

DÉCLARATION POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN PLAN D'ACTION EN VUE D'AMÉLIORER L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS CONTRE LE SIDA DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT



Objet du document

Avec une estimation de 40 millions de personnes infectées par le virus du sida dans le monde et 26 millions de décès enregistrés, le VIH/sida apparaît désormais comme la pandémie la plus meurtrière de l'histoire de l'humanité. La menace que représente le VIH se traduit non seulement par la tragédie qu'il entraîne pour les personnes atteintes et pour leurs familles, mais aussi par son impact négatif sur la santé publique à l'échelle mondiale, et par ses effets potentiellement déstabilisateurs aux plans démographique, économique, politique et de sécurité dans de nombreux pays. Les organisations internationales, les gouvernements, les organisations non-gouvernementales et les groupes sociaux soutiennent depuis longtemps l'accès aux services de prévention et de soins pour l'infection au VIH/sida. Mais cependant nous n'arrivons toujours pas à procurer aux personnes infectées par le VIH à travers le monde les traitements requis. Ces deux dernières années, une extraordinaire concordance d'événements fournit une occasion que la communauté internationale doit saisir. Depuis la Conférence Mondiale sur le sida qui s'est tenue à Durban en juillet 2000 et la Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (SEAGNU) en juin 2001, le monde entier est plus que jamais mobilisé pour vaincre le VIH/sida dans les pays en développement. Les instruments qui peuvent inverser la courbe de la pandémie sont à notre portée. L'efficacité des traitements antirétroviraux à réduire la morbidité et la mortalité dues à l'infection par le VIH est désormais bien établie. L'accès aux traitements du VIH doit être désormais assuré aux millions de personnes infectées qui vivent dans les pays en développement, et ceci dans un cadre plus large de prévention, de soins et d'appui psychosocial appropriés. Les dotations actuelles de ressources consacrées à la lutte contre le VIH/sida sont nettement insuffisantes; elles représentent globalement moins de 25% des estimations annuelles des ressources nécessaires pour atteindre cet objectif. Les générations futures nous jugeront sévèrement si nous ne parvenons pas à mobiliser rapidement le minimum de 7 à 10 milliards de dollars US de dotations annuelles préconisées en juin 2001 par la SEAGNU.

L'objet du présent document est double. Il vise d'une part à définir clairement un cadre d'action en vue d'améliorer et d'accélérer l'accès aux soins des femmes et des hommes infectés par le VIH dans les pays en développement. En particulier, le document propose des objectifs qui sont réalisables à court terme. Des priorités spécifiques sont définies pour une période de 18 à 36 mois. Ce document vise d'autre part à donner une nouvelle impulsion à la mobilisation des organisations et des communautés dans le cadre d'un plan d'action permanent, progressif et durable susceptible de faire de la Déclaration de la Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies une réalité.

Le présent document est le résultat d'un processus de consultation qui a duré toute une année et s'est appuyé sur la participation de 155 experts de 27 pays et 57 organisations nationales et internationales. Il s'agit du document final adopté par consensus par les participants qui se sont réunis à Paris à l'invitation du Ministère français des affaires étrangères, avec l'appui du Secrétariat de l'ONUSIDA et de l'OMS, du 29 novembre au 1^{er} décembre 2001.



Situation actuelle des traitements du VIH/sida dans les pays en développement

Prévention, traitement et soutien psychosocial

Comme l'ont déjà démontré les réponses apportées avec succès par diverses communautés locales et internationales pour lutter contre le VIH/sida, la prévention et le traitement sont complémentaires: l'accès au traitement du VIH renforce l'efficacité des programmes de prévention ainsi que les actions de conseil et de dépistage volontaire. La prévention, soit la réduction de nouvelles infections au niveau de la population séronégative, ne doit pas s'opposer à l'accès aux soins en faveur des personnes déjà infectées par le VIH. L'idée selon laquelle la prévention serait plus efficace que les traitements ne tient pas compte de leur interdépendance et du caractère indissociable de la prévention et du traitement.

Personne ne conteste que des stratégies de prévention ciblées, et qui prennent explicitement en compte les situations de pauvreté, de discrimination, de faible niveau d'éducation et d'inégalité en matière de genre, s'avèrent efficaces pour réduire la transmission du VIH. Toutefois, ces stratégies ne sauraient inverser la courbe de la pandémie sans des efforts simultanés envers les personnes vivant avec le VIH/sida. On estime que 9 sur 10 des personnes contaminées en Afrique subsaharienne ignorent leur statut sérologique. Il est peu vraisemblable que cette situation se modifie tant que l'accès à des soins adaptés, en cas de diagnostic positif d'infection à VIH, ne seront pas assurés à ceux et celles qui adhèrent au dépistage et au conseil volontaires. En outre, la disponibilité de services de soins et de traitements efficaces peut réduire la stigmatisation liée au VIH/sida et stimuler les initiatives de lutte contre l'épidémie, tant au niveau local que de la société dans son ensemble.

Opportunités et contraintes économiques

Sous l'hypothèse que la proportion de personnes contaminées dans le monde qui est déjà à un stade symptomatique de l'infection à VIH et/ou dans une phase avancée d'immunodéficience est de l'ordre de 20 à 25%, 7,5 à 9 millions de personnes vivant dans les pays en développement ont un besoin médical urgent de mise sous traitement antirétroviral (ARV). À l'opposé, environ 200 000 personnes infectées par le VIH, dont 100 000 au Brésil, utilisent ces traitements à l'heure actuelle. Ce chiffre représente moins de 3% de ceux et celles qui ont besoin d'accéder immédiatement au traitement. Aux prix réduits actuels des médicaments antirétroviraux, et en tenant compte des autres coûts du traitement, le coût total par patient/par an du traitement ARV est de l'ordre de 1.200 dollars US. Un financement additionnel de 240 millions de dollars US disponibles en 2002 permettrait seulement de doubler le nombre de personnes traitées dans les pays en développement; résultat certes positif, mais ne représentant qu'une avancée limitée vers l'objectif de couverture adéquate par le traitement de l'ensemble des personnes qui nécessitent d'y accéder.

Il y a clairement un besoin urgent de ressources additionnelles si l'on veut sauver plus de vies humaines. Pour atteindre une couverture d'au moins 30% à 50% des

7,5 à 9 millions de personnes qui ont un besoin urgent de traitement, la communauté internationale, le secteur privé, les assurances et les budgets nationaux doivent fournir des ressources additionnelles pour le Fonds Mondial de Lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et plus généralement la lutte contre l'épidémie.

Un certain nombre de programmes nationaux et de programmes pilotes à plus petite échelle, dans des pays à revenu intermédiaire (Argentine, Brésil, Chili, Thaïlande, etc.) et à faible revenu (Côte d'Ivoire, Ouganda, Sénégal, etc.) ont démontré une faisabilité, une efficacité et une observance par les patients des traitements antirétroviraux dont les résultats sont strictement comparables à ceux obtenus dans les pays développés.

L'expérience du Brésil qui assure l'accès universel et encourage la production locale de médicaments montre que les traitements antirétroviraux peuvent s'avérer économiquement rentables pour le système de santé : les coûts supplémentaires de médicaments sont largement compensés par les économies réalisées du fait de la réduction du nombre des épisodes d'infections opportunistes entraînant une diminution des hospitalisations (selon le Ministère brésilien de la santé, les économies réalisées grâce à l'utilisation d'antirétroviraux s'élèvent à 140 millions de dollars US par an). Dès lors qu'on prend en compte les coûts indirects (c'est-à-dire les pertes de productivité associées à la morbidité chez les personnes infectées par le VIH), les traitements antirétroviraux sont nettement avantageux pour de nombreux secteurs économiques des pays en développement, comme le suggère le nombre croissant d'entreprises privées en Afrique, en Asie et en Amérique latine qui fournissent ces traitements ou subventionnent leur coût pour leurs employés atteints. Il est généralement admis que les antirétroviraux destinés à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ainsi que les prophylaxies contre la tuberculose et les autres infections opportunistes, présentent un bon rapport coût/efficacité et doivent être généralisés, y compris dans les pays à très faible PIB.

Même si elles ne permettent pas de dégager des économies par elles-mêmes, les nouvelles interventions en matière de santé sont considérées comme coût-efficaces au Nord dès lors que leur coût marginal par année de vie supplémentaire gagnée est inférieur au double du PIB par tête d'habitant (50.000 dollars US dans les pays de l'OCDE). En appliquant le même critère aux pays en développement ayant des PIB moins élevés, le traitement antirétroviral devrait aussi être considéré comme coût-efficace pour les patients des pays à faibles revenus. En outre, les bénéfices que permet le prolongement de l'espérance de vie et l'amélioration de la qualité de vie grâce aux traitements ARV dépassent de loin l'impact économique direct pour les patients traités et contribuent à un meilleur développement humain et social pour leurs familles, la société et le pays dans son ensemble.

Priorités et opportunités d'action

Les soins nécessaires aux personnes infectées par le VIH sont multidimensionnels et leurs différentes composantes doivent être clairement définies. Dans ce contexte, il est important de souligner une fois de plus que la prévention



de nouvelles infections et les soins à ceux qui sont déjà infectés sont étroitement liés et synergiques. Les programmes nationaux de lutte contre le sida et les organisations internationales ont souligné les principaux éléments de ces stratégies de lutte et la présente déclaration n'a pas pour objet de reformuler les recommandations déjà existantes. Elle vise plutôt à mettre en exergue les composantes essentielles qui nécessitent une allocation prioritaire des ressources, au plan national, en vue d'étendre les programmes les plus efficaces pour faciliter l'accès aux soins.

Accès universel au conseil et au dépistage volontaire (VCT)

Des mesures appropriées devraient être prises immédiatement pour élargir ces programmes, lorsqu'ils ne sont pas déjà en place. Une évaluation adéquate du statut sérologique des individus permet à travers les mesures de sensibilisation à la fois d'aider les personnes séronégatives à le demeurer et les personnes séropositives à bénéficier des soins. Ceci facilite les efforts de prévention à travers les interventions visant à prévenir la transmission secondaire, que ce soit par l'adoption de comportements de prévention de la part des personnes atteintes, ou par la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au cours de la grossesse. L'accroissement des moyens techniques de dépistage et de tests sérologiques contribuera en parallèle à améliorer la sécurité du système de transfusion sanguine. La disponibilité concomitante de médicaments antirétroviraux est un facteur-clé pour le renforcement des programmes de conseil et de dépistage volontaire (VCT). L'espoir d'avoir accès à une thérapie qui permet de prolonger la vie incitera davantage les personnes atteintes à recourir au dépistage et, en conséquence, à participer directement aux efforts de prévention.

Élargissement des programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (TME)

L'un des grands acquis de la dernière décennie est la démonstration que la TME du VIH peut être significativement réduite par les médicaments antirétroviraux. Dans les pays développés, le taux d'infection des nouveau-nés est de moins de 2% et proche de zéro chez les femmes infectées par le VIH qui bénéficient d'un suivi prénatal approprié. Il sera difficile d'atteindre ce degré de succès dans les pays en développement en raison de l'absence d'accès uniforme aux soins prénataux et des besoins d'allaitement. En dépit de ces difficultés, des réductions de la TME de 50% ont été déjà enregistrées dans les pays en développement grâce au traitement par la nevirapine ou la zidovudine (AZT). Ces programmes doivent être mis en œuvre dans chaque centre de soins de santé car la disponibilité de ce service favorisera le développement du conseil et du dépistage volontaire. Les programmes de prévention de la TME constituent également un point d'entrée déterminant pour l'introduction du traitement antirétroviral de la mère et de la famille.

Infection opportuniste (IO), prophylaxie et traitement

Il a été démontré que le suivi et la prévention adéquate des infections opportunistes a un impact positif sur la morbidité. La généralisation de l'accès aux médicaments pour ces

infections, tels que les molécules antituberculeuses et le cotrimoxazole, est une intervention coût-efficace et une composante obligatoire des soins. Il faut cependant souligner que la thérapie antirétrovirale est en elle-même la meilleure prophylaxie contre les infections opportunistes. L'élargissement des traitements antirétroviraux réduira progressivement la nécessité du recours aux autres médicaments contre les infections opportunistes.

Améliorer l'accès à la thérapie antirétrovirale

La révolution au niveau des soins dans les pays en développement est irrémédiablement liée à la disponibilité de combinaisons efficaces de médicaments antirétroviraux. Les réductions appréciables obtenues en matière de morbidité et de mortalité ont fait l'objet de nombreux rapports et ces apports positifs doivent désormais bénéficier aux populations des pays en développement. Il est à souligner que la thérapie antirétrovirale est déjà utilisée dans ces pays, quoique à petite échelle dans les pays à faible revenu, et a démontré sa faisabilité et son efficacité dans le contexte sanitaire existant de ces pays. Mieux, le niveau d'observance aux médicaments est comparable à celui des pays développés et l'inquiétude d'une généralisation de la résistance aux médicaments n'est pas une raison valable pour retarder l'introduction de thérapies efficaces quel que soit le pays. De plus, le risque d'émergence de souches virales résistantes aux médicaments antirétroviraux peut être diminuée en améliorant l'observance aux traitements et en utilisant des combinaisons de médicaments efficaces. Des dispositions sont déjà prises par l'OMS et International AIDS Society pour mettre en place une Structure de Suivi de la Résistance aux Médicaments contre le VIH (Global HIV Drug Resistance Monitoring Project), parallèlement à l'élargissement des programmes de traitements antirétroviraux. A contrario, l'incapacité à étendre les traitements de façon systématique et organisée aggraverait certainement le risque de prescriptions et d'utilisation irrationnelles d'antirétroviraux, favorisant ainsi le développement et la diffusion de souches résistantes à ces médicaments.

Il convient aussi de reconnaître que les avantages de la thérapie antirétrovirale vont au-delà de l'amélioration rapide de l'état de santé physique du patient. Ces avantages incluent un meilleur état psychologique, la stabilisation de la cellule familiale, une amélioration des services de conseil et dépistage volontaire (VCT), la prévention des infections opportunistes et probablement une baisse de la transmission du VIH au niveau de la population dans son ensemble.

Les programmes de traitement antirétroviral doivent être élargis le plus rapidement possible, avec la mise en place simultanée des personnels de santé et de moyens logistiques nécessaires pour assurer les soins. Les programmes qui s'appuient sur la prévention de la TME (par exemple, TME « plus ») et les programmes de lutte contre la tuberculose peuvent être des points de départ appropriés pour les programmes de thérapie antirétrovirale. En outre, on devrait essayer très rapidement de lancer des programmes au travers des centres régionaux, des centres de district et des communautés rurales puisque les traitements doivent viser à atteindre l'ensemble des populations contaminées dans les pays en développement qui nécessitent médicalement



d'y avoir accès. Au niveau de chaque pays, les considérations relatives à la disponibilité de ressources financières pérennes et à l'équité d'accès aux soins impliquent que les ressources aux fins de traitement et de soins complémentaires, ainsi que les subventions publiques pour les médicaments antirétroviraux (dès lors qu'elles sont mises en place), doivent être orientées prioritairement vers les patients qui n'ont pas les moyens financiers d'acquiescer ces traitements, ou qui ne peuvent payer qu'une partie de leurs coûts.

Soutien psychosocial

S'agissant des soins à procurer aux personnes contaminées par le VIH, l'appui psychosocial, y compris les soins palliatifs, constitue un facteur important. La forte incidence de la dépression et d'autres maladies psychosomatiques doit être reconnue. Dispenser des soins de bonne qualité exige un nombre suffisant de personnel sanitaire compétent, la participation des tradipraticiens, des chefs religieux et des responsables communautaires ainsi que des volontaires pour aider les patients et leur famille à s'adapter aux différentes phases de l'infection, notamment en ce qui concerne la phase terminale. De plus, un soutien psychosocial adéquat sera plus que jamais nécessaire pour faciliter l'accès et l'observance au traitement.

Cadre de mise en œuvre des programmes prioritaires

Approche pour une mise en œuvre efficace

Autant une approche décentralisée, participative et axée sur les besoins permettra d'élargir les services de soins de santé, autant une intervention centrale est également nécessaire au niveau national pour :

- la défense des droits des personnes atteintes,
- la promotion des réductions de prix des médicaments et des services requis pour les traitements du VIH/sida,
- le contrôle de la qualité des médicaments et services distribués,
- et enfin, le suivi et l'évaluation des programmes d'accès aux soins.

La formation du personnel sera essentielle pour mettre en place des mécanismes de dispensation des soins à un nombre plus grand de malades. En outre, pour apporter un appui aux cliniques, hôpitaux et aux programmes de soins à domicile, les pays doivent intervenir de façon énergique en vue de transformer les associations communautaires et les volontaires en organismes participant à la prise en charge sanitaire du VIH/sida. Les capacités potentielles pour la demande et l'offre de soins et de traitements existent au niveau des familles, des groupes sociaux et des organisations communautaires. Leur développement requiert la mise en place de formations sur le terrain, grâce auxquelles les capacités techniques, humaines et organisationnelles s'amélioreront au fil du temps en vue de maîtriser progressivement les composantes de traitement et de soins plus complexes.

Dès que les centres de référence des grandes villes seront opérationnels, ceux-ci devraient servir à former les personnes qui travailleront dans des villes moins importantes ou dans les communes rurales, comme c'est déjà le cas au Brésil, en Côte d'Ivoire, au Sénégal et en Ouganda. Un des modèles novateurs pour assurer les soins, c'est l'« implication des associations dans le

traitement » (Association-Based Treatment) comme par exemple au Burundi, au Zimbabwe et au Venezuela. Selon ce modèle, les ressources matérielles et financières disponibles pour l'accès au traitement sont contrôlées par les associations de malades du sida et par les médecins et autres donateurs. Dans ce contexte, les hommes et les femmes infectés par le VIH sont directement impliqués dans les processus de prise de décision et la gestion de tous les aspects des soins à assurer.

Sans médicaments, ni réactifs pour les tests de diagnostic et de suivi biologique, les ressources humaines investies dans la prise en charge sanitaire demeureront inefficaces et se décourageront rapidement. Par conséquent, offrir un appui international pour accroître, tant au plan local que national, les moyens d'acquisition de services et de médicaments, reste déterminant. La disponibilité et l'origine des produits nécessaires seront disparates, et les bailleurs de fonds internationaux ne doivent pas essayer d'imposer des modalités rigides quant aux choix des pays en matière de sources et de lieux d'approvisionnement en médicaments, tests et autres équipements nécessaires.

Les décisions relatives aux modalités d'approvisionnement en médicaments devraient incomber aux pays qui pourraient décider : de lancer des appels d'offres sur le marché international ouverts aussi bien aux firmes pharmaceutiques propriétaires des brevets d'origine qu'aux producteurs de médicaments génériques; de tirer avantage des propositions d'organismes acquéreurs régionaux ou des accords futurs d'acquisitions internationales sous l'égide de l'UNICEF (ou d'autres centrales d'achat privées, intergouvernementales ou internationales). Les efforts visant à développer les capacités locales pour la production de médicaments, leur acquisition et la gestion d'une dispensation rationnelle devraient être également soutenus par les bailleurs de fonds internationaux. Promouvoir le développement de la capacité de production de médicaments dans les pays en développement peut être un facteur important de l'amélioration de l'accès aux médicaments.

Les brevets ne doivent pas constituer un obstacle à l'accès aux médicaments. L'utilisation de dispositions (comme l'obtention de licence obligatoire) permettant d'outrepasser les brevets existants est autorisée par l'Accord sur le Commerce international, ADPIC, tel qu'il a été particulièrement renforcé dans la déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique lors de la Conférence ministérielle de l'OMC, le 14 novembre 2001. Il y est stipulé que « l'Accord sur les ADPIC n'empêche pas et ne devrait pas empêcher les membres de prendre des dispositions qui s'imposent pour préserver la santé publique ». Il est également indiqué que « chaque membre a le droit d'octroyer des licences obligatoires et la liberté de déterminer les motifs selon lesquels de telles licences sont accordées ».

Pour offrir des traitements au plus grand nombre, il est essentiel que les ressources disponibles servent à acheter des biens et services de bonne qualité au meilleur prix possible. La passation des marchés avec les fournisseurs les moins disants, que ce soit les firmes propriétaires de brevets ou des firmes de génériques, permettra d'accroître le nombre de personnes susceptibles d'être traitées et de disposer de plus de ressources pour investir davantage dans d'autres composantes relatives à la prévention et aux



traitements. L'augmentation de la concurrence constitue un outil décisif pour atteindre cet objectif.

En dehors de la mobilisation des ressources financières, l'expérimentation et l'évaluation des outils et de la logistique à déployer au niveau des communautés, et ensuite dans le cadre des programmes nationaux, constituent le plus grand défi pour améliorer l'accès aux soins, aux traitements et au soutien psychosocial des personnes infectées par le VIH/sida.

Partenariats

Au cours des deux dernières décennies de lutte contre le VIH/sida, différentes formes de partenariats ont été établies. Elles ont besoin d'être renforcées et de nouvelles formes de partenariats doivent être développées, telles que l'établissement de réseaux d'hôpitaux entre le Nord et le Sud, comme entre des centres de soins de santé, des organismes sociaux et des ONG. Ces initiatives doivent être valorisées pour réduire l'écart au niveau du savoir et de l'accès aux services, et créer une base solide pour la solidarité locale, nationale et internationale. Les partenariats doivent être basés sur la confiance, le respect et une vision partagée. Ils valorisent le processus de mise à disposition et d'utilisation des moyens de traitement en tirant avantage de leurs forces pour développer les moyens de lutte au niveau local. L'expertise technique qui existe déjà au niveau international, notamment dans le système des Nations Unies, et au niveau national, devrait être mobilisée pour favoriser ces partenariats. Les partenariats entre les secteurs public et privé devraient être fortement encouragés pour la fourniture des soins, la mobilisation des financements et/ou la fourniture des biens et services nécessaires au traitement des malades afin d'optimiser l'utilisation des ressources, dans la mesure où ils contribuent effectivement à la réalisation de l'objectif d'un plus large accès aux soins.

Le potentiel que renferment les partenariats en matière de soins a été démontré en Zambie où une équipe d'intermédiaires nationaux constituée d'un groupe-ressource de plus de vingt personnes émanant des réseaux et d'organismes nationaux a augmenté rapidement la capacité des communautés locales à procurer des soins à une population de patients plus importante. Seuls ces types de réseaux peuvent assurer une véritable continuité de soins, depuis les soins à domicile jusqu'aux cliniques communales et aux hôpitaux, ainsi qu'entre les diverses structures de soins qu'elles soient publiques, privées ou confessionnelles.

Priorités en matière de recherche opérationnelle

Il demeure de nombreuses questions qui attendent des réponses pour optimiser l'accès aux soins du VIH/sida dans les pays en développement. Le besoin urgent d'offrir des traitements antirétroviraux, le plus vite possible au plus grand nombre possible, implique cependant que les programmes de traitement et de soins ne devraient jamais être retardés par l'attente des résultats des projets de recherche. Au contraire, la mise en oeuvre de ces programmes doit être l'occasion pour mettre en place des mécanismes de collecte de données simplifiés et opérationnels de manière à ce que les résultats de recherche et d'évaluation soient utilisés immédiatement dans la mise en oeuvre des programmes. L'un des avantages qui incite à poursuivre la recherche

opérationnelle dans ce sens est que les résultats seront directement applicables dans les pays où les données ont été collectées.

Quelques exemples de questions auxquelles il faudrait une réponse rapide sont les suivants :

- Quels sont les moyens les plus appropriés et les plus économiques pour offrir et contrôler la thérapie antirétrovirale, y compris l'identification des régimes efficaces les moins chers, la simplification des méthodes de suivi de la toxicité, de l'efficacité et la promotion de méthodes plus simples et peu coûteuses pour le comptage des cellules CD4 et les mesures de charge virale ?
- Quels sont les régimes les meilleurs pour les patients co-infectés par la tuberculose et/ou les virus d'hépatite ?
- Quel type de résistance aux médicaments émergera-t-il et quel est le lien entre les programmes de prévention TME et les programmes thérapeutiques antirétroviraux ?
- Quelles sont les meilleures stratégies pour développer les ressources humaines et les infrastructures sanitaires d'appui sans freiner la mise en oeuvre des programmes de soins ?
- Quel est l'impact d'un meilleur accès aux soins sur les comportements et la prévention de la transmission du VIH au sein de la population, notamment parmi les jeunes ?
- Quel est l'impact d'un meilleur accès aux soins sur le développement économique, social et humain ainsi que sur les stratégies d'éradication de la pauvreté ?

Conclusions

Il existe désormais une réelle opportunité pour freiner la pandémie du VIH/sida.

Les soins, le traitement et la prévention en matière de lutte contre le sida sont étroitement liés.

Les soins constituent une clé d'entrée et un facteur déterminant pour une prévention efficace.

Dans les pays à revenu moyen et à faible revenu, il existe une panoplie de traitements et de soins destinés à prolonger la vie qui est désormais accessible, faisable et coût-efficace.

La forte baisse des prix des médicaments antirétroviraux dans ces pays a considérablement amélioré le ratio coût-efficacité des traitements. Plusieurs programmes, nationaux ou d'envergure plus limitée, ont démontré des niveaux d'observance et d'efficacité des traitements antirétroviraux équivalents dans les pays en développement à ceux des pays développés.

Les Gouvernements, le secteur privé et les organismes à but non lucratif, ainsi que la communauté internationale, doivent maintenant mobiliser les ressources financières requises en rapport avec les besoins identifiés par la déclaration de la SEAGNU.

Laisser passer cette opportunité d'élargir les soins et les traitements perpétuerait une souffrance humaine indicible et un accroissement de la pauvreté et de l'injustice à l'échelle mondiale.

Nous proposons que cette déclaration soit diffusée auprès de tous les partenaires nationaux et internationaux engagés dans la lutte contre le VIH/sida dans la perspective de son adoption par les gouvernements, les organismes et forums concernés. Nous espérons qu'elle servira de base pour une action immédiate.



HISTOIRES VÉCUES

Preeti, âgée de sept ans, est élève dans le quartier de Mumbai, en Inde. Elle se rend régulièrement chez le médecin de famille et plusieurs autres spécialistes depuis l'âge de deux ans. Elle s'est toujours demandée pourquoi elle ne peut pas jouer avec ses camarades, se sent essouffée dès qu'elle fait un peu de sport, et manque fréquemment l'école à cause de la fièvre ou de la toux. Sa mère lui dit qu'elle ne va pas bien, mais elle ne sait pas exactement de quoi elle souffre. « Quand serai-je comme mes camarades ? », se demande Preeti. Sa mère lui dit qu'il y a maintenant des médicaments qui peuvent l'aider à se sentir mieux, mais elle ne peut pas les acheter, car ils coûtent environ 100 \$ par mois, presque la totalité du salaire de sa mère. Preeti regrette amèrement : si seulement son père était en vie, il aurait tout fait pour lui trouver des médicaments !

Theresa N., veuve de 35 ans, vit avec le VIH dans un quartier pauvre de Bujumbura, au Burundi. Son mari est mort du sida il y a cinq ans, en laissant derrière lui deux fils âgés de 11 et 9 ans. Elle est membre d'un groupe de soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida. Quand elle est à la maison, elle aime écouter la radio. Au cours d'une des réunions du groupe, elle s'est levée pour dire : « J'ai entendu à la radio qu'il y a de nouveaux médicaments qui peuvent aider les personnes infectées comme moi à vivre plus longtemps. J'ai demandé au pharmacien du quartier qui m'a dit d'oublier ça, car je n'ai pas les moyens de les acheter. Je me demande à présent à qui sont destinés ces médicaments. Quand des gens comme moi pourront-ils en acheter ? En tant que veuve, je suis le seul soutien de mes enfants. Je veux vivre pour voir mes enfants grandir. J'ai besoin de médicaments ».

Paolo R. vient d'avoir trente ans et il vit à Rio de Janeiro, au Brésil. Il a été déclaré séropositif en 1992 et a contracté le sida 7 années plus tard. Tout a commencé progressivement par des diarrhées fréquentes et, rapidement il est devenu trop faible pour quitter son lit. Frappé par toutes sortes de maladies, Paolo a beaucoup souffert, mais la manière dont les gens le regardaient était insupportable : il aurait préféré la mort. D'ailleurs, son médecin avait confié à la mère de Paolo que ce dernier n'avait plus que quelques mois à vivre. A tel point que lorsque le gouvernement brésilien a commencé à offrir le traitement par les antirétroviraux à tous les patients brésiliens qui en avaient besoin, le médecin de Paolo avait hésité. Il pensait que Paolo était trop faible pour supporter ce traitement. Lorsqu'il en a entendu parler, Paolo a insisté pour qu'on lui donne une chance et son médecin a finalement accepté. Paolo est sous antirétroviraux depuis 2 ans. Il se porte très bien et cela se voit : il a pris du poids, il a l'air content et a retrouvé du travail. Il dit : « J'attendais la mort tous les jours ; mais ce traitement m'a fait revivre. Aujourd'hui, je suis fier de dire que je suis vivant et je fais des projets pour la vie, pas pour la mort. Je peux marcher en ville sans crainte. Je me sens beaucoup plus confiant ».

Des millions des personnes comme Preeti et Theresa ont désespérément besoin de traitement. Qu'allons nous faire ensemble pour améliorer leur vie ? Pour avoir encore beaucoup d'histoires comme celle de Paolo à raconter au monde ?



Liberté • Egalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

Direction générale de la coopération internationale
et du développement

Direction du développement et de la coopération technique

20, rue Monsieur 75007 Paris

<http://www.diplomatie.gouv.fr>

RÉUNION D'EXPERTS SUR L'ACCÈS AUX SOINS DE L'INFECTION À VIH/SIDA 29-30 Novembre et 1^{er} Décembre 2001

Hôtel Concorde - Lafayette
3 place du Général Koenig
75017 PARIS

PRÉSIDENCE

Pr. Scott HAMMER, Columbia University, New York, USA
(smh48@columbia.edu)

Pr. Jean-Paul MOATTI, Université de la Méditerranée,
Marseille, France
(moatti@marseille.inserm.fr)

Pr. Ibrahim NDOYE, Institut d'Hygiène sociale,
Dakar, Sénégal
(lbndoye@telecomplus.sn)

EXPERTS

Dr. Diana ATWIINE, joint Clinical Research Center,
Kampala, Ouganda (dkanzira@yahoo.co.uk)

Daniel BERMAN, MSF, Genève, Suisse
(daniel_berman@geneva.msf.org)

Pr. Jorge BERMUDEZ, Directeur de l'École nationale de
santé publique, Rio de Janeiro, Brésil
(bermudez@ensp.fiocruz.br)

Hans BINSWANGER, World Bank, Washington, USA
(hbinswanger@worldbank.org)

Pr. Pedro CAHN, Université de Buenos Aires, Argentine
(pcahn@huesped.org)

Dr. Ian D. CAMPBELL, Armée du salut,
Londres, Royaume-Uni,
(lan_campbell@salvationarmy.org)

Dr. Meskerem GRUNITZKY-BEKELE, Secrétariat de
l'ONUSIDA, Genève, Suisse
(grunitzkybekelem@unaids.org)

Pr. Subhash HIRA, Directeur de AIDS, Research & Control
Center (ARCON) Mumbai, Inde
(subhash_hira@hotmail.com)

Pr. Michel KAZATCHKINE, ANRS, Paris, France
(michel.kazatchkine@anrs.fr)

Dr. Jean-Louis LAMBORAY, Secrétariat de l'ONUSIDA,
Genève, Suisse (lamborayj@unaids.org)

Dr. Henriette MEILO, SWAA Cameroun, Douala, Cameroun
(cmr@camnet.cm)

Salvatore NIYONZIMA, Secrétariat de l'ONUSIDA,
Genève, Suisse (niyonzimas@unaids.org)

Dr. Françoise RENAUD-THERY, Secrétariat de l'ONUSIDA,
Genève, Suisse
(theryf@unaids.org)

Dr. James SAINT CATHERINE, Program Manager Health
Sector Development Caribbean, Georgetown, Guyana
(jamessc@caricom.org)

Yves SOUTEYRAND, ANRS, Paris, France
(yves.souteyrand@anrs.fr)

Elhadj As SY, Dakar, Sénégal,
(Elhadj_sy@hotmail.com ou assy@enda.sn)

Catherine TOURETTE-TURGIS, Université de Rouen, France
(catherinetouretteurgis@compurserve.com)

Alain VOLNY-ANNE, Paris, France
(volnyanne_alain@hotmail.com)

Dr. Carlos ZALA, Fundación Husedp,
Buenos Aires, Argentine
(Czala@teletel.com.ar)

*Cette réunion d'experts internationaux s'est tenue à Paris à
l'invitation du ministère des Affaires étrangères avec l'appui du
Secrétariat de l'ONUSIDA et de l'OMS.*