



TROP PEU POUR UN TROP PETIT NOMBRE

LES DÉFIS À RELEVER POUR UN ACCÈS À DES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX EFFICACES ET ACCESSIBLES

DOCUMENT D'INFORMATION

XVI^e Congrès International sur le SIDA, Toronto, Août 2006

AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES, DES PROGRÈS CONSIDÉRABLES ONT ÉTÉ ACCOMPLIS POUR ACCROÎTRE L'ACCÈS À LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE. AUJOURD'HUI, 1,3 MILLION DE PERSONNES EN BÉNÉFICIENT, MAIS IL RESTE ENCORE BEAUCOUP À FAIRE. PLUS DE 40 MILLIONS DE PERSONNES VIVENT AVEC LE VIH/SIDA DANS LE MONDE, CINQ MILLIONS D'ENTRE ELLES ONT UN BESOIN URGENT DE TRAITEMENT. MAIS 3,7 MILLION N'EN REÇOIVENT AUCUN. CELLES-CI VIVENT POUR LA PLUPART DANS LES PAYS LES PLUS PAUVRES DE LA PLANÈTE, OÙ LA SITUATION RESTE CATASTROPHIQUE.

À L'HEURE ACTUELLE, MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF) PREND EN CHARGE PLUS DE 100 000 PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA ET OFFRE UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE À PLUS DE 60 000 PERSONNES², DANS LE CADRE DE 65 PROJETS RÉPARTIS DANS 32 PAYS³. MÊME SI CES PROGRAMMES DONNENT DE BONS RÉSULTATS, D'IMMENSES DÉFIS RESTENT À RELEVER.

LE PRÉSENT DOCUMENT EST BASÉ SUR DES DONNÉES ET DES EXPÉRIENCES PRÉSENTÉES AU XVI^e CONGRÈS INTERNATIONAL SUR LE VIH/SIDA. IL PRÉSENTE CERTAINES DES STRATÉGIES ADOPTÉES PAR MSF POUR AUGMENTER L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS, LES OBSTACLES RENCONTRÉS ET LES MESURES À METTRE EN ŒUVRE POUR ALLER PLUS LOIN.

ANALYSE DES PRINCIPAUX DÉFIS RENCONTRÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Après cinq ans d'expérience dans le traitement par antirétroviraux, et après avoir investi des ressources humaines et financières substantielles, MSF continue de se battre pour surmonter au quotidien les défis opérationnels posés par le traitement du VIH/sida dans les milieux précaires. En voici un aperçu :

- L'augmentation du nombre de personnes sous traitement est entravée par une grave pénurie de personnels de santé, en particulier dans les régions rurales, et par la participation financière élevée demandée aux patients en échange de médicaments et de services.
- Trop peu d'enfants sont traités, en raison d'outils diagnostiques et thérapeutiques mal adaptés dans la plupart des cas. Pendant ce temps, le nombre d'enfants nés avec le virus continue de croître, car les efforts visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant sont nettement insuffisants.

- Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH ne sont pas coordonnés. De plus, comme il n'existe pas d'outils efficaces pour diagnostiquer la tuberculose chez les patients séropositifs ou pour les traiter, cette maladie curable continue d'être la principale cause de décès chez cette population.
- Les nouvelles formulations et les combinaisons d'antirétroviraux ne sont souvent pas enregistrées dans les pays en développement ou leur prix est inabordable quand elles le sont. Le manque d'accès aux nouveaux médicaments et aux outils destinés à en vérifier l'efficacité, de même que l'action limitée en ce domaine, anéantissent tout espoir de réussite durable des traitements actuels.

Cette liste n'est pas exhaustive. Elle se limite aux obstacles qui requièrent une action urgente de la part des pouvoirs publics. Les problèmes dont elle fait état sont ceux que rencontrent les équipes MSF un peu partout dans le monde. Ils ne reflètent que quelques-uns des défis que devront relever les autres acteurs, gouvernementaux et non gouvernementaux, impliqués dans la lutte contre la pandémie du sida. Ces obstacles risquent également de compromettre les efforts visant à étendre les traitements de qualité et les soins à long terme.

¹ AIDS Epidemic Update. UNAIDS, Geneva, December 2005.

² En plus de procurer soins et traitements (y compris la prise en charge des infections opportunistes et les thérapies anti-rétrovirales), les activités de MSF concernent des interventions préventives, en particulier la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, « counselling » et tests volontaires, soutien nutritionnel, soutien psychosociaux, et formation clinique et autre pour le personnel médical local et les travailleurs communautaires en santé.

³ Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Chine, Côte d'Ivoire, Congo-Brazzaville, République Démocratique du Congo, Équateur, Éthiopie, Guatemala, Guinée, Inde, Kenya, Laos, Lesotho, Liberia, Malawi, Mozambique, Myanmar, Nigeria, Ouganda, Pérou, Rwanda, Sierra Leone, Soudan, Tanzanie, Thaïlande, Zambie et Zimbabwe.

Les défis à relever par MSF en matière de traitement du VIH/sida varient selon les contextes. Néanmoins, certains sont communs à toutes les situations. Pour maintenir les résultats accomplis jusqu'ici et augmenter le nombre de malades bénéficiant de traitements efficaces et de longue durée, une plus grande volonté politique sera nécessaire dans trois domaines :

- Rendre les traitements abordables et accessibles aux plus pauvres, afin de maximiser leurs chances d'y accéder et de bénéficier de soins de longue durée;
- Concevoir de nouveaux outils pour relever les défis que pose le VIH dans les pays les moins développés;
- Garantir un accès élargi aux médicaments abordables.

I. STRATÉGIES ET POLITIQUES À METTRE EN PLACE POUR ASSURER L'ACCÈS DES PLUS PAUVRES AUX TRAITEMENTS

Pour réussir à couvrir les besoins, les gouvernements et les bailleurs de fonds doivent s'engager à investir les sommes nécessaires pour accroître et maintenir à leur poste le nombre de personnel de santé, et pour permettre aux patients de bénéficier de traitements et de soins gratuits.

Il faut décentraliser et simplifier la prise en charge

« Si les traitements sont uniquement disponibles dans les villes et les hôpitaux, les plus vulnérables souffriront. »

- D^r Moses Massaquoi, MSF, Thyolo, Malawi

Pour assurer l'accès au dépistage, aux soins et aux traitements dans les régions rurales, il est essentiel d'offrir des services consacrés à chacun de ces volets au niveau des soins primaires. Face à la grave pénurie de ressources humaines qui sévit actuellement, MSF a adopté certaines stratégies pour décentraliser la mise sous traitement sans en compromettre la qualité. Par exemple, les médecins délèguent aux infirmières et aux responsables cliniques des tâches précises; on forme aussi les agents de santé communautaire et les personnes vivant avec le VIH/sida afin qu'ils prennent part, entre autres, aux activités de « counselling » destinées à favoriser l'adhésion au traitement. En effet, promouvoir l'observance fidèle des traitements est une condition essentielle de réussite à long terme, étant donné l'accès limité aux nouveaux antirétroviraux de deuxième intention et l'absence totale de traitements de troisième intention ou de thérapies de sauvetage.



© Mariella Furrer



Lusikisiki, Afrique du Sud
© Jonathan Torgovnik

DONNÉES DE JUILLET 2006:

Les résultats des projets MSF confirment que les thérapies antirétrovirales sont efficaces pour améliorer la survie des malades dans des contextes variés.

L'analyse portant sur 57 147 adultes recevant une thérapie antirétrovirale (59,7% de femmes) dans le cadre de programmes établis dans 23 pays permet de montrer que la plupart d'entre eux débutent leur traitement alors qu'ils sont à un stade avancé de la maladie : 84% des patients présentaient des symptômes (stade III et IV de l'OMS) et 29,6% présentaient un nombre de CD4 inférieure à 50 cellules/mm³. La grande majorité des patients étaient naïfs de traitement au commencement ; 84,5% commençaient leur traitement avec une combinaison générique à dose fixe de stavudine, de lamivudine et de nevirapine. En général, le taux de survie est de 90% après 12 mois de traitement et de 87% après 24 mois. La probabilité de rester sous traitement (excluant le nombre de décès et les patients perdus de vue) est de 81% à 12 mois et de 74% à 24 mois. La mortalité et le nombre de perdus de vue est plus important lors de 3 premiers mois de traitement. Le nombre de CD4 s'est accru de manière régulière, atteignant 251 cellules/mm³ à 12 mois, 311 cellules/mm³ à 24 mois et 411 cellules/mm³ à 48 mois. Ces résultats montrent qu'il est possible d'obtenir d'excellents résultats avec une gamme limitée d'ARV.

Les données répertoriées au cours de programmes mis en oeuvre dans 14 pays afin de traiter les enfants de moins de 13 ans ont aussi donné de bons résultats.⁴ L'évaluation a pris en compte 3 754 enfants (âge moyen de 5,7 ans, 47% de filles). Plus de 40% d'entre eux étaient gravement immunodéprimés avant traitement. Presque tous les enfants (99%) ont reçu du zidovudine ou stavudine ainsi que du lamivudine, du nevirapine ou de l'efavirenz. En l'absence de formulation pédiatrique adaptée, la plupart des enfants reçoivent des traitements pour adultes, les comprimés sont alors fractionnés pour obtenir les doses adéquates. La probabilité de rester sous traitement est de 87% au bout de 12 mois et de 77% au bout de 36 mois. On a pu observer une augmentation significative du nombre de CD4 et du poids.

⁴ Olson D., Sauvageot D., Ferradini L., Humblet P. Résultats d'un traitement antirétroviral chez une cohorte d'enfants âgés de moins de 13 ans traités par Médecins Sans Frontières dans des pays pauvres en ressources. AIDS 2006, Toronto.

DONNÉES PRÉSENTÉES EN AOÛT 2006 : Soins décentralisés en milieu rural en Afrique du Sud.

À Lusikisiki, une région rurale d'Afrique du sud (population : 150 000), environ 2250 personnes ont besoin d'une thérapie antirétrovirale. En mars 2006, 1529 patients recevaient un traitement, représentant une augmentation rapide du nombre de malades sous traitement, rendue possible par la décentralisation des services et leur intégration au sein d'un service de consultations générales. On assiste à une augmentation des inclusions plus rapide dans les cliniques que dans les hôpitaux, du fait du nombre plus élevé de lieux de soins, et parce que les services sont rassemblés en un lieu de consultations générales. Ils ne sont alors pas dépendants des équipes spécialisées dans le VIH. Les résultats sur le plan immunologique et virologique sont bons dans tous les sites (70% des patients ont une numérotation des CD4 supérieure à 200 cellules/mm⁴ et 91% ont une charge virale indétectable après 6 mois). Le maintien des patients (moins les décès et les perdus de vue) est meilleure dans les cliniques (80% suivent toujours le traitement antirétroviral au bout de 12 mois) que dans les hôpitaux (69%). Ceci peut certainement s'expliquer par le fait que les patients sont plus proches de chez eux.⁵

Les mesures à prendre pour faire face à la crise des ressources humaines

« Le Lesotho compte environ 40 médecins pour l'ensemble du pays. Dans le district de santé où je travaille, nous avons perdu 18 infirmières au cours des six derniers mois, principalement au profit de l'Angleterre et de l'Afrique du Sud. Des mesures d'urgence s'imposent pour régler ce problème. »

- Rachel Cohen, MSF-Lesotho

La pénurie de personnel qualifié constitue un obstacle majeur à l'augmentation à grande échelle du nombre de malades sous traitement, en particulier dans les zones rurales. Les services de santé manquent souvent de personnel et le degré de motivation des employés souffre de l'isolement, des conditions de travail difficiles, des faibles niveaux de salaire et du manque de soutien. Le recrutement est au point mort, car les restrictions salariales rendent ce secteur peu attrayant.

Par ailleurs, les donateurs ne sont pas enclins à financer des frais courants, notamment les salaires.

Fait encourageant, certains pays ont reconnu que la crise des ressources humaines entravait l'expansion de la prestation des soins et des traitements. Au Malawi, le gouvernement et les bailleurs de fonds collaborent dans le but d'améliorer la formation du personnel de santé et d'accroître les effectifs dans les régions rurales. Des mesures ont été prises pour lever les obstacles au recrutement et à la rémunération de ces travailleurs indispensables.

Si les gouvernements et les bailleurs de fonds n'effectuent pas immédiatement les changements radicaux qui s'imposent pour faire face à la crise

des ressources humaines, il sera difficile de continuer à décentraliser et à augmenter le nombre de traitements contre le sida.

La gratuité des soins est essentielle pour sauver des vies

« Forcer les patients à payer pour leur traitement, et risquer ainsi qu'ils l'interrompent, peut nuire à l'efficacité de ce traitement qui prolonge la vie des malades. Si nous voulons mettre le plus grand nombre sous traitement, nous devons leur assurer l'accès à des soins gratuits. »

- D^r Jens Wenkel, MSF, Lagos, Nigeria

La gratuité est un facteur essentiel de l'accès et de l'adhésion aux traitements anti-sida. Toutefois, dans la plupart des pays, on demande aux malades une contribution financière pour recevoir des soins. Même dans les pays où les antirétroviraux sont gratuits, les patients doivent payer certains services tels que les consultations, les médicaments contre les infections opportunistes, les tests de laboratoire et l'hospitalisation.

L'expérience de MSF au Kenya et au Nigéria, où l'organisation fournit gratuitement des traitements, confirme qu'exiger des frais en échange de médicaments ou d'autres services médicaux peut avoir des conséquences néfastes : interruption du traitement; partage des antirétroviraux; risque accru d'abandon. Toutes ces répercussions peuvent faire échouer le traitement ou générer des résistances. À Nairobi, au Kenya, le même hôpital accueille deux programmes de traitement : l'un est offert gratuitement par MSF et l'autre, qui est administré par le gouvernement, est payant. Selon les données présentées en août 2006 au XVI^e Congrès international sur le sida à Toronto, le pourcentage de personnes perdues de vue (13,6 %) est deux fois supérieur chez les patients obligés de financer les traitements que chez ceux à qui ils ont été dispensés gratuitement (6,9 %).⁶

II. CONCEVOIR DE NOUVEAUX OUTILS

Le diagnostic et le traitement du VIH/sida chez les enfants

« En ce qui concerne le traitement des enfants, nos résultats sont encourageants, mais la bataille est loin d'être gagnée. Beaucoup plus d'enfants en bas âge pourraient vivre une vie presque normale si nous disposions de meilleurs outils diagnostiques et de médicaments qu'ils puissent avaler. »

- D^r Rachel Thomas, MSF, Kibera, Kenya

Sur les quelque 2,3 millions d'enfants vivant avec le sida dans le monde aujourd'hui, près de 90 % vivent en Afrique subsaharienne.⁷ Par manque de traitement, la moitié des enfants qui contractent le sida à la naissance meurent avant l'âge de deux ans. L'expérience de MSF montre qu'il est possible de traiter efficacement les enfants. Mais, sans outils diagnostiques et thérapeutiques simples et efficaces, étendre la prestation des traitements sera une tâche impossible :

- Il est difficile de diagnostiquer le VIH chez les nouveau-nés dans les milieux précaires, car les tests couramment utilisés chez les adultes pour détecter les anticorps ne fonctionnent pas chez les enfants âgés de moins de 18 mois.

⁵ Herron T., Bandozi N., Bedelu M., Reuter H., Mofokeng N. Résultats positifs de la décentralisation des ARV vers des cliniques gérées par des infirmières dans les régions rurales d'Afrique du sud. AIDS 2006, Toronto.

⁶ Van Ingelgem, Massaquoi M., Jamet C., Ritter H., Zachariah R., Manzi M., Suleh A., Kocholla L., Phillips M., Humblet P. Faire payer les médicaments antirétroviraux est associé à un risque plus élevé de patients « perdus de vue » parmi les individus sous traitement antirétroviral. CIS, Toronto, 2006.

⁷ Rapport sur l'épidémie de SIDA. ONUSIDA, Genève, Décembre 2005.

- Les comprimés d'antirétroviraux en version pédiatrique n'existent qu'en quantité extrêmement limitée, ce qui oblige les soignants à fractionner les comprimés pour adultes. La méthode est loin d'être idéale, car ces comprimés ne sont pas conçus en vue d'une administration partielle. On ne peut même pas y recourir chez les enfants pesant moins de 10 kg. Pour l'instant, les seules solutions de rechange sont des sirops difficiles à doser, au goût amer et hors de prix (ils peuvent atteindre plus de six fois le prix d'une préparation pour adulte).

Par ailleurs, la plupart des soignants ont l'habitude de traiter des adultes. Ils devraient bénéficier d'une formation technique nécessaire pour répondre aux besoins des enfants. L'UNICEF tarde à mettre en œuvre sa promesse de développer et mettre en place des guides en la matière et doit exercer des pressions beaucoup plus fortes pour obtenir de nouveaux et meilleurs outils.

Les efforts déployés pour promouvoir le diagnostic et le traitement des enfants ne doivent pas faire oublier le rôle essentiel que joue la prévention. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant – un problème presque complètement maîtrisé dans les pays riches – pose toujours un énorme défi dans les milieux précaires. (Encadré)

NÉCESSITÉ URGENTE DE RENDRE OPÉRATIONNELS LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIRUS DE LA MÈRE À L'ENFANT (PMTCT)

Le déclin des infections VIH chez les enfants dans les pays riches s'explique en grande partie par le succès rencontré par les programmes de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (PMTCT). La mise en œuvre des programmes PMTCT dans les régions qui manquent de ressources représentent un véritable défi opérationnel. Les femmes peuvent difficilement avoir accès aux soins post-nataux qui permettraient de leur fournir des médicaments et l'information qui leur est nécessaire afin de prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant. De nombreuses institutions et organisations, dont MSF, n'ont pas réussi à développer des stratégies innovantes permettant de dépasser ces contraintes. Il faudrait que des programmes PMTCT -- établis à grande échelle, efficaces et conçus pour être mis en place dans des systèmes de soins de santé fragiles -- soient intégrés au sein de programmes de traitements antirétroviraux au niveau des soins de santé primaires. Il est nécessaire que les agences, telles que l'OMS et l'UNICEF, prennent l'initiative de développer une stratégie simple et durable de prise en charge des femmes séropositives enceintes, et que cette stratégie soit réalisable à grande échelle.

La tuberculose, principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH/sida

« Il est inacceptable que des millions de personnes meurent de tuberculose simplement parce que nous sommes incapables de détecter la maladie. Nous avons besoin d'un outil simple et efficace qui nous permettra de la diagnostiquer chez les patients vivant avec le VIH/sida. En attendant ce jour, il faut adopter une approche moins rigide dans les milieux à forte prévalence du VIH, afin d'aider les cliniciens, y compris les infirmières, à détecter et à traiter le plus tôt possible les cas de tuberculose à frottis négatif. »

- D^r Martha Bedelu, MSF-Afrique du Sud

La tuberculose est la cause de décès la plus répandue chez les personnes vivant avec le VIH/sida. Près d'un tiers des 40 millions de personnes infectées par le VIH souffrent aussi de cette maladie. La prévalence du VIH chez les patients atteints de tuberculose dépasse les 75 % dans certains pays où intervient MSF, comme c'est le cas au Lesotho. Dans ces milieux, il est indispensable de traiter simultanément ces deux épidémies et d'intégrer les services destinés à lutter contre l'une et l'autre maladie. Sans traitement approprié, près de 90 % des personnes vivant avec le VIH/sida meurent quelques mois après avoir contracté la tuberculose.

Les outils actuels sont inefficaces : ils rendent difficiles la détection de la tuberculose chez les patients séropositifs pour le VIH. La méthode de dépistage habituellement utilisée -- l'analyse des crachats au microscope -- ne permet de détecter qu'un tiers environ des cas de tuberculose active. Le diagnostic clinique est aussi difficile à établir en raison des nombreux symptômes pouvant appartenir à d'autres infections. Si la maladie n'est pas détectée à temps chez un patient gravement immunodéprimé, elle progressera rapidement et provoquera sa mort.

L'usage concomitant d'antirétroviraux et de médicaments contre la tuberculose peut provoquer des interactions médicamenteuses. Dans certains cas, l'un des produits devient toxique; dans d'autres, il perd de son efficacité. Même les effets mineurs qu'entraînent l'un et l'autre traitement peuvent devenir insupportables lorsqu'ils se produisent en même temps. Pour cette raison, la plupart des programmes recommandent de passer d'une thérapie antirétrovirale simple de première intention à un régime plus complexe et coûteux. Il faudrait disposer de nouvelles combinaisons d'antirétroviraux simplifiées, compatibles avec les médicaments contre la tuberculose.

Les défis à long terme la lutte contre le VIH/sida

« On ne peut pas traiter efficacement une maladie chronique en adoptant une perspective à court terme. Nous avons l'obligation de travailler ensemble pour garantir des traitements à vie. »

- D^r David Wilson, MSF, Bangkok, Thaïlande.

Les stratégies thérapeutiques, les régimes médicamenteux et les méthodes de surveillance s'appliquant aux antirétroviraux devront évoluer en fonction des cohortes sous traitement. Les problèmes de toxicité et de résistance qu'entraîne inévitablement la durée des traitements deviendront de plus en plus répandus. Le matériel couramment utilisé dans les pays développés pour mesurer la charge virale et évaluer l'efficacité du traitement est sensible à la chaleur et à la poussière. Il requiert un approvisionnement stable en électricité et des techniciens hautement qualifiés. À ce jour, il y a eu peu

d'investissement dans la mise au point d'outils de suivi pouvant être utilisés dans les milieux pauvres. Des années seront nécessaires avant que des nouveaux projets aboutissent.

À long terme, le succès de la lutte contre le VIH/sida dépendra de l'accès à des combinaisons de première intention aux effets secondaires réduits, ainsi qu'à des outils de suivi virologique simplifiés permettant de déceler avec précision les échecs thérapeutiques et de déterminer le moment idéal pour passer aux traitements de deuxième intention. Tous ces défis nécessitent une réorientation des efforts de recherche et développement, afin de les axer sur la mise au point d'outils conçus spécifiquement pour résoudre les problèmes posés par le traitement des malades du VIH/sida dans les pays pauvres.

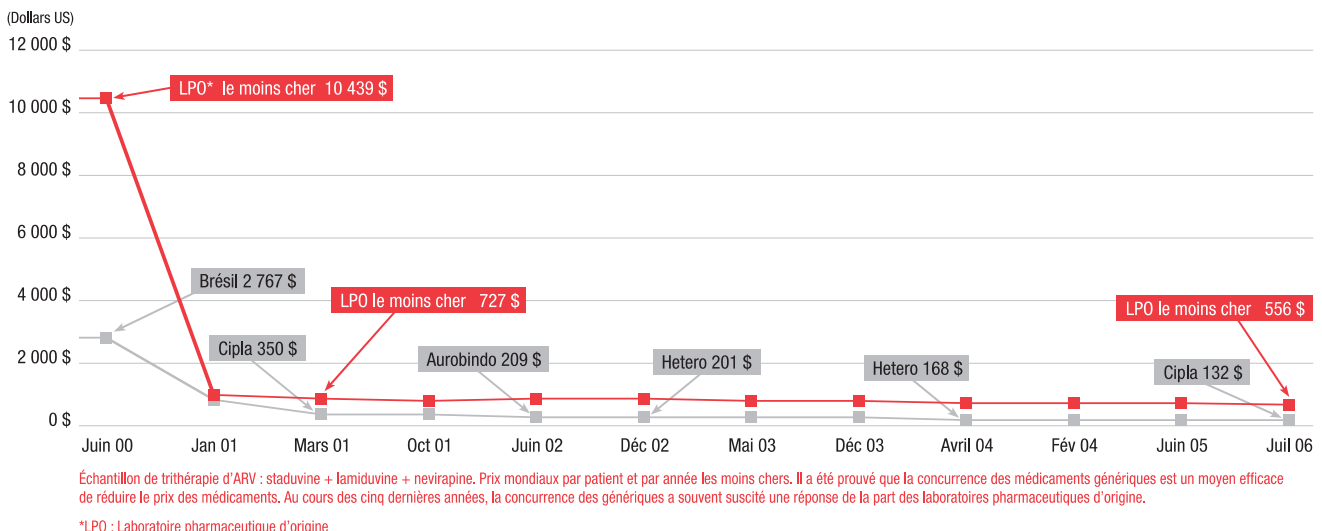
III. GARANTIR DES TRAITEMENTS DE LONGUE DURÉE EXIGE DES ENGAGEMENTS POLITIQUES FERMES

« Notre accès à des médicaments antisida génériques d'un prix abordable constitue l'une des pierres angulaires de notre capacité à prolonger la vie du plus grand nombre. »

- D^r Pehrolov Pehrson, MSF, Manipur, Inde

Depuis 2000, grâce à la fabrication de génériques dans des pays comme l'Inde, la Thaïlande et le Brésil et au fort soutien de l'opinion publique dans ce domaine, le prix des traitements de première intention a diminué de 99 % : des 10 000 \$US en 2000, le coût des trithérapies atteint actuellement seulement 132 \$US par patient par an. Aujourd'hui, dans les pays en développement, 50 % des patients sous traitement antirétroviral sont traités avec des médicaments génériques produits en Inde. Pour offrir des soins à grande échelle, le coût des traitements devrait être aussi faible que possible. La concurrence par les génériques est le moyen le plus efficace pour y parvenir (figure 1), mais cette option risque de devenir de moins en moins envisageable à l'avenir. (Encadré)

FIGURE 1
LES EFFETS DE LA CONCURRENCE DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES : juin 2000 – juin 2006



⁸ Ni une solution rapide, ni même une solution : La Décision du 30 août de l'OMC est inapplicable. MSF, Genève/Montréal, Août 2006.

LES SOURCES DE NOUVEAUX MÉDICAMENTS À PRIX ABORDABLE SONT MENACÉES.

La mise en œuvre progressive des réglementations sur les brevets de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) entraîne une diminution des sources de génériques pour les nouveaux médicaments. Selon la réglementation de l'OMC, les nouveaux médicaments pourraient être soumis à une protection par brevet de 20 ans dans tous les pays, mis à part les pays les moins développés (mais ceux-ci ne possèdent qu'une capacité réduite pour fabriquer des antirétroviraux.). La Déclaration de Doha sur les ADPIC et la santé publique est appliquée par un nombre croissant de pays en développement afin de permettre l'importation de médicaments génériques à bas prix. Cependant, ces pays seront un jour confrontés à une question essentielle : où trouver des fournisseurs afin d'importer les génériques ? Les mesures prises par l'OMC pour remédier à ce problème ne fonctionnent pas.⁸

L'Inde est une source majeure de médicaments génériques sur le plan mondial. En 2005, l'Inde a commencé à accorder des brevets de médicaments et il est possible qu'à l'avenir, la production de génériques dépende en grande partie des licences obligatoires. La loi sur les brevets adoptée en Inde établit des critères stricts relatifs aux demandes de brevet. Elle comporte de plus une clause qui permet à quiconque de s'opposer à un brevet, avant que celui-ci ne soit accordé. Cette clause est utilisée par les personnes vivant avec le VIH/sida et des groupes de la société civile qui s'opposent à ce que plusieurs médicaments contre le sida, dont ténofovir et combivir (zidovudine et lamivudine), soient brevetés. Si leur action est couronnée de succès, il sera possible de continuer à produire et à exporter ces médicaments sans avoir à faire face à d'autres obstacles.



CONCLUSIONS

Il y a seulement cinq ans, beaucoup pensaient que l'introduction des thérapies antirétrovirales dans des milieux précaires serait trop coûteuse et trop complexe pour les pays en développement. Pourtant, qu'un million trois cents mille personnes bénéficient d'un tel traitement qui prolonge leur vie démontre l'impact de ces traitements et souligne combien il est impératif d'augmenter le nombre de malades sous traitement.

Si des traitements anti-rétroviraux ont pu être prescrits à une plus grande échelle, c'est surtout grâce à des combinaisons à dose fixe efficaces et à des prix abordables. Mais le coût des traitements augmente régulièrement et les effets secondaires ainsi que la résistance du virus au traitement obligent les patients à rechercher des médicaments plus récents mais aussi plus chers. Il est nécessaire d'agir plus rapidement pour assurer un accès durable aux médicaments de deuxième intention. Ces médicaments sont hors de prix et inaccessibles aux pays les moins développés. Il est donc impératif de permettre l'existence de sources multiples pour les médicaments essentiels. Mais cet objectif ne pourra être atteint sans une forte volonté politique d'éliminer les barrières qui empêchent la concurrence par les médicaments génériques.

Afin de relever les défis qui se posent pour diagnostiquer et traiter le VIH chez les enfants et pour lutter contre la tuberculose – principale cause des décès chez les personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde – il est indispensable d'investir de façon massive dans l'innovation. Et ce, par le biais d'une recherche et développement qui soit solidement fondée sur les réalités et les difficultés que pose le VIH dans les pays moins développés. Dépendre d'un système qui ne prend en compte que les marchés occidentaux pour développer des médicaments revient à lutter contre la maladie avec des outils qui ne sont pas appropriés et, au final, risque de compromettre tous les efforts pour réduire la mortalité due au VIH/sida.

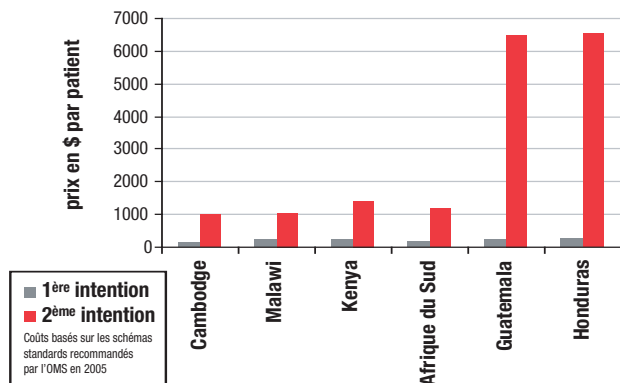
Pour conclure, si l'on veut s'assurer que les traitements soient accessibles à ceux qui en ont le plus besoin, il est indispensable de décentraliser, à partir des capitales urbaines vers les dispensaires ruraux. Ce qui implique, face à la situation actuelle en termes de ressources humaines, de changer d'approche et de ne plus centrer le traitement en ne comptant que sur les seuls médecins. De plus, tout doit être fait pour que le personnel de santé de ces centres reste en poste et que les traitements dispensés gratuitement. L'expérience montre que, même une petite participation provoque plus souvent l'abandon des soins, une moins bonne adhésion au traitement et un taux plus élevé de mortalité. Le coût de ces traitements doit diminuer, notamment en baissant le prix des médicaments et des tests, et en adaptant les programmes au contexte.

Ce document ne couvre qu'une infime partie des défis inhérents à la lutte contre la pandémie du VIH. Nous y avons mis l'accent sur les obstacles les plus pressants et les plus problématiques auxquels MSF est confronté quotidiennement dans ses programmes de soins, partout dans le monde. Si aucune mesure politique urgente n'est prise pour remédier à ces problèmes, il sera difficile d'étendre des traitements à grande échelle. Dans ce cas, les engagements internationaux pour garantir l'accès aux traitements pour tous resteront lettres mortes comme par le passé, telles de vagues promesses qui n'engagent à rien.

Les traitements antirétroviraux de première intention offrant des médicaments plus puissants et faciles à tolérer, comme ceux qui contiennent du ténofovir, sont un outil indispensable à la prestation de soins de qualité. Il est nécessaire qu'ils soient d'un prix abordable et disponibles dans les pays en développement. Car les preuves attestant des effets secondaires graves et durables de certains antirétroviraux de première intention s'accumulent, en particulier en ce qui concerne la stavudine.⁹ L'accès à des traitements de première intention contenant du ténofovir constitue donc une priorité urgente.¹⁰ Or le ténofovir reste très coûteux. Il est introuvable dans la plupart des pays en développement, et ce, bien qu'il soit enregistré aux États-Unis depuis 2001.

L'accès aux médicaments de deuxième intention constitue également une préoccupation grandissante. Selon des données recueillies à Khayelitsha, en Afrique du Sud, et présentées au XVI^e Congrès international sur le sida en août 2006 à Toronto, un patient sur six (16,8 %) a dû passer à un traitement de deuxième intention au bout de 48 mois de traitement.¹¹ Cependant, aux prix actuels, traiter 58 patients avec des médicaments de deuxième intention coûte aussi cher que traiter 550 patients avec des médicaments de première intention. La pénurie de médicaments de deuxième intention est la norme dans les pays en développement (figure 2). Les sociétés pharmaceutiques n'ayant fait aucun effort pour tenter d'enregistrer ou de commercialiser leurs produits dans ces pays, l'approvisionnement est difficile dans bien des cas.¹² Avec la pharmacorésistance qui s'installe peu à peu, la situation risque de devenir catastrophique si rien n'est fait pour la redresser.

FIGURE 2
COÛT DES SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES DE 1^{ère} ET 2^{ème} INTENTION



⁹ Boule A, Van Cutsem G, Coetzee D et al. Durabilité et tolérabilité à 36 mois de traitement aux ARV à Khayelitsha, Afrique du Sud. CROI, Denver, 2006.

¹⁰ TCeux-ci comprennent la toute première combinaison de prise quotidienne unique : ténofovir + emtricitabine + efavirenz, récemment lancée aux USA ; et des combinaisons de ténofovir + lamivudine et efavirenz ou nevirapine, actuellement en cours de développement par des fabricants de génériques.

¹¹ Boule A, Coetzee D., Mathee S., Cragg C., Karsse L. Cinq ans de traitements ARV gratuits dans des milieux pauvres en ressources : l'expérience à Khayelitsha. AIDS 2006, Toronto.

¹² Derche C., Pinheiro E., Pascual F. Comparaison du prix des antirétroviraux de première et de deuxième intention dans des pays à revenus faibles ou moyens. Quel est le rapport avec le coût de production? ICASA, Nigeria, 2005.



Ubuntu (signifie "Ensemble") Clinique intégrée VIH/sida à Khayelitsha, Afrique du Sud
© Mariella Furrer

78 Rue de Lausanne
Case postale 116
1211 Genève 21
Suisse

Médecins Sans Frontières
Bureau International
Tél. + 41 (0) 22 849 84 00

La Campagne pour l'accès
aux médicaments essentiels
Tél. +41 (0) 22 849 8405

www.msf.org

www.accessmed-msf.org

www.msf.ca/sida2006