


 chapitre quatre

systemes de santé : mobiliser de nouvelles énergies

L'initiative en faveur du traitement antirétroviral représente un formidable défi pour les systèmes de santé des pays durement touchés par le VIH/SIDA. Dans l'idéal, ces systèmes devraient fonctionner avec efficacité et efficience et desservir la totalité de la population mais, dans la plupart des cas, ils sont mal gérés, insuffisamment financés et parfois même pratiquement hors d'état de fonctionner. On va examiner dans le présent chapitre les mesures nécessaires pour les renforcer afin de mettre en œuvre l'initiative tout en améliorant et en développant de nombreuses autres interventions sanitaires en rapport à la fois avec les maladies transmissibles et avec les maladies chroniques non transmissibles. On verra qu'un effort de grande envergure s'impose d'urgence et nécessite une augmentation massive des transferts de ressources des pays riches vers les pays pauvres.

Loin de constituer une charge financière, l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » constitue un moyen de renforcer les systèmes de santé de diverses manières. Elle peut en effet attirer dans le système de santé de nouvelles ressources allant au-delà de celles que nécessite la lutte contre le VIH/SIDA, stimuler le financement de l'infrastructure sanitaire, aider à développer les systèmes d'achat et de distribution des produits génériques et favoriser une interaction entre les communautés pour une large gamme d'interventions sanitaires. Il faut cependant prévoir tous les effets défavorables éventuels de cette initiative sur l'ensemble du système de santé afin de les réduire au minimum.

Dans de nombreux pays pauvres, les dépenses de santé actuelles sont très inférieures à celles qui seraient nécessaires pour assurer à la population le minimum de services indispensables. Il faudra que, dans les années à venir, ce déficit de financement soit largement comblé par

des donateurs extérieurs. Les gouvernements nationaux et leurs économies sont incapables de générer beaucoup plus de crédits qu'ils ne le font actuellement, alors que les donateurs n'ont pas encore tenu les engagements qu'ils avaient pris collectivement.

L'extension du traitement ne doit pas accaparer les ressources et l'attention requises pour la prévention et autres formes de soins. De fait, l'initiative vise à exercer sur ces autres interventions un puissant effet synergique ⁽¹⁾ (voir le chapitre 2).

Le traitement antirétroviral suppose l'adoption d'un modèle de soins chroniques dans lequel chaque patient bénéficie pendant le reste de son existence d'un suivi



ininterrompu au lieu des soins aigus occasionnels qui caractérisent le traitement de la plupart des maladies infectieuses. En renforçant les systèmes de santé pour leur permettre d'appliquer ce modèle, on pourra appliquer les modes de prise en charge conçus pour le traitement antirétroviral (systèmes de convocation, dossiers médicaux intégrés, systèmes d'approvisionnement en médicaments et soutien de l'observance) au traitement d'autres pathologies chroniques courantes comme le diabète et l'hypertension.

Le présent chapitre montre comment les prestataires tant publics que privés du système de santé ont aidé à lutter contre le VIH/SIDA dans certains pays en développement. Se fondant ensuite sur le cadre conceptuel des systèmes de santé (direction générale, prestation des services, fourniture des ressources et financement), il examine comment ces systèmes, notamment ceux qui sont financés par des fonds publics, peuvent être renforcés pour pouvoir mettre en œuvre l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » tout en contribuant à améliorer et à étendre de nombreuses autres interventions sanitaires.

INVESTIR DANS LE CHANGEMENT

A quelques exceptions près, ce sont les pays dont les systèmes de santé sont les moins à même d'y faire face qui ont été le plus durement frappés par l'épidémie de VIH/SIDA. Cette situation précaire résulte dans une large mesure d'un sous-financement chronique et d'une gestion inefficace. Les efforts de réforme du secteur de la santé publique visent à remédier au sous-financement, à la centralisation excessive du processus de décision et à l'inefficacité des prestations de service. Parmi les solutions adoptées figurent les paiements directs par l'utilisateur, la décentralisation et la sous-traitance dans le secteur privé. Toutefois, les succès limités et les fréquents effets indésirables de ces initiatives de réforme ont obligé les prestataires de services de santé publique à renforcer leur potentiel. Deux grands types de stratégie ont été proposés à cet effet : augmenter les dépenses pour remédier à l'insuffisance des apports et renforcer les systèmes de gestion ; ou utiliser d'autres systèmes de prestations et des prestataires autres que les services de l'État (2).

Il faut un temps considérable pour que les nouveaux investissements dans le développement du potentiel, notamment dans les ressources humaines, commencent à porter leurs fruits. L'autre stratégie consistant à court-circuiter le réseau de prestataires du secteur public permet d'obtenir des résultats plus rapides. Elle a déjà été largement utilisée pour une série d'interventions, notamment des mesures de prévention telles que les programmes d'éducation par les pairs, l'éducation à l'école, le marketing social des préservatifs et les campagnes médiatiques.

Les premières expériences du traitement du VIH/SIDA dans les pays en développement ont été principalement le fait de médecins libéraux et d'établissements gérés par des organisations non gouvernementales et par des institutions de recherche qui échappent aux formalités administratives et aux graves contraintes financières du système public. De tels prestataires ont largement contribué à montrer qu'un traitement est réalisable en dépit d'une pénurie de ressources. Toutefois, l'extension du traitement va nécessiter la mise en place d'un grand nombre de points de traitement et, par conséquent, une bien plus forte participation du secteur public qui dispose du plus vaste réseau de structures de soins. Cette nécessité ressort déjà clairement de nombreux plans nationaux, et il est inévitable que l'extension du traitement oblige à renforcer les systèmes publics de santé.

Toutefois, l'initiative en faveur du traitement bénéficiera de l'expérience de précédents programmes de lutte contre les maladies qui ont conduit à améliorer les méthodes du système de santé, notamment la collaboration entre les autorités internationales, nationales et locales dans le contexte de l'éradication de la poliomyélite et de la lutte contre le SRAS, la mise en place de systèmes de suivi basés sur la mesure des issues sanitaires dans le cas de la stratégie DOTS de lutte contre la tuberculose et l'instauration de partenariats efficaces entre des parties situées en dehors du secteur public, également dans le contexte de la lutte antituberculeuse. Plus rares sont les exemples de programmes ponctuels qui facilitent la prestation d'autres services, mais l'amélioration de la surveillance de la maladie ainsi que les mesures de lutte contre l'infection dans le cas du SRAS (3) sont susceptibles d'une application plus large, et il a été possible d'ajouter une supplémentation vitaminique A aux activités d'éradication de la poliomyélite. Il n'est guère prouvé en revanche que des programmes catégoriels aient jamais porté atteinte à la capacité d'ensemble d'un système. Des effets synergiques se produiront s'ils sont planifiés à l'avance et, de même, tout effet indésirable doit être prévu pour que l'on puisse en atténuer l'impact (4).

Il est donc important de concevoir l'élargissement de l'accès au traitement de manière à permettre aux systèmes de santé d'atteindre leurs grands objectifs sanitaires, par exemple en évitant de consacrer une part excessive des ressources à la thérapie antirétrovirale ou en se gardant de réserver les incitations au personnel directement affecté à des programmes de lutte contre le VIH. Si le secteur public va demeurer à l'avenir la principale source de traitements antirétroviraux, divers autres prestataires ont commencé à assumer cette fonction et leur rôle dans ce domaine va aller croissant. Les sections ci-après donnent une idée de leur potentiel.

PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTÉ HORS SECTEUR PUBLIC

Depuis l'avènement des médicaments antirétroviraux, quelques malades des pays en développement ont pu se faire soigner par des médecins libéraux sur la base d'une rémunération à l'acte, financée directement par le patient ou par un tiers payant comme une caisse d'assurance ou l'employeur. Même si l'État commence à proposer un traitement gratuit, la demande de services de médecins libéraux devrait augmenter à mesure que le prix des médicaments continue de diminuer.

Des organisations professionnelles (voir l'Encadré 3.2) ont également fait œuvre de pionniers en proposant un traitement antirétroviral sur la base d'une rémunération à l'acte. Au Kenya, par exemple, les fondateurs d'un programme pilote au Nazareth Hospital près de Nairobi ont instauré dans le Kenya occidental et central un système auquel participent 20 autres hôpitaux professionnels (5).

Des organisations internationales non gouvernementales comme Family Health International et Médecins Sans Frontières ont été associées à quelques-uns des programmes de traitement antirétroviral les plus novateurs. Les projets de Médecins Sans Frontières au Kenya et au Malawi font bénéficier des populations rurales très pauvres de services gratuits et, en Afrique du Sud, cette organisation soutient un programme à assise communautaire (voir l'Encadré 4.1).

Contribution du secteur privé

Nombreuses sont les grandes entreprises qui proposent un traitement antirétroviral à leurs employés, soit directement dans le cadre de services de médecine du travail,

soit indirectement en finançant l'accès à d'autres sources. Il arrive très souvent que le traitement soit le prolongement logique d'un engagement de longue date en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail et s'accompagne d'activités d'éducation sanitaire, d'une distribution de préservatifs, de conseil et de dépistage ainsi que de soins et d'un soutien social à long terme. Dans certains cas, ces prestations s'étendent aux membres de la famille et à l'ensemble de la communauté. Toutefois, la contribution du secteur privé est soumise à deux restrictions importantes. Premièrement, seule une minorité d'entreprises applique ces politiques progressistes et, deuxièmement, la plupart des personnes qui ont besoin d'un traitement ne sont pas employées par le type de multinationales en mesure de l'assurer.

Le renforcement des systèmes de santé que l'initiative en faveur du traitement devrait impulser fera donc intervenir des organisations non gouvernementales et des entreprises privées, mais cela ne saurait suffire. Il faut absolument que les pouvoirs publics prennent la conduite des opérations.

CONDUITE DU CHANGEMENT

L'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral va créer toute une série de problèmes et susciter mainte occasion favorable à saisir, d'où la nécessité d'une direction et d'orientations efficaces de la part des pouvoirs publics, mais aussi d'innovations et d'une participation au niveau local. Parmi les éléments essentiels d'une bonne direction figure l'aptitude à mobiliser les institutions et les individus sur des objectifs communs en leur indiquant clairement la voie à suivre, à motiver les organismes publics et les milieux politiques pour qu'ils appuient l'action sanitaire ainsi qu'à appliquer des normes communes. S'y ajoutent les mesures prises pour faciliter la communication, diffuser les connaissances, recenser les lacunes et y remédier et, enfin, pour favoriser les partenariats lorsqu'il y a lieu, arbitrer les conflits, promouvoir activement la transparence et, tâche essentielle, assurer la protection des groupes vulnérables.

Quatre aspects de cette direction sont particulièrement importants dans ce contexte. Le premier est la définition d'un cadre stratégique national clair pour la prévention, les soins et le traitement qui donne à tous les acteurs du système de santé les orientations générales dont ils ont besoin. Ce cadre doit faire partie intégrante d'un ensemble applicable à la totalité des menaces qui pèsent sur la santé de la population et s'inscrire dans la durée. Le second aspect est la capacité d'organiser des coalitions et de veiller au respect des engagements pris par les parties intéressées à l'égard des objectifs et stratégies agréés. Le troisième est la formulation et l'application d'un système de règles et d'incitations destinées à faire dispenser des soins de qualité par tous les prestataires publics ou privés. Le quatrième est la supervision qui consiste à instaurer une surveillance stratégique de tout ce qui se fait dans l'ensemble du système de santé. Elle a aussi pour objet de déterminer si les politiques sont ou non exécutées, ce qui est en cours ou ne l'est pas et si les réactions sont adaptées aux besoins. La conception d'un système d'information sanitaire et la gestion d'un processus de surveillance continue sont indispensables pour asseoir les décisions des dirigeants sur des faits concrets.

SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE

Une information sanitaire exacte et disponible en temps utile est une base de départ essentielle pour l'élaboration des politiques ainsi que pour la planification, l'exécution et l'évaluation de tous les programmes de santé. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » exige que les besoins en traitements, l'accès aux programmes, la couverture, la qualité des services et les issues sanitaires ainsi que la recherche opérationnelle fassent l'objet d'une évaluation attentive et suivie. Au départ, l'information sanitaire pourra devoir être recueillie dans le cadre d'une activité programmatique verticale. Ce système obligera à adopter de nouvelles technologies pour identifier les patients et à mettre en place un système d'enregistrement médical permanent dont on puisse tirer des données pour les analyses de cohorte essentielles à une évaluation exacte des issues du traitement. Un système de convocation et de rappel des patients est une composante essentielle de la gestion des soins chroniques. Les investissements et innovations nécessaires dans le domaine de l'information sanitaire contribueront au renforcement et à la réforme des systèmes d'informations sanitaires dans les pays, tâches auxquelles l'OMS s'est attelée, notamment dans le cadre du réseau de métrologie sanitaire (8). L'OMS va aussi rattacher la composante information sanitaire aux activités en rapport avec le renforcement de la capacité des institutions nationales de recherche en santé, à l'alignement des résultats de la recherche en santé dans les pays, à l'échange de connaissances et à leurs applications et à d'autres activités dans les pays.

SUIVI DE L'INITIATIVE « 3 MILLIONS D'ICI 2005 »

Pour être efficace, la stratégie de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » doit comporter des indicateurs de suivi tels que le nombre de malades recevant les différentes prestations, l'observance du traitement, la qualité des soins et la disponibilité des médicaments. Il faut aussi que des indicateurs de suivi permettent de déterminer si l'on est en voie d'atteindre l'objectif du renforcement du système de santé en général ; ces indicateurs doivent inclure les tendances générales des apports, des processus, des produits et des issues.

Si l'information actuellement générée est abondante, d'importantes lacunes demeurent : elles concernent le détail des activités du secteur privé et les estimations des services nécessaires par rapport à ceux qui sont effectivement dispensés. Pour que

Encadré 4.1 Thérapie antirétrovirale dans la Province du Cap occidental en Afrique du Sud

En Afrique du Sud, le premier projet du secteur public à proposer une thérapie antirétrovirale a été lancé dans des centres de santé communautaires du Township de Khayelitsha, au Cap, où ce traitement a commencé à être dispensé en mai 2001. En juin 2003, plus de 5000 patients avaient été enregistrés et plus de 600 enfants et adultes avaient commencé le traitement. Les coûts des médicaments, des mesures de la charge virale et des traitements de la moitié du personnel clinique ont été pris en charge par Médecins Sans Frontières, et les autres par le Gouvernement provincial.

Les taux d'observance et de survie ainsi que les résultats virologiques du projet sont comparables, sinon supérieurs, à ceux obtenus dans de nombreux établissements de pays riches. Les centres de santé primaires ont largement contribué au très fort taux de fi-

délisation des patients. La possibilité de traiter toute la famille dans le même établissement et de mobiliser des groupes de soutien communautaires et des organisations non gouvernementales, ainsi que la proximité des services de référence, sont autant de facteurs qui ont favorisé ces remarquables résultats cliniques.

La province s'emploie à moderniser l'ensemble de son système de santé primaire et y dispense une thérapie antirétrovirale. A cet effet, la responsabilité de la gestion des soins de santé primaires et de la lutte contre le VIH/SIDA a été placée sous une direction unique, et l'on a mis en œuvre des stratégies de recrutement et de fidélisation du personnel énergiques pour tenter de recruter le personnel nécessaire tant dans les services anti-VIH/SIDA que dans les autres unités de soins de santé primaires.

Les services de soins de santé primaires tirent parti du renforcement de la liaison avec les hôpitaux, de l'appui clinique de spécialistes et de la disponibilité accrue des médicaments. Des infirmières sans véritable formation au diagnostic ou aux soins curatifs sont rapidement devenues de bonnes praticiennes des soins de santé primaires grâce à une formation et à un mentorat dans le domaine du traitement du VIH/SIDA. Des ressources accrues (tant humaines que financières) ont été allouées aux soins de santé primaires dans le cadre des activités de ces projets. On a renforcé les réseaux de soutien clinique, accru l'utilisation de toute une série de services comportant le conseil et le dépistage volontaires, et amélioré la communication sur le VIH/SIDA (6, 7).

Le camion de la santé arrive dans notre village !



Gideon Mendel/Network

Des enfants enthousiastes courent après le camion qui vient livrer des médicaments dans leur village. Ce camion transporte aussi des agents de santé venus d'un hôpital éloigné de cette communauté rurale zambienne pour soigner les gens à domicile.

« En Zambie, on n'a guère les moyens d'acheter de l'aspirine. Notre Gouvernement dépense US \$10 par personne et par an pour la santé, mais plusieurs centaines de milliers de personnes vivent avec le VIH/SIDA de sorte qu'il est impossible de toutes les soigner dans des hôpitaux ou des hospices », nous dit Daphetone Siame, du service de prise en charge du SIDA et de formation à l'hôpital de Chikankata. « L'équipe de lutte contre le VIH/SIDA de notre hôpital a décidé de se rendre au domicile des patients pour y contrôler leur état de santé et montrer à leur famille comment les soigner : et ça marche ! »

Les soins à domicile présentent de nombreux avantages : outre qu'ils peuvent être

meilleur marché, bien des patients préfèrent ne pas être hospitalisés et les soins communautaires sont un bon moyen de faire tomber les préjugés et d'éduquer les gens dans le domaine du VIH/SIDA.

C'est en 1987 que les premiers programmes de soins à domicile ont commencé en Zambie quand près de 90 % des malades du VIH/SIDA à l'hôpital de Chikankata firent savoir qu'ils préféraient être soignés chez eux. L'hôpital a donc pris des dispositions pour que des équipes d'agents de santé se rendent à leur domicile une fois par mois, desservant ainsi une zone de 80 km de rayon. Tout en soignant les patients, les équipes donnent des conseils aux familles et éduquent les communautés sur le sujet du VIH/SIDA. L'un des principaux objectifs de cette démarche est de mieux faire accepter les malades du VIH/SIDA dans les communautés, en soulignant notamment que l'infection n'est pas transmissible à l'entourage en l'absence de contacts intimes.

ce suivi soit gérable, il faut faire preuve de sélectivité et de créativité dans la collecte de l'information, dans la gestion des flux d'information et dans la manière dont l'information est synthétisée et présentée.

L'aptitude à contrôler les flux de ressources est un élément essentiel du suivi, de l'évaluation et de l'élaboration des politiques. Il importe de savoir combien on dépense pour la santé, quelles sont les sources de fonds et quelles filières ces fonds empruntent, quels sont les biens et services que l'on achète et qui en profite en fin de compte. Le contrôle des dépenses de santé dans le cadre de la comptabilité nationale est le point de départ d'une évaluation du montant de l'engagement national et international en faveur de la santé et peut être adapté de manière à indiquer le soutien d'activités particulières, comme la prévention et les soins dans le domaine du VIH/SIDA. Cette démarche est également d'une importance fondamentale pour mettre au point des moyens d'identifier les ressources extérieures additionnelles afin de veiller à ce qu'elles ne se substituent pas aux dépenses normales de santé pour le VIH/SIDA et à ce qu'elles soient utilisées efficacement et équitablement. Il faudra recourir à des méthodes novatrices pour collecter et analyser les connaissances nouvelles et pour en diffuser les résultats sur le plan national et international.

PRESTATIONS DE SERVICES

La majorité des patients auxquels on va commencer à administrer le traitement antirétroviral viendront d'autres unités où des infections opportunistes auront déjà été diagnostiquées : services de traitement de la tuberculose, services de soins médicaux aigus en ambulatoire et à l'hôpital et programmes de soins à domicile. Les patients VIH-positifs seront de plus en plus souvent identifiés dans des unités proposant un dépistage comme des centres autonomes de conseil et de dépistage volontaires, des dispensaires de santé maternelle et infantile où un programme de prévention de la transmission mère-enfant a été mis en place et des unités traitant les infections sexuellement transmissibles. Les patients repérés à ces points d'entrée doivent, même s'ils sont asymptomatiques et non immédiatement justiciables d'un traitement antirétroviral, entrer dans un processus d'évaluation continue. Ainsi pourra-t-on diagnostiquer et traiter correctement leurs infections opportunistes. Cette mesure permettra en outre de les préparer psychologiquement et socialement à recevoir le traitement le moment venu et d'entreprendre celui-ci en temps utile. Ces soins continus doivent être assurés par des dispensaires spécialisés dans la lutte contre le VIH, contre la tuberculose ou contre les infections sexuellement transmissibles, dans des dispensaires de médecine générale ou dans le cadre d'un programme de soins à domicile. Pour mettre cet ensemble de services à la disposition de chaque communauté, les pays se heurteront à des obstacles redoutables qu'ils ne pourront franchir sans une aide considérable.

L'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral a une dimension géographique et institutionnelle. Les unités dans lesquelles le traitement a été dispensé jusqu'ici étaient situées principalement en ville, et il s'agissait le plus souvent d'hôpitaux. Cela allait de soi pendant la phase pilote destinée à démontrer la faisabilité du traitement dans un contexte pauvre en ressources et il est encore rationnel d'étendre le réseau de prestations en partant des installations les mieux équipées pour passer progressivement aux plus simples. Toutefois, la couverture de la population envisagée nécessite une augmentation spectaculaire du nombre de points d'accès, ce qui oblige à étendre le réseau aux zones périphériques de chaque pays et district pour confier cette tâche à des installations de niveau inférieur ne disposant pas du personnel et des ressour-

ces sites pilotes. La dissémination des points d'accès est également importante pour garantir l'équilibre géographique des prestations. Fort heureusement, certains sites pilotes ont mis en place des services à l'échelle du district, montrant ainsi qu'il est possible de déléguer ces tâches à des agents de santé de niveau intermédiaire employés dans des unités de soins de santé primaires (9). Le guide du traitement antirétroviral mis au point par l'OMS suppose la présence au niveau du district d'une organisation comportant un établissement central (hôpital ou grand centre de santé) relié à un réseau d'unités de soins ambulatoires par un système de transfert des patients et des échantillons, et un dispositif d'encadrement du personnel peu qualifié généralement en poste dans les établissements de niveau inférieur (10).

En faisant assurer les prestations au niveau des soins de santé primaires, on risque de les éloigner des laboratoires et des diagnosticiens qualifiés, mais on réduit la distance géographique et sociale qui les sépare des communautés d'origine des malades, communautés qui jouent un rôle essentiel dans les soins et le traitement. Etant donné qu'un haut degré d'observance du traitement est indispensable pour l'élimination de la charge virale, la proximité des sources de réapprovisionnement en médicaments et le

Dans l'attente d'un traitement



Gideon Mendel/Network

Les systèmes de santé de nombreux pays en développement sont aussi fragiles et vulnérables que les malades du VIH/SIDA qu'ils s'efforcent d'aider. Ils ont eux-mêmes le plus grand besoin d'un traitement. Alors que cet homme attend tranquillement d'être pris en charge dans un hôpital, les services de santé souffrant d'un sous-financement chroni-

que doivent aussi espérer que leur tour va bientôt venir. Pour l'homme, la solution réside dans un traitement antirétroviral alors que pour des systèmes de santé complètement débordés, le salut viendra d'un nouvel afflux de ressources.

soutien des membres de la communauté pour le maintien de l'observance et d'autres tâches (examinées au chapitre 3) contribuent largement au succès du programme.

RESSOURCES DU SYSTÈME DE SANTÉ

La capacité des prestataires de soins à assumer leurs tâches dépend des ressources qu'ils peuvent mobiliser. On peut diviser celles-ci en ressources matérielles, comme les bâtiments, l'équipement, le personnel et les fournitures, et en ressources immatérielles, c'est-à-dire les systèmes de gestion qui régissent l'utilisation des premières. Dans les pays particulièrement frappés par la maladie, ces ressources font souvent gravement défaut, ce qui rend nécessaires des investissements substantiels. On peut considérer à cet égard que c'est la pénurie de ressources humaines qui restreint le plus la capacité de dispenser des services efficaces.

Crise des ressources humaines

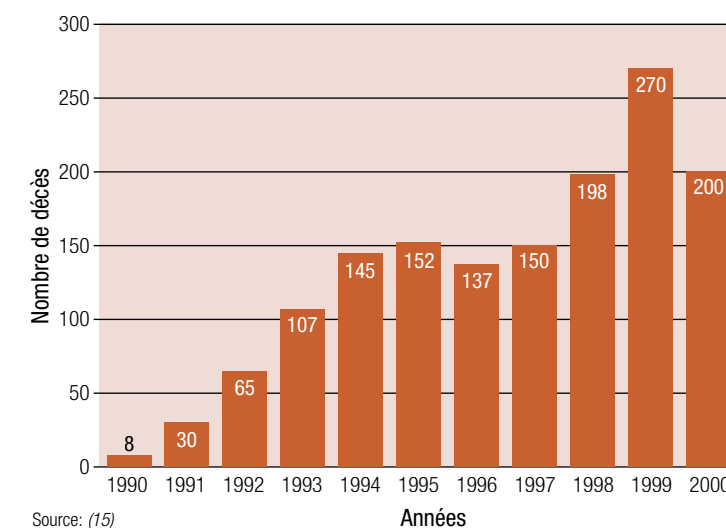
Il est largement admis qu'une crise du personnel de santé sévit actuellement dans l'ensemble du monde en développement (11-13). Elle se caractérise par une pénurie d'agents de santé qualifiés et une mauvaise distribution de ces personnels dues à de forts taux de diminution des effectifs. Ceux-ci sont imputables notamment à des changements volontaires de profession et à l'émigration du personnel des pays pauvres vers les pays riches, à une production insuffisante d'agents de santé qualifiés (en partie du fait de la rareté des candidats ayant le niveau d'instruction requis pour suivre la formation préparatoire) et à une tendance à privilégier la formation de cadres de haut niveau reconnus sur le plan international.

Cette crise, qui sévit depuis plusieurs décennies, existait bien avant l'apparition du VIH/SIDA, mais elle a été exacerbée par l'épidémie (14), d'autant plus que le nombre de décès dus au SIDA au sein du personnel de santé augmente rapidement (voir, par exemple, la Figure 4.1). Au Malawi, 44 infirmières sont décédées en 1997-1998, ce qui représente 40 % des effectifs issus chaque année des écoles de formation ; en Zambie, le nombre de décès s'est élevé à 185 en 1999, soit 38 % de l'effectif annuel des écoles d'infirmières de l'Etat (16). Les absences dues à cette maladie ont également augmenté de façon spectaculaire. Une étude sur le personnel de laboratoire du Malawi révèle que près de la moitié de son temps de travail total a été perdue en raison de la maladie ou d'autres causes connexes. En outre, celle-ci est indirectement responsable de l'absentéisme croissant des agents de santé qui prennent des congés pour s'occuper de parents malades ou pour assister à des funérailles.

Solutions systémiques à la crise de la main-d'œuvre

Les spécialistes des ressources humaines sont maintenant d'avis que cette crise ne sera résolue qu'à l'aide de solutions systémiques telles que l'augmentation substantielle des montants des rémunérations et

Figure 4.1 Mortalité due au VIH/SIDA chez les travailleurs de santé au Malawi, 1990-2000



Source: (15)

Années

des indemnités, le développement de la formation avant l'embauche, la décentralisation de certains aspects de la gestion du personnel, un programme de formation à la gestion axé sur l'encadrement et une protection appropriée des travailleurs contre le risque d'exposition professionnelle à l'infection à VIH (17-19).

Les solutions systémiques doivent associer l'augmentation des récompenses à l'amélioration de la productivité. L'un des moyens d'y parvenir consiste à faire dépendre la rémunération de la conformité à certains critères de qualité du travail. Les primes de rendement de Médecins Sans Frontières dans le district de Thyolo, au Malawi, en sont un bon exemple. Ces primes sont accordées à tous les agents de santé, et pas seulement à ceux qui sont directement impliqués dans les activités financées par Médecins Sans Frontières, et leur versement est laissé à l'appréciation des administrateurs locaux qui gèrent le projet, ce qui leur donne davantage de prise sur le personnel (voir l'Encadré 4.2). Cet exemple isolé montre que l'on peut appliquer des réformes à l'échelle d'un système.

Compte tenu de la situation actuelle de pénurie, un développement massif des ressources humaines est nécessaire pour permettre d'élargir l'accès à la thérapie antirétrovirale sans trop pénaliser les programmes existants. A cet effet, il convient d'adopter un grand nombre de mesures, et notamment : procéder à des recrutements d'urgence, éventuellement à l'étranger ; assouplir les contraintes fiscales qui font obstacle au recrutement dans le secteur privé ; créer de nouvelles catégories de personnel ; accroître la participation communautaire ; introduire à grande échelle une formation en cours d'emploi axée sur le traitement ; et, enfin, développer la formation avant l'emploi. Les résultats de cette dernière mesure n'apparaîtront évidemment qu'après l'échéance de l'initiative, mais tout retard dans l'adoption de solutions à ce problème crucial rendrait pratiquement impossible le maintien du rythme d'élargissement de l'accès au traitement.

L'expérience des sites pilotes qui dispensent un traitement antirétroviral ne donne qu'une idée imparfaite de la dotation en personnel optimale des futurs services, étant donné l'utilisation intensive des ressources humaines qui est de règle dans de tels projets. Il convient d'adopter de nouveaux modes de prestation de services et de dotation en personnel conformes aux recommandations de l'OMS (20) qui nécessitent

des contacts moins fréquents entre le patient et les prestataires, qui soient moins dépendants de l'utilisation d'un personnel qualifié et qui permettent d'utiliser au mieux des apports autres que ceux du système de santé officiel. Ces nouvelles formules obligeront à déléguer au maximum les tâches au sein de l'équipe de santé officielle et à utiliser le plus possible les ressources communautaires. Compte tenu de lignes directrices normalisées pour le traitement, une formation axée sur les compétences (pour mieux l'adapter à la pratique), des mécanismes de supervision appropriés et des systèmes de gestion améliorés entraîneront des gains de productivité. Le chapitre 3 montre que des volontaires choisis parmi des personnes vivant avec le VIH/SIDA et éventuellement déjà sous traitement antirétroviral constituent une ressource qui peut être utilisée avec succès.

Dans les pays à revenu intermédiaire et les pays à économie en transition, où la pénurie de ressources se fait moins durement sentir, où les effectifs d'agents de santé qualifiés sont généralement plus importants et où les établissements de santé sont mieux équipés, les problèmes sont différents. On doit y veiller à étendre les soins aux populations les plus vulnérables et stigmatisées en créant des mécanismes de financement collectif appropriés. Accessoirement, on cherchera à réduire le coût des schémas thérapeutiques, à mettre en place des réseaux d'établissement fiables pour le diagnostic et la distribution des médicaments et à améliorer la surveillance (21). L'Encadré 4.3 décrit à cet égard une expérience qui a donné des résultats remarquables.

QUESTIONS DE FINANCEMENT

Le financement des interventions dirigées contre le VIH/SIDA, y compris le traitement antirétroviral, doit être envisagé à deux niveaux : le premier, auquel on a accordé le plus d'attention, est celui de la répartition internationale des responsabilités entre les pays bénéficiaires et les donateurs. Le second est celui du choix, au sein des pays, du mode de financement des prestations.

L'un des messages clés du rapport est le suivant : la pandémie de VIH/SIDA ne sera endiguée et vaincue que si l'on augmente massivement les transferts de ressources entre les pays riches et pauvres. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » ne se conçoit pas sans un complet réaménagement du système de santé, qui ne saurait être financé à l'aide des maigres ressources dont disposent les pays les plus pauvres. On estime que le montant nécessaire pour financer un ensemble de prestations minimums comprenant le traitement antirétroviral se situe entre US \$35 à 40 par habitant et par an, mais les dépenses actuelles sont très inférieures à ces chiffres (2). En effet, le montant moyen par habitant consacré aux services de santé dans les pays à bas revenu s'élevait, en 2001, à US \$23, dont US \$6 seulement dans le secteur public.

A supposer même que les pays les plus pauvres soient en mesure d'augmenter suffisamment la pression fiscale pour allouer à la santé un investissement supplémentaire correspondant à 1 ou 2 % du produit national brut (PNB) – compte tenu d'une moyenne de 14 % pour l'ensemble des dépenses publiques –, les montants par habitant ainsi obtenus seraient encore insuffisants. Avec un revenu par habitant inférieur à US \$300 par an, un supplément de 1 % du PNB pour les dépenses de santé publique n'engendrerait que US \$3 par habitant, ce qui laisserait subsister un écart considérable entre les ressources nécessaires et celles dont on dispose. Un tel écart ne peut être comblé que par un transfert de ressources des pays riches. Une estimation fixe le montant requis à US \$22 milliards par an d'ici 2007 (1), ce que les transferts actuels ne permettent pas d'atteindre, même si on les complète à l'aide de mécanismes novateurs (voir l'Encadré 4.4).

Encadré 4.2 Incitations conçues pour les agents de santé du Malawi

Au Malawi, Médecins Sans Frontières travaille en partenariat avec le Bureau sanitaire du district de Thyolo pour lutter contre la tuberculose et contre la transmission du VIH. Cette organisation assure aussi des soins médicaux, des traitements et un appui nutritionnel et social pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, la tuberculose ou les deux, et elle aide à faire face aux urgences nutritionnelles et médicales.

Dans le cadre de cette collaboration, Médecins Sans Frontières a conçu des solutions originales pour faire face aux problèmes de ressources humaines en mettant l'accent sur la réduction des taux d'érosion des effectifs dans le district et sur l'amélioration de la gestion, de

la motivation et de la qualité du travail du personnel. Ces activités consistent :

- à mettre en place des mesures et des matériels de lutte contre les infections ;
- à employer un personnel non clinique à des activités telles que la promotion sanitaire ainsi que le conseil et le dépistage volontaires ;
- à appliquer sa politique de thérapie antirétrovirale sur le lieu de travail à tous les personnels de santé des districts ;
- à lancer à titre expérimental des incitations financières en rapport avec la qualité du travail pour l'ensemble du personnel de santé des districts ;
- à utiliser ces incitations pour encourager et encadrer le personnel.

Le montant des incitations financières oscille entre US \$6 à US \$22 par mois, ce qui accroît d'environ 10 % les traitements de base versés par l'État. Il est fonction des résultats d'un contrôle mensuel de la qualité du travail effectué conjointement par l'équipe de gestion des services de santé de district et par les administrateurs du programme de Médecins Sans Frontières à l'aide d'un formulaire d'évaluation commun permettant d'évaluer les heures de travail, la discipline, l'exactitude dans l'exécution des tâches, la gestion des ressources (matériel, médicaments, fournitures, denrées alimentaires) et l'hygiène. Médecins Sans Frontières propose d'évaluer soigneusement ces mesures et d'envisager leur adoption au niveau national.

Quatre remarques importantes s'imposent :

- Les activités en cours doivent permettre de maintenir, voire accentuer, la récente hausse substantielle de l'aide des donateurs pour le VIH/SIDA. Il faudra à cet effet que la communauté des bailleurs de fonds puisse participer dans une certaine mesure à la planification et à la surveillance des activités sur le plan international.
- Deuxièmement, les pays pauvres doivent être eux-mêmes convaincus que les aides accordées pour lutter contre le VIH/SIDA ne manifesteront pas la forte instabilité précédemment observée dans d'autres domaines.
- Troisièmement, il convient d'obtenir une certaine contribution des donateurs pour remédier aux lacunes du système de santé, notamment dans les domaines essentiels des traitements du personnel et de la formation avant l'emploi. Pour pouvoir utiliser cette aide accrue de façon constructive afin d'accroître la capacité du système, il faut lui donner des formes plus souples permettant la mise en place d'un programme de travail agréé d'un commun accord. On a acquis une certaine expérience de l'approche sectorielle qui a donné lieu à quelques succès notables en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie (23) ainsi que de la stratégie de réduction de la pauvreté dans l'ensemble des régions en développement à l'aide du produit de l'allègement de la dette qui a donné de bons résultats au Ghana, au Mozambique et en Ouganda (24).
- Quatrièmement, on doit tenir compte des problèmes potentiels d'un accroissement massif de l'aide extérieure qui risque d'avoir des effets défavorables sur la stabilité et le développement macroéconomiques en provoquant une inflation et une appréciation du taux de change.

Encadré 4.3 Accès universel à la thérapie antirétrovirale au Brésil

Le Brésil est le premier pays en développement à avoir instauré un programme de distribution universelle des antirétroviraux. Lancé au début des années 1990, celui-ci a permis en 2003 à environ 125 000 patients de recevoir gratuitement un traitement antirétroviral. On considère qu'il est à l'origine d'un retournement radical des tendances de la mortalité par SIDA en évitant 90 000 décès et 358 000 hospitalisations en rapport avec le SIDA.

Le Brésil a une population d'environ 175 millions d'habitants. Avec un taux de prévalence du VIH chez les adultes de 0,7 % et un revenu par habitant de US \$4350, on aurait pu penser que les problèmes du VIH/SIDA y seraient plus faciles à gérer que dans les pays où la charge morbide est plus élevée et les revenus inférieurs, mais, en 1990, le nombre de personnes infectées enregistré au Brésil était l'un des plus élevés au monde, et la Banque mondiale prévoyait que 1,2 million de personnes seraient infectées en l'an 2000. Or l'ONUSIDA estime à seulement 600 000 environ le nombre de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA au Brésil, ce qui permet de supposer que les mesures prises par ce pays ont permis de ré-

duire de moitié l'impact de l'épidémie.

Ce succès est dû à l'action concertée des services publics qui a pu être menée sans délai à la faveur des changements politiques et professionnels intervenus dans les années 1980, d'une participation énergique et efficace de la société civile, d'une mobilisation plurisectorielle, du bon équilibre entre la prévention et le traitement et d'un respect systématique des droits de l'homme dans toutes les stratégies et mesures adoptées. Des lignes directrices pour l'élaboration des politiques de prévention ont mis l'accent sur la nécessité de s'intéresser tout spécialement aux groupes de population les plus vulnérables tels que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les toxicomanes par voie intraveineuse et les professionnels du sexe ; de veiller à faciliter l'accès aux matériels de prévention tels que les préservatifs, et aux seringues et aiguilles non contaminées ; et, enfin, d'instaurer des mesures de prévention dans les services de soins de santé. L'usage du préservatif a décuplé entre 1986 et 1999, tandis que les programmes d'échanges d'aiguilles et de seringues permettaient d'abaisser sensiblement

les taux de prévalence du VIH chez les toxicomanes par voie intraveineuse.

Il semble qu'un certain nombre de facteurs aient joué un rôle fondamental dans l'instauration d'un accès universel à la thérapie antirétrovirale, notamment le décret présidentiel de 1996 par lequel l'Etat assume la responsabilité de ces mesures en garantissant à tous les patients un accès gratuit aux médicaments anti-VIH/SIDA. En outre, on a réduit le coût du traitement en fabriquant les médicaments antirétroviraux sur place et en conduisant des négociations commerciales énergiques avec les sociétés pharmaceutiques internationales au cours desquelles a été brandie la menace de la licence obligatoire. Un système de logistique pharmaceutique dessert 450 points de distribution, et des installations de laboratoire ont été mises en place pour mesurer la charge virale, effectuer la numération des CD4 et dépister la pharmacorésistance. Les services sont assurés par un réseau de plus de 1000 structures publiques de soins et de dépistage financées par le gouvernement fédéral, les gouvernements des Etats et les municipalités (22).

Les effets défavorables éventuels peuvent n'être que transitoires et seront plus que compensés par une utilisation efficace de l'aide en vue d'améliorer la productivité nationale.

Il existe un lien évident entre le financement international et national des programmes de santé. La réduction des apports extérieurs oblige les pays pauvres à puiser davantage dans leurs propres ressources, soit par l'instauration de mécanismes collectifs tels que l'impôt ou l'assurance, soit par une facturation aux patients. L'Afrique du Sud reçoit très peu d'aide extérieure pour son secteur de la santé, mais elle a récemment apporté quelques changements importants à son dispositif de financement du traitement antirétroviral. En novembre 2003, le Gouvernement s'est engagé à consacrer plus de US \$1,73 milliard sur 3 ans à la lutte contre le VIH/SIDA, ce qui représente plus du triple du montant dépensé au cours des trois années précédentes. Sur ce total, US \$270 millions sont destinés à des médicaments antirétroviraux. Toutefois, ces sommes seront insuffisantes pour permettre de desservir toutes les personnes qui ont besoin d'un traitement, et il faudra trouver d'autres sources de financement pour un traitement suivi.

Dans les pays en développement à faible revenu, qui ne disposent généralement pas d'un régime d'assurance-maladie à couverture étendue, la plupart des services de santé individuels sont financés dans le secteur public par un dosage de prélèvements fiscaux et de paiements directs par l'utilisateur. A l'exception du Botswana et du Brésil

Encadré 4.4 Nouvelles sources de financement international

Pour financer l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et les mesures de prévention et de renforcement des services de soins et des systèmes de santé qui en découlent, il faut que, chaque année, des milliards de dollars de ressources additionnelles soient accordés aux pays pauvres par les plus riches. Une partie de ces sommes est acheminée par des filières bilatérales et multilatérales établies de longue date, mais une part croissante doit maintenant emprunter de nouvelles voies. Les principales passent par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale, le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis en matière de lutte contre le SIDA et les contributions de fondations privées telles la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation William J. Clinton.

A ce jour, le Fonds mondial a reçu des annonces de contributions d'un montant total de US \$4,8 milliards et engagé des dépenses atteignant US \$2,1 milliards pour répondre aux demandes de subventions qui lui ont été adressées au cours des trois premiers cycles (dont 60 % pour la lutte contre le VIH/SIDA). A la fin de novembre 2003, soit après une année de fonctionnement, il avait déboursé US \$178 millions. Il prévoit que les engagements de dépenses des trois premiers cycles atteindront US \$2,5 milliards d'ici à la fin de

2004, et plus de US \$3,5 milliards d'ici à la fin de 2005, tandis que les dépenses effectives (nécessairement en retrait par rapport aux engagements) s'élèveront à US \$1 milliard d'ici à la fin de 2004 et à US \$2 milliards d'ici à la fin de 2005.

Avec le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis en matière de lutte contre le SIDA, présenté dans le message sur l'Etat de l'Union en 2003, les Etats-Unis s'engageaient à consacrer US \$15 milliards à la lutte contre la pandémie de VIH/SIDA au cours des cinq années suivantes. Sur ce total, près de US \$10 milliards correspondent à de nouveaux engagements de dépenses dont les montants seront versés par le truchement d'un certain nombre d'organismes publics fédéraux dont les principaux sont l'USAID et le Department of Health and Human Services qui chapeaute les Centers for Disease Control and Prevention et les National Institutes of Health. Le Gouvernement des Etats-Unis prévoit de dépenser par des voies bilatérales et multilatérales US \$2 milliards pour la lutte contre le VIH/SIDA au cours de l'année qui s'achèvera en juin 2004, et ces dépenses vont manifestement augmenter dans l'avenir. Une partie du financement en provenance du Plan d'urgence du Président des Etats-Unis sera utilisée par le truchement du Fonds mondial qui a reçu des annonces de contributions d'un montant de US \$1,6 milliard, ce montant étant

sans doute appelé à augmenter si d'autres donateurs suivent cet exemple.

La Banque mondiale s'était engagée à verser environ US \$2 milliards pour des programmes de lutte contre le VIH/SIDA au cours de la période 1988-2003. La plus grande partie de ces dépenses a revêtu la forme de prêts concessionnels. L'ONUSIDA estime que la composante « subventions » de ces prêts avait atteint en 2002 un total annuel de US \$75 millions.

Des fondations privées ont commencé à verser d'importantes contributions, certaines par l'intermédiaire du Fonds mondial et d'autres dans le cadre d'un large partenariat avec les pays bénéficiaires. La Fondation Bill et Melinda Gates, en partenariat avec la Fondation de la société pharmaceutique Merck et le Gouvernement du Botswana, a instauré un Partenariat général africain pour la lutte contre le VIH/SIDA financé à hauteur de US \$100 millions qui a apporté une contribution à une large gamme d'interventions de prévention et de soins et aidé à financer le plus vaste programme de thérapie antirétrovirale du secteur public en Afrique. La Fondation William J. Clinton a établi des programmes dans plusieurs pays d'Afrique et des Caraïbes, en exerçant un effet de levier sur les contributions d'autres partenaires et en négociant avec succès l'accès à des médicaments génériques meilleur marché.

(deux pays à revenu intermédiaire qui ont décidé de financer ces coûts à l'aide de fonds publics), les gouvernements des pays en développement ne participent guère au financement du traitement antirétroviral, probablement en raison de l'importance de son coût unitaire. Des prestataires privés financent depuis quelques temps le traitement antirétroviral en le facturant aux usagers, et des organisations internationales non gouvernementales ainsi que des établissements financés par des fonds pour la recherche ont reçu une importante aide extérieure et ont pu ainsi proposer des traitements gratuits ou largement subventionnés. Des employeurs du secteur privé ont mis gratuitement un traitement antirétroviral à la disposition de leur personnel, soit directement dans le cadre de leur service de médecine du travail, soit indirectement par l'intermédiaire d'assurances privées. Il est souhaitable d'instaurer un certain dosage de financement public et privé, mais seulement à condition qu'il garantisse un accès équitable. On voit dès lors que l'extension du traitement antirétroviral avec une participation accrue des prestataires publics pose des difficultés considérables aux gouvernements.

Certains gouvernements doutent que les coûts puissent être convenablement couverts par des donateurs, ne pensent pas être en mesure d'assurer la gratuité du traitement à l'aide des ressources nationales (malgré la baisse spectaculaire des prix des médicaments à laquelle on s'attend) et ne voient aucune raison d'établir une distinction entre le traitement antirétroviral et les autres traitements vitaux qui sont facturés aux usagers. Quelques-uns ont l'intention d'appliquer au traitement antirétroviral dans le secteur public le régime standard de recouvrement partiel des coûts (consistant à percevoir auprès des usagers une contribution couvrant une partie mais pas la totalité des coûts et des prestations, la différence étant financée par le produit de l'impôt). Presque tous les gouvernements qui recourent à la formule du paiement par l'utilisateur ont mis au point un système de dérogations permettant, du moins en théorie, aux personnes très pauvres de ne rien payer.

D'aucuns s'attendent à ce que le traitement antirétroviral soit fourni gratuitement ou contre le versement d'une somme modique à tous ceux qui en ont besoin, son coût étant financé par une aide extérieure ou par d'autres mécanismes fondés sur la

solidarité. L'incapacité de payer ne doit pas être un obstacle au traitement. Il apparaît maintenant que les paiements directs nuisent à l'observance et accroissent le risque de pharmacorésistance. Il existe d'ailleurs des précédents en matière de traitement gratuit, par exemple pour la tuberculose, même dans les pays qui facturent les autres services aux usagers dans les établissements publics.

Il est probable que, dans la plupart des pays, on va continuer à appliquer un régime mixte de financement du traitement antirétroviral dans lequel les personnes capables de payer seront tenues de le faire, et le traitement gratuit sera réservé aux cas où un paiement direct risquerait de nuire à l'accès et à l'observance. C'est là une question de la plus haute importance, car l'obligation de régler directement les dépenses de santé expose déjà un nombre substantiel de foyers à une situation financière catastrophique et à la pauvreté dans les pays les plus touchés par le VIH/SIDA. L'intérêt suscité par l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » peut entraîner des réformes du financement de la santé propres à améliorer l'accès des pauvres à tous les services de santé, mesures que l'OMS encourage activement. Le projet de création d'un régime d'assurance-maladie au Kenya est un exemple de telles réformes (voir l'Encadré 4.5).

RELEVER LE DÉFI : UN ESPOIR POUR L'AVENIR

L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » constitue pour les systèmes de santé des pays où la charge morbide du VIH/SIDA est particulièrement élevée un formidable défi en raison de l'ampleur des changements à apporter d'urgence dans un contexte d'incapacités et de sous-rendement chroniques. Les travaux des premiers promoteurs du traitement montrent comment on peut associer les ressources du service de santé et de la communauté pour exécuter des programmes complets de prévention de traitement et de soins, même lorsque les ressources sont rares. Il est à souhaiter que cet exemple incite les gouvernements et les peuples du monde entier à investir suffisamment dans leurs systèmes de santé pour pouvoir relever ce défi et inverser le cours de l'épidémie de VIH/SIDA. S'ils y parviennent, leurs systèmes de santé ainsi renforcés seront en mesure de faire face avec succès aux maladies infectieuses qui sévissent de longue date et aux maladies chroniques dont la menace va croissant.

Encadré 4.5 Réforme du financement de la santé au Kenya

Jusqu'à une date récente, les patients du Kenya devaient régler immédiatement sur place le coût des soins reçus dans les services de santé de l'Etat, ce qui aggravait les difficultés des plus démunis. Cette situation, dans laquelle des prestataires privés desservent toutes les couches de la communauté sur la base de la rémunération à l'acte, entraînait des dépenses directes correspondant à 75 % du total des dépenses de santé. Toutefois, des réformes de l'assurance-maladie récemment proposées visent à instaurer des services de santé accessibles et d'un coût abordable, y compris pour le traitement antirétroviral. Un projet de loi en ce sens doit être soumis au Parlement au début de 2004.

Le nouveau régime d'assurance sera

financé par des contributions prépayées des travailleurs actifs et retraités, des entreprises et des travailleurs indépendants, ainsi que par des subventions publiques destinées à étendre les prestations aux pauvres. Ces contributions constitueront les recettes d'une nouvelle caisse nationale d'assurance-maladie. Lorsque les assurés se feront soigner, ils ne devront plus rien payer sur place au moment du traitement dont le coût sera remboursé à l'établissement de santé par la caisse, et les remboursements de l'assurance couvriront à la fois les soins ambulatoires et les hospitalisations.

On a établi une série de projections financières pour la période 2004-2008 pour déterminer si les coûts de traitement du VIH/SIDA risquent de peser indûment sur le régime d'assurance-

maladie proposé. On prévoit que le nombre de patients traités passera de 108 000 en 2004 à 186 000 en 2008. Pour les kényans les plus pauvres, ce traitement sera financé au moyen de subventions versées par l'Etat à la caisse nationale d'assurance-maladie, tandis que les non-pauvres paieront la moitié des dépenses. Le coût des médicaments antirétroviraux mobilisera une part croissante des recettes de la caisse : cette proportion ira de 5,4 % en 2004 à 13,4 % en 2008. Il a été estimé que jusqu'en 2007, il sera financièrement possible d'inclure ce traitement dans l'ensemble de prestations proposées. A partir de 2008 cependant, les subventions publiques devront être revues à la hausse afin de préserver l'équilibre financier de la caisse.

Dans le prochain chapitre, on va examiner ce que nous réserve le futur au-delà de 2005 et chercher à déterminer comment de nouvelles approches de la collecte et de l'échange des données peuvent faciliter l'effort international de prévention, de traitement et d'endiguement du VIH/SIDA et contribuer en même temps au renforcement des systèmes de santé.

Bibliographie

1. OMS/ONUSIDA. *Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005 : comment y parvenir. La stratégie de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
2. *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
3. *Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://www.who.int/csr/sars/en> (en anglais), consulté le 16 février 2004).
4. Mogedal S, Stenson B. *Disease eradication: friend or foe to the health system?* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (WHO/V&B/00.28 ; <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF00/www552.pdf>, consulté le 16 février 2004).
5. Brown RG. Kenyan faith-based initiative AIDS project, Nazareth Hospital, Limuru, Kenya. 2003 (manuscrit non publié).
6. Orrell C, Bangsberg DR, Badri M, Wood R. Adherence is not a barrier to successful antiretroviral therapy in South Africa. *AIDS*, 2003, 17:1369–1375.
7. Bekker LG, Orrell C, Reader L, Matoti K, Cohen K, Martell R et al. Antiretroviral therapy in a community clinic – early lessons from a pilot project. *South African Medical Journal*, 2003, 93:458–462.
8. *Health Metrics Network: an update after 50 days*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/mip/2003/other_documents/en/health_metrics-boerma.pdf, consulté le 16 février 2004).
9. *Projet: Malawi*. Luxembourg, Médecins Sans Frontières, 2003 (<http://www.msf.lu/projets/malawi>, consulté le 16 février 2004).
10. *Antiretroviral treatment (ART) guidelines and technical and operational recommendations for ART*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.who.int/3by5/publications/briefs/arv_guidelines/en, consulté le 16 février 2004).
11. *Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
12. *The health sector human resource crisis in Africa*. Washington, D.C., Agence pour le développement international des Etats-Unis d'Amérique, 2003.
13. Liese B, Blanchet N, Dussault G. *The human resource crisis in health services in sub-Saharan Africa*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2003.
14. Tawfik L, Kinoti SN. *The impact of HIV/AIDS on the health sector in sub-Saharan Africa: the issue of human resources*. Washington, D.C., Academy for Educational Development, 2001.
15. Gouvernement du Malawi/PNUD. *The impact of HIV/AIDS on human resources in the Malawi public sector*. New York, Programme des Nations Unies pour le Développement, 2002.
16. Aitken J-M, Kemp J. *HIV/AIDS, equity and health sector personnel in southern Africa*. Harare, Network for Equity in Health in Southern Africa, 2003 (Equinet Discussion Paper No. 12).
17. Ferrinho P, Dal Poz M. *Towards a global health workforce strategy*. Antwerp, ITG Press, 2003.
18. Bhattarai MD. Proper HIV/AIDS care not possible without basic safety in health set-up. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:333.
19. *Improving health workforce performance*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (OMS/World Bank High Level Forum on the Health Millennium Development Goals, Issue Paper No.4).
20. *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, avril 2002 (Département du VIH/SIDA).
21. *Scaling up health systems to respond to the challenge of HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C., Organisation panaméricaine de la Santé, 2003.
22. Teixeira PR, Vitoria MA, Barcarolo J. The Brazilian experience in providing universal access to antiretroviral therapy. In: Moatti JP, Coriat B, Souteyrand Y, Barnett T, Dumoulin J, Flori YA. *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges*. Paris, Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 2003.
23. *Harmonization and MDGs: a perspective from Tanzania and Uganda*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (OMS/World Bank High Level Forum on the Health Millennium Development Goals, Etude de cas).
24. *Documents de Stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2000 (<http://www.worldbank.org/poverty/french/strategies/index.htm>, consulté le 16 février 2004).