

**TRAITEMENTS
ANTIRETROVIRAUX :
UNE APPROCHE
DE SANTE PUBLIQUE
SURMONTER LES OBSTACLES**

Ian Grubb, Jos Perriens, Bernhard Schwartländer



Organisation mondiale de la Santé

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Grubb, Ian.

Traitements antirétroviraux : une approche de santé publique : surmonter les obstacles / Ian Grubb, Jos Perriens, Bernhard Schwartländer.

(Traitements antirétroviraux : perspectives et réalité)

1.HIV, Infection - chimiothérapie 2.SIDA - chimiothérapie 3.Thérapie anti-rétrovirale hautement active - utilisation 4.Service public santé 5.Santé publique 6.Pays en développement I.Perriens, Joseph. II.Schwartländer, Bernhard. III.Titre IV.Série.

ISBN 92 4 259085 1 (Classification NLM: WC 503.2)

ISSN 1810-8180

© 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 Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie: +41 22 791 4806 ; adresse électronique: permissions@who.int).

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

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

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les cités nommément.²

Imprimé en suisse

² En l'absence de ce type de clause, l'OMS est censée assumer la responsabilité du contenu de la publication.

Introduction

Les trithérapies associant trois antirétroviraux ont des effets remarquables sur l'état des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Dispensés à grande échelle, ces traitements permettent de libérer des lits d'hôpitaux réservés aux malades du SIDA, lesquels peuvent rentrer dans leur famille et retrouver leur emploi, la morbidité et la mortalité liées au SIDA chutant de manière spectaculaire.¹⁻⁶

Toutefois, depuis que les traitements antirétroviraux ont été institués en 1996, ces avantages sont réservés presque exclusivement aux pays industrialisés, où se trouvent 5 % uniquement de la charge mondiale de la morbidité liée au VIH/SIDA. Sur les 38 millions de personnes vivant actuellement avec le VIH/SIDA dans les pays en développement, 5 à 6 millions de personnes, qui se trouvent à un stade avancé de la maladie, ont un besoin urgent d'un traitement antirétroviral. Près de 300 000 personnes seulement y ont actuellement accès. En Afrique subsaharienne, plus de 4 millions de personnes ont besoin de traitement antirétroviral, mais 50 000 seulement y ont accès, soit un peu moins de 2 % des personnes concernées.⁷ Cette disparité est inacceptable étant donné qu'il existe un traitement efficace.

Un mouvement mondial de plus en plus croissant de personnes vivant avec le VIH/SIDA et d'associations de défense de celles-ci, des organisations de la société civile, des professionnels de santé, des fondations à but philanthropique, des organismes internationaux, des gouvernements et des entreprises privés s'emploient désormais à renverser cette situation injuste. Les efforts déployés par ce mouvement ont contribué à dégager un consensus mondial sur le fait qu'on ne peut tolérer que des millions de personnes meurent d'une maladie qu'il est possible de traiter, les stratégies de prévention seules étant insuffisantes pour endiguer l'épidémie de VIH/SIDA. Le traitement et les soins sont donc le maillon manquant essentiel dans la riposte mondiale car, en allégeant les souffrances, en luttant contre la stigmatisation et en atténuant l'impact économique et social de la maladie, ils peuvent renforcer la lutte contre le VIH/SIDA.

Grâce aux progrès accomplis ces dernières années, pour la première fois les traitements antirétroviraux sont à la portée des pays en développement. Le prix des médicaments a chuté grâce à l'initiative pour l'accélération de l'accès aux médicaments⁸ et à un accroissement de la concurrence des médicaments génériques dans le secteur pharmaceutique. De nouvelles sources de financement existent pour financer le traitement et les soins grâce au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et au programme VIH/SIDA multipays de la Banque mondiale pour la Région africaine. Les ressources permettant de financer l'accès aux soins devraient considérablement augmenter à l'avenir, par exemple grâce au concours des Etats-Unis d'Amérique, qui ont adopté une législation autorisant une telle aide.⁹ En 2002, l'OMS a publié de nouvelles recommandations concernant l'amélioration de l'accès aux antirétroviraux dans les pays à ressources limitées¹⁰ et a inscrit 12 antirétroviraux sur la liste modèle OMS des médicaments essentiels.¹¹ Afin d'assurer l'accès à des médicaments de qualité pour le traitement des personnes infectées par le VIH, l'OMS a mis en place un programme de préqualification des médicaments contre le VIH/SIDA.¹²

Lors de la préparation de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le SIDA en 2001, les besoins mondiaux en ressources pour lutter contre l'épidémie de VIH/SIDA ont été estimés à US \$9,2 milliards par an.¹³ Cette estimation prévoyait la nécessité d'élargir l'accès aux traitements antirétroviraux pour passer d'environ 800 000 personnes à la fin de 2002 à quelque 3 millions fin 2005. L'ONUSIDA estime que les dépenses mondiales annuelles pour le VIH/SIDA atteignaient pratiquement US \$3 milliards en 2002, contre US \$300 millions à peine trois ans auparavant.¹⁴ Il faut donc mobiliser davantage de fonds pour mener une action de l'ampleur nécessaire pour modifier le cours de l'épidémie.

Toutefois, le déploiement judicieux de ressources pour le traitement et les soins à l'avenir exige que l'on acquière autant d'expérience et que l'on développe autant de capacités que possible dès maintenant. Un nombre croissant de pays en développement – y compris le Botswana, le Brésil, l'Ouganda, le Sénégal et la Thaïlande – sont déjà dotés de programmes nationaux importants de distribution d'antirétroviraux. D'autres utilisent la prévention de la transmission mère-enfant comme point de départ pour la prise en charge des femmes et de leurs enfants. Mais ce sont des pionniers. D'autres encore vont devoir aligner leurs besoins en traitements antirétroviraux sur des buts et des plans suffisamment ambitieux et mobiliser tous les partenaires qui doivent jouer leur rôle. Le but qui consiste à placer sous antirétroviraux 3 millions de personnes d'ici 2005 ne pourra être atteint que par une action simultanée sur des fronts multiples.

De nombreux obstacles restent à surmonter pour atteindre ce but. L'engagement politique est décisif. Les agents de santé doivent être formés et les communautés éduquées et mobilisées. Des mécanismes de financement durable, d'achat et de réglementation durables doivent être mis en place. Tous les contacts avec le système de santé publique – tels que les soins prénatals, le traitement des infections sexuellement transmissibles ou de la tuberculose – doivent être mis à profit et les initiatives du secteur privé développées. Les résultats du suivi, de l'évaluation et de la recherche opérationnelle doivent être utilisés pour améliorer l'exécution des programmes.

Le traitement par les antirétroviraux donne des résultats remarquables dans les pays riches et certains pays à revenu intermédiaire comme le Brésil. On peut tirer des leçons de ces exemples, mais la présente publication passe en revue l'expérience des programmes de distribution d'antirétroviraux déjà mis en place dans des pays où l'épidémie de VIH est très grave mais dont les ressources sont très limitées – comme dans la plupart des pays d'Afrique et une partie des Caraïbes. La publication vise à montrer comment certains des principaux problèmes qui se posent au plan des politiques pour développer le traitement du VIH/SIDA ont été résolus et à répertorier les éléments communs à prendre en compte par tous ceux qui sont chargés de dispenser à grande échelle des soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Améliorer l'accès : problèmes posés

La fourniture d'un traitement antirétroviral à un grand nombre de personnes dans des situations où les ressources sont limitées continue de poser problème. Les objections généralement soulevées ont trait au coût élevé des médicaments, à la complexité des traitements eux-mêmes, au manque de personnel de santé qualifié, à l'insuffisance des infrastructures permettant de suivre les malades sous traitement, aux problèmes d'observance du traitement et à la menace que constitue la pharmacorésistance.

Ces problèmes ne sont pas négligeables mais ne sont pas insurmontables. L'OMS est convaincue que les systèmes de santé des pays en développement peuvent proposer un traitement antirétroviral de qualité à beaucoup plus de personnes qu'ils ne le font actuellement en simplifiant considérablement le choix des schémas thérapeutiques et le suivi clinique.¹⁰ Avec un traitement normalisé, les systèmes de santé disposant de peu de ressources pourront maintenir un niveau de qualité des soins globalement acceptable et traiter le problème des ressources humaines, promouvoir l'observance et éviter la résistance. Plus important encore, le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral augmentera et la qualité de ce traitement sera améliorée. Mais certaines des principales difficultés de la fourniture du traitement antirétroviral tiennent à la façon dont sont prises les décisions et dont sont gérés les programmes. Ces deux facteurs déterminent la mesure dans laquelle il est possible de lutter contre l'exclusion et de favoriser l'ouverture au sujet du VIH tout en soutenant les efforts de prévention. C'est pour ces raisons que l'OMS propose une approche de santé publique au traitement antirétroviral visant à traiter un nombre beaucoup plus important de malades, principalement parmi les pauvres, et à promouvoir une montée en puissance des efforts de prévention de la transmission du VIH.

Traitements antirétroviraux : une approche de santé publique

L'approche de santé publique du traitement contre le VIH/SIDA proposée ici s'appuie sur l'expérience des programmes de traitement par antirétroviraux en cours dans des pays en développement, et notamment les programmes de Médecins Sans Frontières (MSF) en Afrique du Sud¹⁵ et au Malawi,¹⁶ celui de l'Hôpital central de Lilongwe au Malawi,¹⁷ de Partners in Health à Haïti^{18,19} et de l'expérience menée pour améliorer l'accès au traitement en Ouganda.^{20,21} Ces programmes ont en commun certaines caractéristiques qui sont en fait des éléments essentiels d'une approche de santé publique du traitement antirétroviral :

- ▶ Les décisions concernant le choix et la gestion du traitement et des soins pour chaque personne sont prises au moyen de **protocoles de traitement standardisés** et les cas font l'objet d'un **suivi clinique simplifié**.
- ▶ Ils font une **utilisation optimale des ressources humaines** disponibles en déléguant les aspects de soins et de suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA, y compris la supervision par des médecins, des infirmières, d'autres personnels de soins de santé et des membres de la communauté.
- ▶ Ils **impliquent des membres de la communauté et les personnes vivant avec le VIH/SIDA** dans la conception et la gestion des programmes ainsi que dans l'appui des personnes vivant avec le VIH/SIDA, en particulier en ce qui concerne le soutien à l'observance du traitement.
- ▶ Des **stratégies visant à réduire les coûts**, notamment l'introduction de médicaments génériques ou de technologies de laboratoire différentes, sont utilisées pour rendre le traitement antirétroviral plus abordable pour les populations desservies.

Rendre les décisions plus simples

L'Ouganda constitue un très bon exemple de la façon dont le traitement antirétroviral peut être simplifié dans la pratique. Depuis octobre 2000, date à laquelle les réductions de prix ont contribué à développer l'utilisation du traitement antirétroviral hautement actif

(TAHA),²² deux régimes thérapeutiques- zidovudine + lamivudine + efavirenz et stavudine + lamivudine + nevirapine – ont été prescrits comme traitement de première intention. Des projets mis en place dans d'autres pays, dont Haïti,^{18,19} le Kenya (communication personnelle, David Stanton, Agence pour le Développement International des Etats-Unis d'Amérique) et le Cameroun, ont adopté des approches analogues (Tableau 1).

La disponibilité des médicaments et leur coût ont été la principale considération prise en compte pour le choix de ces thérapeutiques. Le nombre de comprimés à absorber, la nature des effets secondaires et l'existence d'au moins une partie du traitement en association fixe ont également été pris en considération. De nombreux programmes de traitement de pays en développement ont aussi considérablement simplifié leurs méthodes de sélection des personnes à traiter et de suivi. La justification de ces approches est la suivante : « tant que des méthodes comme l'analyse de la charge virale, la numération des CD4 ou autre marqueur de substitution ne sont pas disponibles, des critères cliniques simples peuvent permettre d'identifier les personnes les plus susceptibles de bénéficier du traitement antirétroviral hautement actif ». ^{18,19} De même, sauf dans le cadre de projets de démonstration, le suivi du traitement repose souvent principalement sur l'évaluation clinique, comme c'est le cas à Haïti, en Ouganda et au Malawi. Dans ces exemples, des tests de laboratoire n'ont été utilisés que lorsque des problèmes sont survenus, comme des effets secondaires ou un échec présumé du traitement.

S'appuyant sur l'expérience de ces programmes, les recommandations de l'OMS pour améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées¹⁰ préconisent une approche de santé publique du traitement contre le VIH/SIDA fondée sur des traitements normalisés de première et de deuxième intention. Cela simplifie considérablement la prise de décision pour toutes les personnes qui achètent, prescrivent, dispensent ou prennent des médicaments antirétroviraux. Les recommandations fournissent également des directives claires concernant l'institution ou la modification du traitement antirétroviral sur la base de l'état clinique et, si possible, de tests de laboratoire. Pour le suivi, des possibilités de suivi clinique allant du « minimum absolu » aux tests de laboratoire « facultatifs » sont recommandées en fonction des ressources disponibles.¹⁰

Tableau 1. Traitements de première intention adoptés par les programmes desservant des populations à forte prévalence du VIH

Schéma	Programme*
Stavudine + lamivudine + nevirapine	Ouganda, Burkina Faso, Partners in Health Haïti, Lighthouse Malawi, Kenya
Zidovudine + lamivudine + efavirenz	Ouganda, Burkina Faso, Partners in Health Haïti, Lighthouse Malawi, Kenya

* Il s'agit du programme national sauf si le nom du pays est précédé du nom d'une organisation.

Traitements antirétroviraux : une approche de santé publique

Le but de ces méthodes simplifiées est de trouver un équilibre entre ce qui serait souhaitable et ce qui est effectivement réalisable là où les ressources sont limitées. Les traitements antirétroviraux recommandés par l'OMS sont les mêmes que les traitements actuellement utilisés dans les pays industrialisés. Les bons résultats cliniques obtenus au moyen de techniques de suivi simplifiées montrent que l'absence immédiate de moyens de laboratoire ne doit pas empêcher d'élargir l'accès au traitement.

Utilisation optimale des ressources humaines

La pénurie de dispensateurs de soins qualifiés est aiguë dans de nombreux pays à forte prévalence, non seulement pour le VIH/SIDA mais dans tout le secteur de la santé. Selon l'Organisation internationale du Travail, le Kenya, par exemple, compte un médecin pour 7000 habitants et la Côte d'Ivoire un médecin pour 10 000 habitants. Le VIH/SIDA prélève lui-même un lourd tribut sur le personnel de santé dans de nombreux pays.

Un effort soutenu est donc nécessaire pour améliorer la formation clinique et pour proposer des incitations au personnel de santé afin de surmonter cette pénurie des ressources humaines à l'avenir. Mais les millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA ne peuvent pas attendre. Une approche de santé publique du traitement contre le VIH/SIDA doit donc comporter des stratégies visant à réduire la dépendance vis-à-vis des médecins très qualifiés. Pour cela, les aspects systématiques de la gestion du traitement et des soins doivent être délégués à d'autres personnels de santé, et certaines tâches assignées aux membres de la famille ou de la communauté.

Le programme national de distribution d'antirétroviraux de l'Ouganda a adopté cette approche pour la phase d'élargissement financée par le Fonds mondial. Selon ce modèle de soins primaires et de santé publique, les médecins jouent un rôle directeur en évaluant les personnes vivant avec le VIH/SIDA, en instituant ou en modifiant le traitement, en gérant les affections graves et en supervisant le personnel. Mais le personnel soignant, les infirmières et les conseillers, y compris ceux qui travaillent dans le cadre des soins de santé primaires, sont quant à eux chargés du suivi du traitement antirétroviral – y compris le conseil initial, le diagnostic et le traitement des infections opportunistes comme le muguet, les infections à herpèsvirus et certaines affections cutanées. En prenant cette décision, l'Ouganda s'est basé sur l'expérience de ses propres organisations communautaires d'aide aux malades du SIDA, telles que l'AIDS Support Organization (TASO). MSF à Khayelitsha en Afrique du Sud¹⁵ et à Chiradzulu au Malawi,¹⁶ ainsi que Partners in Health à Haïti,^{18, 19} ont adopté des approches analogues, avec l'aide de schémas thérapeutiques standardisés et de procédures de suivi simplifiées.

La plupart des programmes de pays en développement s'appuient sur la formation en cours d'emploi lors de l'introduction du traitement antirétroviral, formation qui, dans bien des cas, porte également sur des questions comme le dépistage du VIH et le conseil, le traitement des maladies opportunistes, le diagnostic et le traitement de la tuberculose et les soins palliatifs. Cela a donc entraîné des améliorations dans les services dont ont bénéficié à des personnes souffrant d'autres problèmes de santé, et a permis aux personnes formées d'acquérir des

compétences en matière de prévention du VIH. Toutefois, le contenu actuel des programmes d'études varie. Par exemple, les programmes de formation concernant le VIH/SIDA vont d'une semaine en Ouganda pour tous les médecins, infirmières, techniciens de laboratoire, pharmaciens et conseillers travaillant dans les hôpitaux et les centres de santé à un minimum conseillé de trois mois pour le personnel soignant au Kenya.²³ D'autre part, il existe peu de données publiées concernant la formation des membres de la communauté ou membres de la famille appelés à dispenser des soins pour soutenir une thérapie antirétrovirale, ce qui laisse supposer que les efforts de mobilisation de ces agents ne font que commencer. Un groupe de travail réuni par l'OMS sous les auspices de la Coalition Internationale pour l'Accès au Traitements contre le VIH (CIAT) a recensé plusieurs programmes qui commencent à cibler ces groupes.²⁴

Partenariat communautaire et renforcement des capacités

On dispose de données de plus en plus nombreuses montrant qu'il est indispensable d'impliquer les communautés, les pairs et les membres de la famille si l'on veut accroître la couverture des programmes et les exécuter sur une grande échelle. Par exemple, les programmes de lutte contre la tuberculose et la cécité des rivières montrent que le fait d'engager systématiquement ces groupes peut permettre d'améliorer les résultats du traitement et de susciter des actions locales plus efficaces.^{25, 26}

Faire participer les communautés les plus concernées est également un facteur décisif dans la mise en oeuvre de nombreuses mesures anti-VIH/SIDA parmi les plus efficaces. Cette notion, largement acceptée en matière de prévention du VIH,²⁷ est également valable pour le traitement. Les partenariats avec les communautés touchées, et avec des personnes vivant avec le VIH/SIDA elles-mêmes, déterminent en grande partie la façon dont ces personnes comprennent le traitement antirétroviral, leur comportement en matière de consultation et la façon dont elles vont accepter le traitement. La participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA, de leur famille et de leur communauté aidera à surmonter les principaux obstacles à une mise en oeuvre efficace de ces mesures, et notamment le déni, la stigmatisation et la discrimination.

La mesure dans laquelle différents partenaires participent aux programmes de distribution d'antirétroviraux varie considérablement. De nombreux programmes – tels que les programmes liés à des projets de recherche ou à le monde médical – n'ont pas associé du tout la communauté, du moins dans les phases initiales, et n'ont compris que récemment que sa contribution était pourtant nécessaire.²⁸ D'autres, comme les programmes mis en place en Ouganda,²⁷ et en Côte d'Ivoire,³⁰ ont expressément associé les membres de la communauté à la conception du programme, en les faisant participer aux comités consultatifs de l'initiative pour l'accès aux médicaments anti-VIH de l'ONUSIDA.²⁰ Selon ce modèle de comité consultatif, les décisions difficiles, par exemple lorsqu'il s'agit de savoir où les antirétroviraux doivent être distribués d'abord et qui bénéficiera de subventions gouvernementales, peuvent être prises en commun accord avec tous les partenaires. Ce modèle a également conduit à la mise au point de matériels de communication visant les communautés

A public health approach to ARV therapy

touchés par le VIH. À l'autre extrémité de la chaîne, les programmes de soutien mutuel créés et gérés par des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA ont pris les devants et introduit des traitements antirétroviraux avec l'aide de dispensateurs de soins très motivés.³¹

L'observance à long terme des schémas thérapeutiques est indispensable pour obtenir des résultats optimaux dans le traitement et maintenir au minimum le risque d'émergence d'une résistance du virus. Les premières tentatives pour associer les membres de la communauté au soutien psychosocial des personnes vivant avec le VIH/SIDA et au conseil concernant l'observance n'ont pas été très efficaces. Cela s'expliquait par le manque de ressources disponibles pour soutenir cette action, l'accès au traitement utilisé dans ce programme n'étant pas garanti.²⁹ Plus tard, d'autres programmes ont obtenu de meilleurs résultats en utilisant des approches différentes. Le programme Partners in Health, d'Haïti par exemple, utilise une méthode connue comme traitement antirétroviral hautement actif sous surveillance directe (DOT-TAHA), dans lequel les agents de santé communautaires, baptisés accompagnateurs, se rendent chaque jour chez les personnes traitées par des antirétroviraux. Même si les malades se trouvent souvent dans des zones éloignées, ces agents distribuent les médicaments antirétroviraux, vérifient que la personne prend au moins l'une de ses deux doses quotidiennes, lui apportent un appui et répondent aux préoccupations de la famille. Les niveaux d'observance sont élevés et les résultats cliniques sont bons.³²

Toutefois, une évaluation des personnes vivant avec le VIH/SIDA à Trinité-et-Tobago a permis de constater que, même si la plupart étaient prêtes à suivre un traitement antirétroviral leur vie durant, elles ne souhaitaient pas recevoir chez elles la visite d'un agent de santé qui leur administre le médicament.³³ Un autre inconvénient de cette méthode est que le traitement sous observation directe est fortement tributaire des ressources humaines. Un certain nombre de programmes nationaux de lutte antituberculeuse l'ont constaté, qui – sollicités à la fois par la charge de la tuberculose et celle du VIH – développent les méthodes de traitement sous surveillance directe pour y associer des bénévoles appartenant à des groupes caritatifs, des personnes ayant déjà suivi le traitement ou des organisations féminines, entre autres, chargées d'apporter un soutien au traitement.²³

Les programmes de traitement antirétroviral commencent aussi à reconnaître les possibilités offertes par les membres de la famille ou l'entourage pour apporter leur aide dans deux domaines. Dans un premier temps, il s'agissait de vérifier que la personne vivant avec le VIH/SIDA poursuivait le traitement mais, de plus en plus, il s'agit de sensibiliser et de susciter une riposte directe au VIH/SIDA dans la communauté. L'AIDS Healthcare Foundation, qui travaille en Afrique du Sud et en Ouganda, retient trois facteurs qui renforceraient le respect du traitement antirétroviral : le soutien sur place d'organisations non gouvernementales ; une éducation continue par d'autres personnes également sous traitement antirétroviral et la participation des membres de la famille avant et pendant le traitement (communication personnelle, Dickson Opol, Directeur exécutif, Uganda Business Coalition for HIV/AIDS, mai 2003). Le programme antirétroviral du Botswana emploie avec succès un système dans lequel chaque personne recevant un traitement est encouragée à nouer un lien spécial avec une autre personne qui veillera à ce qu'elle

le prenne son médicament.³⁴ Dans les programmes MSF de Khayelitsha et Chiradzulu, on aide les malades à respecter leur traitement en ayant recours à des conseillers spécialement formés, des plans d'observance et un assistant de traitement, qui est généralement une personne résidant avec la personne vivant avec le VIH/SIDA.^{15,16} En outre, des groupes de soutien pour le traitement antirétroviral organisés à l'intention des personnes vivant avec le VIH/SIDA peuvent permettre de discuter des problèmes que posent le traitement, les manifestations indésirables, le fait d'avoir à révéler son état et autres problèmes psychosociaux, et de débattre également de questions de promotion de la santé et d'éducation. Les programmes de distribution d'antirétroviraux étant mis en place dans des milieux à forte prévalence du VIH, toutes les personnes ayant besoin d'un traitement ne pourront peut-être pas y avoir accès immédiatement. Il est donc essentiel d'associer la communauté au processus qui permettra de déterminer qui traiter afin que ces décisions délicates soient prises de façon éthique et équitable. Les programmes du Sénégal,²⁷ du Malawi¹⁷ et de l'Afrique du Sud¹⁵ ont déjà montré les avantages de faire participer les membres de la communauté à ce processus de sélection. MSF a constaté que les comités de sélection et les visites domiciliaires étaient utiles pour s'assurer le concours et la participation pleine et entière de la communauté et évaluer la manière dont la famille accepte la séropositivité et dont celle-ci est révélée. Les partenariats de ce type représentent un défi à la fois pour le secteur de la santé et pour la communauté. Ils exigent un niveau d'échange et de partage des responsabilités auquel le personnel de santé n'est souvent pas habitué. Les dispensateurs de soins sont peu incités à travailler en partenariat, les avantages de cette procédure leur sont rarement expliqués et ils ont souvent peu de temps pour s'engager pleinement. Les communautés, quant à elles, manquent parfois des structures nécessaires, connaissent parfois mal les termes médicaux ou ont des raisons de craindre de s'engager dans un débat et un dialogue avec les professionnels de santé.³⁵ Toutefois, si l'on veut parvenir à élargir l'accès aux antirétroviraux, les programmes doivent être clairs quant aux mécanismes et aux méthodes qu'ils utiliseront pour surmonter ces obstacles. Ces mécanismes devraient inclure, l'éducation de la communauté et le renforcement des capacités qui sont des éléments clés du budget et de la planification du traitement et des soins. Même si ces investissements risquent d'être importants dans un premier temps, en termes de temps et de ressources, ils sont indispensables pour la réussite à long terme et la pérennisation des programmes de traitement par antirétroviraux.

Soutenir la prévention et obtenir des résultats positifs pour la société

Le suivi et l'évaluation de l'impact élargi du traitement du VIH/SIDA est essentiel à la réussite et au développement futur des programmes d'antirétroviraux. Au-delà des avantages bien connus de la thérapie antirétrovirale pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, même dans les pays les moins avancés,³⁶⁻⁴⁰ les données s'accumulent concernant les effets favorables du traitement antirétroviral sur les ménages et la société en général, notamment lorsque les programmes associent directement la communauté.

Selon un rapport issu d'une consultation de la communauté sur le traitement antirétroviral en Zambie,⁴¹ les efforts faits pour associer les familles ont été limités par l'idée qu'une personne ayant contracté le VIH/SIDA ferait peser la honte sur une famille ainsi que par la crainte de la famille de devoir prendre en charge des enfants orphelins. Ce sont ces types de préoccupation qui peuvent conduire à l'exclusion ou à l'abandon des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le rapport⁴¹ note que : «Les répondants qui recevaient déjà un traitement antirétroviral ont expliqué comment le soutien de la famille était ravivé lorsque le traitement antirétroviral était efficace. Les membres de la famille reprennent alors espoir et se montrent moins anxieux quant à la charge économique croissante et à la charge de travail que représente la prise en charge du malade et des orphelins. L'introduction de programmes de développement du traitement antirétroviral devrait donc aider à rétablir des structures familiales fragilisées et à rétablir une vie familiale normale dans les milieux à forte prévalence du VIH et à faible revenu.»

Au-delà des familles, le traitement antirétroviral se traduit par une forte mobilisation de la communauté contre le SIDA et par une augmentation de l'utilisation des interventions visant à prévenir la transmission du VIH telles que le dépistage et le conseil et le port du préservatif. Par exemple, une enquête sanitaire effectuée après la mise en place du projet de traitement par antirétroviraux de MSF à Khayelitsha a permis de constater que sur neuf sites passés en revue en Afrique du Sud, Khayelitsha avait le niveau le plus élevé quant à l'utilisation du préservatif, le désir d'adhérer à une association et la volonté de se soumettre au test de dépistage du VIH.¹⁵ Le dépistage et le conseil volontaires ont également augmenté dans le district, passant de moins de 1000 tests en 1998 à plus de 12 000 en 2002. Le nombre de groupes de soutien aux séropositifs est passé de 4 à 22 pendant la même période. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont également constitué leur propre association – connue sous le nom d'Ulwazi («connaissance») – pour augmenter la prévention du VIH dans les écoles, les lieux de travail et les églises.¹⁵ D'autres programmes de traitement dans les pays en développement tels que Partners in Health à Haïti^{18,19} et MSF à Chiradzulu¹⁶ ont fait état de résultats analogues mais ne les ont pas quantifiés.

Considérés globalement, ces effets positifs démontrent les énormes possibilités offertes par le traitement antirétroviral pour atténuer les conséquences graves au plan social et de la sécurité de l'épidémie de VIH/SIDA. Sa généralisation dans les milieux à faible revenu mais à forte prévalence du VIH permettra non seulement de rétablir une vie familiale normale mais aussi de reconstituer la force de travail. Ces deux facteurs sont importants pour préserver la sécurité alimentaire du ménage et son aptitude à éduquer et élever les générations futures.

Assurer la disponibilité à long terme du traitement

Les ressources sont insuffisantes pour soutenir la lutte contre le VIH/SIDA et il existe donc une obligation réelle d'utiliser les ressources disponibles de la façon la plus rentable possible. Cela exigera non seulement que les interventions se traduisent par des résultats concrets mais aussi que les stratégies adoptées soient d'un coût abordable, notamment lorsqu'il existe d'autres solutions d'une efficacité comparable mais d'un moindre coût.

Pour la plupart des programmes de traitement en vigueur dans les pays en développement, le coût est un facteur important pour assurer l'approvisionnement en médicaments, comme en témoigne la préférence pour les traitements non nucléosidiques par rapport à l'abacavir ou aux inhibiteurs de la protéase plus coûteux. En outre, la plupart des programmes de traitement cités ici utilisent les médicaments génériques dans leurs schémas thérapeutiques lorsque ceux-ci sont moins chers que les médicaments des laboratoires pharmaceutiques. En dehors des avantages d'un approvisionnement régulier sur le plan de l'observance, le coût a également été un facteur dans l'acceptation rapide des combinaisons fixes, qui représentent aujourd'hui le traitement le plus pratique et le moins cher.⁴²

Les prix des médicaments antirétroviraux ayant chuté, les tests de diagnostic permettant d'en contrôler l'emploi sont devenus un élément de plus en plus important dans le coût du traitement du VIH/SIDA. Bien que de nombreux programmes aient réduit le nombre de tests pratiqués, d'autres cherchent à réduire le coût des réactifs et du matériel d'épreuve. Réduire le coût signifie que l'on négocie des prix plus bas auprès des fournisseurs,⁸ que l'on remplace les réactifs de marque par des produits génériques meilleur marché^{15,20} et que l'on encourage l'adoption de nouvelles technologies, y compris le traitement antirétroviral administré une fois par jour^{43,44} et des épreuves plus simples et moins coûteuses pour le suivi biologique (communication personnelle, Papa Salif Sow, Hôpital Fann, Dakar, Sénégal).^{45,46}

L'OMS, l'ONUSIDA et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui soutiennent ces stratégies de réduction des coûts, ont appelé les décideurs des programmes de traitement par antirétroviraux à étudier toutes les solutions qui s'offrent à eux, y compris le recours aux clauses de sauvegarde contenues dans l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce.^{47,49}

Conclusion

A mesure que l'épidémie de VIH/SIDA progresse, la réponse globale doit inclure un accès aux traitements antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

La fourniture d'un traitement efficace de l'infection à VIH ouvre des possibilités sans précédent. Ce traitement permettra de sauver des vies et les efforts de prévention n'en seront que plus efficaces. Les structures communautaires seront préservées, une génération d'enfants qui sans quoi auraient perdu leurs parents seront protégés, des économies fragiles pourront compter sur une force de travail productive et en bonne santé et le développement et la sécurité mondiale seront protégés.

Les programmes de traitement par antirétroviraux en cours dans les pays en développement ont tiré profit des ressources et de l'infrastructure existantes en utilisant des schémas thérapeutiques standardisés, des méthodes de suivi simplifiées et en utilisant au mieux les ressources humaines disponibles, y compris les membres de la famille et de la communauté. Cette participation des communautés touchées aux programmes de traitement a catalysé la prévention du VIH et plusieurs programmes ont fait état d'une sensibilisation accrue, d'une moindre stigmatisation, d'un recours accru aux services de dépistage et de conseil et d'un usage accru du préservatif. Le traitement commence à mobiliser des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA aussi bien comme agents de prévention que comme sources de soutien pour leur communauté et leur entourage.

De nombreux problèmes subsistent mais l'heure n'est pas au doute ou à l'hésitation, étant donné que les conséquences potentielles de l'inaction sont trop graves, puisque le risque est de voir se développer une épidémie d'infection à VIH multirésistante favorisée par des méthodes de traitement mal structurées et de voir perdurer une riposte inefficace à l'épidémie de VIH et donc une menace croissante pour la sécurité mondiale. Comme le montrent les programmes examinés ici, des contraintes techniques peuvent être surmontées en mettant à profit les opportunités et ressources existantes. Ce qui fait maintenant défaut c'est la volonté politique d'agir. Ce n'est qu'en se jetant à l'eau que les pays peuvent créer les compétences dont ils ont besoin pour utiliser judicieusement les ressources futures, favoriser les partenariats si essentiels au succès des programmes de traitement par antirétroviraux et améliorer ainsi la réponse globale à la pandémie de VIH/SIDA.

References

- ¹ Gadelha AJ et al. Morbidity and survival in advanced AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*, 2002, 44(4):179–186.
- ² Mocroft A et al. Changes in the cause of death among HIV positive subjects across Europe: results from the EuroSIDA study. *AIDS*, 2002, 16(12):1663–1671.
- ³ Egger M et al. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. *The Lancet*, 2002, 360(9340):1178.
- ⁴ Dore GJ et al. Impact of highly active antiretroviral therapy on individual AIDS-defining illness incidence and survival in Australia. *Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2002, 29(4):388–395.
- ⁵ Hung CC et al. Clinical spectrum, morbidity, and mortality of acquired immunodeficiency syndrome in Taiwan: a 5-year prospective study. *Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2000, 24(4):378–385.
- ⁶ Palella FJ Jr et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338(13):853–860.
- ⁷ *S'engager en faveur d'un plus vaste accès aux traitements du VIH/SIDA*. Coalition internationale pour l'accès aux traitements contre le VIH, 2002. (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/pub23/en, visité le 28 mai 2003).
- ⁸ Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA. *Accelerating Access Initiative: widening access to care and support for people living with HIV/AIDS. Progress report, June 2002*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/aa/en, visité le 28 mai 2003).
- ⁹ *President signs HIV/AIDS act*. Washington, D.C., La Maison Blanche, 2003 (<http://www.whitehouse.gov/news/releases/2003/05/20030527-7.html>, visité le 28 mai 2003).
- ¹⁰ *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, 2002 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/pub18/en, visité le 28 mai 2003).
- ¹¹ *La 12^e liste modèle OMS des médicaments essentiels*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002, (<http://www.who.int/medicines/organization/par/ed/eml.shtml>, visité le 28 mai 2003).
- ¹² *HIV/AIDS drugs pre-qualification. Pilot procurement, quality and sourcing project: access to HIV/AIDS drugs of acceptable quality*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://www.who.int/medicines/organization/qsm/activities/pilotproc/proc.shtml>, visité le 28 mai 2003).
- ¹³ Schwartländer B et al. Resource needs for HIV/AIDS. *Science*, 2001, 292:2434–2436.
- ¹³ *Rapport de la Treizième réunion du Conseil de Coordination du Programme, Lisbonne, 11-12 décembre 2002. Point 5.1 de l'ordre du jour provisoire: Ressources financières nécessaires aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays à revenu faible ou moyen au cours des cinq prochaines années*. Genève, ONUSIDA, 2002 (http://www.unaids.org/html/pub/Governance/PCBo3/PCB_13_02.5_fr.doc.htm, visité le 30 mai 2003).
- ¹⁵ *Antiretroviral therapy in primary health care: experience of the Khayelitsha programme in South Africa*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
- ¹⁶ *Malawi/ART: MSF increases numbers of patients each week*. Amsterdam (Pays-Bas), Médecins Sans Frontières, 1er décembre 2002 (<http://www.msf.org/countries/page.cfm?articleid=F87967A2-CF85-4AF3-B880EBo528FB10E6>, visité le 28 mai 2003).
- ¹⁷ D. Antiretroviral therapy at Lilongwe Central Hospital, Lilongwe, Malawi. *Working Session on the Development of a Toolkit for National Planning and Implementing Access to and Scaling up of ART, Geneva, Switzerland, 27–28 August 2002*.
- ¹⁸ *Access to antiretroviral treatment and care: experience of the HIV Equity Initiative, Cange, Haiti*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (disponible sur le site internet à l'adresse suivante: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/Haiti_E.pdf)
- ¹⁹ Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *The Lancet*, 2001, 358:404–409.
- ²⁰ *Scaling up antiretroviral therapy: experience in Uganda*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (disponible sur le site internet à l'adresse suivante: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/Uganda_E.pdf).
- ²¹ Weidle PJ et al. Assessment of a pilot antiretroviral drug therapy programme in Uganda: patients' response, survival, and drug resistance. *The Lancet*, 2002, 360:36–40.
- ²² Ministère de la Santé, Kampala et Organisation mondiale de la Santé. *Report on rapid assessment of access to antiretroviral therapy in Uganda*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (projet).
- ²³ Mundy J et al. Report to NASCOP and the antiretroviral task force. Health Systems Consultancy to NASCOP and Kenya's antiretroviral (ARV) task force. DFID Health Systems Resource Center 2003. Nairobi (Kenya), Ministère de la Santé, 2003.
- ²⁴ *Centre for Collaborative AIDS Research. A survey of training programmes that support the introduction of ART*. Genève, International HIV Treatment Access Coalition, 2003 (<http://www.itacoalition.org/content.html?folder=o&envelope=8&page=12>, visité le 28 mai 2003).
- ²⁵ Maher D. The role of the community in the control of tuberculosis. *Tuberculosis* (sous presse).
- ²⁶ *The story of Mectizan: community involvement is key to the program's success*. Whitehouse Station, New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), Merck et Cie Co., 2003 (<http://www.merck.com/about/cr/mectizan/p17.htm>, visité le 28 mai 2003).
- ²⁷ *Partners in prevention: international case studies of effective health promotion practice in HIV/AIDS*. Genève, ONUSIDA, 1998 (<http://www.unaids.org/publications/documents/responses/community/unag8e29.pdf>, visité le 28 mai 2003).

References

- ²⁸ Desclaux A et al. *L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales et comportementales et médicales*. Paris, Editions ANRS, 2002 (Collection sciences sociales et sida).
- ²⁹ *Report of the meeting on the evaluation of the UNAIDS HIV Drug Access Initiative*. Geneva, UNAIDS, 2000 (http://www.unaids.org/publications/documents/care/UNAIDS_DAI/report_meeting_evaluation_drug_access.doc, visité le 28 mai 2003).
- ³⁰ Msellati P, Vidal L, Moatti JP. *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Evaluation de l'Initiative ONUSIDA/Ministère ivoirien de la santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*. Paris, Editions ANRS, 2001 (Collection sciences sociales et sida).
- ³¹ *Reaching out scaling up. Eight case studies of home and community care for and by people with HIV/AIDS*. Genève, ONUSIDA, 2001 (http://www.unaids.org/publications/documents/persons/JC915-ReachOut-Repr_en.pdf, visité le 28 mai 2003).
- ³² Leandre F et al. *Maximizing adherence and prevention of resistance through directly observed therapy: DOT-HAART*. XIV^e Conférence internationale sur le SIDA, Barcelone (Espagne), 7–12 juillet 2002 (Abstract MoPeB3246).
- ³³ Jack N et al. *Readiness to use antiretrovirals by HIV infected patients in Trinidad and Tobago*. XIV^e Conférence internationale sur le SIDA, Barcelone (Espagne), 7–12 juillet 2002 (Abstract WePeC6250).
- ³⁴ Weiser SD et al. *Determinants of antiretroviral treatment adherence among patients with HIV and AIDS in Botswana*. XIV^e Conférence internationale sur le SIDA, Barcelone (Espagne), 7–12 juillet 2002 (Abstract WePeB5851).
- ³⁵ Goede H et al. *Enhancing the interface between the health services and communities for HIV/AIDS prevention, care and treatment*. Rapport d'une consultation de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).
- ³⁶ Hosseinipour M et al. *The Malawian antiretroviral program: the first year experience with Triomune*. 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), 10–14 février 2003 (Abstract 172; <http://www.retroconference.org/2003/Abstract/Abstract.aspx?AbstractID=871>, visité le 30 mai 2003).
- ³⁷ Farmer P et al. *Preliminary outcomes of directly-observed treatment of advanced HIV disease with ARVs (DOT-HAART) in rural Haiti*. 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), 10–14 février 2003 (Abstract 171; <http://www.retroconference.org/2003/Abstract/Abstract.aspx?AbstractID=2135>, visité le 30 mai 2003).
- ³⁸ Kumarasamy N et al. *Safety, tolerability, and effectiveness of generic HAART regimens in South India*. 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), 10–14 février 2003 (Abstract 174; <http://www.retroconference.org/2003/Abstract/Abstract.aspx?AbstractID=896>, visité le 30 mai 2003).
- ³⁹ Laurent C et al. *Long-term follow-up of a cohort patients under HAART in Senegal*. 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), 10–14 février 2003 (Abstract 173; <http://www.retroconference.org/2003/Abstract/Abstract.aspx?AbstractID=1541>, visité le 30 mai 2003).
- ⁴⁰ Emberti Gialloreti L et al. *Increase in survival in HIV-1 infected subjects in Matola, Mozambique, after the introduction of combination therapy with generic-manufactured antiretrovirals: preliminary results from the DREAM cohort*. 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), 10–14 février 2003 (Abstract 175; <http://www.retroconference.org/2003/Abstract/Abstract.aspx?AbstractID=2127>, visité le 30 mai 2003).
- ⁴¹ *Voices from the community: report of a Community Consultation on Antiretroviral Treatment in Zambia*. Brighton (Royaume-Uni), International HIV/AIDS Alliance, novembre 2002 (http://www.aidsalliance.org/_docs/_languages/_eng/_content/_3_publications/download/Community%20Consultation%20on%20ARV%20Treatment%20in%20Zambia.pdf, visité le 30 mai 2003).
- ⁴² *Sources et prix d'une sélection de médicaments et tests diagnostiques pour les personnes vivant avec le VIH/DISA*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (<http://www.who.int/medicines/library/par/hivrelateddocs/prices-fr.pdf>, visité le 28 mai 2003).
- ⁴³ Landman R et al. *Once-a-day highly active antiretroviral therapy in treatment-naïve HIV-1-infected adults in Senegal*. *AIDS*, 2003, 17:1017–1022.
- ⁴⁴ Ena J, Pasquau F. *Once-a-day highly active antiretroviral therapy: a systematic review*. *Clinical Infectious Diseases*, 2003, 36:1186–1190.
- ⁴⁵ Greve B, Cassens U, Westerberg C. *A new no-lyse, no-wash flowcytometric method for the determination of CD4 T cells in blood samples*. *Transfusion Medicine and Hemotherapy*, 2003, 30:8–13.
- ⁴⁶ Braun J, Plantier JC, Hellot MF. *A new quantitative HIV load assay based on plasma virion reverse transcriptase activity for the different types, groups and sub-groups*. *AIDS*, 2003, 17:331–336.
- ⁴⁷ Correa CM. *Implications de la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la Santé publique adoptée à Doha* (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_PAR_2002.3_fre.pdf) Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (Série « Economie de la Santé et Médicaments », N° 12, visité le 28 mai 2003).
- ⁴⁸ *Statement of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) at the Third WTO Ministerial Conference, Seattle, 30 November –3 December 1999*. Genève, ONUSIDA, 1999 (<http://www.unaids.org/publications/documents/health/access/wtostatement.html>, visité le 28 mai 2003).
- ⁴⁹ *Report of the Third Board Meeting*. Genève, Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, p. 25, para. 10 (<http://www.globalfundatm.org/publicdoc/boarddocuments/GF%20B4%2002%20Report%20of%20the%20Third%20Board%20Meeting.doc>, visité le 28 mai 2003).

