

## **En direct – Table Ronde ReMeD, Paris 15 novembre 2005 : compte-rendu de la matinée par Jean-Marie Milleliri**

La table ronde organisée le 15 novembre 2005 à Paris par le Réseau Médicaments et Développement (ReMeD) autour du thème « Mieux s'engager dans la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose » a accueilli un public nombreux (plus de 250 participants) à la Faculté de Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Paris 5.

> **Le Pr. Pierre Touré, président de ReMeD**, a rappelé en ouverture de la journée qu'en matière de VIH/sida toutes les 15 secondes un adulte est contaminé dans le monde et que cette table ronde était l'occasion de mener une réflexion pour l'amélioration des prises en charge thérapeutiques dans les pays en développement, et de souligner le rôle que les pharmaciens doivent y jouer.

> **Le Dr. François Chieze**, conseiller du ministère des affaires étrangères, a souligné que la France avait été un moteur dans l'accès des populations du Sud aux antirétroviraux, et que l'engagement de porter à 0,7% du PIB la contribution de la France à l'aide publique au développement serait tenu en 2012. Cette prévisibilité de l'aide est à la hauteur de l'enjeu humain généré par l'épidémie avec 20 millions de morts imputables à l'épidémie ces vingt dernières années et probablement 70 millions de morts attendus pour les vingt prochaines. L'initiative de la France de proposer dans le cadre d'une contribution de solidarité internationale une taxation sur les billets d'avion pour abonder les fonds nécessaires à la poursuite des programmes d'actions sera définitivement examinée en février 2006 lors d'une conférence internationale.

> **Le Dr. Bernard Kouchner**, ancien ministre et président du **GIP-Esther**, a relaté la trajectoire ayant conduit à mettre en place cette ingénierie thérapeutique consistant à donner accès au Sud à des traitements jusque là réservés au Nord. La Conférence d'Abidjan en 1997 a sans doute marqué une étape importante dans ce combat et la France a été une des rares voix à se faire entendre en ce sens à l'époque. Il reste pourtant des obstacles à surmonter et le fait que l'épidémie progresse plus vite que la riposte oblige à imaginer des interventions innovantes. Il s'agit désormais de prendre en compte le concept de « malades sans frontières » et d'assurer un continuum du testing à la prise en charge thérapeutique dans la durée. Esther (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau) développe en partenariat avec l'OMS et l'ONUSIDA des jumelages ayant conduit 54 hôpitaux français à assurer une coopération avec des hôpitaux dans 12 pays d'Afrique. L'appui technique à l'approvisionnement et à la gestion des stocks d'ARV, réalisé en complémentarité de ReMeD et de la Centrale Humanitaire Médico-Pharmaceutique (CHMP), a permis de former 2000 personnes travaillant dans ces pays sur cette problématique. Loin d'un « colonialisme thérapeutique », ces actions concertées, coordonnées avec d'autres intervenants et bailleurs, montrent que ces actions inimaginables il y a dix ans peuvent porter leurs fruits. Le passage à l'échelle oblige à poursuivre dans ces voies.

> **Mr. Béchir N'Daw**, **ONUSIDA** Genève, a présenté un bilan de l'accès au traitement et fait des propositions stratégiques pour le futur. On estime en 2005 que 76% des personnes qui ont encore besoin du traitement antirétroviral (tarv) vivent en Afrique subsaharienne et 17% en Asie. En juin 2005, on estime que 500.000 personnes en Afrique subsaharienne reçoivent un tarv, représentant 11% des personnes éligibles (4,7 millions) pour un tel traitement. Au total dans le monde, près de 1 million de personnes reçoivent un tarv sur un total de 6,5 millions éligibles, soit un taux de couverture de 15%. Même si l'objectif Three by Five (traiter 3 millions de personnes à la fin de 2005) ne sera pas atteint, il convient de noter qu'en 6 mois près de 300.000 nouvelles personnes ont été incluses dans des programmes thérapeutiques (700.000 fin 2004), et en Afrique subsaharienne ce chiffre a été triplé en douze mois. Les stratégies d'amélioration de cet accès passent par la poursuite des négociations avec les laboratoires et la mise en place d'une flexibilité de l'accord sur les ADPIC mais également par une multiplication des capacités locales de dispensation dans lesquelles la limitation des ressources humaines formées peut être un obstacle du passage à l'échelle. Le plaidoyer pour un accès universel et gratuit aux ARV doit être mené afin que le coût thérapeutique ne soit pas un frein supplémentaire.

> Le **Dr. Olivier Gross**, OMS Genève, a détaillé les procédures de pré-qualification des fournisseurs d'ARV en rappelant que les fabricants devaient faire une démarche volontaire. Après un processus nécessitant des examens de dossiers, des analyses qualitatives et des inspections *in situ*, une évaluation collégiale permet de pré-qualifier un médicament. En 5 ans, sur 500 dossiers instruits, 92 ARV, 8 traitements anti-tuberculeux et 2 antipalustres ont été pré-qualifiés.

> Le **Dr. Marie-Hélène Tissier**, directrice des laboratoires et des contrôles **AFSSAPS**, a présenté la constitution d'un réseau de laboratoires nationaux de contrôle de qualité (LNCQ) en Afrique francophone. L'AFSSAPS est régulièrement sollicitée par des pays du Sud pour des demandes ponctuelles de contrôle et a mis en place des partenariats avec certains pays. Pour mieux répondre à ces demandes et ancrer son action dans une vision à long terme, un réseau francophone des LNCQ a été mis en place débouchant sur une première étude collaborative sur le contrôle de l'amoxicilline circulant dans les pays. Un plaidoyer pour l'appui des LNCQ indépendants, autonomes et de bonne technicité a été émis.

> Les expériences de deux pays, Cameroun et Mali, en matière d'approvisionnement et de dispensation en ARV ont été présentées : **Dr. Maryse Loudang** (Cameroun), **Dr. Loseni Bengaly et Dr. Awa Kalle** (Mali).

Au **Cameroun**, on estime à 560.000 le nombre de personnes vivantes avec le VIH et parmi elles, 120.000 seraient éligibles au tarv ; seuls 15% d'entre elles sont sous traitement et ce pourcentage est plus faible pour les moins de 15 ans infectés où seul 1% est sous traitement. Le passage à l'échelle est développé avec une démultiplication des centres de dispensation afin de rapprocher les malades des ARV. Il existe en 2005 au Cameroun un centre d'approvisionnement dans chaque province, 18 centres de traitement agréés, 5 centres de traitement affiliés et 60 unités de prise en charge. Le coût individuel moyen du traitement mensuel des antirétroviraux est passé de 915 euros avant 2000 à 8 euros en 2004 (gratuité pour les moins de 15 ans), grâce aux subventions.

Au **Mali** (séroprévalence estimée à 1,7% - EDSR III 2001), à Bamako l'hôpital du Point G (498 lits – 82000 journées d'hospitalisation, 7600 admissions en 2004) assure une dispensation avec une gratuité totale depuis juillet 2004. La combinaison la plus utilisée est l'association lamivudine-zidovudine-efavirenz. Le traitement de première ligne associant 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et 1 inhibiteur non nucléosidique (INNTI) représente 79% des prescriptions. De 2001 à septembre 2005, 1347 nouveaux patients ont été inclus dans des programmes thérapeutiques mais 302 ont arrêté leur traitement. Au Mali les centres de dispensations provinciaux (Kayes, Loulikoro, Mopti, segou, Sikasso) permettent d'assurer une prise en charge décentralisée. A l'hôpital Gabriel Touré (hôpital pédiatrique), 374 enfants ont été suivis depuis le début des programmes thérapeutiques (201 suivis réguliers) mais 120 ont abandonné leur traitement ou ont été perdus de vue (taux d'abandon 32%). Dans une étude sur 6 mois portant sur 63 enfants suivis à l'hôpital Gabriel Touré, 22 inobservances thérapeutiques ont été notées avec comme principales causes : 11 rendez-vous manqués et 10 ruptures de stock. Les associations thérapeutiques délivrées pour les enfants sont dans 27% des cas lamivudine-zidovudine-nevirapine et dans 21% des cas lamivudine-stavudine-nevirapine. De nombreuses difficultés existent pour assurer une meilleure dispensation et faciliter l'accès thérapeutique ; parmi elles, les ruptures de stock, l'insuffisance du nombre de pharmaciens dispensateurs sont les plus importantes.

> Le **Dr. Christian Mouala, Croix-Rouge Française**, a posé la question « comment améliorer l'adhésion aux traitements par les ARV? ». Définissant l'observance comme le degré de concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions ou recommandations médicales, il a indiqué que l'adhésion était l'ensemble des conditions (motivation, acceptation, information...) qui permettent l'observance en reposant sur la participation du patient. En cela, ses déterminants sont multifactoriels et en l'absence de « gold standard » sa mesure nécessite d'associer plusieurs méthodes dont l'une devrait reposer sur les éléments fournis par le patient et portant sur un passé récent (inférieur à sept jours). Il existe des méthodes efficaces pour améliorer cette adhésion ; elles doivent inclure l'éducation thérapeutique autour d'une équipe pluridisciplinaire centrée sur le patient.

> **Mme Suvi Rautio**, chargé de l'approvisionnement en ARV UNICEF, a chiffré à 802 millions de dollars le volume des fournitures acquises en 2004 par l'UNICEF dont 376 millions pour les vaccins. Ces fournitures ont été destinées pour 46% à l'Afrique et pour 34% à l'Asie. La dernière initiative de l'UNICEF dont les actions sont axées sur les objectifs du millénaire s'intitule « unissons nous pour les enfants, contre le sida », avec l'amélioration de la prévention de la transmission mère-enfant, l'accès thérapeutique pédiatrique, la prévention chez les jeunes et les adolescentes ainsi que le soutien aux orphelins et enfants affectés par l'épidémie. L'UNICEF a accru le volume de ses achats en ARV et en kits de dépistage depuis trois ans, passant de moins de 5 millions de dollars en 2003 pour atteindre 29,4 millions en 2005. L'UNICEF fait la promotion de la mise en place d'un stock tampon de 3-4 mois par pays et d'une tolérance zéro en matière de rupture de stock. Le problème des formes pédiatriques de antirétroviraux a été présenté : 4 à 10 fois plus chers que les formes pour adultes, goût non adapté, transport et stockage au froid pour certains, posologie difficile à adapter...

> Le **Dr. Vincent Habiyambere**, OMS Genève, qui a modéré cette partie consacrée aux VIH/sida, a conclu ces interventions en présentant les actions du AIDS Medicines and Diagnostics Service (AMDS) de l'OMS. Il s'agit d'un réseau technique et opérationnel pour renforcer l'approvisionnement des médicaments contre le VIH. Ce réseau a contribué à la formation de 588 personnes originaires de 100 pays grâce à 8 ateliers. Ce réseau a permis de faire approuver 30 plans soumis au Fonds mondial ayant conduit au déblocage de 390,5 millions de dollars. En renforçant partenariat et coordination, l'AMDS cherche à augmenter la mobilisation des ressources et à renforcer les systèmes de santé. Le Dr. Habiyembere a émis le vœu que l'amélioration de l'approvisionnement en ARV soit une locomotive pour l'accès aux autres médicaments essentiels, n'oubliant pas que d'autres maladies tuent dans les pays en développement. Enfin, il a terminé en notant que si l'objectif Three by Five n'était pas atteint, l'objectif d'un accès universel et gratuit de mise sous traitement de 9 millions de patients à l'horizon 2010 était envisageable.

⇒ Une table ronde suivie avec attention par un public composé pour plus d'un tiers de professionnels des pays du Sud. La journée s'est poursuivie avec des présentations sur la prévention et la prise en charge des malades du paludisme et de la tuberculose.