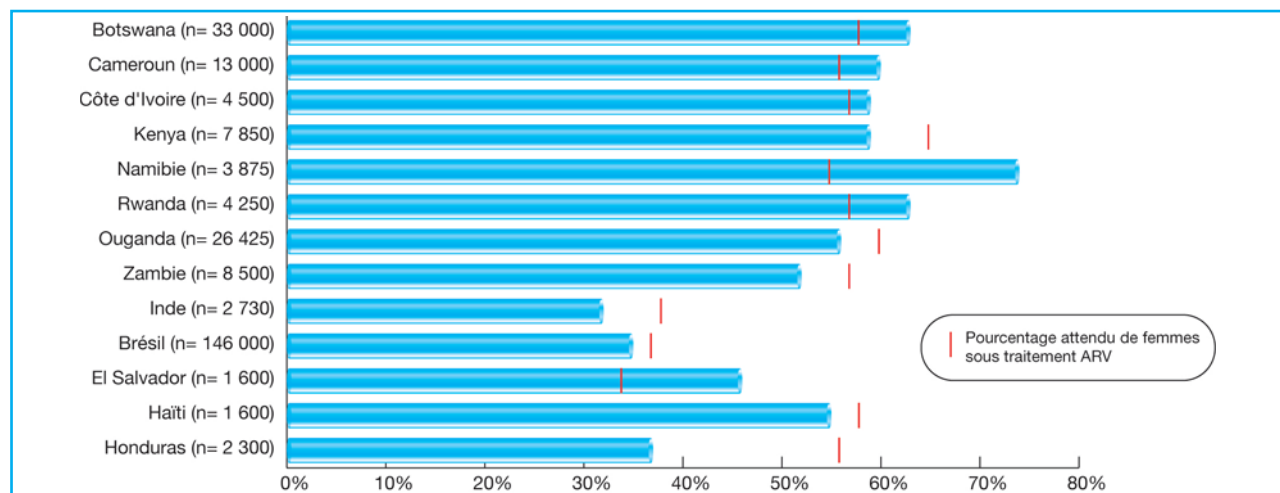
Même si de nombreux pays ne fournissent pas de chiffres par sexe, on dispose de données sur un certain nombre de pays ou de sites en Amérique latine, dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne. La Figure 4 permet de comparer la proportion de femmes parmi les adultes sous traitement avec celle escomptée d'après la prévalence du VIH.

Les chiffres montrent que, dans la plupart des pays, les femmes et les hommes sont à peu près également représentés dans la population sous traitement. En Namibie, cependant, les femmes sont plus favorisées,

⁸ ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé. *Le point sur l'épidémie de SIDA: décembre 2004*. Genève, ONUSIDA, 2004 (<http://www.unaids.org/wad2004/report.html>, consulté le 31 décembre 2004).

alors qu'au Honduras, et dans une moindre mesure en Inde, elles sont sous-représentées. Il est indispensable de renforcer le suivi par sexe de l'accès et de l'utilisation des programmes ARV.

Fig. 4. Pourcentage de femmes parmi les adultes sous traitement ARV par rapport au pourcentage attendu, rapports nationaux ou de sites, 2004^a



^a Le pourcentage attendu de femmes sous traitement ARV est basé sur le pourcentage de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

D'autres aspects ayant trait à l'équité sont également à surveiller, et notamment l'accès des pauvres. Les nouveaux programmes de traitement se dérouleront initialement dans des zones urbaines où les ressources humaines et les infrastructures sont déjà en place. Il est important de faire en sorte que les populations rurales puissent accéder aux soins à mesure que les systèmes de soins et de traitement seront mis sur pied dans leurs communautés. L'extension des programmes de traitement ARV aux zones rurales posera des difficultés particulières, mais il existe des exemples de programmes ruraux réussis dans lesquels les personnels de santé communautaires jouent un rôle central, comme en Haïti.

Entre-temps, là même où il existe des services, ils doivent être accessibles à tous les membres de la communauté. Le nombre de personnes sous traitement ARV s'est accru rapidement en Zambie après la suppression du paiement par le patient, et notamment parmi les femmes, ce qui montre combien il est important de réduire les obstacles économiques à l'accès au traitement.

L'accès au traitement est également un sujet de préoccupation pour les groupes marginalisés, comme les professionnel(le)s du sexe, les utilisateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports homosexuels, les détenus et, dans certaines régions, les migrants ou les minorités ethniques. Au Brésil et dans les dispensaires triangulaires de Kermanshah (Iran),⁹ on trouve de bons exemples montrant comment répondre aux besoins spécifiques des utilisateurs de drogues injectables. Il reste néanmoins beaucoup à faire pour toucher l'ensemble de ces populations.

⁹ Oppenheimer E., Hernandez Acejas C., Stimson G. *Treatment and care for drug users living with HIV/AIDS*. Londres, Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Imperial College, 2003 (http://www.ahrn.net/img/document/Treatment_care_for_DUs.pdf, consulté le 31 décembre 2004).



Les progrès dans les pays

Pour les pays fortement touchés, la réponse à cette urgence mondiale de santé publique a réuni en un projet conjoint les gouvernements, la société civile et le secteur privé. Cet effort courageux a produit dans divers cas des progrès remarquables, et ce dans des circonstances budgétaires, politiques et sociales souvent très difficiles. Une part considérable du financement de l'extension est venue de ces pays eux-mêmes, en dépit des priorités concurrentes et urgentes. Les Conseils nationaux du SIDA et autres organes de coordination se sont rapidement développés ces derniers mois, parfois à partir de rien. De nombreux pays se sont fixé des objectifs précis sur le nombre de personnes à traiter par ARV avant la fin 2005.

Botswana: un engagement politique qui montre la voie

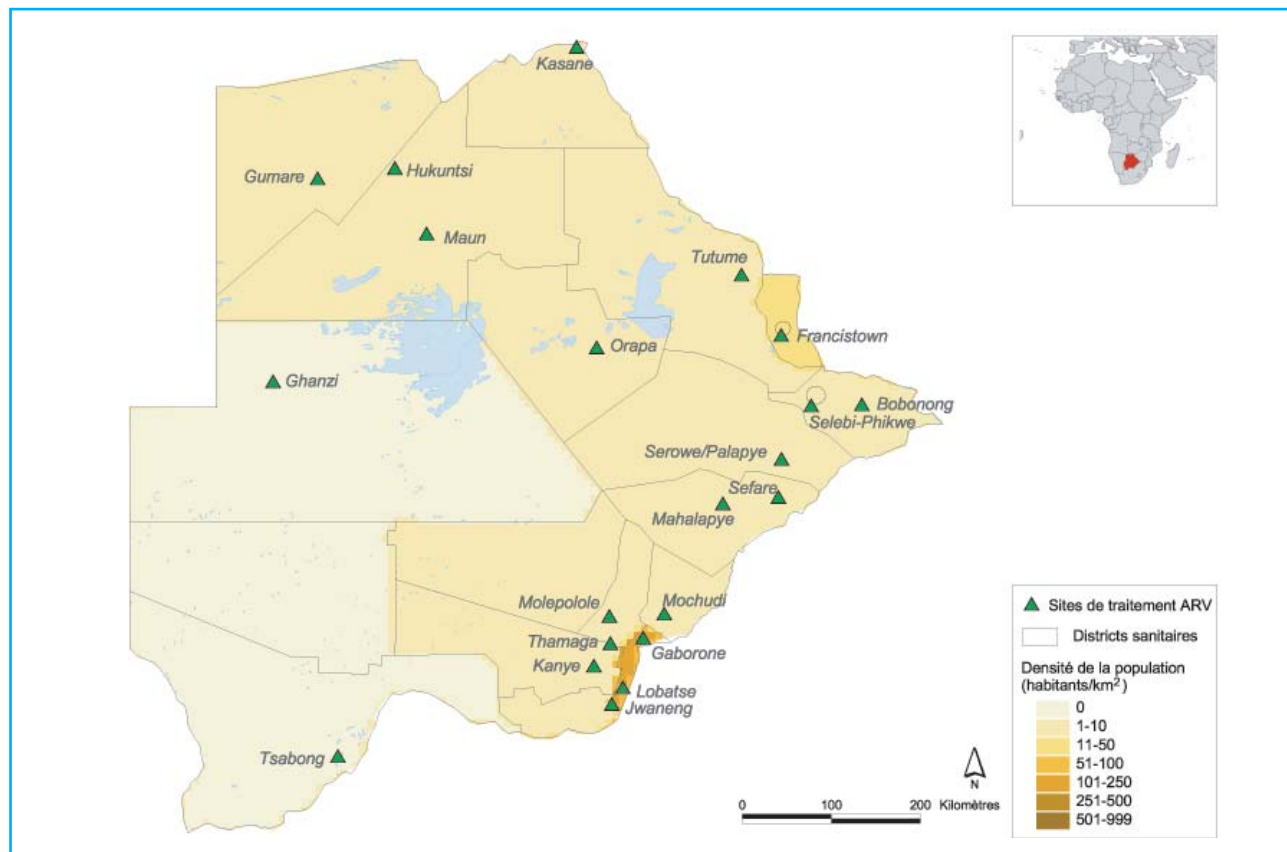
Au Botswana, où une femme enceinte sur trois est séropositive au VIH, l'engagement politique et les partenariats public-privé permettent aujourd'hui de gagner sensiblement du terrain.

Confronté au deuxième taux de prévalence du VIH dans le monde, le gouvernement du Botswana a fait du VIH/SIDA une priorité et s'est fixé une obligation à long terme: aucun nouveau cas d'infection à VIH pour 2016, 50^e anniversaire de l'indépendance du pays.

L'une des premières étapes a consisté à établir un partenariat public-privé, les African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships, avec la Fondation Bill et Melinda Gates, la Merck Company Foundation et les laboratoires pharmaceutiques Merck & Co., Inc.

Les premiers programmes de traitement ARV ont été mis en œuvre en janvier 2002, à l'hôpital Princess Marina de Gaborone, capitale du pays. Douze sites proposaient des traitements ARV à la fin 2003, et en 2004 vingt-trois établissements couvraient tous les districts sauf deux (Fig. 5). Des seuls hôpitaux, le programme est en cours d'extension au niveau des consultations.

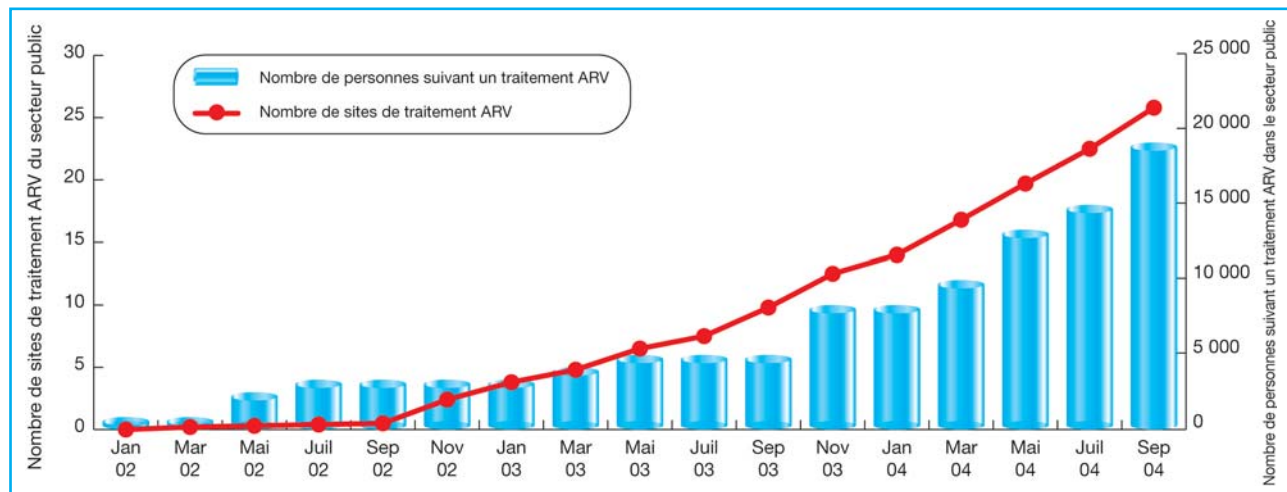
Fig. 5. Sites des établissements assurant des traitements ARV au Botswana, septembre 2004



En mars 2004, 2 212 professionnels de santé avaient reçu une formation, dont des médecins, des infirmières, des pharmaciens, des conseillers et autres professionnels assimilés ; 536 d'entre eux avaient été spécialement recrutés pour soutenir les traitements ARV et appliquer des programmes destinés à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Le nombre d'adultes suivant un traitement au Botswana s'est accru progressivement au cours des premières années du partenariat public-privé, et beaucoup plus vite en 2004. Un quart environ des traitements sont administrés par l'intermédiaire d'établissements privés. Le secteur public (Fig. 6) propose gratuitement des traitements ARV aux ressortissants du Botswana. Mesuré d'après les auto-déclarations, le comptage des capsules et le respect des rendez-vous prévus, l'observance du traitement est satisfaisante (85%), ce que confirme la suppression complète de la charge virale vérifiée tous les six mois.

Fig. 6. Nombre de sites de traitement ARV du secteur public et nombre de personnes suivant un traitement ARV dans le secteur public au Botswana, 2002-2004



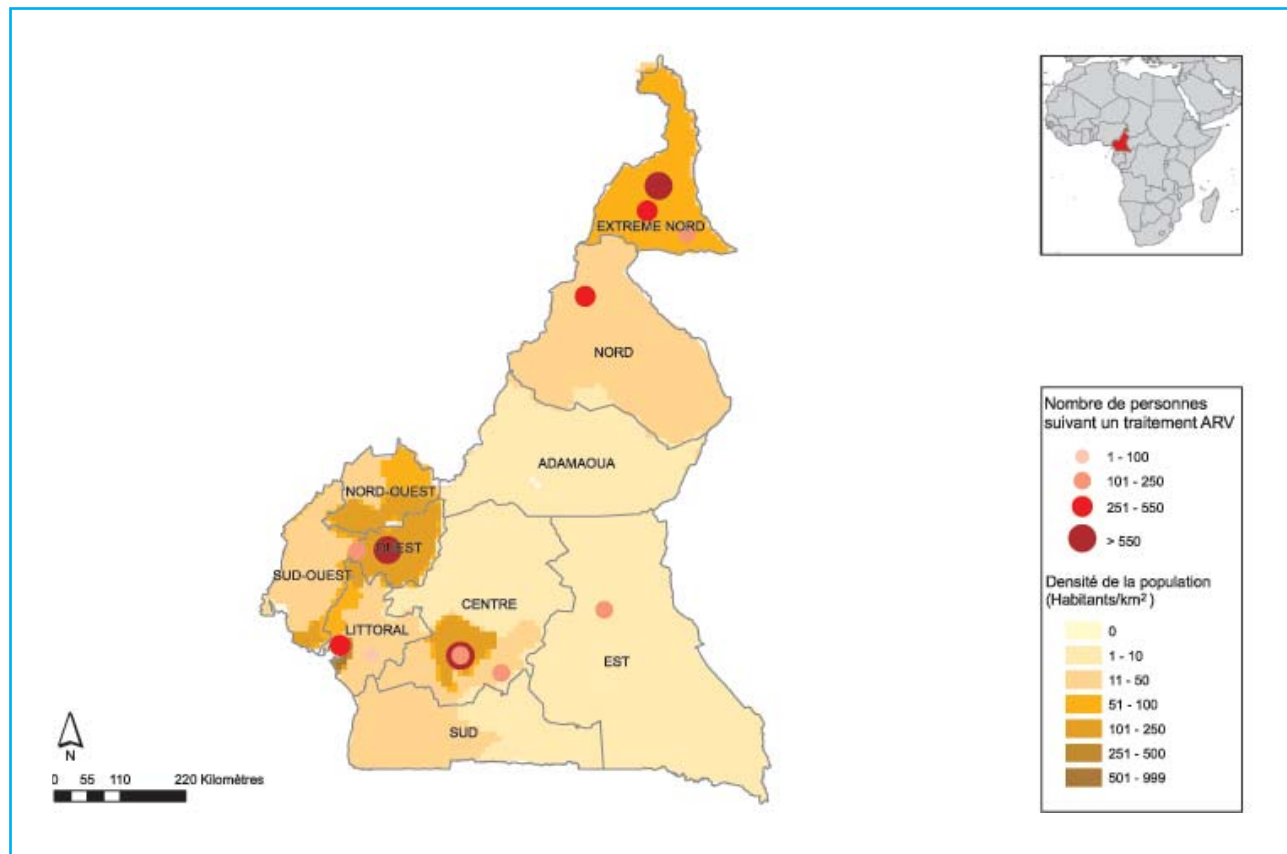
Une campagne de mobilisation sociale, visant à mieux sensibiliser à la disponibilité et aux résultats du traitement ARV, a contribué à réduire la stigmatisation et à favoriser l'implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'établissement d'un climat favorable. Approcher dans son ensemble la famille entière de la personne initialement diagnostiquée améliore sensiblement la notoriété du programme et le soutien que lui apporte la population. En janvier 2004, on a introduit dans les hôpitaux une offre de dépistage de routine.¹⁰ On indique aux femmes enceintes que le dépistage du VIH est une procédure normale, et on leur demande si elles préfèrent s'en abstenir («opt out»), approche fréquemment employée pour d'autres examens médicaux classiques. Au cours des quatre premiers mois, 18 hôpitaux ont proposé le dépistage à 6 384 personnes, dont seule une sur sept a choisi de le refuser.

¹⁰ Seipone K. et al. Introduction of routine HIV testing in prenatal care, Botswana 2004. *MMWR*, 2004, 53:1083-1086.

Cameroun : le déploiement du dépistage et du conseil

En 2003, l'ONUSIDA et l'OMS estimaient que 560 000 personnes au Cameroun vivaient avec le VIH/SIDA, ce qui provoquait 49 000 décès par an. Le Cameroun s'est donné pour objectif national de fournir des traitements ARV à 36 000 personnes vivant avec le SIDA avant la fin de 2005. En novembre 2004, plus de 12 000 personnes suivaient un traitement (Fig. 8). Un engagement politique fort sur les cinq dernières années et la chute vertigineuse des coûts, passés de US\$ 600 à US\$ 30 par mois de traitement en quatre ans, telles ont été les conditions indispensables de l'extension. Le conseil est devenu lui aussi moins coûteux, et les populations demandent en plus grand nombre le dépistage du VIH. Les centres provinciaux évaluent désormais l'admissibilité au traitement à des points d'entrée tels que les 14 centres volontaires de conseil et de prévention, les 160 sites de prévention de la transmission mère-enfant, les 21 centres de traitement agréés, et les 140 centres de dépistage de la tuberculose.

Fig. 8. Nombre de personnes suivant un traitement ARV sur 21 sites du Cameroun, octobre 2004



Haïti: le Fonds mondial aide à inverser la tendance

Haïti est le pays le plus pauvre des Amériques ainsi que, et ce n'est pas une coïncidence, le plus lourdement frappé par le VIH. Troubles politiques et catastrophes naturelles ont encore rendu le travail en Haïti extrêmement difficile en 2004. De remarquables avancées ont néanmoins été accomplies dans la lutte contre le SIDA, et l'une des raisons en est qu'Haïti a été l'un des premiers pays à obtenir un financement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Haïti a su postuler rapidement à la première série d'octroi de subventions grâce à un mécanisme national de coordination à la base placé sous l'égide militante de l'ancienne Première dame du pays, Mme Mildred Trouillot Aristide, qui conduisait en outre la délégation haïtienne à la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, en 2001. En grand nombre, les missions travaillant à l'amélioration de la santé en Haïti ont proposé leur assistance technique. Un groupe d'organisations non gouvernementales consacrées au SIDA a collaboré avec à la fois les fonctionnaires du ministère de la santé et les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA, afin de proposer un modèle intégré de prévention et soins qui insistait également sur l'importance des efforts à base communautaire tant dans les zones rurales que dans les zones urbaines du pays.

Dans les zones rurales en particulier, le faible taux d'alphabétisation et d'aptitude au calcul constituait une des principales difficultés rencontrées par les exécutants des projets. Le Fonds mondial s'est montré réceptif aux demandes de simplification des rapports, et ses agents sur le terrain ont en outre fourni une assistance technique en matière de comptabilité et de rapports. Le Fonds mondial a apporté les premières subventions importantes qu'aient reçues bien des organisations de dimensions modestes. Pourtant, grâce à une abondante assistance technique et au travail acharné mené sur les fronts de la prévention et des soins, Haïti fait partie des pays ayant atteint ou dépassé tous les objectifs de la proposition initiale.

Le Fonds mondial a également procuré à Haïti son premier financement conséquent pour soigner les personnes vivant avec un SIDA avancé. Des dizaines de milliers de personnes étaient en demande de conseil et de dépistage volontaires. Le soutien du Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président, en étroite collaboration avec le Fonds mondial, a permis de fournir entre février et septembre 2004 des traitements ARV à 2 800 personnes dans les régions urbaines et centrales d'Haïti. L'arrivée de soins appropriés aux malades du SIDA a engendré un intérêt prononcé envers le conseil et le dépistage volontaires, ce qui a de plus ouvert de nouvelles possibilités de prévention tant primaire que secondaire. La sécurité des transfusions s'est améliorée, au moins une nouvelle banque de sang ayant vu le jour en Haïti central sous les auspices de la Croix-Rouge haïtienne.

Ces succès sont en grande partie dus à la capacité du Fonds mondial de réagir avec rapidité et souplesse aux immenses besoins des pays pauvres, qui sont en outre fréquemment ceux qui ne disposent que d'infrastructures insuffisantes pour assurer leur gestion et leurs rapports. L'expérience du Fonds mondial en Haïti indique que l'amélioration de ces capacités devrait faire partie intégrante des projets, plutôt que de servir de raison pour refuser des financements aux organisations modestes et sans moyens, agissant dans des régions sans électricité, ni routes praticables, ni lignes téléphoniques terrestres.

Mozambique: premiers pas vers un objectif ambitieux

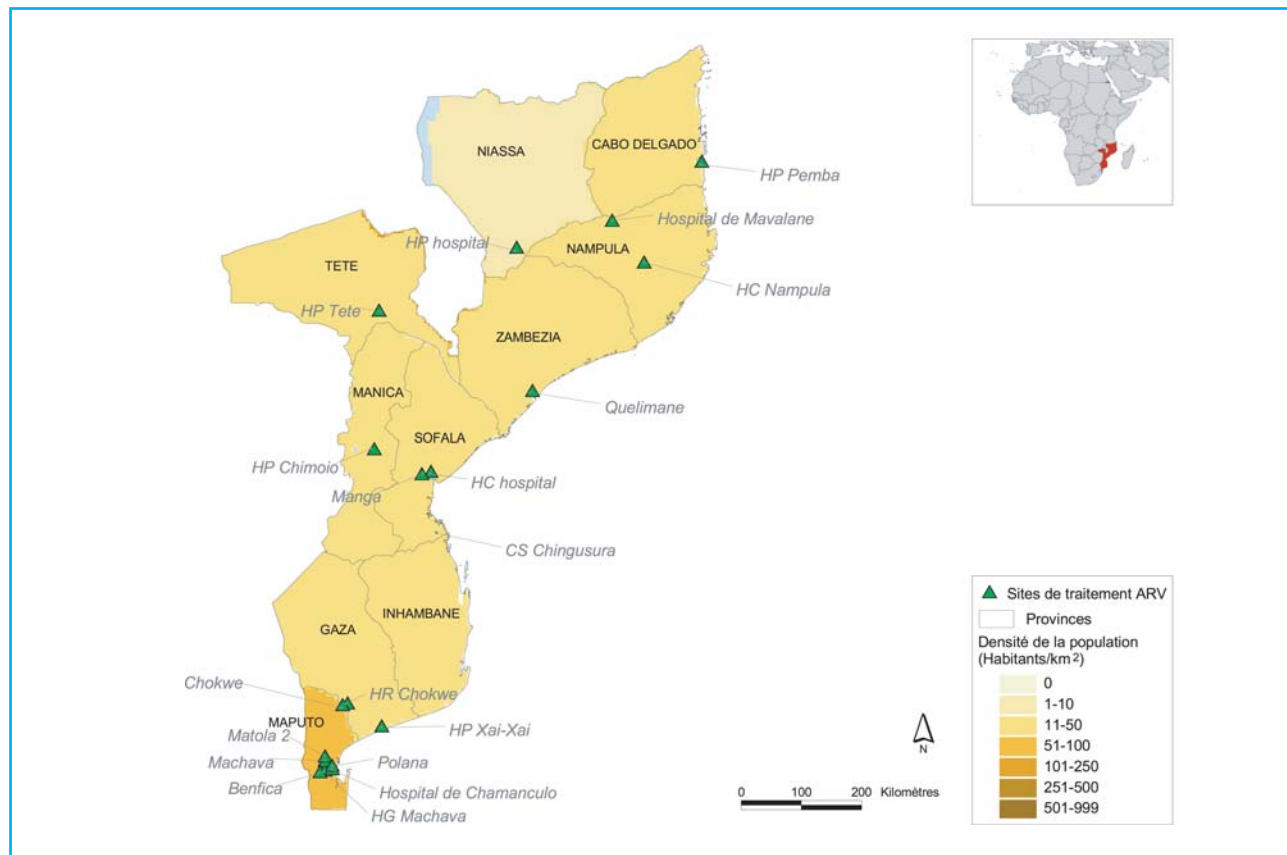
Ravagé par des décennies de guerre civile, le Mozambique se remet lentement et constitue un nouvel exemple de ce qui peut être accompli dans des circonstances extrêmes.

Avec environ 200 000 adultes qui ont besoin d'un traitement ARV, les difficultés majeures du Mozambique tiennent à la rareté des ressources, au manque de personnels de santé qualifiés, et à la mauvaise coordination entre divers partenaires travaillant dans le pays. Il existe néanmoins un fort engagement politique, et le Plan stratégique national du secteur de la santé pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA appelle à étendre les traitements ARV à 132 000 personnes avant la fin 2008.

Le Mozambique dispose d'un plan spécifiquement conçu pour former 2 000 professionnels de la santé de niveau intermédiaire, et un nouveau dispositif de gestion des médicaments et de logistique est en cours d'élaboration dans la perspective d'une augmentation massive de la couverture en traitements ARV.

Compte tenu de l'étendue de ces difficultés, la disponibilité accrue des traitements ARV en 2004 est encourageante, puisque le ministère de la santé signale près de 6 300 personnes sous traitement en novembre 2004, contre 2 800 en juin. Le secteur public dispose de vingt-trois sites proposant des traitements ARV, grâce à la collaboration entre le gouvernement et des organisations non gouvernementales comme la communauté de Sant'Egidio, MSF, et Health Alliance International (Fig. 9).

Fig. 9. Localisation des sites fournissant des traitements ARV au Mozambique, octobre 2004



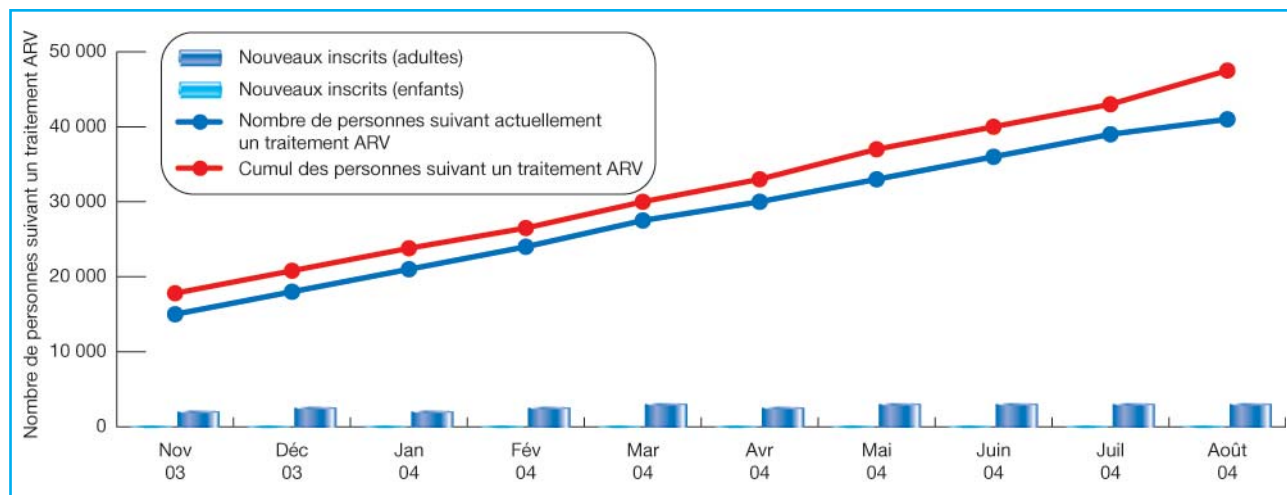
Thaïlande: un déploiement dans tous les districts

En 2003, l'ONUSIDA et l'OMS estimaient à 570 000 le nombre des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Thaïlande, et à 58 000 le nombre des décès liés au SIDA. Le programme national de traitement ARV prévoit une large formation des personnels de santé, un protocole national unifié de traitement ARV, un système central informatisé d'approvisionnement et de distribution disposant de centres régionaux, la constitution d'un réseau de laboratoires, et un bon dispositif de suivi et d'évaluation. Un système électronique de transmission des données est en cours de mise en place. Le gouvernement thaïlandais a porté son budget pour les traitements ARV de 300 millions de baht (US\$ 7,7 millions) en 2003 à 800 millions de baht (US\$ 20,5 millions) en 2004.

Parti de centres spécialisés, le programme a été élargi à 914 hôpitaux en trois ans. Les associations de patients et les organisations non gouvernementales ont travaillé à apporter aux personnes vivant avec le VIH/SIDA les éléments nécessaires pour décider du traitement en toute connaissance de cause, et pour jouer un rôle central de partenaires soignants.¹¹ Le nombre de personnes sous traitement ARV a suivi une progression linéaire, avec plus de 3 000 adultes supplémentaires (auxquels s'ajoutent 200 à 300 enfants) inscrits chaque mois entre janvier et août 2004 (Fig. 10). Puisque 40 000 personnes suivaient un traitement en août 2004, on s'attend à ce que la Thaïlande dépasse les 50 000 à la fin 2004.

La Thaïlande a également consenti de très importants efforts pour améliorer la prévention et le traitement des infections opportunistes, notamment grâce à la prophylaxie par cotrimoxazole, au traitement de la tuberculose et à la prophylaxie secondaire de la méningite à cryptocoques parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Fig. 10. Inscrits aux programmes de traitement ARV en Thaïlande, novembre 2003 – août 2004



¹¹ Kumphitak A. et al. *Involvement of people living with HIV/AIDS in treatment preparedness in Thailand*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/thailand/en, consulté le 31 décembre 2004).

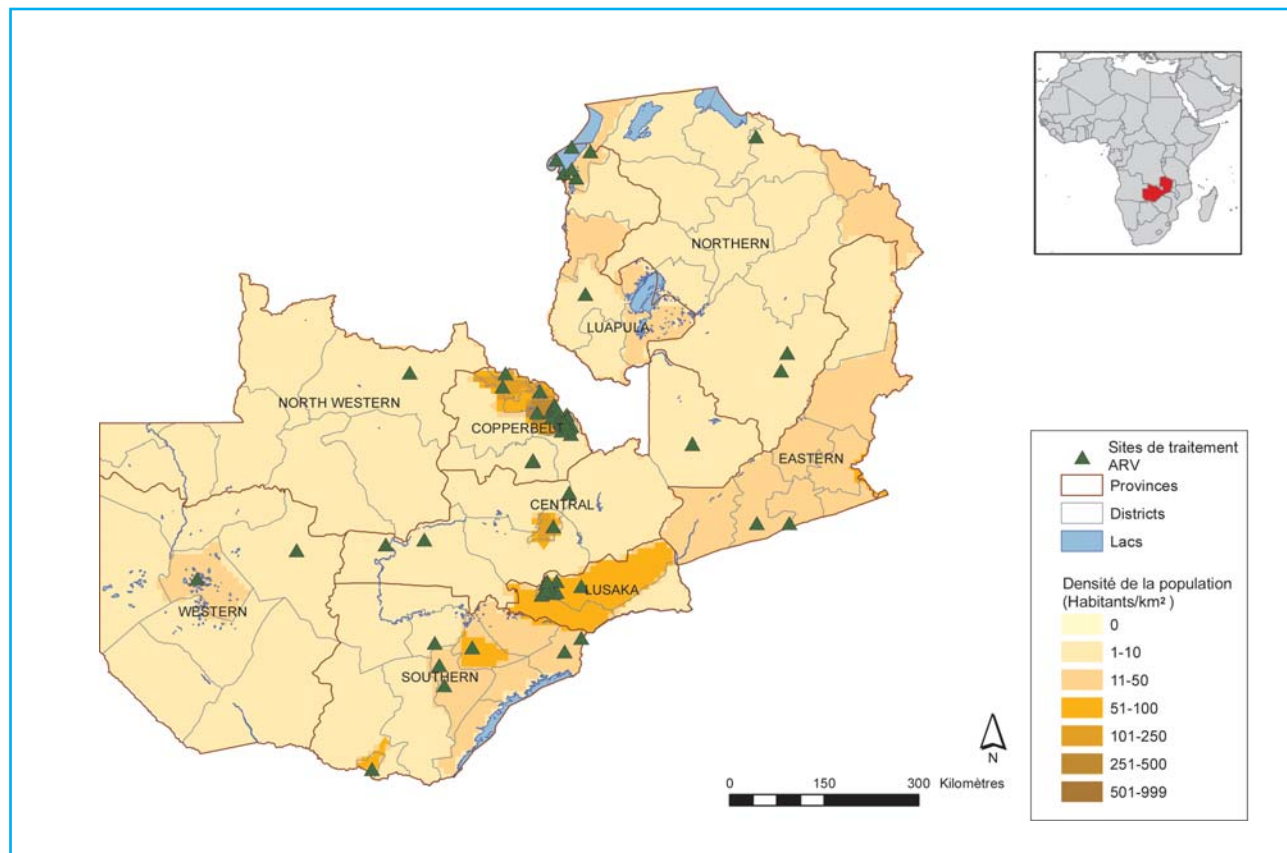
Zambie: un programme en rapide expansion

Avec une prévalence nationale du VIH de 15% et un nombre croissant de personnes souffrant d'infection à VIH avancée, la demande de traitements et de soins en Zambie s'est accrue rapidement au cours des années 90. Jusqu'en novembre 2002, l'unique traitement existant se limitait à un seul médicament, disponible dans le secteur privé. En janvier 2003, le gouvernement décidait d'acheter suffisamment de produits pour traiter 10 000 personnes, mais en un an son objectif passait à 100 000, soit nettement plus de 50% du nombre estimé de personnes ayant besoin d'un traitement ARV.

Le secteur public a commencé à dispenser des traitements ARV dans deux sites pilotes, l'un au centre hospitalier universitaire de Lusaka et l'autre à l'hôpital central de Ndola. La deuxième phase a vu les activités s'étendre aux sept hôpitaux provinciaux restants ainsi qu'à l'hôpital central de Kitwe. La dernière phase est celle de l'extension au niveau des districts. À la fin 2004, 53 centres dispensaient des traitements ARV (Fig. 11). Vingt-quatre des 72 districts disposaient d'au moins un site proposant des traitements ARV, et 11 disposaient de deux sites ou davantage. La répartition de ces sites reflète étroitement celle de la population zambienne, la plupart d'entre eux se concentrant à Lusaka et dans la «ceinture de cuivre».

En septembre 2004, plus de 11 000 personnes suivaient un traitement ARV dans le secteur public, contre à peine plus de 7 000 en juillet, soit une hausse de 57% en moins de trois mois. La décision gouvernementale d'assurer la gratuité des traitements ARV a probablement joué un rôle majeur dans ce rapide accroissement. En outre, 2 400 personnes suivent un traitement dans le secteur privé, principalement par l'intermédiaire de l'industrie minière. La progression des traitements ARV administrés aux enfants a été tout aussi rapide, bien que les enfants ne représentent encore que 2,6% de l'ensemble des personnes suivant un tel traitement.

Fig. 11. Localisation des sites fournissant des traitements ARV en Zambie, novembre 2004



Le partage des tâches

En 2004, la mobilisation autour de l'objectif de «3 millions d'ici 2005» a fait place à un partenariat en bonne et due forme. Au moins 136 partenaires y sont officiellement impliqués en tant que défenseurs, donateurs, conseillers, collaborateurs, bailleurs de fonds et sources de services techniques et autres (Tableau 2). Tandis que les relations continuent d'évoluer, de nouvelles synergies apparaissent et chaque nouveau partenaire apporte des compétences et des réseaux qui augmentent grandement la portée de «3 millions d'ici 2005». De plus, ces partenaires élargissent et approfondissent leurs relations au-delà des discussions initiales. Même si le partenariat concerne avant tout l'extension du traitement, il porte également sur d'autres aspects essentiels comme l'équité, la prévention et les systèmes de santé.

Tableau 2. Nature et domaines d'activité des 136 partenaires de l'initiative «3 millions d'ici 2005»

Nature du partenariat ^a		Domaine de partenariat ^a	
Technique	86	Traitement ARV	69
Collaboratif	54	Défense	63
Mise en réseaux	32	Prévention	27
Financier	14	Donateurs	22
Politique	8	Conseil et dépistage volontaires	21
		Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	17
		Approvisionnements	11

^a Chaque partenaire pouvait choisir plusieurs partenaires.

Exemples de partenariats

Les pays fortement touchés sont au centre des activités en partenariat de «3 millions d'ici 2005». Ces derniers mois, les gouvernements ont consacré à combattre la pandémie des ressources inouïes en temps, en énergie et en budgets, que l'on peut constater non seulement dans l'extension des infrastructures au niveau local et du district, mais aussi dans la coordination et la planification à travers les programmes nationaux de VIH/SIDA. Les organisations communautaires et non gouvernementales ont été aux avant-postes pour dispenser des services de prévention, de soins et de traitement (Encadré 2). Certaines organisations non gouvernementales viennent en aide à de nombreuses personnes sous traitement dans divers pays. MSF faisait ainsi état pour septembre 2004 de 23 000 personnes suivant un traitement dans 27 pays.

La plupart des responsables d'entreprises des pays les plus sévèrement touchés estiment que, dans l'avenir, le SIDA affectera gravement les affaires. Des sociétés minières comme l'Anglo American – qui espérait traiter 3 000 personnes à fin 2004 – ainsi que quelques autres entreprises multinationales, ont pris en charge le traitement et la prévention du SIDA pour leurs salariés en Asie et en Afrique. Dans la plupart des cas, les programmes de traitement demeurent modestes, et la stigmatisation comme la discrimination constituent toujours des pierres d'achoppement majeures. La Coalition mondiale des entreprises, qui vise à combattre l'épidémie de SIDA par les compétences et expertises uniques du secteur privé, a vu ses adhésions s'élever à plus de 170 sociétés internationales.

Encadré 2. Les organisations communautaires montrent la voie

Une étude effectuée au début 2004 par SIDACTION sur les organisations communautaires fournit de nombreux exemples du rôle pivot qu'elles jouent dans le traitement et les soins du VIH/SIDA en Afrique.¹²

Au Burkina Faso, deux associations ont commencé l'importation de médicaments génériques avant toutes les autres. Le centre Oasis, ouvert en 1998 à Ouagadougou par l'Association Afrique Solidarité, a été approvisionné en médicaments ARV génériques grâce au soutien financier d'organisations non gouvernementales européennes. Plus de 100 personnes, qui cotisent à une mutuelle associative, ont bénéficié de traitements. Le Centre propose de nombreux autres services de soins et de soutien aux familles touchées par le VIH/SIDA.

Au Burundi, ce sont les organisations à base communautaire qui délivrent la plupart des traitements ARV. Au premier rang de ces organisations figure l'Association nationale de soutien aux séropositifs et sidéens (ANSS), principale association de personnes vivant avec le VIH/SIDA. En 2003, l'ANSS a assuré le suivi médical de 1 700 personnes, dont 1 000 sous traitement ARV. Premier fournisseur de services du Burundi, elle assure en outre des soins complets.

Au Mali, les médicaments ARV sont entrés dans le pays bien avant tout programme gouvernemental, et les malades et professionnels de santé ont fait pression pour que l'accès s'élargisse. Il y a trois ans, Espoir Vie Togo était «un petit groupe de soutien»; aujourd'hui, il compte 100 clients, dont 70 prennent des médicaments ARV.

En Afrique du Sud, on connaît les efforts de Treatment Access Campaign, faisant pression pour l'accès au traitement et l'introduction de changements politiques. Des organisations semblables sont aujourd'hui présentes dans des pays comme le Burkina Faso, le Kenya et le Nigeria. L'activisme contre le SIDA en Afrique est désormais une réalité.

Le Partenariat pour l'accès aux antirétroviraux (PAARV) a été lancé en 2002 pour un certain nombre d'associations communautaires africaines soutenues financièrement par SIDACTION. Ce programme facilite l'accès aux traitements ARV des équipes de ces partenaires, qui comprennent des bénévoles actifs, des élus associatifs et les salariés des associations. Il s'agit en d'autres termes des personnes qui font vivre ces associations. En septembre 2004, le PAARV était actif dans huit pays africains.

Depuis le lancement de la stratégie «3 millions d'ici 2005», en décembre 2003, l'engagement international en faveur de l'extension du traitement, des soins et de la prévention du VIH s'est accru de façon spectaculaire (Annexe 3). Le Secrétariat de l'ONUSIDA tout entier et les 10 co-parrains de l'ONUSIDA ont contribué à promouvoir cette encourageante évolution. Pour sa part, l'OMS a sensiblement modifié les structures de son personnel afin de soutenir «3 millions d'ici 2005», en redéployant un certain nombre de postes techniques au Siège vers les pays fortement touchés. L'OMS assure en outre la direction de l'élaboration de normes et directives unifiées et de la recherche opérationnelle liée à l'extension du traitement et à l'accélération des efforts de prévention. L'OMS a pris la tête du développement et de l'adaptation de modules de formation susceptibles d'être mis en œuvre dans les localités sous-desservies.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA a apporté des contributions importantes à la direction de l'ensemble et aux efforts mondiaux de promotion de la lutte contre le VIH/SIDA, conduisant l'harmonisation des politiques et directives et appuyant directement les pays et les structures régionales pour construire une capacité critique. Les autres co-parrains de l'ONUSIDA ont progressivement intégré «3 millions d'ici 2005» dans leurs domaines de travail respectifs.

Ces derniers mois, la Banque mondiale a renforcé ses investissements déjà considérables dans les programmes de VIH/SIDA, en apportant un appui financier et technique à l'amélioration des systèmes nationaux de santé dans 100 pays. Elle a en outre fourni un soutien direct à des programmes de traitement ARV dans les Caraïbes et dans 13 pays africains, trois pays asiatiques et un pays d'Europe orientale, et a annoncé un Projet d'accélération du traitement dans trois pays africains.

¹² de Cenival M., Prunier-Duparge C. *Accès commun*. Paris, SIDACTION, 2004 (<http://www.sidaction.org/accescommun>, consulté le 31 décembre 2004).

En décembre 2004, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme avait reçu des engagements à hauteur de US\$ 5,9 milliards, et des versements de US\$ 3,3 milliards correspondant à ces engagements. En quatre séries, il a approuvé des propositions pour US\$ 3,1 milliards sur deux ans, et a décaissé US\$ 860 millions. Avec ces quatre premières séries, 52 millions de personnes devraient bénéficier d'un conseil et d'un dépistage volontaires du VIH, et 1,6 millions de traitements ARV sur les cinq années de durée de chaque subvention.

Depuis sa création en 2003, le Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des États-Unis a suscité une dynamique sans précédent et apporté une contribution majeure au développement de la lutte contre le VIH/SIDA, avec un engagement de US\$ 15 milliards sur 5 ans et la mission de traiter 2 millions de personnes séropositives, de prévenir 7 millions de nouvelles infections, et d'apporter des soins et un soutien à 10 millions de personnes infectées et touchées par le VIH/SIDA, notamment les orphelins et les enfants vulnérables. Lancé en 2004, le Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des États-Unis a dépensé dans le monde US\$ 2,4 milliards pour le SIDA. Le budget pour 2005 demande de consacrer US\$ 2,8 milliards au SIDA dans le monde, ce qui représente plus qu'un triplement de l'investissement depuis 2001.

Un certain nombre d'autres donateurs bilatéraux ont effectué des contributions essentielles à l'effort «3 millions d'ici 2005». Le Canada, par exemple, a financé une grande partie de la récente expansion de l'activité de l'OMS au niveau des pays. La contribution du Canada pour soutenir les efforts liés à «3 millions d'ici 2005» a constitué le don ponctuel le plus important de l'histoire de l'OMS. Le gouvernement du Royaume-Uni, l'ONUSIDA et la Banque mondiale ont eux aussi puissamment soutenu l'appui technique et opérationnel aux pays, tout comme la Suède, l'Italie, la Norvège, la Belgique, l'Espagne, le Luxembourg et le Fonds pour le développement international de l'OPEP. Plus des deux tiers de ces ressources iront directement aux bureaux de l'OMS dans les pays, dont l'actuel renforcement permettra d'apporter un appui technique aux efforts des pays.

Encourageant en lui-même, l'intérêt croissant porté au VIH a soulevé de nouvelles difficultés, notamment celle de l'apparition de multiples mécanismes de coordination et d'initiatives aux multiples procédures et exigences de financement, de suivi et de rapports, au niveau des pays et à celui des programmes. Il est plus essentiel que jamais d'harmoniser les efforts au sein de la communauté de lutte contre le VIH/SIDA.

Conscients de la nouvelle donne, les militants, les partenaires, les officiels et les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays touchés, aux côtés des donateurs et des parties intéressées, ont adopté trois principes: **un** seul cadre d'action établi contre le VIH/SIDA sur lequel les partenaires s'alignent, **une** seule autorité nationale de coordination du VIH/SIDA disposant d'un large mandat plurisectoriel, et **un** seul dispositif établi de surveillance et d'évaluation du VIH/SIDA au niveau national. Ce concept, appliqué aux réponses au niveau des pays, constitue un cadre précieux pour garantir que les ressources et les efforts soient harmonisés, durables, et basés sur les résultats. Le suivi et l'évaluation ont été simplifiés et harmonisés par tous les principaux partenaires qui sont convenus de cadres communs de rapports, tels que le guide commun des partenaires pour le suivi et l'évaluation. Ce guide a déjà permis d'harmoniser et de simplifier le suivi et l'évaluation ainsi que les rapports faits aux donateurs, constituant ainsi une base à l'appui des estimations mondiales communes figurant dans le présent rapport.



Les éléments constitutifs de « 3 millions d'ici 2005 »

Au fur et à mesure que notre riposte à la pandémie s'accélère, il devient plus facile d'en identifier les éléments les plus essentiels. En tout premier lieu vient le traitement ARV, qui doit être considéré comme partie d'un processus continu de soins aux adultes et aux enfants infectés par le VIH. Il n'est entamé qu'au moment où l'évolution des infections opportunistes et des maladies associées (diagnostiquées par comptage des CD4 et/ou classification clinique) signale le besoin de médicaments ARV.

Pour être admise à un traitement ARV, toute personne doit être dépistée comme VIH-positive. Quels que soient les résultats des examens sérologiques, ils seront toujours accompagnés d'un conseil préalable et postérieur. Bien souvent, le point d'entrée sera un centre de conseil et de dépistage où le client décidera volontairement d'entrer dans le processus. L'OMS et l'ONUSIDA recommandent toutefois que, notamment dans les établissements de soins les plus sensibles comme les consultations prénatales et les centres de traitement antituberculeux, le conseil et le dépistage soient systématiquement proposés.

Le dépistage et le conseil sont sous-jacents à nombre d'autres processus importants. Si une personne est cliniquement en bonne santé au moment de son premier diagnostic positif au VIH, il sera peut-être possible de retarder le traitement ARV en diagnostiquant et en traitant très vite les infections opportunistes comme la tuberculose, et par une prophylaxie à l'aide de médicaments simples et sûrs comme le cotrimoxazole pour prévenir ces infections opportunistes. De tels cas ne nécessitent qu'une surveillance et des interventions médicales de base. L'individu devra adopter un style de vie sain, et obtenir les moyens de décider en toute connaissance de cause: ce qui suppose une éducation.

Le dépistage précoce a une autre retombée d'importance cruciale, du fait que les personnes qui se soumettent volontairement au dépistage sont souvent diagnostiquées comme non infectées, et deviennent aussitôt des cibles de prévention privilégiées. De nombreux centres suivent désormais des personnes transférées à partir de points d'entrée, par exemple les consultations anti-MST, les services prénatals assurant la prévention de la transmission mère-enfant, ou les centres de réduction des risques destinés aux utilisateurs de drogues injectables.

La grande majorité des personnes séropositives sont diagnostiquées alors qu'elles sont déjà malades. Dans de nombreux pays, la tuberculose est l'infection opportuniste la plus fréquente. Les services antituberculeux constituent donc un point d'entrée important pour les programmes de traitement ARV. Les services traitant les patients hospitalisés sont eux aussi des points d'entrée importants.

Tous les programmes ont besoin d'un approvisionnement ininterrompu en médicaments et produits diagnostiques de qualité, essentiels pour identifier le VIH et pour suivre les progrès cliniques. Il est impératif de former du personnel et de développer les capacités en vue de mettre en œuvre les traitements ARV. Il est préférable d'adopter d'emblée une approche intégrée, puisqu'une fois entamé, le traitement ARV devra être poursuivi tout au long de la vie du patient. La formation devrait donc intéresser toutes les catégories de personnels concernés, dans les centres tertiaires et de transfert, les hôpitaux de district et les centres de santé. Elle devrait en outre s'étendre aux agents communautaires et aux accompagnants.

Il est essentiel de normaliser les systèmes de surveillance, qui permettent de suivre l'évolution des personnes traitées par ARV; ils devraient être reliés au niveau de l'établissement à la délivrance des médicaments, aux cartes personnelles et aux résultats de laboratoire. Il devient ainsi possible de procéder à des analyses régulières de cohorte d'après les registres des personnes sous traitement, les données pertinentes étant extraites et notifiées aux centres régionaux et au programme national. À partir de ces données, les pays sont en mesure de faire part des progrès accomplis à la société civile, à toutes les parties intéressées au niveau national, et aux donateurs. Ces données facilitent en outre la mise à jour périodique de rapports mondiaux, et notamment des effets du traitement sur la mortalité.

Dépistage et conseil en matière de VIH/SIDA

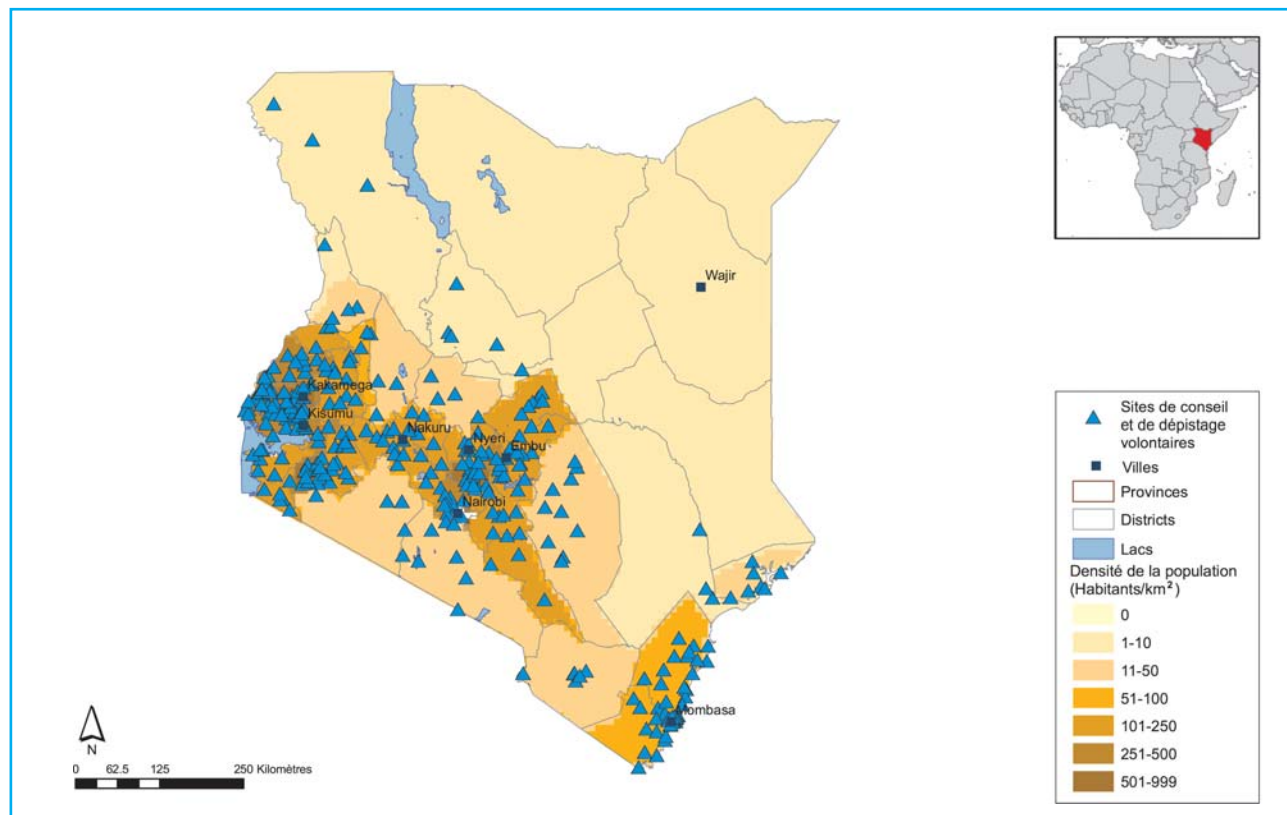
Au fur et à mesure que l'accès aux traitements ARV s'élargit, le dépistage et le conseil en matière de VIH sont de plus en plus reconnus par les programmes nationaux comme voie d'accès principale aux interventions de

prévention, de soins, de traitement et de soutien. Le thème central est ici celui de «connaître son état». Des publications et des programmes de mobilisation communautaires, ainsi que des guides pour le dépistage et le conseil, ont été développés pour diffuser ce message.

En juin 2004, l'ONUSIDA et l'OMS ont publié une déclaration conjointe sur la politique de dépistage du VIH, ainsi que des directives pour un dépistage rapide dans les pays à ressources limitées.¹³ Elles ont en outre, avec le gouvernement des États-Unis, parrainé une rencontre sur l'extension du dépistage et du conseil dans 18 pays africains, à Johannesburg (Afrique du Sud), en novembre 2004. L'OMS a collaboré avec l'International HIV/AIDS Alliance pour la rédaction d'un guide de dépistage et de conseil, et a fait équipe avec la Coalition mondiale des entreprises pour promouvoir l'utilisation des guides «connaître son état».

Des progrès considérables ont été accomplis, et des pays comme le Botswana, le Kenya (Fig. 12) et le Lesotho proposent ce service de façon routinière. Une question centrale se pose à ce propos: celle du nombre de personnes dépistées et conseillées. Ces données ne sont pas encore disponibles, ce qui montre bien le besoin de rapports aux formats unifiés.

Fig. 12. Localisation des sites proposant un conseil et un dépistage volontaires au Kenya, décembre 2004



La tuberculose et le VIH/SIDA

Les programmes antituberculeux apparaissent aujourd'hui comme une composante importante des interventions et des soins du VIH/SIDA dans les pays à faibles ressources. En effet, même si la tuberculose est l'une des causes de morbidité et de mortalité les plus courantes parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA, elle représente bien davantage qu'une simple partie du problème, les programmes de lutte antituberculeux pouvant même constituer une partie de la solution.

De nombreux pays disposent de programmes de lutte contre la tuberculose bien établis qui pourraient, moyennant des ressources supplémentaires, s'adapter sans difficultés aux systèmes fournissant des traitements ARV (Encadré 3). Les programmes antituberculeux et ARV ont tous deux besoin d'un engagement politique, d'une mobilisation des communautés pour améliorer la détection précoce, de définitions normalisées des cas, de services diagnostiques de bonne qualité, de schémas thérapeutiques normalisés avec un appui à l'observance, d'approvisionnements en médicaments fiables, et de systèmes de suivi normalisés.

¹³ OMS, UNUSIDA. UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf>) (en anglais).

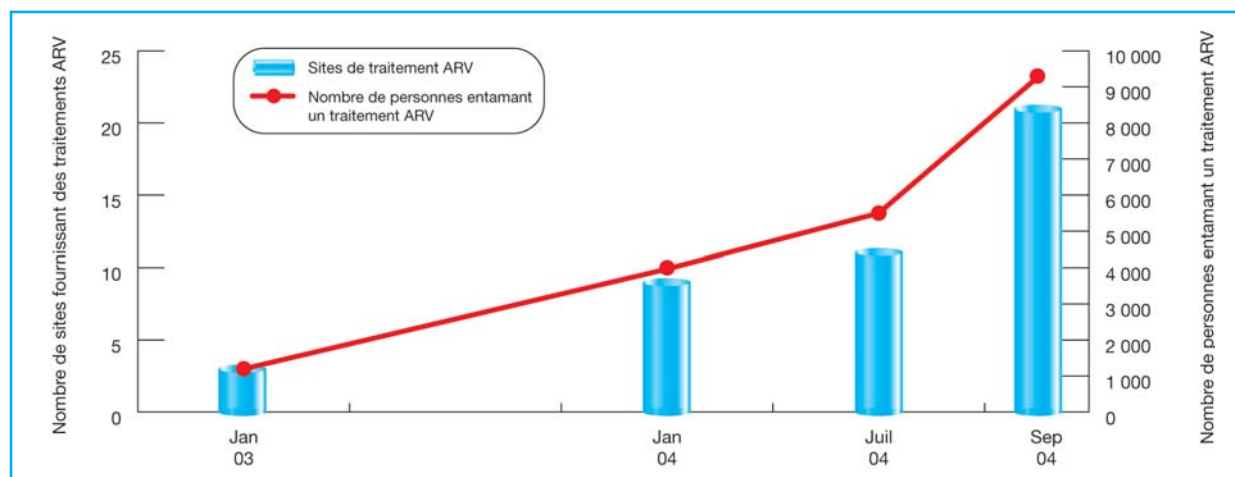
Dans les pays à forte prévalence de l'infection à VIH, jusqu'à 80% des personnes vivant avec la tuberculose sont séropositives au VIH, ce qui oblige les programmes antituberculeux à prendre en charge la réduction de l'impact du VIH et à collaborer avec les activités portant sur le VIH/SIDA. Les programmes antituberculeux se trouvent ainsi rapidement attirés dans la mouvance de «3 millions d'ici 2005».

Encadré 3. Mettre à profit l'expérience de la lutte antituberculeuse: le Malawi

Au Malawi, on estime que 900 000 personnes vivent avec le VIH/SIDA, dont 170 000 ont besoin d'un traitement ARV. Le plan national d'extension des traitements ARV vise à fournir de tels traitements à 80 000 personnes avant la fin 2005, dépassant ainsi la cible fixée par «3 millions d'ici 2005» à 68 000, et ce malgré des dépenses de santé annuelles de US\$ 12 seulement par personne, et un énorme déficit en ressources humaines (Fig. 13).

Comment le Malawi atteindra-t-il son ambitieux objectif ? Le pays suit depuis de nombreuses années la stratégie DOTS pour lutter efficacement contre la tuberculose. Il utilise maintenant l'expérience ainsi acquise pour accélérer l'accès au traitement ARV, ce qui implique des définitions uniformes des personnes à traiter, des schémas thérapeutiques simples, des approvisionnements en médicaments fiables, des accompagnateurs du traitement pour en garantir l'observance, et un suivi-évaluation régulier assuré par un système d'enregistrement uniformisé et des rapports trimestriels. Le Malawi compte ainsi porter au maximum la prise et l'observance des traitements ARV, et réduire au minimum les résistances aux médicaments.

Fig. 13. Nombre de sites fournissant des traitements ARV et nombre de personnes entamant un traitement au Malawi, janvier 2003–septembre 2004

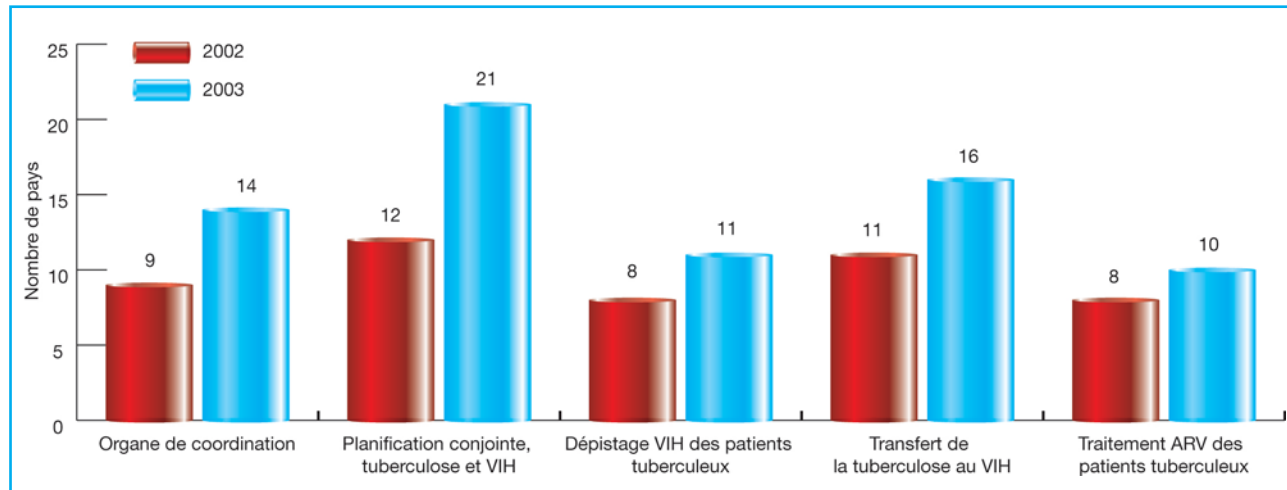


La collaboration entre les consultations antituberculeuses et les consultations de conseil et de dépistage du VIH/SIDA a permis de procéder au dépistage du VIH chez 70% des personnes traitées contre la tuberculose. Le recours à des conseillers non professionnels soulage les infirmières des tâches de conseil, et pallie un manque d'infirmières aigu. En janvier 2005, les 44 hôpitaux des 28 districts du Malawi assureront tous le conseil et le dépistage systématiques du VIH pour toutes les personnes sous traitement antituberculeux. En décembre 2004, 23 des 59 sites du secteur public désignés à cette fin délivraient des traitements ARV, et plus de 9 000 personnes suivaient ces traitements. Les fonctionnaires régionaux chargés de la lutte antituberculeuse ont été formés aux traitements ARV, et s'occupent de l'enregistrement, des rapports, du suivi et de l'évaluation des traitements antituberculeux comme des traitements ARV. De nouveaux outils de suivi et d'évaluation des traitements ARV ont été élaborés à partir de l'analyse de cohorte également employée pour la tuberculose. Les équipes centrales des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA vont travailler ensemble pour analyser les données rassemblées par les fonctionnaires régionaux.¹⁴

¹⁴ Harries A. et al. Monitoring the responses to antiretroviral therapy in resource-poor settings: the Malawi model. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2004, 98:695-701. Harries A et al. Expanding antiretroviral therapy in Malawi: drawing on the country's experience with tuberculosis. *British Medical Journal*, 2004, 329:1163-1166.

Une étude sur les activités menées en collaboration contre la tuberculose et le VIH/SIDA dans 41 pays à forte charge de tuberculose liée au VIH/SIDA a recueilli des réponses de 32 pays (Fig. 14). Des progrès ont été constatés dans presque tous les domaines des politiques. Dix de ces 32 pays ont maintenant pour politique de fournir un traitement ARV aux personnes vivant avec la tuberculose.

Fig. 14. Résultats d'une étude sur les politiques nationales de collaboration des activités contre la tuberculose et le VIH/SIDA dans 32 pays à forte charge de tuberculose liée au VIH/SIDA, 2002 et 2003



Prévention et traitement des infections opportunistes

L'infection par le VIH affaiblit le système immunitaire des malades, et les rend sensibles à des infections qui sont normalement maîtrisées lorsque le système immunitaire fonctionne bien. La prophylaxie par le cotrimoxazole, un médicament aisément accessible et de faible coût, peut contribuer à prévenir nombre de ces infections, et elle est recommandée pour les personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA. La prophylaxie par l'isoniazide, un médicament antituberculeux bon marché et sûr, peut contribuer à éviter le développement d'une tuberculose évolutive. L'infection à cryptocoques peut être prévenue, de même que sa récurrence après un traitement initial (prophylaxie secondaire), par le fluconazole, un médicament antifongique très courant.

Certains pays, dont la Thaïlande, ont produit un effort concerté pour améliorer la couverture de la prophylaxie par le cotrimoxazole, le traitement de la tuberculose et la prophylaxie secondaire de la méningite à cryptocoques parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

En Afrique, la prophylaxie par le cotrimoxazole est rarement employée. En 2003, une étude estimait que 3% des adultes et 1% des enfants vivant avec le VIH/SIDA prenaient du cotrimoxazole.¹⁵ Les résultats de deux récentes études menées en Ouganda (sur les adultes)¹⁶ et en Zambie (sur les enfants)¹⁷ ont amené l'OMS, l'ONUSIDA et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) à modifier leurs recommandations antérieures pour la prophylaxie par le cotrimoxazole chez l'enfant. Selon les nouvelles recommandations, cette prophylaxie devrait être administrée à tous les enfants exposés au VIH/SIDA à partir de 4–6 semaines après leur naissance, et à tout enfant identifié comme porteur du VIH par des signes cliniques ou des symptômes évocateurs du VIH. Une réunion de suivi est prévue pour le début 2005.

Prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson

Une autre priorité en bonne position sur la liste est la nécessité de prévenir l'infection par VIH chez les nourrissons, et particulièrement de prévenir la transmission de la mère à l'enfant. Pourtant, en 2003, on estimait que seules 5% des femmes enceintes en Afrique subsaharienne, et 8% dans le monde, bénéficiaient de services de prévention de la transmission mère-enfant.

¹⁵ USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF and the Policy Project. *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*. Washington, DC, Policy Project, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/coverage/en, consulté le 31 décembre 2004).

¹⁶ Mermin J. et al. Effect of co-trimoxazole prophylaxis on morbidity, mortality, CD4-cell count, and viral load in HIV infection in rural Uganda. *Lancet*, 2004, 364: 1428–1434.

¹⁷ Chintu C. et al. Co-trimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): a double-blind randomized placebo-controlled trial. *Lancet*, 2004;364:1865–1871.

De même que la tuberculose constitue un modèle pour les systèmes de prestations, les programmes prénatals sont essentiels pour accélérer l'accès au traitement afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant. Une mesure qui rencontre un succès certain consiste en un dépistage du VIH avec possibilité de refus. On indique aux femmes enceintes que le dépistage du VIH est une procédure normale, et on leur demande si elles souhaitent le refuser («opt out»); cette approche est fréquemment employée pour d'autres examens médicaux courants.

Les services de prévention primaire, le dépistage et le conseil, le traitement et l'appui aux femmes vivant avec le VIH et à leurs familles doivent également être développés.

L'Ukraine a prouvé qu'il est possible d'étendre la prévention de la transmission mère-enfant. Le ministère de la santé dispose de solides infrastructures pour les services de santé maternelle et infantile, qui semblent permettre d'éliminer les nouvelles infections chez le nourrisson d'ici 2010. En adoptant l'«offre systématique» avec possibilité de refus, et pratiquement toutes les femmes acceptant le dépistage, l'Ukraine a ramené la transmission de la mère à l'enfant de 28% en 2000 à 10% en 2002.

En juin 2004, la Fondation pédiatrique Elisabeth Glaser contre le SIDA apportait son soutien à des programmes de prévention de la transmission mère-enfant dans 17 pays. Parmi plus de 90 000 femmes identifiées comme vivant avec le VIH/SIDA, plus des deux tiers recevaient une prophylaxie du VIH pour en prévenir la transmission à leurs nourrissons. En décembre 2004, la Fondation avait également fourni des traitements ARV à près de 9 500 adultes et 785 enfants grâce à ses programmes de soins dans quatre pays.

L'université Columbia (New York) gère l'initiative MTCT-Plus sur 13 sites dans neuf pays : huit en Afrique subsaharienne, et un en Thaïlande. Cette initiative soutient la prévention de la transmission mère-enfant et la délivrance de soins, y compris des traitements ARV, aux femmes, à leurs partenaires et à leurs enfants. De janvier 2002 à août 2004, 5 540 femmes et leurs familles ont bénéficié du programme, et 1 142 ont reçu des traitements ARV. Tant le programme de la Fondation Glaser que celui de l'université Columbia perçoivent un financement conséquent du Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des États-Unis.

Prévention et traitement vont de pair

La prévention et le traitement doivent engendrer des synergies, et la réalisation de l'objectif de «3 millions d'ici 2005» suppose de les étendre de front. Le traitement, s'il est efficace, constitue une forme de prévention, bien qu'imparfaite, car il réduit la charge virale et les risques de transmettre le VIH, même en cas de relations sexuelles non protégées. Dans l'extension du traitement, la nécessité concomitante d'étendre rapidement le conseil et le dépistage constitue un point d'entrée central pour le développement de toutes les activités de prévention. Mieux les populations connaîtront le VIH et le SIDA, plus elles seront capables d'en prévenir la transmission et de se protéger contre les infections opportunistes. Si leur dépistage est négatif, elles sauront prendre les mesures pour se protéger contre l'infection, elles-mêmes et leurs familles.

À mesure que les populations sont mieux informées, la stigmatisation et la discrimination déclinent : il devient alors plus facile pour chacun de connaître son état, et de briser ainsi la chaîne de la transmission.

On dispose de peu de renseignements concernant les effets du traitement sur la prévention dans les pays en développement. Dans les pays industrialisés riches, une méta-analyse est récemment parvenue à la conclusion que les personnes vivant avec le VIH/SIDA et suivant un traitement ARV ne faisaient pas preuve d'un comportement sexuel à risques accrus, et ce même lorsque le traitement avait atteint le stade de l'indétectabilité de la charge virale. Cependant, certaines croyances à propos des traitements ARV et de la charge virale pourraient favoriser les rapports sexuels non protégés. Les messages de prévention devraient tenir compte de ces questions.¹⁸

La préparation au traitement

Tant les personnes vivant avec le VIH/SIDA que les communautés affectées ont un rôle central à jouer pour préparer les patients à entamer et à suivre un traitement ARV dans le long terme. En tant que bénéficiaires attendus des programmes de traitement, de soins et de prévention, ils doivent être écoutés, impliqués dans les décisions de soins de santé les concernant, et participer activement à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes à long terme. Ils ont également besoin de soutien pour plaider leur cause. La préparation au traitement, dont font

¹⁸ Crepez N., Hart T.A., Marks G. Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior: a meta-analytic review. JAMA, 2004, 292:224- 236.

partie la sensibilisation, l'information de base et la mobilisation des communautés en faveur des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des communautés affectées, est donc primordiale pour les résultats potentiels des plans, ressources et systèmes destinés à délivrer des traitements ARV. Le Programme de préparation au traitement de l'OMS a donc attribué une contribution financière importante au Fonds de collaboration pour la préparation au traitement du VIH. Ce Fonds est organisé en partenariat mondial entre la Tides Foundation, la Coalition internationale pour la préparation au traitement, l'OMS, plus de 15 autres donateurs, et de nombreux organismes d'assistance technique. Sa principale activité consiste à octroyer, après un examen collégial, des subventions visant à appuyer, dans les pays en développement, des projets d'initiation, de promotion et de mobilisation des communautés en matière de traitement du VIH/SIDA. Ce sont en effet des comités communautaires d'examen, comprenant des personnes vivant avec le VIH/SIDA ainsi que des promoteurs du traitement et éducateurs, d'origine communautaire, qui dans chaque région ou sous-région de financement déterminent les priorités de financement, étudient les demandes et décident des décaissements.

Le Fonds de collaboration s'intéresse en outre à la construction de capacités concernant l'accès et la préparation au traitement au sein des réseaux régionaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA, de promoteurs du traitement et d'éducateurs. Le type de soutien apporté varie selon les régions, en fonction de leurs besoins, de leurs capacités et des infrastructures existantes. L'OMS complète son appui financier au Fonds en soutenant une évaluation participative des effets du programme, qui contribuera à la conception et à la mise en œuvre des futures initiatives d'origine communautaire.

Le Fonds de collaboration est exemplaire des principes de «participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA», appliqués à une initiative mondiale de santé publique.

Médicaments contre le SIDA et produits diagnostiques

Dans les pays en développement, il est essentiel que les programmes contre le VIH/SIDA soient assurés d'une source fiable de médicaments et produits diagnostiques. Leur coût pour les personnes et les pays constitue encore aujourd'hui un obstacle à l'extension du traitement, qu'il faudra surmonter. La qualité des médicaments et produits diagnostiques doit en outre être garantie. Enfin, il importe d'assurer un approvisionnement adéquat en préparations ARV qui en facilitent la prise et en réduisent le coût, tout en favorisant l'observance du traitement.

Le programme de présélection de l'OMS répond en grande partie à ce problème. La présélection n'est pas un dispositif de réglementation des médicaments. L'OMS n'a pas pour vocation d'approuver l'utilisation de certains médicaments dans des pays déterminés : c'est là le rôle des autorités nationales de réglementation, sur la base de la législation de chaque pays. L'OMS n'établit qu'une liste de médicaments dont il a été démontré qu'ils satisfont aux normes internationales existantes en matière de qualité, de sûreté et d'efficacité – ce qui les rend aptes au premier chef aux approvisionnements des agences des Nations Unies (voir <http://mednet3.who.int/prequal>, et http://www.who.int/medicines/organization/qsm/expert_committee/expertcomm.shtml). La présélection de l'OMS est transparente (tous les renseignements pertinents sont du domaine public) et menée par des experts et inspecteurs hautement qualifiés, appartenant à des autorités de réglementation bien établies, notamment de pays de l'Union européenne, canadiennes et suisses (Encadré 4). Le programme facilite en outre la formation de spécialistes de la réglementation dans les pays en développement.

Le Service SIDA: médicaments et moyens diagnostiques (AMDS) compte désormais 16 membres, et s'est redéfini en tant que réseau d'organisations apportant leur appui à l'approvisionnement et à la gestion des stocks de médicaments et produits diagnostiques pour le VIH/SIDA. L'OMS en assure le secrétariat, tandis que les autres partenaires fournissent l'essentiel du soutien technique ainsi que les médicaments ARV eux-mêmes.

L'AMDS a poursuivi le dialogue et les négociations avec l'industrie de la recherche pharmaceutique en vue d'assurer un approvisionnement suffisant en traitements du VIH/SIDA abordables et de haute qualité. L'un des enjeux est celui du système de prix échelonnés et de l'élargissement de la liste des pays pouvant bénéficier de tarifs inférieurs et intermédiaires. Un autre est celui de la traçabilité des ventes, pour aider à déterminer le nombre des personnes suivant un traitement dans chaque pays, et évaluer les besoins pour accélérer l'accès au traitement.

Centre d'échanges d'informations sur les médicaments ARV et les produits diagnostiques, l'AMDS fournit aux partenaires les dernières données concernant les brevets, les stades d'agrément et les prix, et sur la découverte, la production, la disponibilité et les prix des nouveaux médicaments.

Les partenaires de l'AMDS impliqués dans l'approvisionnement ont enregistré de brusques hausses dans leurs ventes de médicaments ARV et de produits diagnostiques. En 2004, l'International Dispensary Association (IDA) a fourni des

médicaments ARV d'une valeur de US\$ 105 millions à 21 pays, un accroissement spectaculaire puisque seuls trois pays étaient concernés en 2003. L'UNICEF a fourni des médicaments ARV à 37 pays au cours des 18 derniers mois. La valeur de ces livraisons est en forte hausse, passant de moins de US\$ 2 millions en 2003 à US\$ 7,5 millions sur les trois premiers trimestres de 2004. Depuis octobre 2004, l'UNICEF a constitué un stock de médicaments ARV pour contribuer à limiter les pénuries. Il a passé des accords avec 22 pays, et dispose d'un stock d'un montant de US\$ 500 000 pour faire face aux urgences. La Fondation Bill et Melinda Gates a fait don de US\$ 250 000 supplémentaires afin d'accroître ce stock. La Fondation présidentielle William J. Clinton a négocié des prix préférentiels pour certains médicaments génériques et produits diagnostiques, et conclu des accords avec la Banque mondiale, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'UNICEF, l'IDA et l'OMS, pour permettre aux pays et organismes avec lesquels ils travaillent de se procurer ces médicaments et produits diagnostiques à des prix préférentiels.

Les partenaires de l'AMDS, y compris l'OMS et l'UNICEF, soutiennent également l'élaboration de principes à l'usage des autorités nationales de réglementation pharmaceutique, pour les guider dans l'examen des demandes d'agrément d'associations fixes. L'OMS a présélectionné des associations fixes pour le traitement des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays à faibles ressources. Au Cameroun, un essai clinique de taille modeste conduit sur plusieurs sites a donné des résultats très encourageants quant à l'efficacité, la sûreté et la qualité d'une association à dose fixe générique de névirapine, stavudine et lamivudine.¹⁹ De telles études sont essentielles pour poursuivre l'évaluation des médicaments recommandés par l'OMS et achetés par de nombreux organismes donateurs.

Encadré 4. Assurer une qualité élevée

À la fin mai 2004, l'OMS a retiré deux médicaments antirétroviraux présélectionnés, produits par Cipla Ltd, de la liste des médicaments présélectionnés. Le 9 novembre 2004, les laboratoires Ranbaxy Ltd (Inde) ont volontairement retiré sept médicaments ARV (ainsi que tous les dossiers de produits ARV en cours d'examen) de la liste de présélection de l'OMS. La semaine suivante, un autre fabricant de génériques antirétroviraux basé en Inde, Hetero Drugs Limited, retirait à son tour six de ses médicaments ARV de la liste de présélection de l'OMS.

Ces retraits ont été motivés par des inspections de l'OMS auprès d'organismes de recherche sous contrat, qui avaient procédé aux études de bioéquivalence. Lors d'inspections ultérieures, les entreprises ont découvert des failles dans la documentation relative à la preuve de la bioéquivalence des produits avec les médicaments originaux. Les entreprises ont en outre constaté que les organismes de recherche sous contrat qu'elles avaient mandatées pour leurs études de bioéquivalence ne travaillaient pas en conformité avec les directives internationales concernant les bonnes pratiques cliniques et les bonnes pratiques de laboratoire.

L'OMS a indiqué à ses Etats Membres qu'en principe, les irrégularités mises à jour dans les organismes de recherche sous contrat ne mettaient pas en cause la qualité pharmaceutique démontrée des médicaments, y compris leur pureté et leur stabilité, mais que les utilisateurs devraient si possible cesser d'employer les médicaments retirés et passer à d'autres produits présélectionnés. L'OMS a cependant aussi recommandé de poursuivre l'utilisation de produits retirés au cas où il serait difficile de se procurer immédiatement des produits présélectionnés de remplacement. Le risque présenté par l'interruption du traitement est en effet plus élevé que celui de fournir des médicaments qui peuvent ou non être bioéquivalents, mais dont la qualité et la sûreté sont établies. Le passage à des produits non présélectionnés n'est pas recommandé, puisque l'OMS n'en a pas vérifié la qualité.

Le 30 novembre, l'OMS a réinscrit deux médicaments fabriqués par Cipla Ltd (Inde) sur sa liste de médicaments présélectionnés. Depuis lors, Cipla a mené de nouvelles études de bioéquivalence pour confirmer que ses deux médicaments ARV sont bien équivalents du point de vue thérapeutique à leurs contreparties de marque.

Les inspections permanentes menées par l'OMS auprès des organisations de recherche sous contrat pratiquant des tests sur les médicaments ARV sont une composante du processus de surveillance continue, et font partie intégrante du travail de présélection. Celui-ci reflète la responsabilité de l'OMS dans le soutien qu'elle apporte aux pays par la promotion de médicaments sûrs et efficaces et l'amélioration de leurs dispositifs d'assurance de qualité. La liste actuelle des médicaments présélectionnés par l'OMS comprend 50 médicaments ARV, dont trois associations doubles et deux associations triples à dose fixe (deux ou trois médicaments ARV dans un seul comprimé), produits par les laboratoires Abbott, GlaxoSmithKline et Cipla. Un certain nombre de nouveaux médicaments ARV, y compris des associations fixes, sont actuellement prévus à l'évaluation de l'OMS.

¹⁹ Laurent C. et al. Effectiveness and safety of a generic fixed-dose combination of nevirapine, stavudine, and lamivudine in HIV-1 infected adults in Cameroon: open-label multicentre trial. *Lancet*, 2004, 364:29-34.

L'AMDS est une bourse d'appui technique, aidant les pays à renforcer les capacités de leur chaîne d'approvisionnement, de telle sorte que les produits soient acheminés de façon efficace des centrales d'achats aux centres de traitement. L'une des manières d'apporter ce soutien consiste à organiser des séminaires régionaux. En décembre, par exemple, des séminaires de formation tenus au Kenya et au Cambodge ont rassemblé plusieurs dizaines de participants venus de près de 20 pays. Une autre méthode consiste à aider les pays à élaborer des plans d'approvisionnement et de gestion des stocks. De nombreux pays se sont acquittés de cette tâche, et devraient disposer à la mi-2005 de 120 spécialistes formés à la gestion des stocks.

Les prix des médicaments ARV dans les pays en développement

Le coût élevé des médicaments ARV demeure un obstacle à l'extension du traitement anti-VIH et des soins. Pour les traitements de première intention, le prix le plus bas offert aux pays est d'environ US\$ 140 par personne et par an, mais les prix moyens sont toujours d'environ US\$ 300 au moins. Une forte collaboration de tous les partenaires de «3 millions d'ici 2005» sera nécessaire pour atteindre en décembre 2005 l'indicateur-clé de US\$ 50-200 par personne et par an. Entre-temps, les traitements de deuxième intention restent d'un coût prohibitif dans une grande partie du monde. À mesure que la physionomie de l'épidémie se modifiera, cet état de choses risque d'engendrer un danger de santé publique de plus en plus grave. Il est essentiel que la communauté internationale agisse dès maintenant pour faire en sorte que le coût élevé des médicaments ne fasse pas obstacle à ce que se poursuive l'amélioration actuelle dans le recours initial et continu aux services liés au VIH.

Les prix en Europe et en Asie centrale

Cela étant, le prix des traitements de première et de deuxième intention demeure un problème en Europe orientale et en Asie centrale. Les pays appartenant à la Communauté des Etats indépendants ont obtenu des réductions de prix pour les médicaments ARV. En République de Moldova et en Ukraine, par exemple, les gouvernements achètent des médicaments ARV génériques par l'intermédiaire de l'International Dispensary Association, grâce aux subventions qui leur sont allouées par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. En Fédération de Russie, des négociations directes avec l'industrie de la recherche se poursuivent, tandis que des médicaments ARV génériques sont en cours d'agrément.

Dans d'autres pays, où les cas sont moins fréquents, les prix restent très élevés et limitent fortement l'accès au traitement. Le nombre des personnes atteintes du SIDA étant relativement faible, excepté en Roumanie, la plupart se procurent des médicaments ARV par l'intermédiaire du système officiel de santé publique. Leur nombre allant croissant, la charge financière que représente l'achat des médicaments commence à se faire lourde.

Lors d'une rencontre d'organisations militantes à Varsovie, un groupe de travail a été créé pour pousser la Direction générale «Santé et protection des consommateurs» de la Commission européenne à intervenir. Réduire les prix dans les 10 pays qui ont adhéré à l'Union européenne en mai 2004 s'avère complexe, car les dispositions de l'Union européenne sur le marché unique ont conduit à un alignement des prix sur ceux pratiqués dans les 15 pays déjà membres avant mai 2004. Plusieurs réunions ont eu lieu à ce sujet, et d'autres sont programmées.

La gestion des approvisionnements et des stocks

Les pays et les programmes sont en train d'accumuler rapidement une expérience directe de l'approvisionnement en médicaments ARV. La vitesse de cet apprentissage laisse prévoir un déplacement des difficultés et goulots d'étranglement potentiels dans la gestion des approvisionnements et des stocks. En 2005, les responsables auront moins à se battre pour sélectionner des produits, choisir des fournisseurs et passer des commandes, que pour financer des achats récurrents, préserver une certaine souplesse opérationnelle et réglementaire dans le processus d'approvisionnement, prévoir la demande en fonction des adhésions aux traitements ARV, et surtout mettre en œuvre un système de gestion des stocks robuste, assurant aux établissements de santé un (ré)approvisionnement régulier. Aider les pays à développer un système de gestion des approvisionnements et des stocks à la fois efficient et effectif n'est pas seulement essentiel à l'extension des traitements ARV, mais facilite aussi le traitement d'autres maladies chroniques exigeant des soins constants, comme le diabète ou l'hypertension.

La formation des agents de santé

Au fur et à mesure que s'étend l'accès au traitement ARV, une contrainte majeure apparaît dans le manque de personnels de santé compétents, allant des médecins spécialistes aux auxiliaires médicaux. On estime les

besoins à 100 000 professionnels formés. Les modules de formation de l'OMS sur la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) proposent une approche technique solide pour le transfert des compétences essentielles, la transmission des connaissances et l'ouverture des équipes soignantes aux non professionnels, y compris les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Les modules de PCIMAA comprennent des directives simples, des matériels et outils pédagogiques, et traitent des soins cliniques, du conseil aux personnes sous traitement et de leur suivi, ainsi que de la coordination des traitements ARV au niveau du district.

Initialement lancée en Ouganda, l'approche par la PCIMAA est une pépinière de nouveaux partenariats dans les pays et entre pays. L'organisation de séminaires et la mise en place de lieux d'échanges des connaissances valorisent les ressources locales et préparent une croissance exponentielle du nombre d'agents professionnels et non professionnels (Encadré 5). Le système de santé dans son ensemble s'en trouve lui aussi renforcé, grâce à l'optimisation de l'emploi des ressources humaines et à l'intégration des soins.

Encadré 5. Un centre régional d'échange de connaissances en Ukraine

La formation aux traitements ARV était pratiquement inexistante en Europe centrale et orientale avant 2003. Cette année-là, une allocation de la Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), l'Agence allemande de coopération technique, est venue appuyer l'OMS et l' American International Health Alliance dans leur collaboration avec le ministère ukrainien de la santé, le centre national du SIDA, l'Institut d'études médicales supérieures de Kiev, MSF et l'AIDS Foundation East-West, pour constituer un centre régional d'échange de connaissances. Ce Centre d'échange de connaissances sur les soins et le traitement du VIH/SIDA en Eurasie est situé à Kiev (Ukraine). Il a pour but :

- de contribuer à élaborer des plans nationaux sur le VIH/SIDA répondant aux besoins en matière de développement de capacités;
- d'élaborer et de dispenser des programmes de formation comportant des éléments de savoirs dans des établissements éducatifs et cliniques, et des éléments de compétences apportés sur place par des mentors;
- de mettre en place des ressources d'information en ligne, à l'usage des professionnels des soins;
- de traduire et d'adapter les directives, protocoles, documents sur les meilleures pratiques, et autres textes.

Le Centre a permis de réunir un assentiment général autour du plan national ukrainien d'extension des traitements ARV, avec pour objectifs d'en fournir à 2 000 adultes et à 100 enfants dans six régions avant la fin de 2005. L'approche adoptée consiste à créer d'abord des équipes soignantes, comprenant un médecin, une infirmière et un travailleur social ou conseiller. Puis, une formation à base de savoirs sera suivie d'une formation à base de compétences. Depuis juin 2004, le Centre a formé 66 soignants, grâce à une subvention du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et au soutien de l'Alliance internationale contre le VIH/SIDA.

Le Centre d'échange de connaissances a élaboré un dispositif permettant de mesurer et d'évaluer les résultats de la formation, comprenant un suivi régulier sur site. Il rend également visite aux établissements pour prêter assistance aux traitements ARV, au fur et à mesure que sont admis les premiers groupes de patients.

Le Centre s'efforce aujourd'hui d'obtenir une reconnaissance nationale et internationale pour les médecins, infirmières et travailleurs sociaux qui suivent ses cours. Il prévoit d'étendre ses programmes de formation à la Fédération de Russie en 2006, et est engagé dans des discussions avec d'autres pays.

Du fait que les personnes vivant avec le VIH/SIDA tendent à devenir expertes en ce qui concerne leur maladie, elles sont encouragées à se transformer en patients spécialistes, à participer à la formation des médecins et auxiliaires, et à devenir elles-mêmes auxiliaires. Celles qui en ont la capacité peuvent également assumer des tâches administratives, libérant d'autant un personnel professionnel surchargé de travail.

Au Swaziland, par exemple, où huit formateurs spécialistes et 12 autres formateurs PCIMAA sont en place, 32 professionnels des quatre régions du pays avaient été formés en août 2004. La formation PCIMAA est aussi en bonne voie en Érythrée, en Afrique du Sud dans la province du Cap oriental, et au Soudan. Les directives cliniques ont été rapidement adaptées au Burundi et au Sénégal, où la formation est en cours. Ces directives sont en cours d'adaptation au Burkina Faso et dans d'autres pays africains francophones.

Assurance de qualité et agrément

Le manque d'infrastructures matérielles et de services d'une qualité satisfaisante demeure un problème dans la plupart des pays en développement. La Joint Commission International établit les normes au regard desquelles la qualité des soins est mesurée dans plus de 15 000 organisations de soins de santé dans le monde. L'agrément comporte des examens sur place des établissements, effectués au moins tous les trois ans par des professionnels de santé de la Joint Commission International.

Certains pays possèdent déjà des systèmes d'agrément, mais aucun ne concerne spécifiquement le traitement du VIH/SIDA. La publication de directives simples et adaptables pour l'élaboration de systèmes d'agrément est attendue pour août 2005.

L'établissement de normes n'est nullement destiné à pénaliser des pays ou établissements de soins. Son objectif est plutôt d'introduire un cadre pour améliorer continuellement la qualité. On peut ainsi contribuer à structurer l'approche d'un pays vis-à-vis de l'extension des traitements. L'OMS et la Joint Commission International sont en train d'élaborer des directives pratiques et adaptables qui serviront d'outils pour la mise en place de systèmes d'agrément concernant la prestation de services dans le domaine du VIH/SIDA. Elles apporteront en outre un appui technique aux pays ou institutions désirant mettre sur pied des systèmes d'agrément. Elles favoriseront et soutiendront le développement de partenariats nationaux, régionaux et internationaux pour encourager l'adoption de normes d'agrément et leur respect, surveiller et évaluer leur application, et les améliorer.

Le suivi du traitement

Le succès des traitements ARV va transformer le VIH/SIDA d'une sentence de mort en une maladie chronique. La prise en charge de la maladie chronique en vue de maintenir la personne en bonne santé et productive requiert une surveillance et une évaluation régulières de l'état clinique et du respect du traitement.

En théorie, l'anamnèse d'une personne vivant avec le VIH/SIDA devrait être notée et disponible lors de toute visite clinique. Le registre des patients est un élément crucial du système de tenue des dossiers et de suivi. L'essentiel des renseignements est utilisé au bénéfice de la personne intéressée; le reste permet aux programmes de fonctionner correctement et d'établir les données employées pour évaluer et améliorer les services aux niveaux institutionnel, national et mondial. Les synthèses de ces données contribuent par exemple à la régularité de l'approvisionnement et de la distribution de médicaments et fournitures, et permettent de mesurer les progrès accomplis en direction des objectifs nationaux et mondiaux. La simplicité est la clé de tout système de suivi robuste, de sorte que le dispositif ne recueille que le minimum de données nécessaires aux soins de la personne vivant avec le VIH/SIDA, à la bonne administration de l'établissement et du système national, et aux rapports internationaux.

En mars 2004, l'OMS a réuni des représentants du gouvernement des États-Unis, d'autres donateurs bilatéraux et de nombreuses organisations non gouvernementales, afin de convenir d'un ensemble minimum standard de données à recueillir.

Dans différents pays, le système de suivi s'appuie sur l'expérience de la tuberculose, avec les modifications nécessaires pour tenir compte de la durée à vie du traitement ARV. Le Malawi a adopté un tel système (Encadré 3).

On rencontre également des exemples de mise en place de systèmes électroniques de suivi. Le Brésil, qui possède plus de 900 sites de traitement ARV, utilise un système basé sur l'Internet pour gérer les approvisionnements et la distribution de médicaments et fournitures en direction des établissements. De nombreuses institutions et organisations ont développé des systèmes de dossiers médicaux électroniques, comme l'hôpital de Mosoriot, au Kenya, MSF (un ensemble logiciel appelé FUCHIA), ou le gouvernement des États-Unis (le système CareWare, conçu pour les patients des États-Unis infectés par le VIH et désormais employé dans certaines consultations en Ouganda). En Haïti, Partners In Health a développé un système électronique de dossiers médicaux qui utilise des satellites pour communiquer avec les sites distants, suivre les stocks courants de médicaments et autres fournitures et estimer les besoins à venir, prouvant par là qu'il est possible de contourner une infrastructure défectueuse pour résoudre un problème vital.

La résistance aux médicaments

Le VIH subit des mutations fréquentes au cours de sa réplication dans les cellules humaines, et certaines de ces mutations réduisent l'efficacité des médicaments anti-VIH. En cas de mauvaise observance du traitement, des souches de VIH résistantes risquent d'apparaître et de faire échouer le traitement. En revanche, si les schémas thérapeutiques ARV sont conçus et administrés correctement, et si l'observance est élevée, l'apparition de souches résistantes sera réduite au minimum.

Aucun élément n'indique que l'extension des traitements ARV dans les pays en développement rende plus difficile de maîtriser la diffusion de souches de VIH résistantes aux médicaments. La résistance aux médicaments n'y est pas plus forte que dans les pays industrialisés riches. La résistance primaire aux médicaments contre le VIH-1 est demeurée faible au Brésil, où les trithérapies ont été introduites à grande échelle en 1995-1996, ainsi qu'en Côte d'Ivoire et en Ouganda, où les traitements ARV ont été introduits en 1998 dans le cadre de l'Initiative d'accélération de l'accès.

L'OMS s'attache actuellement à travailler avec des pays pour mettre en place des systèmes de surveillance et de suivi de la résistance aux médicaments anti-VIH. Il est prévu de réaliser des études de seuil pour déterminer le niveau de transmission de la résistance aux médicaments, essentiellement à partir de spécimens surnuméraires issus de campagnes de surveillance du VIH ou d'études ponctuelles dans des établissements sentinelles, parmi des populations où des traitements ARV sont employés sans contrôle depuis plusieurs années. La première de ces études a eu lieu au Mexique. Une surveillance de la résistance aux médicaments anti-VIH sera entreprise dans les mois à venir dans deux pays, parmi des populations entamant un traitement standard. On prête en outre une grande attention à la mise sur pied d'un réseau de laboratoires pratiquant des tests de résistance aux médicaments. Des laboratoires d'Afrique du Sud, du Botswana, de Côte d'Ivoire et du Sénégal sont aujourd'hui engagés dans un programme d'assurance de qualité portant sur les laboratoires impliqués dans la surveillance de la résistance aux médicaments anti-VIH dans la région Afrique de l'OMS.

La recherche opérationnelle

Il n'existe pas de modèle universel pour étendre la fourniture de traitements ARV et optimiser les programmes de prévention à l'échelle requise. Une approche à base factuelle est indispensable, mais l'urgence de la tâche impose d'adopter des approches innovantes. L'apprentissage par la pratique, dont la recherche opérationnelle est un élément clé, est essentiel au processus d'extension. Le caractère incomplet des éléments disponibles ne saurait entraver les efforts, et apprendre des diverses initiatives en cours implique d'établir les faits en temps réel, au moment où les programmes de traitement sont lancés et étendus.

La priorité devra aller à une recherche directement pertinente et largement applicable. Deux principes essentiels sont à retenir. Tout d'abord, la recherche doit être pluridisciplinaire et comprendre des éléments de clinique, d'économie, de systèmes de santé et de comportement social. En second lieu, le processus devrait être du ressort des programmes nationaux. La réalisation d'études de recherche opérationnelle devrait être intégrée aux activités courantes des programmes, que l'initiative en revienne aux parties locales ou à des partenaires extérieurs. L'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et d'autres partenaires ont commencé à étudier avec les pays les priorités à établir pour la recherche opérationnelle ainsi que les propositions de recherches à élaborer.

Les soins à domicile

Dans de nombreux pays fortement touchés, le fardeau du VIH s'est abattu brutalement sur les grands établissements de santé. En Zambie, une étude a montré que jusqu'à la moitié des journées d'hospitalisation dans les services de médecine d'un hôpital central étaient imputables à des patients atteints de maladies liées au VIH. Les programmes de soins à domicile sont par conséquent un élément essentiel des efforts d'extension, et leur diffusion constitue une priorité.

En fonction des circonstances, les soins à domicile peuvent sensiblement réduire la charge imposée aux systèmes de santé; pour le patient, ils présentent des avantages évidents. Lorsqu'un traitement ARV a débuté, l'hospitalisation à long terme est rarement nécessaire. La majorité des infections liées au VIH, comme la fièvre ou la diarrhée, peuvent se traiter à domicile avec l'aide de personnels de santé formés à cette fin. Dans bien des cas, le maintien à domicile est la seule option puisque, les établissements hospitaliers étant souvent éloignés, les coûts de transport et d'hébergement deviennent prohibitifs.

Un autre avantage des soins à domicile réside en leur contribution à l'accélération des efforts de prévention. L'expérience du programme TASO en Ouganda et ailleurs indique que le conseil et l'éducation dispensés aux personnes vivant avec le VIH/SIDA sont à la fois plus aisés et plus efficaces menés à domicile. Enfin, bien conçus, les programmes de soins à domicile sont de nature à réduire l'isolement et la stigmatisation, en s'appuyant sur les ressources sociales et psychologiques proposées par la communauté locale.

Le traitement des enfants

Les enfants ont malheureusement été laissés pour compte des efforts visant à accélérer l'accès au traitement ARV. La défense des intérêts des enfants a été discrète, la surveillance est limitée et, jusqu'à preuve du contraire, les décideurs politiques et les soignants sont souvent peu convaincus de l'efficacité des traitements ARV chez l'enfant.

Globalement, on estime que les enfants de moins de 15 ans représentent un sixième des décès dus au VIH/SIDA, mais leur proportion est beaucoup plus faible parmi les personnes traitées par ARV. Peu de programmes se sont consacrés au traitement des enfants. La Thaïlande fait exception, dont le programme national met sous traitement ARV 200 à 300 enfants par mois, et où les enfants constituent 8% des personnes sous traitement. Au Brésil, où les femmes et les enfants représentent une minorité des populations infectées, environ 5% des personnes sous traitement sont des enfants. MSF indique que 6% des personnes que traite l'organisation dans tous les pays sont des enfants.

Le nombre exact des enfants infectés par le VIH ou le SIDA est inconnu. On peut procéder à des estimations grossières en estimant le nombre de femmes vivant avec le VIH/SIDA qui accouchent, en appliquant un taux moyen de transmission de la mère à l'enfant, en supposant que l'allaitement maternel est la règle. On pense qu'en 2004, plus d'un demi-million d'enfants sont morts du VIH/SIDA dans le monde.

La surveillance de l'état sérologique de l'enfant est très limitée : elle ne constituait ni une priorité ni une composante des approches de la surveillance de deuxième génération. Cette surveillance se complique du fait que le dépistage du nourrisson n'est pas simple. Chez l'enfant âgé de moins de 18 mois, le VIH ne peut être détecté avec assurance qu'à l'aide de tests spéciaux. La plupart des enfants nés de mères infectées n'ont pas accès à ces technologies coûteuses et complexes. Les produits diagnostiques courants, largement répandus, sont basés sur la détection des anticorps, qui se transmettent de la mère au nourrisson : un résultat positif avant l'âge de 18 mois peut représenter un transfert passif d'anticorps (positifs) maternels, et non une véritable infection de l'enfant. Plus de la moitié des décès infantiles liés au VIH/SIDA se produisent pendant cette période ; ils échappent très largement au diagnostic et au comptage – ils sont donc invisibles.

L'OMS propose d'élaborer des critères pour un diagnostic présomptif du VIH/SIDA qui conduirait à traiter même en l'absence de confirmation définitive. L'OMS, l'UNICEF et d'autres partenaires proposent une définition révisée du VIH/SIDA chez l'enfant, parallèlement à un système de classification clinique amélioré, tenant compte du déploiement rapide des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Entre-temps, l'OMS prône le financement de programmes de recherche visant à développer de meilleures méthodes diagnostiques.

Le système de classification clinique de l'OMS pour l'infection et la maladie à VIH chez l'enfant remonte à plusieurs années et n'a jamais été évalué. De nombreux événements cliniques des stades 2 et 3 ne sont pas spécifiques à l'infection par le VIH ; il existe avec les enfants non infectés un chevauchement considérable. Peu de laboratoires sont équipés pour effectuer des numérations CD4, et la plupart d'entre eux ne disposent que d'équipements indiquant les nombres absolus et non les pourcentages de CD4 (ce qui exige des machines beaucoup plus chères et complexes). Les recommandations semblent trop complexes pour être largement appliquées dans une approche de santé publique. Les directives de traitement seront révisées et simplifiées conformément aux nouvelles données concernant la sûreté et l'efficacité de différents schémas thérapeutiques et la résistance aux médicaments.

À côté de l'amélioration des outils cliniques et diagnostiques, il existe un urgent besoin de formulations pédiatriques abordables et appropriées. Les formulations spécifiquement pédiatriques sont très rares, et souvent beaucoup plus coûteuses que les formulations pour adultes. Bien souvent, les personnes qui distribuent les médicaments divisent des comprimés pour adultes en deux, voire en quatre, et acceptent que la dose médicamenteuse des comprimés ainsi divisés soit relativement aléatoire. Les tables de dosage basées sur le poids corporel sont complexes, et généralement d'usage peu aisé en dehors d'établissements disposant de compétences pédiatriques spécialisées.

Administrer des schémas thérapeutiques complexes est difficile pour les tuteurs ou soignants, et les quantités de médicaments nécessaires chaque mois peuvent être importantes. Des approches du dosage plus simples et plus pratiques vont être développées (Encadré 6). L'UNICEF et l'OMS ont réuni la première d'une série de

consultations visant à élaborer de nouvelles formulations pédiatriques conformes aux directives de traitement révisées. L'établissement de meilleures données sur le VIH/SIDA chez l'enfant permettra d'améliorer les prévisions de la demande de diverses formulations, et d'aider l'industrie pharmaceutique à s'engager dans la fabrication des produits nécessaires.

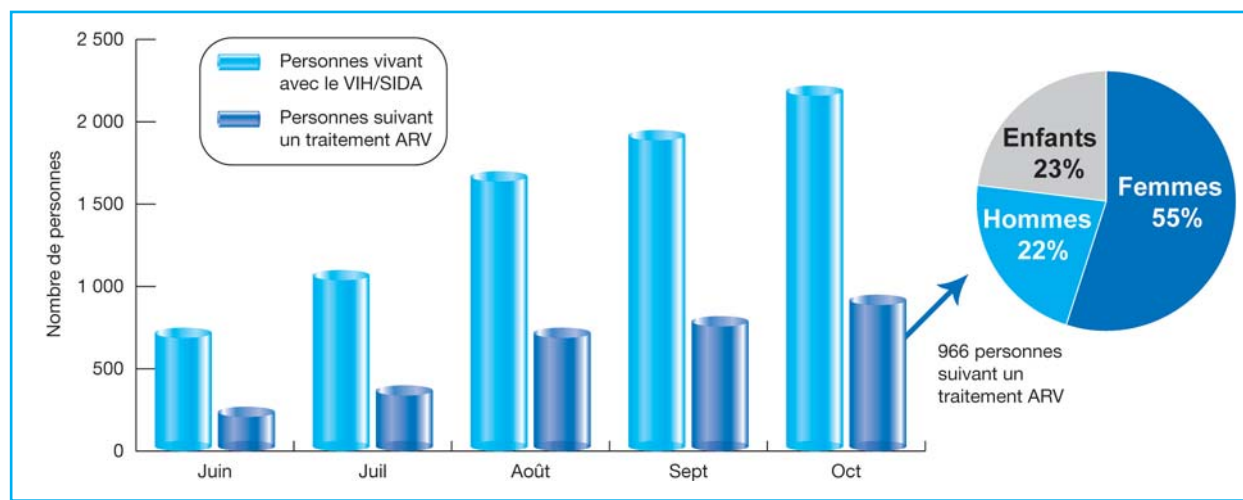
Encadré 6. Une approche familiale des soins aux personnes infectées par le VIH : l'association ACONDA à Abidjan (Côte d'Ivoire)²⁰

La Côte d'Ivoire possède dix ans d'expérience de la recherche clinique et thérapeutique en matière de VIH. Elle est devenue l'un des pays phares en matière de développement de programmes pilotes favorisant l'accès aux soins, et notamment aux traitements ARV hautement actifs. L'ACONDA est une organisation non gouvernementale créée à Abidjan par des médecins et autres professionnels de la santé engagés dans ces activités, avec le ministère de la santé et l'Agence nationale de recherches sur le Sida. En collaboration avec ses partenaires, l'ACONDA propose aujourd'hui des services complets de soins et de traitement à des familles touchées par le VIH/SIDA dans les deux quartiers d'Abidjan les plus densément peuplés.

Depuis août 2003, 446 femmes enceintes ou en couches vivant avec le VIH/SIDA ont été inscrites dans deux consultations communautaires de santé maternelle et infantile. Les femmes en âge de procréer constituent le point d'entrée pour mettre sur pied un programme de soins familiaux pour le VIH. Les femmes enceintes qui remplissent elles-mêmes les critères de l'OMS pour le traitement ARV entament celui-ci avant leur accouchement, conformément aux directives de l'OMS de 2004 sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.²¹ Ce sont au total 192 femmes et 27 enfants des mêmes familles qui ont entamé un traitement ARV. De plus, 116 partenaires masculins ont déjà accepté le dépistage VIH, 64 ont été informés de leur séropositivité et 33 ont débuté un traitement.

Début 2004, la même équipe a introduit cette approche globale dans un grand hôpital public de soins primaires, avec une consultation pour adultes et enfants dédiée au VIH, proposant conseil et dépistage volontaires ainsi que toute la gamme des services liés au VIH. Les adultes et enfants en quête de soins ordinaires sont le point d'entrée du programme de soins pour le VIH. En six mois, 2 217 personnes vivant avec le VIH/SIDA ont été inscrites, dont 1 177 femmes et 338 enfants. Parmi ces personnes, 966 suivent actuellement un traitement ARV, dont une majorité de femmes et d'enfants (Fig. 15). Le programme est en cours d'extension à 10 autres établissements du grand Abidjan, afin de fournir d'ici à 2008 des services de soins primaires et une approche familiale, incluant le traitement ARV, à au moins 10 000 personnes vivant avec le VIH. Les premiers résultats des traitements sont très bons.

Fig. 15. Nombre cumulé de personnes vivant avec le VIH/SIDA inscrites par ACONDA à Abidjan (Côte d'Ivoire), juin-octobre 2004



²⁰ Rapport de (par ordre alphabétique) Xavier Anglaret, François Dabis, Bertin Kouadio, Valériane Leroy, Dominique Marchand, Thérèse Ndri-Yoman, Freddy Perez, Roger Salamon, Catherine Seyler, Besigin Tonwe-Gold et Siaka Touré pour l'équipe ACONDA-ISPED. Fassinou P. et al. Highly active antiretroviral therapies among HIV-1- infected children in Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS*, 2004, 18:1905-1913.21

²¹ *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/guidelines/en>, consulté le 31 décembre 2004).

Le VIH/SIDA et les systèmes de santé

Le VIH/SIDA étant pour de nombreux pays en développement la première grande maladie chronique à laquelle ils réagissent par un traitement continu à grande échelle, il pourrait venir renforcer de nombreux systèmes de santé, puisqu'il implique des interventions très diverses par différents canaux, publics et privés, sur une base permanente. Les défis que lance la pandémie sont les mêmes que pour d'autres priorités de santé comme la tuberculose, le paludisme ou la santé maternelle et infantile.

Atteindre l'objectif de «3 millions d'ici 2005» impose de fournir rapidement une large gamme d'interventions dans de nombreux établissements publics et privés, et ce de façon ininterrompue. Trois questions sont généralement posées :

- Comment surmonter à court terme les contraintes majeures des systèmes de santé ?
- Comment maintenir les résultats à moyen terme ?
- Comment étendre le traitement ARV avec des ressources limitées, non pas en les détournant d'autres priorités de santé, mais en améliorant la prestation de tous les services de santé ?

On s'intéresse à quatre éléments essentiels, constituant ce que l'on appelle la plateforme VIH/SIDA du système de santé :

- un personnel compétent;
- des systèmes d'information;
- un approvisionnement en médicaments et fournitures bien géré et fiable; et
- des systèmes de financement équitables et durables.

Un personnel compétent

Un rapport de l'Initiative conjointe d'apprentissage sur les ressources humaines pour la santé et le développement,²² regroupement de plus de 100 responsables du secteur de la santé, montre que le développement des ressources humaines pour la santé dans les pays en développement a été négligé pendant des années par les milieux de la politique de santé, tant nationaux qu'internationaux. Presque tous les pays à faibles ressources sont confrontés à des pénuries d'effectifs de personnels de santé, à des déséquilibres de compétences, à une mauvaise répartition, à des conditions de travail pénibles, et à un manque d'informations. Dans les pays les plus pauvres en particulier, ces personnels sont confrontés au VIH/SIDA, à l'émigration et au manque d'investissements. La mobilisation et le renforcement des ressources humaines pour la santé sont au cœur du combat contre les crises de santé.

Des systèmes d'information

Une réponse provisoire au manque de données dans de nombreux pays parmi les plus touchés par le VIH/SIDA consiste à mettre en place un système d'information géographique permettant de cartographier les services essentiels dans chaque district: cet outil est baptisé SAM (Service Availability Mapping). Il saisit au niveau du district les informations sur les services de VIH/SIDA et les autres services de santé essentiels, ainsi que sur les infrastructures, laboratoires et ressources humaines (Fig. 16). Il peut servir à suivre l'extension des traitements ARV, mais couvre également les principaux indicateurs du système de santé, notamment l'équité géographique.

Ces solutions à court terme doivent être reliées à des efforts plus larges pour améliorer à plus long terme les systèmes d'information sur la santé dans les pays les plus pauvres. C'est l'objectif du Réseau de métrologie sanitaire, nouveau partenariat international sous l'égide de la Fondation Bill et Melinda Gates. Le Réseau a pour but de catalyser le développement des systèmes d'information nationaux relatifs à la santé, accroissant par là la disponibilité et l'utilisation d'une information de santé régulière et fiable pour appuyer les décisions aux niveaux national et mondial.

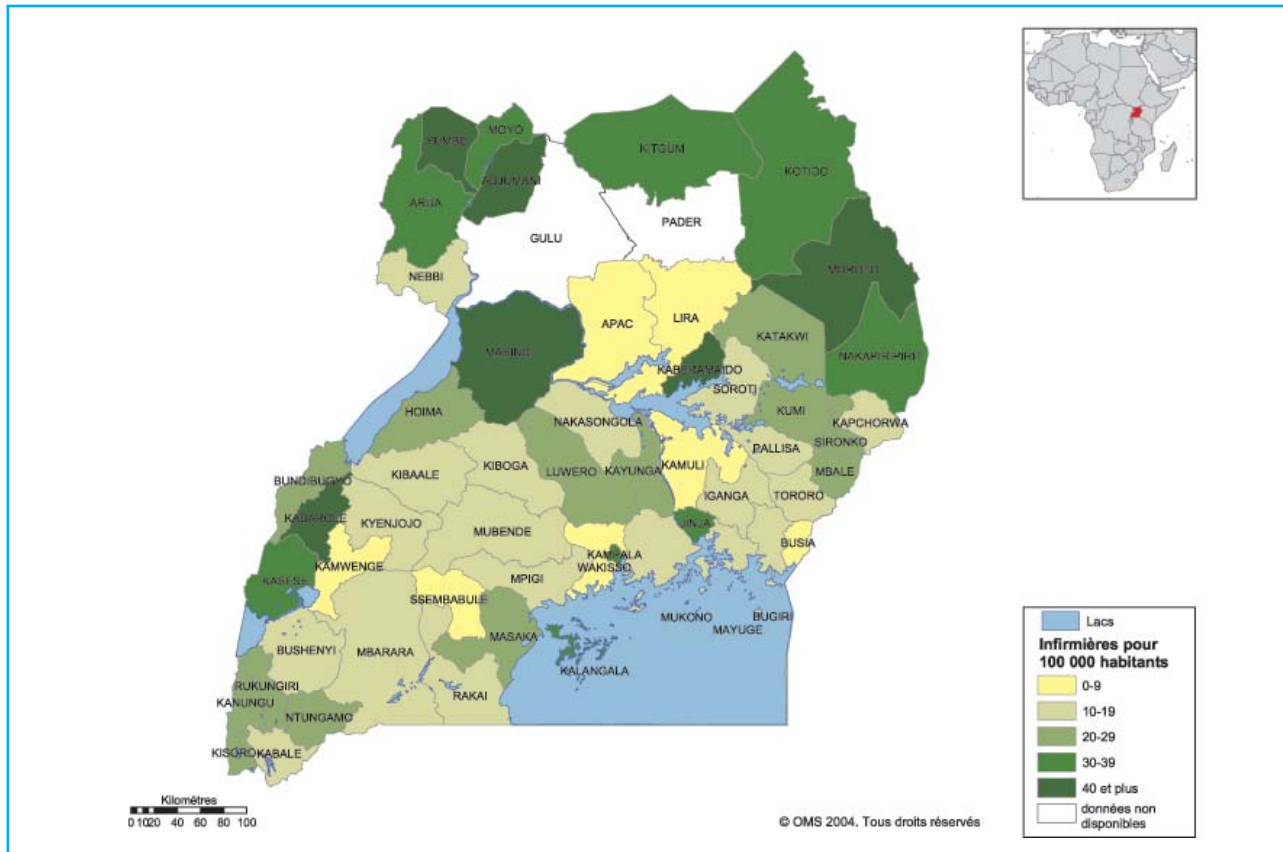
Les approvisionnements et les stocks

En dépit de l'impressionnante baisse du prix des médicaments, le traitement ARV reste très coûteux. Dans 18 pays africains, les dépenses de santé totales sont inférieures à US\$ 10 par personne et par an, ressources extérieures incluses. Il faut aider les pays à établir des systèmes de financement adéquats, équitables et durables, aussi bien

²² Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development. *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge, Global Equity Initiative, Harvard University, 2004 (<http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>, consulté le 31 décembre 2004, résumé en français).

qu'à obtenir des fonds supplémentaires pour la santé. Cela implique de mener des actions à la fois sur le terrain, sous forme d'assistance matérielle et technique aux organismes nationaux, régionaux et locaux; et sur le plan international, sous forme de pressions et de politiques destinées à accroître la concurrence sur les marchés des produits pharmaceutiques et autres fournitures essentielles.

Fig. 16. Nombre d'infirmières pour 100 000 habitants en Ouganda, par district, mars 2004



Des systèmes de financement équitables et durables

Les pays doivent avoir la capacité d'estimer leurs besoins financiers et de suivre les sources et l'emploi des fonds. Ils doivent élaborer des plans assurant la viabilité financière, garantissant que le système de santé puisse faire face à une large extension impliquant des coûts récurrents, tant pour le système de santé que pour les traitements. Pour ce faire, une question clé qui fait débat est celle d'un éventuel paiement direct des médicaments ARV par l'utilisateur. Les donateurs doivent reconnaître que les contributions extérieures demeureront pendant plusieurs années une source de financement essentielle dans les pays les plus pauvres.

Entre-temps, les activités d'extension liées au VIH/SIDA se déroulent dans un contexte de santé et de développement qui comporte des réformes de la santé, des approches sectorielles du développement de la santé, des cadres de dépenses à moyen terme et des stratégies de réduction de la pauvreté. Les gouvernements, ayant souscrit à tous les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, s'efforcent d'avancer simultanément sur plusieurs fronts. Perspicacité et dialogue sont indispensables pour concilier les demandes concurrentes de ressources, éviter d'exclure les groupes vulnérables, et limiter les doubles emplois et gaspillages. Dans le domaine du VIH/SIDA, cela a déjà conduit à accepter les «trois principes» de l'ONUSIDA (voir plus haut). Il convient d'accorder une grande attention à la manière dont les stratégies en matière de VIH/SIDA s'insèrent dans les stratégies d'ensemble du secteur, et aux effets potentiels et réels de l'extension sur le reste du système de santé.

Compte tenu du niveau atteint par les engagements financiers, on attend des pays bénéficiaires une grande transparence budgétaire. D'un autre côté, si de nombreux pays bénéficiaires souhaitent s'attaquer plus efficacement

au VIH/SIDA, ils s'inquiètent des effets qu'auront ces apports massifs de fonds sur des politiques de santé, des structures de dépenses et une stabilité financières soigneusement négociées. L'exigence de transparence et le souci des politiques macroéconomiques sont les deux faces de la même médaille: tous deux reposent sur une relation de réciprocité, de confiance et de respect entre les pays fortement touchés et les donateurs. La pierre angulaire de cette relation doit être l'engagement de toutes les parties envers la priorité absolue que constituent les services de traitement, de soins et de prévention du VIH/SIDA.

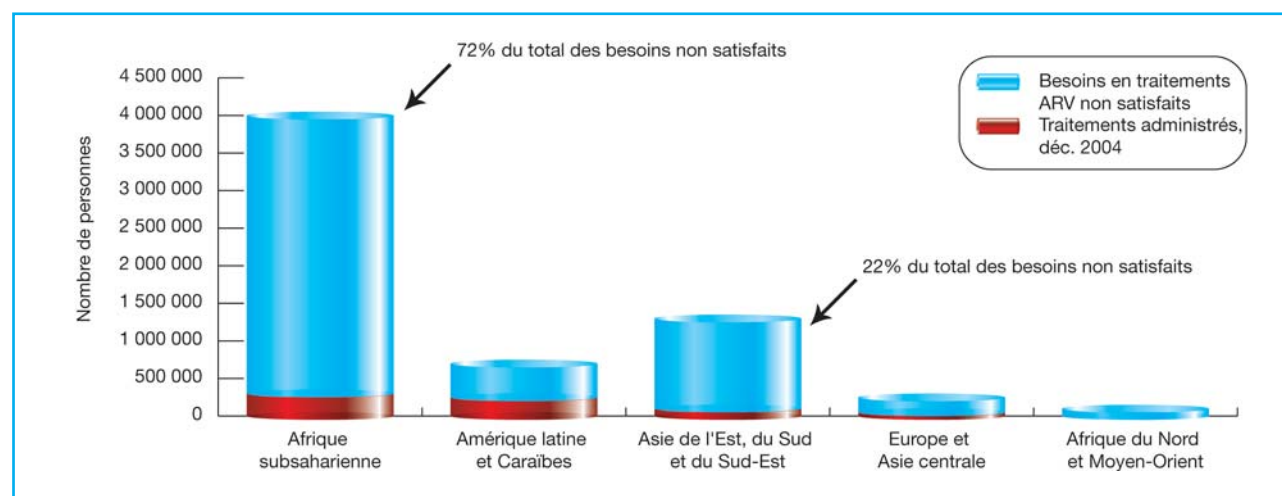
Aller de l'avant : les défis de 2005

Les progrès accomplis en 2004 ont jeté les bases de l'immense effort nécessaire pour atteindre la cible de «3 millions d'ici 2005» à la fin de l'année 2005. De nombreux pays devront accélérer leur extension, l'argent manque, les organisations internationales doivent devenir beaucoup plus rapides dans leur aide aux pays. Le second semestre 2004 a vu s'accomplir d'énormes changements, alors que la volonté politique se traduisait en action. Le degré d'engagement est certes encourageant, mais il doit s'accélérer en 2005. Certaines innovations nécessaires, comme l'offre systématique du dépistage et du conseil dans de nombreux établissements principaux de soins et la réduction ou l'abolition de la participation financière des patients sur le lieu de prestation, exigent beaucoup d'énergie et de détermination de la part des partenaires, des personnels techniques et des communautés; tandis que les changements de politiques opérés par les gouvernements nationaux, les donateurs bilatéraux et multilatéraux et les autres parties, visant à accroître au maximum les fonds disponibles pour l'extension, demeurent essentiels.

Une demande de traitement en hausse

Atteindre l'objectif de 3 millions de personnes d'ici fin 2005 implique de mettre sous traitement au moins 2,3 millions de personnes supplémentaires. Au total, 5,1 millions d'adultes ont encore besoin d'un traitement en 2005, et ne le reçoivent pas; 72% d'entre elles vivent en Afrique subsaharienne et 22% en Asie. Ces deux régions représentent donc les neuf dixièmes des personnes dont le besoin de traitement reste pour l'heure insatisfait (Fig. 17).

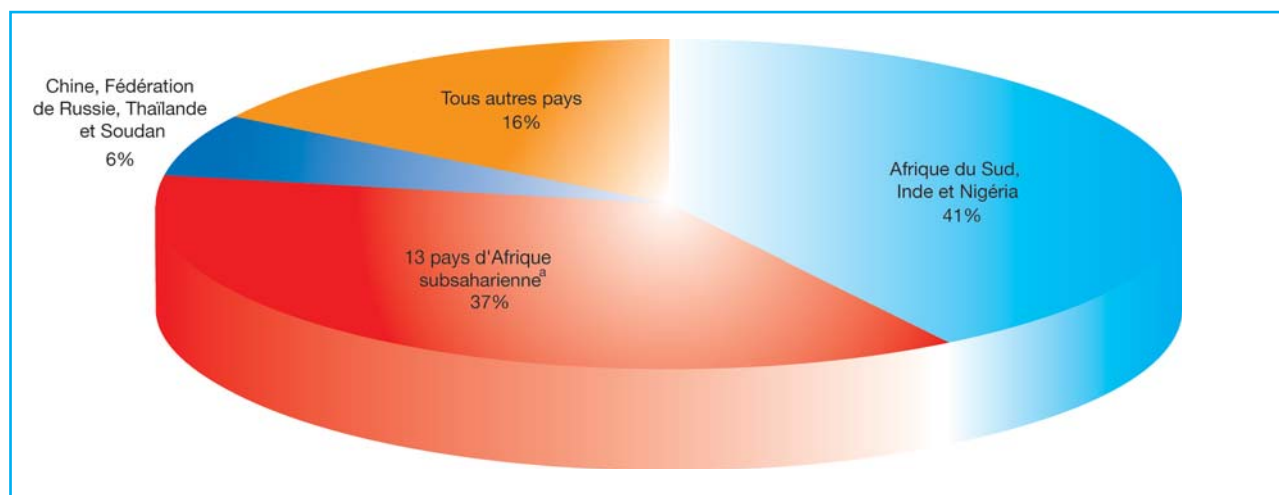
Fig. 17. Besoins non satisfaits en traitements ARV parmi les adultes dans les pays en développement et en transition en 2005



Vingt pays comptent chacun au moins 50 000 personnes qui ont besoin d'un traitement, qui s'ajoutent à celles qui en suivent déjà un (besoin non satisfait). En 2005, l'ensemble de ces pays représente 84% des besoins en traitements ARV non satisfaits dans les pays en développement et en transition (Fig. 18). Les trois premiers, l'Afrique du Sud, l'Inde et le Nigeria, totalisent 41% des besoins. Treize pays d'Afrique subsaharienne (Zimbabwe, République-Unie de Tanzanie, Éthiopie, Mozambique, Kenya, République démocratique du Congo, Malawi, Zambie, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ouganda, Lesotho et Ghana) abritent 37% des 5,1 millions de personnes qui devraient encore entamer un traitement. La Chine, la Fédération de Russie, la Thaïlande et le Soudan en représentent 6% supplémentaires.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. On ne pourra progresser au niveau mondial vers l'objectif de «3 millions d'ici 2005» que par des percées majeures dans les pays où les besoins en traitements non satisfaits sont les plus grands.

Fig. 18. Où vivent les 5,1 millions de personnes qui ont besoin d'entamer un traitement en 2005 ?



^a Autres que l'Afrique du Sud et le Nigéria.

Le déficit de ressources

A la mi-2004, les dépenses prévues en 2005 pour atteindre l'objectif des «3 millions d'ici 2005» étaient évaluées entre US\$ 3,1 milliards et US\$ 3,8 milliards, d'après le coût des médicaments et du rythme de l'extension en 2004.²³ Dans un des scénarios supposant les coûts les plus élevés, les médicaments ARV comptaient pour 43% dans ce montant.

Plus récemment, en prenant pour modèle le traitement en Zambie, avec un coût moyen en médicaments de US\$ 304 par personne et par an, en le considérant comme normal et en l'appliquant à 49 pays cibles et fortement touchés, on a estimé que US\$ 3,55 à 3,8 milliards seraient requis en 2005 pour atteindre l'objectif de «3 millions d'ici 2005».²⁴ Compte tenu des engagements et des promesses, on disposera pour 2005 de US\$ 1,55 milliards provenant des pays en développement et en transition, du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, du Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des États-Unis, de la Banque mondiale et d'autres donateurs. Il resterait un déficit de plus de US\$ 2 milliards à combler, qui peut être réduit en abaissant les coûts des médicaments ou des prestations.

Manifestement, il reste encore beaucoup à faire. Le niveau d'engagement international affirmé en faveur de l'objectif de «3 millions d'ici 2005» doit se refléter dans l'action sur le terrain. Il faudra pour cela, dans les 12 prochains mois, entreprendre en collaboration un effort réfléchi visant à accélérer le rythme des décaissements et à améliorer la coordination entre agences de financement, responsables des pays et partenaires de terrain, pour assurer que les financements soient rapidement absorbés, et que la vision à long terme et l'extension d'urgence se rejoignent en tant qu'objectifs complémentaires.

Assurer un accès équitable

L'accès aux services de traitement ARV va devoir connaître une hausse sans précédent par l'accroissement du nombre des services de distribution et l'amélioration de leur répartition, notamment dans les zones rurales. Il faudra que les populations se présentent plus nombreuses au conseil et au dépistage. Le problème de la stigmatisation et de la discrimination devra être abordé avec agressivité.

La forte adhésion que suscitent les programmes visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant, ainsi que leurs rapports, indiquent que davantage de femmes que d'hommes suivent des traitements dans les établissements publics. Cette évolution doit toutefois être surveillée de près. Il est essentiel d'améliorer l'accès des enfants au dépistage, à la prévention et au traitement, et cet effort devra entre autres porter sur la généralisation de formulations ARV pédiatriques abordables. Il faudra en outre assurer un accès équitable aux populations marginalisées les plus touchées par l'épidémie, comme les détenus, les professionnel(le)s du sexe, les utilisateurs de drogues injectables, et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Les médicaments et produits diagnostiques devront devenir abordables pour toutes les personnes qui en ont besoin.

²³ Gutierrez J.P. et al. Achieving the WHO/UNAIDS antiretroviral treatment 3 by 5 goal: what will it cost? *Lancet*, 2004, 364: 63–64. *Estimating funding gap to reach the target of 3 million with access to antiretroviral drugs by 2005 ("3 by 5")*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département VIH/SIDA, document non publié.

²⁴ *Estimating funding gap to reach the target of 3 million with access to antiretroviral drugs by 2005 ("3 by 5")*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département VIH/SIDA, 2004, document non publié.

Des programmes de traitement efficaces et efficaces

Tandis que le VIH/SIDA passe du statut de sentence de mort à celui de maladie chronique, il reste beaucoup à faire pour développer encore des programmes de traitement ARV de qualité supérieure. On peut inclure sous ce chapitre des équipes de gestion chargées de coordonner le processus de prestation de services, la préparation au traitement et l'engagement communautaire, des chaînes d'approvisionnement et de stockage fiables et efficaces, la formation et le développement de capacités, des systèmes normalisés permettant de suivre l'observance des personnes traitées par ARV ainsi que la réussite des traitements, la surveillance de la résistance aux médicaments, le soutien à l'observance, et une recherche opérationnelle permettant d'apprendre par l'action. Le resserrement des liens entre les programmes de traitement et de prévention du VIH et de la tuberculose favorisera grandement l'extension des deux services.

La prévention : en avant, toute !

Le traitement apporte la possibilité de renforcer la prévention, mais il est plus nécessaire que jamais d'investir dans la prévention elle-même pour contourner l'épidémie. Salomon et al.²⁵ ont modélisé l'épidémie pour tenter de prédire le nombre de nouvelles infections et de décès en Afrique subsaharienne d'ici à 2020, selon que la lutte se focaliserait sur la prévention, le traitement ou les deux à la fois. La combinaison des deux approches s'est révélée être de loin la plus efficace pour réduire les nouvelles infections et les décès : d'après ces estimations, il serait possible d'éviter 29 millions de nouvelles infections et 10 millions de décès en intégrant prévention et soins.

La coordination

En 2004, la coordination et la collaboration entre les partenaires de «3 millions d'ici 2005» et avec les autres organisations se sont considérablement améliorées aux niveaux international et national. L'approche des «trois principes» a gagné en puissance, dans les pays comme parmi les donateurs et agences techniques. L'harmonisation des efforts de lutte contre le VIH/SIDA, y compris «3 millions d'ici 2005», est essentielle et doit se poursuivre.

Le renforcement des systèmes de santé

L'année 2005 est un tournant important pour les efforts de promotion d'un développement équitable et durable dans les pays pauvres. La faiblesse des systèmes de santé constitue, dans bien des pays les plus pauvres, un obstacle majeur vis-à-vis des objectifs du Millénaire pour le développement dans ce domaine. L'initiative «3 millions d'ici 2005» est une occasion de traiter les questions de fond : un personnel de santé compétent, des systèmes d'information fiables, un approvisionnement en médicaments et autres fournitures bien géré et régulier, et des systèmes de financement équitables et durables.

Au-delà de «3 millions d'ici 2005»

Les 12 prochains mois verront de nombreux pays entreprendre des activités sans précédent en matière de VIH/SIDA. Ils permettront également d'envisager l'avenir et de prévoir au-delà de 2005. Il faudra élaborer des stratégies à moyen et à long terme, fixer de nouveaux objectifs et estimer les ressources nécessaires. Plus important encore, il nous faudra apprendre à évaluer nos efforts et, le cas échéant, à changer d'approche «sans préavis».

Évaluer l'extension du traitement et en tirer les conséquences pratiques est un aspect essentiel de l'effort «3 millions d'ici 2005». Jamais dans le passé une campagne aussi complexe de santé publique n'a été menée dans un laps de temps aussi limité. Les résultats de la recherche opérationnelle, la gestion des connaissances et la formation en constituent des éléments cruciaux, qui apporteront par ailleurs des bénéfices considérables à tous les efforts visant à soigner les maladies dans les pays en développement et en transition.

Mettre sous traitement ARV 2,3 millions de personnes supplémentaires au cours de l'année qui vient sera sans aucun doute la tâche la plus difficile que la communauté mondiale de la santé publique aura jamais eu à affronter. Les progrès rapides observés ces six derniers mois devraient toutefois nous encourager. Comme dans tout projet de cette ampleur et de cette complexité, la clé du succès se trouve dans la volonté politique, l'engagement financier et les partenariats efficaces.

²⁵ Salomon J.A. et al. Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact. *PLoS Medicine*, 2005, 2(1): e16..

L'initiative «3 millions d'ici 2005» a débuté comme une déclaration d'urgence. Mais cette entreprise est en train de se transformer en force d'action, animée par les gouvernements, les personnes vivant avec le VIH/SIDA et leurs communautés, les agents de santé, les organisations non gouvernementales, des donateurs et des organisations internationales. Lorsque de tels groupes se rassemblent, de grandes choses peuvent se produire. Soutenir ces partenariats est une affaire de vie ou de mort, pour tenir tête à la plus épouvantable des épidémies survenues depuis des siècles.

Annexe 1.

Données par Région de l'OMS et méthodes employées pour estimer le nombre de personnes sous traitement ARV ou qui en auraient besoin

Estimation du nombre de personnes suivant un traitement ARV, de celles qui en auraient besoin, et taux de couverture dans les pays en développement et en transition par Région de l'OMS, décembre 2004^{a,b}

Région de l'OMS	Nombre de personnes suivant un traitement ARV, décembre 2004 (estimation basse-estimation haute) ^c	Nombre estimé de personnes de 15 à 49 ans ayant besoin d'un traitement ARV, 2004 ^d	Couverture en traitements ARV, décembre 2004 (%) ^e	Nombre de personnes suivant un traitement ARV, juin 2004 (estimation)
Région de l'Afrique	310 000 [270 000–350 000]	4 000 000	8%	150 000
Région des Amériques	275 000 [260 000–290 000]	425 000	65%	220 000
Région de l'Europe	15 000 [13 000–17 000]	150 000	10%	11 000
Région de la Méditerranée orientale ^f	4 000 [2 000–6 000]	77 500	5%	4 000
Région de l'Asie du Sud-Est	85 000 [70 000–100 000]	950 000	9%	40 000
Région du Pacifique occidental	17 000 [15 000–19 000]	200 000	9%	15 000
Total	700 000 [630 000–780 000]	5.8 million	12%	440 000

Note: les totaux ne correspondent pas en raison des arrondis.

^a Voir ci-dessous la description des méthodes employées.

^b Tous pays sauf ceux d'Europe occidentale et Australie, Bahamas, Bahreïn, Brunéi Darussalam, Canada, Chypre, Émirats arabes unis, États-Unis d'Amérique, Grenade, Israël, Japon, Koweït, Nouvelle Zélande, Qatar, République de Corée et Singapour.

^c Quelques pays signalent le nombre d'enfants de moins de 15 ans suivant un traitement ARV, qui ont été inclus dans ce tableau. Des données préliminaires indiquent que, dans l'ensemble, moins de 5% des personnes suivant un traitement ARV sont des enfants de moins de 15 ans.

^d Le chiffre indiqué est la moyenne entre les estimations hautes et basses du nombre de décès dus au SIDA et de cas de SIDA.

^e Il s'agit ici d'une meilleure estimation de la couverture, d'après les valeurs centrales du nombre de personnes traitées par ARV et du nombre estimé de traitements ARV nécessaires.

^f Aucune mise à jour n'a été reçue de la Région Méditerranée orientale depuis juin 2004.

Notes explicatives (également applicables au Tableau 1 du rapport)

Nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans suivant un traitement ARV, décembre 2004 (estimation basse-estimation haute)

L'estimation du nombre de personnes suivant un traitement ARV se fonde sur les derniers rapports reçus du ministère de la santé, du bureau de l'OMS ou de l'ONUSIDA ou de toute autre source fiable dans chaque pays. On en trouvera les détails à l'Annexe 2. Les estimations sont quelque peu incertaines pour les pays qui n'ont pas encore mis en place des systèmes de suivi des personnes sous traitement, signalant régulièrement le nombre de nouveaux patients sous traitement, l'observance, les défaillances, les pertes de contact et les décès. Le fait que les chiffres rapportés par les pays ne distinguent souvent pas entre les personnes qui ont entamé un traitement ARV à un moment ou un autre, et celles qui sont toujours sous traitement (c'est-à-dire qui continuent à venir chercher et à prendre leurs médicaments) constitue une source d'incertitude. La différence entre les deux chiffres reflète les pertes dues à l'interruption du traitement ou au décès.

La difficulté de mesurer le volume des traitements ARV dispensés par le secteur privé constitue une autre source d'incertitude. De nombreuses personnes se procurent des médicaments ARV dans des pharmacies et consultations privées locales qui n'en font pas état par les voies habituelles (ceci vaut aussi pour le traitement d'autres maladies). Certaines entreprises privées mettent sans doute en place des programmes de soutien au traitement ARV pour leurs salariés atteints d'une infection à VIH avancée, mais dans bien des cas les données correspondantes sont difficilement accessibles.

Troisième source d'incertitude, le laps de temps qui s'écoule entre le moment du rapport mondial, qui porte sur la fin 2004, et celui des rapports des pays, qui porte en général sur une date antérieure. Le rythme d'accroissement que connaissent les chiffres à l'heure actuelle est tel qu'il a fallu calculer les hausses mensuelles et les projeter à décembre 2004. Les estimations pour la fin 2004 sont donc basées sur de simples projections linéaires des chiffres rapportés, en utilisant la tendance actuelle comme indicateur de croissance.

C'est en raison des incertitudes que revêtent les estimations d'ensemble par pays que les tableaux en annexes comportent des intervalles d'incertitude pour l'estimation en décembre 2004 du nombre de personnes suivant un traitement. Concernant les données fournies par les pays (secteur public seul ou secteurs public et privé additionnés), on a adopté des intervalles d'incertitude de 0 à 10%, en fonction de la fiabilité du système de suivi. Pour les chiffres du secteur privé, rapportés séparément dans quelques pays, on a appliqué des intervalles d'incertitude de 10 à 30%. Concernant le nombre de personnes suivant un traitement ARV, on a retenu un taux de départ mensuel de 0,8% par abandon du traitement ou décès (équivalent à un taux annuel de 10%).

Estimation du nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant besoin d'un traitement ARV, 2004

L'ONUSIDA et l'OMS ont mis au point une méthode standard pour estimer l'étendue et l'évolution de l'épidémie de SIDA,²⁶ qui produit en outre des estimations du nombre des nouvelles infections par le VIH, des nouveaux cas de SIDA et des décès. Ces chiffres servent à estimer le nombre des adultes ayant besoin d'un traitement, compte tenu de la maturité de l'épidémie. Dans une épidémie jeune et en croissance, la proportion de personnes infectées par le VIH qui aura besoin d'entamer un traitement sera plus faible que dans une épidémie mûre ou en déclin.

Dans les pays à ressources limitées, l'OMS recommande de débiter le traitement ARV chez l'adolescent et l'adulte si la contamination a été confirmée et si des signes de maladie cliniquement avancée sont présents (stade IV de la maladie, quel que soit le nombre de CD4, ou stade III avec numération CD4 inférieure à 350 cellules par mm³) ou si les examens de laboratoire font apparaître une immunosuppression sévère (numération CD4 inférieure à 200 par mm³) ou, en cas d'indisponibilité, numération des lymphocytes totaux inférieure à 1200 par mm³ en présence d'une infection à VIH symptomatique.²⁷

Des études ont montré que, dans les pays à ressources limitées, le temps de survie médian des personnes atteintes du SIDA ne suivant pas de traitement ARV est à peine inférieur à un an.²⁸ En théorie, il faudrait débiter le traitement avant que le SIDA ne se développe, c'est-à-dire dès que l'infection à VIH est avancée. Le nombre des adultes présentant une infection à VIH avancée qui devraient entamer un traitement est estimé au double du nombre de cas de SIDA dans l'année en cours.

Le nombre total des adultes ayant besoin d'un traitement ARV se calcule en additionnant le nombre d'adultes ayant besoin d'entamer un traitement ARV et le nombre d'adultes qui étaient sous traitement l'année précédente et ont survécu jusque dans l'année en cours. Puisque certains des adultes dont on estime qu'ils développeront un SIDA pendant ces deux années peuvent déjà avoir entamé un traitement l'année précédente, le nombre de ceux ayant besoin d'entamer un traitement ARV est ajusté en soustrayant les adultes ayant entamé le traitement l'année précédente. On considère actuellement que 80 à 90% des adultes sous traitement survivront l'année suivante, en fonction de la date de début du traitement, de son observance, de la résistance aux médicaments, de la qualité de la prise en charge clinique, et d'autres facteurs.

²⁶ Ward H., Walker N., Ghys P.D. (éds.). Methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(Suppl. 1):i1-i38.

²⁷ *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées: recommandations pour une approche de santé publique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www.who.int/3by5/publications/documents/arv_guidelines/en, consulté le 31 décembre 2004).

²⁸ Schneider M., Zwahlen M., Egger M. *Natural history and mortality in HIV-positive individuals living in resource-poor settings: a literature review*. Londres, UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections, 2004 (<http://www.epidem.org/Publications.htm>, consulté le 31 décembre 2004).

Il existe ici encore une incertitude notable dans les estimations. Elle est liée aux incertitudes dans les estimations de la prévalence du VIH, des cas de SIDA, des décès dus au SIDA et des besoins en traitements. Plus le système de surveillance en vigueur dans le pays sera efficace, plus l'intervalle d'incertitude sera réduit. La plus grande difficulté est celle d'estimer les traitements nécessaires, notamment en raison de l'incertitude concernant les taux de décès. Si le programme obtient de bons résultats et si le nombre de nouveaux traitements s'accroît, le taux de couverture n'augmentera que lentement, car les besoins croîtront eux aussi. Si les résultats sont médiocres, les malades vont mourir avant de recevoir un traitement, mais le taux de couverture ne diminuera que lentement puisque les besoins seront eux aussi en baisse. Les taux de survie peuvent également s'améliorer si les programmes s'étendent, car davantage de malades entameront plus tôt un traitement.

Couverture en traitements ARV, décembre 2004

Le taux de couverture est le nombre de personnes suivant un traitement ARV à la fin de 2004, divisé par le nombre estimé de personnes ayant besoin d'un traitement ARV. Ce dernier chiffre ne recouvre que les adultes âgés de 15 à 49 ans, car il n'existe pas à l'heure actuelle de méthode satisfaisante pour estimer les besoins parmi les enfants. Les adultes de 50 ans et plus sont eux aussi omis, en l'absence d'estimations de la prévalence du VIH parmi eux. Le numérateur comprend les enfants et tous les adultes, de sorte que le taux de couverture est légèrement surestimé. Les enfants ne constituent cependant qu'une faible proportion du nombre des personnes sous traitement (sans doute moins de 5%, voir aussi le texte principal).

Estimation du nombre de personnes de 15 à 49 ans suivant un traitement ARV, juin 2004

Il s'agit des estimations effectuées pour le premier rapport de situation de «3 millions d'ici 2005», présenté à la XV^e Conférence internationale sur le SIDA, à Bangkok (Thaïlande).

Annexe 2.

Estimation du nombre de personnes sous traitement ARV et ayant besoin d'un traitement ARV, et taux national de couverture dans les pays en développement et en transition, décembre 2004^a

Initiative «3 millions d'ici 2005»	Principaux appuis internationaux aux pays			Pays	Région de l'OMS ^d	Estimations de la couverture et des besoins en traitements antirétroviraux				Couverture en traitements décembre 2004 ⁱ		
	Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des États-Unis ^b	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, par série	Banque mondiale ^c			Estimation du nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant besoin d'un traitement ARV, 2004 ^e	Nombre de personnes rapportées comme suivant un traitement ARV, juin à décembre 2004 ^f	Mois du rapport (2004) ^g	Accroissement mensuel moyen du nombre de personnes sous traitement ARV, janvier-décembre 2004 ^h		Estimations du nombre de personnes suivant un traitement ARV, décembre 2004 ⁱ	
charge élevée	prioritaire	2, 4		Afghanistan	EMR	...	...	...	...	...	...	...
	base	1-3		Afrique du Sud	AFR	837 000	14 922	2 697	47 000 ^o	Sept.	62 000 ^o	7%
				Albanie	EUR	...	50	8	<200	Déc.	<200	...
				Algérie	AFR	1 100	...	...	...	...	...	...
charge élevée	base	4		Angola	AFR	34 500	3 000	101	3 000	août	3 500	10%
	base	3, 4		Antigua-et-Barbuda	AMR	...	...	...	...	...	...	...
				Arabie saoudite	EMR	...	100	...	<200	<juin	<200	...
				Argentine	AMR	35 500	29 515	1 461	30 000	Oct.	33 000	90%
	base	2		Arménie	EUR	<500	0	0	<200	Oct.	<200	...
	base	4		Azerbaïdjan	EUR	...	0	0	<200	Oct.	<200	...
	base	2, 3		Bangladesh	SEAR	<1 000	5	0	<200	Déc.	<200	1%
	base	3		Barbade	AMR	<1 000	333	9	<500	Juillet	<500	64%
	base	3		Bélarus	EUR	4 000	33	2	<200	Oct.	<200	1%
régionalement stratégique	base	3, 4		Belize	AMR	<1 000	178	5	<200	Juillet	<200	39%
	base	1-3	PMA	Bénin	AFR	11 000	1 635	102	1 500	Oct.	2 000	17%
	base	4		Bhoutan	SEAR	...	5	0	<200	Déc.	<200	...
	base	3		Bolivie	AMR	<1 000	130	4	<200	Juillet	<200	19%
	base			Bosnie-Herzégovine	EUR	...	13	1	<200	Oct.	<200	...
charge élevée	prioritaire	2		Botswana	AFR	75 000	32 839	1 839	36 000	Sept.	39 000	50%
	base			Brésil	AMR	179 000	154 000	2 883	154 000	Oct.	160 000	88%
	base	2		Bulgarie	EUR	...	90	0	<200	Oct.	<200	...

charge élevée	base	2, 4	PMA, PAT	Burkina Faso	AFR	45 500	2 374	Sept.	137	3 000	3 500	7%
charge élevée	base	1, 2, 4	PMA	Burundi	AFR	40 000	3 210	Sept.	101	3 000	4 000	9%
charge élevée	base	1, 2, 4		Cambodge	WPR	22 000	4 527	Oct.	285	4 500	6 000	23%
charge élevée	base	3, 4	PMA	Cameroun	AFR	95 000	12 896	Oct.	424	12 000	15 000	14%
	base		PMA	Cap-Vert	AFR	...	...		...	...	...	...
		1		Chili	AMR	5 750	7 413	Juillet	376	8 000	10 000	100%
charge élevée	base	1, 3, 4		Chine	WPR	122 000	8 219	Juin	136	7 500	9 500	7%
		2, 3		Colombie	AMR	25 000	12 000	Nov.	0	11 000	13 000	47%
		2, 3		Comores	AFR	...	200	<juin	...	...	<500	...
				Congo	AFR	14 500	464	<juin	...	...	<500	...
régionalement stratégique	base	2, 4		Costa Rica	AMR	3 150	1 850	Juillet	77	2 000	2 500	68%
charge élevée	prioritaire	2, 3		Côte d'Ivoire	AFR	84 000	4 536	Sept.	36	4 000	5 000	5%
	base	2		Croatie	EUR	...	204	Oct.	2	...	<500	15%
		2		Cuba	AMR	1 350	1 585	Juillet	42	1 500	2 000	100%
régionalement stratégique	base	4		Djibouti	EMR	1 350	200	Déc.	0	...	<500	15%
	base	3		Dominique	AMR	...	5	Juillet	0	...	<200	...
	base	2		Égypte	EMR	2 050	58	<juin	...	...	<200	...
régionalement stratégique	base	2, 4		El Salvador	AMR	5 100	1 515	Juillet	43	1 500	2 000	32%
		2-4		Équateur	AMR	3 550	1 000	Juillet	50	1 000	1 500	34%
	base	2, 3	PMA	Érythrée	AFR	10 500	50	<juin	...	...	<200	...
	base	2		Estonie	EUR	<500	76	Oct.	3	...	<200	20%
charge élevée	prioritaire	1, 2, 4	PMA	Éthiopie	AFR	211 000	9 500	Sept.	743	10 000	13 000	5%
	base	3		Ex-République yougoslave de Macédoine	EUR	...	2	Oct.	0	...	<200	...
charge élevée	base	3, 4		Fédération de Russie	EUR	92 000	3 000	Oct.	63	3 000	3 500	3%
		2		Fidji	WPR	<200	...	...	...	...	...	...
		3, 4		Gabon	AFR	6 950	2 000	<juin	50	2 000	2 500	29%
	base	3	PMA	Gambie	AFR	1 100	150	Déc.	0	...	<200	14%
	base	2-4		Géorgie	EUR	<500	83	Déc.	13	...	<200	20%
charge élevée	base	1, 2, 4	PMA, PAT	Ghana	AFR	55 000	1 393	Oct.	153	1 500	2 000	4%
charge élevée	base	3, 4		Guatemala	AMR	13 500	3 617	Juillet	110	3 500	4 500	30%
charge élevée		2	PMA	Guinée	AFR	18 000	652	Oct.	19	...	<1 000	4%
		4		Guinée équatoriale	AFR	2 700	5	<juin	...	...	<200	...
	base	3, 4		Guinée-Bissau	AFR	3 650	...	...	...	...	...	...
régionalement stratégique	prioritaire	3, 4		Guyana	AMR	1 900	469	Sept.	22	...	<1 000	28%
charge élevée	prioritaire	1, 3, 4		Haïti	AMR	42 500	2 829	Sept.	162	3 000	4 000	8%
régionalement stratégique	base	1		Honduras	AMR	9 450	2 312	Juillet	127	2 500	3 000	30%

Principaux appuis internationaux aux pays				Estimations de la couverture et des besoins en traitements antirétroviraux							
Initiative «3 millions d'ici 2005»	Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA, la SIDA du Président des États-Unis ^b	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, par série	Banque mondiale ^c	Pays	Région de l'OMS ^d	Estimation du nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant besoin d'un traitement ARV, 2004 ^e	Nombre de personnes rapportées comme suivant un traitement ARV, juin à décembre 2004 ^f	Mois du rapport (2004) ^g	Accroissement mensuel moyen du nombre de personnes sous traitement ARV, janvier-décembre 2004 ^h	Estimations du nombre de personnes suivant un traitement ARV, décembre 2004 ⁱ Estimation basse Estimation haute	Couverture en traitements ARV, décembre 2004 ^j
				Hongrie	EUR	...	300	Oct.	0	<500	...
		2		Iles Cook	WPR	...	...		...	...	...
		2		Iles Marshall	WPR	...	...		...	...	...
		2		Iles Salomon	WPR	...	...		0	...	...
charge élevée	base	1-4		Inde	SEAR	770 000	2 841 ^j	Nov.	500	20 000 ⁱ	36 000
régionalement stratégique	base	1, 4		Indonésie	SEAR	11 500	2 500	Oct.	138	2 500	3 000
		2, 3		Iran (République islamique d')	EMR	3 650	600	<juin	...	<1 000	...
				Iraq	EMR	...	...		...	...	...
				Jamahiriya arabe libyenne	EMR	...	100	<juin	...	<200	...
	base	3, 4		Jamaïque	AMR	2 600	500	Juillet	0	<1 000	18%
	base	2		Jordanie	EMR	...	40	<juin	...	<200	...
régionalement stratégique	base	2		Kazakhstan	EUR	1 050	7	Oct.	0	<200	1%
charge élevée	prioritaire	1, 2, 4	PMA	Kenya	AFR	220 000	16 952 ^k	Sept.	1 601	24 000 ⁱ	33 000 ^k
régionalement stratégique	base	2		Kirghizistan	EUR	<200	0	Oct.	0	<200	...
		2		Kiribati	WPR	...	...		...	...	...
charge élevée	base	2		Lesotho	AFR	56 000	2 500	août	50	2 500	3 000
	base			Lettonie	EUR	<1 000	202	Oct.	7	<500	22%
				Liban	EMR	<500	353	<juin	0	<500	...
	base	2, 3		Libéria	AFR	13 500	...		...	...	...
	base			Lituanie	EUR	<200	37	Oct.	3	<200	30%
	base	1-4	PMA	Madagascar	AFR	16 000	...		0	...	0%
	base			Malaisie	WPR	7 500	2 700	<juin	0	2 500	3 000
charge élevée	base	1, 2	PMA	Malawi	AFR	140 000	9 240	Sept.	655	10 000	12 000
				Maldives	SEAR	...	0	Déc.	0	0	0
	base	1, 4		Mali	AFR	20 500	808	<juin	0	<1 000	...
		1		Maroc	EMR	...	465	<juin	...	<500	...
				Maurice	AFR	...	120	Oct.	0	<200	...
	base	2	PMA	Mauritanie	AFR	1 050	39	Oct.	0	<200	4%

Principaux appuis internationaux aux pays				Estimations de la couverture et des besoins en traitements antirétroviraux								
Initiative «3 millions d'ici 2005»	Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des États-Unis ^b	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, par série	Banque mondiale ^c	Pays	Région de l'OMS ^d	Estimation du nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant besoin d'un traitement ARV, 2004 ^e	Nombre de personnes rapportées comme suivant un traitement ARV, juin à décembre 2004 ^f	Mois du rapport (2004) ^g	Accroissement mensuel moyen du nombre de personnes sous traitement ARV, janvier-décembre 2004 ^h	Estimations du nombre de personnes suivant un traitement ARV, décembre 2004 ⁱ Estimation basse Estimation haute	Couverture en traitements ARV, décembre 2004 ⁱ	
		1, 3		République populaire démocratique de Corée	SEAR	...	...	Déc.	...	...	...
charge élevée	prioritaire	1-4	PMA	République tchèque	EUR	<200	270	Oct.	0	<500	100%	
				République-Unie de Tanzanie	AFR	263 000	2 880 ^p	Déc.	103	2 000	3 500	1%
charge élevée	base	2		Roumanie	EUR	...	6 000	Oct.	125	5 500	7 000	...
	prioritaire	1, 3, 4	PMA	Rwanda	AFR	39 000	5 165 ^m	Oct.	418	6 000	7 500	18%
	base	3, 4		Saint-Kitts-et-Nevis	AMR	...	24	Juillet	0	<200	<200	...
	base	3, 4		Saint-Vincent-et-les-Grenadines	AMR	...	32	Juillet	0	<200	<200	...
	base	3, 4		Sainte-Lucie	AMR	...	20	Juillet	0	<200	<200	...
		2		Samoa	WPR	...	...		...	...	...	...
		4		Sao Tomé-et-Principe	AFR	...	...		...	...	...	...
	base	1, 4	PMA	Sénégal	AFR	7 850	1 600	<juin	...	1 500	2 000	...
	base	1, 3		Serbie et Monténégro	EUR	...	317	Oct.	0	<500	<500	...
				Seychelles	AFR	...	43	Oct.	0	50	<200	...
	base	2, 4	PMA	Sierra Leone	AFR	9 050	1 000	<juin	0	1 000	1 500	...
				Slovaquie	EUR	...	65	Oct.	0	<200	<200	...
régionalement stratégique	base	2-4		Somalie	EMR	7 000	...		0			0%
charge élevée	base	2-4		Soudan	EMR	50 000	400	<juin	0	<500	<500	...
		1, 4		Sri Lanka	SEAR	<500	25	Déc.	0	<200	<200	7%
	base	3, 4		Suriname	AMR	<1 000	220	Juillet	0	<200	<200	25%
charge élevée	base	2-4		Swaziland	AFR	36 500	5 453	Oct.	210	5 000	6 500	16%
régionalement stratégique	base	1, 3, 4		Tadjikistan	EUR	...	0	Oct.	0		0	...
	base	2, 3		Tchad	AFR	30 000	300	<juin	...	<500	<500	...
	base	1-3		Thaïlande	SEAR	114 000	41 000	Oct.	2 863	45 000	55 000	44%
	base	2-4		Togo	AFR	17 500	1 500	Oct.	178	2 000	2 500	12%
		2		Tonga	WPR	...	...		...	...	...	...

base	3, 4	Trinité-et-Tobago	AMR	4 700	784	Juillet	0	<1 000	16%
		Tunisie	EMR	<500	437	<juin	0	<500	...
base		Turkménistan	EUR	...	0	Oct.	0	0	...
	4	Turquie	EUR	...	250	Oct.	0	<500	...
	2	Tuvalu	WPR	...	...	...	...	...	...
charge élevée	1	Ukraine	EUR	45 000 ^o	956	Déc.	131	<1 000	2%
		Uruguay	AMR	1 450	1 400	Juillet	70	1 500	100%
	2	Vanuatu	WPR	...	...	...	0	...	...
	3	Venezuela	AMR	18 000	9 525	Juillet	0	8 500	51%
charge élevée	1, 3	Viet Nam	WPR	27 500	300	Déc.	0	<500	1%
régionalement stratégique	2-4	Yemen	EMR	...	...	...	0	...	...
charge élevée	1, 4	Zambie	AFR	149 000	13 636 ^q	Sept.	2 277	18 000	13%
charge élevée	1	Zimbabwe	AFR	295 000	8 000	Nov.	409	7 500	3%

... Données non disponibles ou sans objet

^a Tous pays sauf ceux d'Europe occidentale et Australie, Bahamas, Bahreïn, Brunéi, Canada, Chypre, Émirats arabes unis, États-Unis d'Amérique, Grenade, Israël, Japon, Koweït, Nouvelle-Zélande, Qatar, République de Corée, Singapour, et Timor-Leste.

^b Cette liste inclut les programmes bilatéraux et régionaux de l'Agency for International Development (USAID) des États-Unis d'Amérique et du Department of Health and Human Services (HHS) des États-Unis d'Amérique.

^c PMA : Programme multi-pays sur le VIH/SIDA pour l'Afrique; PAT : Projet d'accélération du traitement du VIH/SIDA.

^d EMR : Région de la Méditerranée orientale; EUR : Région de l'Europe; AFR : Région de l'Afrique; AMR : Région des Amériques; SEAR : Région de l'Asie du Sud-Est; WPR : Région du Pacifique occidental.

^e Le chiffre indiqué est la valeur centrale entre les estimations basse et haute du nombre des décès dus au SIDA et du nombre de cas de SIDA. Les estimations des besoins ont été établies par la méthode décrite à l'Annexe 1. Les estimations concernant chaque pays peuvent varier en fonction de la méthode employée localement.

^f Quelques pays signalaient le nombre d'enfants de moins de 15 ans suivant un traitement ARV, qui ont été inclus dans ce tableau. Des données préliminaires indiquent que, dans l'ensemble, moins de 5% des personnes suivant un traitement ARV sont des enfants de moins de 15 ans.

^g <juin indique que des données existent, mais qu'aucune mise à jour n'a été reçue depuis juin 2004. Ces données sont à interpréter avec prudence, du fait qu'elles peuvent refléter la situation du début 2004, voire de 2003.

^h L'accroissement mensuel du nombre de personnes suivant un traitement ARV sur les douze mois de 2004 ou, dans certains cas, sur les 6 derniers mois, dépend des données disponibles. Cet accroissement est calculé en choisissant les deux occurrences en 2004 les plus éloignées l'une de l'autre que possible dans le temps et en appliquant une progression linéaire mensuelle jusqu'en décembre 2004.

ⁱ Il s'agit de la meilleure estimation de la couverture, d'après les valeurs centrales du nombre de personnes traitées par ARV et du nombre estimé de traitements ARV nécessaires.

^k Le gouvernement a rapporté que 2 841 personnes suivaient un traitement dans le secteur public à la fin novembre 2004. Dans l'ensemble, on estime que 28 000 personnes suivaient un traitement ARV à la fin 2004, en incluant celles qui avaient recours à des établissements privés.

^l On estime à près de 17 000 le nombre des personnes suivant un traitement ARV dans le secteur public, sur la base de chiffres indiqués par le ministère de la santé, des organisations non gouvernementales et des établissements de missions bénéficiant d'un soutien direct ou indirect du gouvernement des États-Unis (à fin septembre 2004). On estime à 8 000 le nombre des personnes suivant un traitement ARV dans le secteur privé, sur la base d'études de consultants et de rapports du Kenyan Business Council. Cette estimation a été effectuée fin 2003 ou début 2004 et n'a pas été réévaluée, en prenant pour hypothèse que le nombre de personnes entreprenant des soins dans le secteur privé était égal au nombre de celles qui passaient à un traitement dans le secteur public.

^m Le Ministère de la Santé et des Affaires sociales de Namibie estimait que près de 3 000 personnes suivaient un traitement ARV dans des établissements privés à la fin août. Le secteur public traitait 4 000 personnes par ARV en septembre 2004.

ⁿ Le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a indiqué que son principal partenaire traitait 5 165 personnes par ARV.

^o Compte tenu d'une estimation supérieure à 35 000 pour le secteur privé. Les autorités nationales de la santé faisaient état de près de 15 000 personnes pour le secteur public en septembre 2004.

^p L'estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement est en cours de révision et sera ajustée, le cas échéant, sur la base des meilleurs éléments disponibles.

^q Près de 880 personnes étaient traitées par ARV dans le secteur public à la fin 2004. On estime à 2 000 le nombre des personnes recevant un traitement ARV de diverses sources privées, de donations et de projets de recherche.

^r Le Conseil central de la santé de Zambie rapportait que 13 555 personnes suivaient un traitement ARV dans le secteur public en septembre 2004. À la fin septembre 2004, on estimait que 80 personnes supplémentaires étaient traitées par ARV sur un site désigné de prévention de la transmission mère-enfant (PMTCT-Plus).

Annexe 3.

Contributions des organismes des Nations Unies, du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et du Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des États-Unis

L'OMS

L'OMS est structurée de façon à traduire les connaissances internationales en bonnes pratiques de santé aux niveaux mondial, régional et national. Dans la pandémie de VIH/SIDA, le rôle de l'OMS consiste à prendre en main l'action de plaider, à responsabiliser et à motiver les parties intéressées, et à fournir un appui technique au niveau des pays.

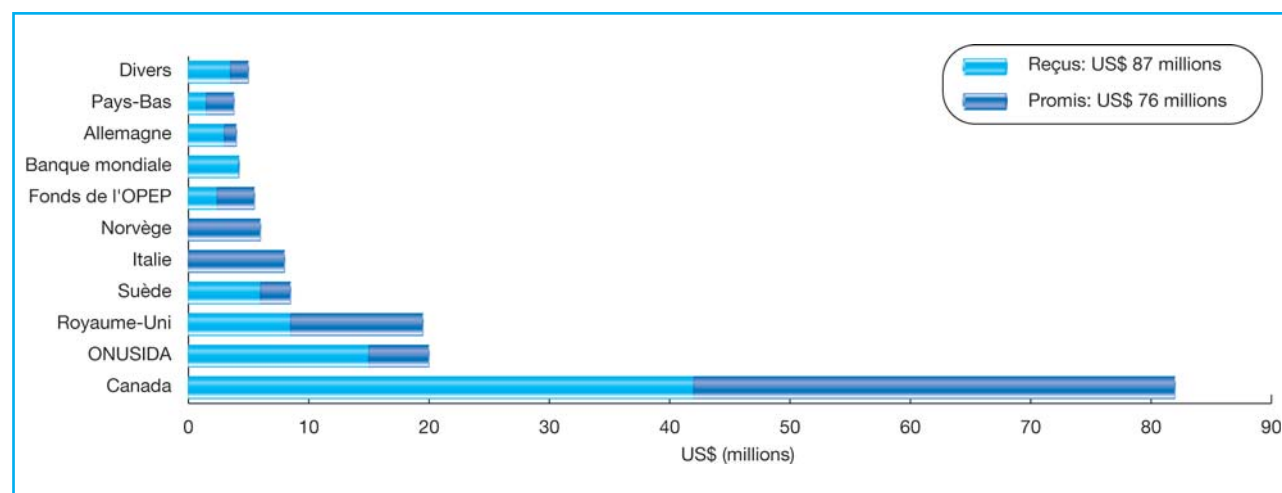
L'OMS, de même que la plupart des autres principaux acteurs, se trouve entraînée dans un contexte qui évolue rapidement et qui a transformé «3 millions d'ici 2005» de simple objectif chiffré en un mouvement mondial durable.

On peut voir un indicateur du soutien général au rôle de l'OMS dans la poursuite de «3 millions d'ici 2005» dans le fait que, en décembre 2004, l'Organisation avait reçu près de US\$ 87 millions de financements, US\$ 76 millions étant promis par ailleurs (Fig. A1).

En mai 2004, le gouvernement du Canada annonçait une contribution à l'OMS de CAD 100 millions pour appuyer l'initiative «3 millions d'ici 2005». Cela montre l'engagement constant du Canada dans la riposte mondiale à la pandémie de VIH/SIDA, et sa reconnaissance du rôle inégalable que doit jouer l'OMS dans l'élaboration et la promulgation des normes et directives nécessaires pour accélérer la réponse en matière d'accès aux soins, au traitement et au soutien des personnes infectées par le VIH/malades du SIDA dans les pays à ressources limitées.

Plus des deux tiers des ressources iront directement aux bureaux de l'OMS dans les pays, qui sont actuellement renforcés pour offrir appui technique et soutenir les efforts des pays. De juillet à décembre 2004, l'OMS a affecté 75 fonctionnaires supplémentaires aux activités de «3 millions d'ici 2005» des bureaux de l'OMS dans 34 pays des six régions géographiques de l'OMS. Sur ce total, 32 personnes ont été recrutées à plein temps, et 43 ont réorienté leurs activités.

Fig. A1. Fonds apportés et promis à l'OMS pour soutenir «3 millions d'ici 2005» par donateur, décembre 2004



L'assistance aux pays est la pièce maîtresse de la réponse de l'OMS. Depuis septembre 2003, l'OMS et ses partenaires de «3 millions d'ici 2005» ont apporté leur soutien à plus de 75 pays dans leur effort d'extension du traitement, des soins et de la prévention du VIH/SIDA. Ce soutien a recouvert un appui au plaidoyer, une évaluation des besoins et une aide à la planification, aussi bien qu'une assistance technique à l'extension des traitements ARV dans des zones spécifiques, y compris en matière de suivi et d'évaluation, de développement des capacités, d'approvisionnement en médicaments et de gestion des stocks.

Avec l'assistance technique de l'OMS, de l'ONUSIDA et de leurs partenaires, 40 pays ont établi ou sont en train d'établir des plans nationaux de prévention du VIH/SIDA et d'accès accéléré au traitement ARV.

L'OMS a renforcé son rôle normatif pour répondre aux besoins et aux demandes de conseils émanant des pays et des partenaires. De récentes publications proposent des orientations concernant l'éthique et l'accès équitable au traitement et aux soins; le conseil en nutrition; les soins et le soutien aux femmes vivant avec le VIH/SIDA; et le traitement ARV pour les femmes enceintes et la prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson.

Tout au long de 2004, on a distribué en moyenne 5 000 documents par mois dans 150 pays; 50 000 documents supplémentaires, en différentes langues officielles des Nations Unies, ont en outre été distribués lors d'événements particuliers, dont la XV^e Conférence internationale sur le SIDA, à Bangkok.

En règle générale, l'OMS s'efforce, par l'intermédiaire de son Siège et de ses bureaux régionaux, d'apporter des réponses rapides et adaptées aux demandes d'assistance technique émanant des pays. Elle dispose à Genève d'un centre d'information «3 millions d'ici 2005», qui reçoit chaque mois 80 à 100 demandes d'information ou d'assistance technique de la part des bureaux régionaux ou nationaux de l'OMS, et jusqu'à 60 demandes de renseignements du grand public. Ce centre traite également les informations qui parviennent à l'OMS sur la situation dans les pays et les opérations en cours, qui sont utilisées pour mettre à jour les bases de données et les archives et représentent quelque 450 courriels par mois.

L'ONUSIDA

L'ONUSIDA, qui est le principal avocat de la cause mondiale contre le SIDA, rassemble 10 co-parrains du système des Nations Unies. Il a reconnu tôt dans l'épidémie la nécessité primordiale des traitements ARV, et ses co-parrains se sont engagés à soutenir une extension rapide du traitement, des soins et du soutien en se concentrant sur leurs avantages comparés et en travaillant en coordination pour une efficacité maximale.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA fonctionne à partir de Genève et dispose de bureaux dans plus de 60 pays. Dans ses efforts visant à améliorer l'accès aux traitements ARV, ses activités peuvent être réparties en trois grands domaines: leadership et plaidoyer; harmonisation des politiques et directives; et soutien direct aux pays et structures régionales pour construire des capacités essentielles.

La Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA, lancée par l'ONUSIDA en 2004, promeut l'équité entre les sexes et favorise l'accès des femmes à la prévention et au traitement. L'ONUSIDA a également collaboré avec des communautés pour affronter et surmonter les obstacles au dépistage du VIH chez les femmes, y compris celui du risque de violences et de discrimination qu'elles courent en cas de séropositivité.

L'ONUSIDA a en outre contribué à faciliter les relations entre les fabricants de médicaments ARV génériques et les organisations de la société civile, y compris celles qui représentent les personnes vivant avec le VIH/SIDA. On en trouve un exemple dans le soutien apporté à la deuxième réunion du World Community Advisory Board, entre militants en faveur du traitement et producteurs de génériques en Inde, prévue à Mumbai (Inde) au début 2005.

L'ONUSIDA agit là conformément à son souci de renforcer les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans leurs activités d'éducation et de préparation de leurs propres communautés en matière de traitements et de soins, processus que les militants appellent préparation au traitement.

La recherche a confirmé que les organisations à base communautaire constituent une composante importante du processus d'extension, et l'ONUSIDA a appuyé la première tentative visant à recenser les contributions de ces organisations, y compris celles de personnes vivant avec le VIH/SIDA. En Afrique, de nombreuses

organisations communautaires sont déjà activement impliquées dans l'extension des traitements, et leur notoriété s'accroît rapidement.

En collaboration avec l'OMS et la Banque mondiale, l'ONUSIDA a préparé le terrain pour l'élaboration d'orientations politiques concernant l'alternative entre, d'une part, un paiement par le patient sur ses deniers et, de l'autre, la gratuité des médicaments et services, dans la perspective d'un accès universel au traitement ARV dans les pays en développement et en transition.

L'ONUSIDA mobilise le soutien du système des Nations Unies en faveur de «3 millions d'ici 2005» au niveau des pays, par l'intermédiaire des groupes thématiques de Nations Unies et de ses propres coordonnateurs dans les pays. À la fin 2004, les groupes thématiques avaient élaboré des plans mixtes du système des Nations Unies pour l'extension des traitements dans 33 pays fortement touchés, où les bureaux locaux ont été renforcés. Depuis août 2004, l'ONUSIDA a recruté 10 nouveaux coordonnateurs des Nations Unies dans les pays et près de 30 spécialistes techniques du suivi et des évaluations. On attend d'eux qu'ils renforcent la capacité des pays à suivre les progrès et l'efficacité de la prévention de nouvelles infections, et à assurer des services de traitement, de soutien et de soins.

Au niveau régional, le Secrétariat de l'ONUSIDA s'efforce de susciter l'intérêt et la participation des organisations régionales intergouvernementales à «3 millions d'ici 2005». Il les encourage à inclure les plans et programmes de l'Initiative dans leurs propres programmes, et favorise une approche unitaire de questions telles que la négociation de prix avantageux ou l'achat groupé de médicaments anti-VIH.

La Banque mondiale

Depuis 1995, la Banque mondiale a engagé plus de US\$ 1,7 milliards, sous forme de subventions, de prêts et de crédits, pour soutenir les programmes de lutte contre le SIDA. Plus de US\$ 1 milliard sont venus appuyer le Programme multi-pays sur le VIH/SIDA pour l'Afrique dans 28 pays africains fortement touchés, et US\$ 155 millions sont allés au Prêt-programme évolutif multi-pays pour la lutte contre le VIH/SIDA dans les Caraïbes. L'objectif général des programmes multi-pays de la Banque mondiale sur le VIH/SIDA consiste à intensifier les actions contre le SIDA dans le plus grand nombre de pays possible et sur tous les fronts, dont la prévention, le dépistage, le conseil, le traitement, les soins et le soutien.

Au cours des six derniers mois, la Banque a appuyé l'accélération de l'accès au traitement en apportant un soutien financier et technique constant à l'amélioration des systèmes nationaux de santé dans 100 pays. Elle a en outre fourni un appui direct à des programmes de traitement ARV dans les Caraïbes et dans 13 pays africains, trois pays asiatiques et un pays d'Europe orientale.

À la mi-2004, la Banque mondiale a annoncé un Projet d'accélération du traitement, doté d'une subvention de l'Association internationale de développement à hauteur de US\$ 60 millions, destiné à appuyer l'extension de l'accès au traitement dans trois pays africains: le Burkina Faso, le Ghana et le Mozambique. Une autre subvention de US\$ 15 millions a été octroyée au Mali. Des organisations de base, des entreprises privées comme la Private Enterprise Foundation/Pharma Access International au Ghana, des groupes confessionnels comme la communauté de Sant'Egidio au Mozambique, et un réseau de personnes vivant avec le VIH/SIDA au Burkina Faso, sont directement impliqués dans la mise en œuvre du Projet d'accélération du traitement, en s'appuyant sur les progrès déjà accomplis à plus petite échelle en partenariat avec les ministères de la santé.

Autres organismes coparrainant l'ONUSIDA

Les principales stratégies et initiatives du PNUD sur le VIH/SIDA (renforcement des capacités communautaires et développement du leadership) englobent désormais des composantes «3 millions d'ici 2005». L'effort principal se porte sur des pays d'Afrique australe, où les programmes de développement du leadership visent à former des parlementaires, des planificateurs et responsables de programmes, des permanents syndicaux, des agents de traitement communautaires et des chefs locaux. Le PNUD a en outre co-organisé un séminaire au Ghana, au cours duquel des responsables des ministères de la santé et du commerce de plusieurs pays ont étudié les moyens de faire évoluer les législations en faveur de l'accès au traitement.

L'UNICEF entend faire valoir les intérêts des enfants dans l'initiative «3 millions d'ici 2005», à la fois par la prévention de la transmission mère-enfant et par le traitement des enfants vivant avec le VIH/SIDA. Même si le succès du traitement des parents bénéficiera à leurs enfants, les organisations communautaires gouvernementales et

non gouvernementales ont également un besoin urgent de proposer un meilleur appui préemptif aux enfants qui deviendront bientôt orphelins. En novembre 2004, l'UNICEF et l'OMS ont pour la première fois réuni une consultation visant à étudier les stratégies permettant d'intégrer les soins de l'enfant aux programmes de soins familiaux.

Depuis qu'elle coparraine l'ONUSIDA, c'est-à-dire depuis 2001, l'Organisation internationale du travail (OIT) a mis en avant le lieu de travail comme lieu idéal pour la prévention, le conseil, le dépistage, le traitement, les soins et le soutien. L'OIT a récemment travaillé en étroite collaboration avec l'OMS pour recenser les capacités des lieux de travail à fournir des traitements ARV en Guyana, en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe.

Le Programme alimentaire mondial (PAM), très présent dans la plupart des pays les plus touchés par l'épidémie de SIDA, s'est engagé à fournir un appui nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le PAM collabore avec l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA pour mettre en place un mécanisme d'échange d'informations sur la santé et la sécurité alimentaire, informations nécessaires pour soutenir le déploiement de «3 millions d'ici 2005». L'une des grandes forces du PAM tient à sa capacité de cibler les populations vulnérables grâce à son unité d'analyse et de cartographie de la vulnérabilité, et au système HealthMapper de l'OMS. Ces renseignements serviront à améliorer le ciblage et la prestation des services de soutien en matière de VIH.

L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) s'attache au sort des personnes faisant l'objet de trafic ou vivant dans des conditions de travail forcé, notamment dans le commerce du sexe, et des utilisateurs de drogues injectables, détenus ou non. Il est rare que les traitements ARV soient accessibles aux utilisateurs de drogues injectables, et l'UNODC plaide en faveur de leur diffusion. Tous les programmes de traitement des pharmacodépendances que soutient l'UNODC comportent désormais un volet d'accès accéléré au traitement ARV.

L'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) travaille en collaboration étroite avec l'ONUSIDA, ses co-parrains et les partenaires de la société civile pour élaborer des stratégies d'éducation et de communication sur toute question relative au VIH/SIDA, y compris «3 millions d'ici 2005». Parmi les activités en cours figurent des séminaires de formation destinés aux professionnels des médias et portant sur les aspects scientifiques du VIH/SIDA, la promotion d'un réseau mondial de jeunes producteurs de télévision particulièrement consacré au VIH et au SIDA, et le développement d'outils de formation multimédia.

Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a galvanisé le soutien à «3 millions d'ici 2005» en prenant la tête, en 2004, de l'Appel de New York à l'engagement :lier le VIH/SIDA à la santé sexuelle et génésique, et de l'Appel de Glion sur l'Action en matière de planification familiale et de VIH/SIDA chez la femme et l'enfant. Ces appels à l'action soulignent comment les services de santé sexuelle et génésique peuvent être utilisés pour délivrer des médicaments ARV et pour renforcer les efforts de prévention de la transmission du VIH. En collaboration avec des organisations non gouvernementales, et notamment des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA, le FNUAP a commencé en 2004 à élaborer un cadre destiné à satisfaire les besoins particuliers en matière de santé sexuelle et génésique des femmes vivant avec le VIH/SIDA. En outre, le rapport 2004 du FNUAP : *Les femmes et le VIH/SIDA : faire face à la crise*²⁹ insiste sur la nécessité d'assurer un accès équitable aux traitements ARV, notamment pour les jeunes, les femmes et les femmes enceintes vivant avec le VIH/SIDA.

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Pour atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement consistant à inverser l'épidémie de SIDA d'ici à 2015, on estime qu'il faudra mobiliser US\$ 12 milliards par an dans les pays en développement et en transition avant la fin 2005.³⁰ Les engagements pris et les tendances observées indiquent que les dépenses réelles en 2005 ne s'élèveront qu'à US\$ 6 milliards.³¹ Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme constitue l'un des mécanismes qui contribuent à combler l'écart entre les besoins et les engagements concrets. Créé en janvier 2002, le Fonds mondial travaille actuellement avec quelque 750 partenaires, parmi lesquels des pays donateurs, des organismes de bienfaisance et des entreprises, et vise à accroître de façon radicale les ressources consacrées à la lutte contre trois des maladies les plus dévastatrices du monde, et à répartir ces ressources dans les régions en ayant le plus besoin.

²⁹ *Les femmes et le VIH/SIDA : faire face à la crise*. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2004 (<http://www.unfpa.org/hiv/women>, consulté le 31 décembre 2004).

³⁰ *2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève, ONUSIDA, 2004 (http://www.unaids.org/bangkok2004/gar2004_html_fr/gar2004_00_fr.htm, consulté le 31 décembre 2004).

³¹ *Report on the state of HIV/AIDS financing*. Genève, ONUSIDA, 2003 (<http://www.data.org/pdf/attachment9.pdf>, consulté le 31 décembre 2004).

En décembre 2004, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme avait reçu des promesses de dons à hauteur de US\$ 5,9 milliards, et des versements à hauteur de US\$ 3,3 milliards correspondant à ces promesses. En quatre séries d'octroi de subventions, il avait approuvé pour US\$ 3,1 milliards de propositions (sur deux ans), et avait déjà décaissé US\$ 860 millions. Sur les US\$ 3,1 milliards approuvés, US\$ 1,7 milliards (55%) ont été alloués au SIDA, 70% aux pays à faibles revenus et 30% à des pays à revenus intermédiaires, et 58% à l'Afrique subsaharienne. Ce sont au total 127 pays qui en bénéficient.

À ce jour, plus de la moitié des subventions du Fonds mondial vont aux gouvernements des pays, 25% à des organisations non gouvernementales et communautaires, 4% à des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA, et 5% respectivement à des institutions d'enseignement supérieur et de recherche, au secteur privé, à des organismes confessionnels, et à divers autres.

Les objectifs de dépenses sont de 49% pour les médicaments et fournitures, 20% pour la formation des ressources humaines, 13% pour les infrastructures matérielles, 6% pour le suivi et l'évaluation, 7% pour l'administration, et 5% pour d'autres objets.

Compte tenu des promesses d'aujourd'hui, et sur la durée de cinq ans de chaque subvention, le Fonds mondial devrait bénéficier à 52 millions de personnes en matière de conseil et de dépistage volontaires du VIH, et à 1,6 millions de personnes en matière de traitement ARV (Tableau A1).

Tableau A1. Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme – Dépenses pour «3 millions d'ici 2005» par série d'octroi de subventions (en millions de dollars US)

Série	1	2	3	4	Total ^a
Montant des subventions approuvées pour le VIH/SIDA ^b	358	491	382	468	1 699
Montant des subventions avec composante de traitement ARV	309	429	361	443	1 542
Nombre de nouveaux pays avec composante de traitement ARV ^c	21	32	25	9	87
Nombre de subventions avec composante de traitement ARV	21	34	30	23	108
Objectif de personnes à traiter par ARV (deux ans)	86 400	100 800	82 700	485 400	755 300
Objectif de personnes à traiter par ARV (maximum) ^d	231 100	284 800	184 400	932 200	1 632 500

^a Les chiffres sont fondés sur les quatre séries d'approbations et/ou d'objectifs de subvention.

^b Les montants approuvés de subventions VIH/SIDA sont l'addition du total des deux années pour le VIH/SIDA, et de 50% du total des deux années de subventions tuberculose/SIDA.

^c Compte non tenu des pays bénéficiant des trois subventions multi-pays Amériques (MESO, CRN+ et OECS).

^d Nombre maximum de personnes suivant le traitement au cours de la durée des propositions (jusqu'à cinq ans).

Aucune hypothèse n'est émise quant à d'éventuelles prolongations, extensions ou prorogations des subventions.

Le Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du Président des États-Unis

Grâce au Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA du président George W. Bush, qui s'élève à US\$ 15 milliards, les États-Unis préviennent de nouvelles infections, soutiennent les traitements qui sauvent la vie de personnes atteintes du SIDA, et soignent celles qui sont contaminées ou touchées, notamment les enfants orphelins ou vulnérables. L'approche des États-Unis se caractérise par sa rapidité d'intervention et par ce formidable engagement financier de US\$ 15 milliards sur cinq ans. Au cours de l'exercice 2004, les États-Unis ont engagé au total US\$ 2,4 milliards dans la lutte contre le VIH/SIDA, et ce chiffre sera porté à US\$ 2,8 milliards en 2005.

Le Plan d'urgence du Président dispense directement traitement, prévention et soins dans plus de 100 pays. Cette action se concentre en particulier sur 15 des pays les plus touchés qui, à eux seuls, comptabilisent la moitié des infections dans le monde: Afrique du Sud, Botswana, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Guyana, Haïti, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Viet Nam et Zambie.

Dans chacun de ces pays, le Plan d'urgence s'efforce d'appuyer les stratégies nationales de riposte. Le personnel des États-Unis a collaboré avec les gouvernements locaux, les organisations communautaires et confessionnelles, les personnes vivant avec le VIH/SIDA, et les autres donateurs et parties intéressées, pour établir un Plan national d'opérations correspondant aux besoins spécifiques du pays. Il a également travaillé avec ces pays pour définir des objectifs annuels et à cinq ans pour le nombre de personnes touchées par les programmes de prévention, de soins et de traitement financés par les États-Unis.

Dans ces pays et sur ces cinq années, le Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA vise à assurer la fourniture de médicaments indispensables à la survie de 2 millions de personnes infectées par le VIH; la prévention de 7 millions de nouvelles contaminations; et les soins de 10 millions de personnes infectées ou touchées par le VIH/SIDA.

Pour ne retenir qu'un obstacle, le plus difficile est celui du manque d'infrastructures et de personnels de santé dans les pays les plus touchés. Il est donc essentiel d'améliorer les capacités en matière de soins de santé dans les régions à très haut risque. C'est la raison pour laquelle une part importante des fonds alloués par les États-Unis sont investis dans la formation de personnels de santé et dans l'amélioration des infrastructures de santé publique nationales et locales, conformément aux stratégies nationales.


La collaboration avec les autres donateurs en vue d'atteindre ces objectifs constitue un élément essentiel du Plan d'urgence du Président. Les États-Unis ont coparrainé l'accord «sur les trois principes» promu par l'ONUSIDA, visant à une entente entre donateurs pour mettre en place une seule stratégie nationale, un seul dispositif national de coordination, et un seul système de suivi et d'évaluation dans chaque pays. La mise en œuvre de cet accord permet d'assurer que les donateurs travaillent de concert, tout en reconnaissant pleinement que les pays bénéficiaires doivent assumer la lutte contre le SIDA sur leur territoire. L'apport des États-Unis aux efforts internationaux de lutte contre le VIH/SIDA, tels que ceux de l'ONUSIDA, de l'OMS, et du Fonds mondial, constitue un autre élément essentiel du Plan d'urgence.

Annexe 4.

Évolution des résultats de «3 millions d'ici 2005» en regard des objectifs

État des mesures d'extension en décembre 2004		
	Indicateurs publiés pour décembre 2004	Résultats en décembre 2004
Apports		
Montant des ressources financières additionnelles affectées à «3 millions d'ici 2005» dans le budget global de l'OMS (en millions US\$)	174	163
Personnel de l'OMS nouvellement affecté ou redéployé dans les bureaux des pays pour «3 millions d'ici 2005» (nombre de personnes)	400	112 ^a
Nombre d'organisations partenaires dont le rôle dans «3 millions d'ici 2005» est agréé et publié	150	136
Déroulement		
Nombre de pays faisant appel à l'OMS pour «3 millions d'ici 2005»	50	78
Nombre de pays établissant des objectifs de traitement antirétroviral en conformité avec «3 millions d'ici 2005»	50	30
Nombre de pays disposant d'un plan national d'extension en conformité avec «3 millions d'ici 2005»	35	40
Nombre d'établissements proposant des services de traitement antirétroviral en conformité avec les normes nationales	1 000	>3 000
Résultats		
Nombre d'hommes, de femmes et d'enfants présentant une infection à VIH avancée qui suivent un traitement antirétroviral	700 000	700 000

 Conforme

 Indicateur non atteint mais en progrès constant

^a Il s'agit de l'effectif total du personnel de l'OMS engagé dans les activités de «3 millions d'ici 2005» au niveau des bureaux des pays; il comprend 34 nouveaux membres du personnel, 41 personnes réaffectées, et 37 personnes du Siège et des bureaux régionaux provisoirement redéployées dans les bureaux des pays aux fins de «3 millions d'ici 2005».