

Suivre l'élan et le renforcer

Deux ans après le lancement du programme « trois millions de personnes sous antirétroviraux avant la fin 2005 (3 by 5) » et à l'approche de l'échéance, le bilan est partagé : si l'objectif est loin d'être atteint, il a incontestablement animé prises de conscience et mobilisations.

Il y a seulement cinq ans, seuls les malades des pays riches avaient accès aux antirétroviraux (ARV). Dans les pays en développement (PED), des millions de personnes concernées n'avaient aucun espoir d'en bénéficier.

Poussée, entre autres, par les revendications des associations du Nord et du Sud, la communauté internationale a tardivement admis l'idée qu'il fallait combattre le sida de façon globale, en conjuguant traitements, soins et prévention. Fin 2001, l'OMS et l'Onusida ont lancé un défi aux Nations unies : fournir, avant la fin de l'année 2005, un traitement antirétroviral à trois millions de personnes dans 49 pays à faible ou moyen revenu. Comment ce chiffre a-t-il été établi ? En estimant le nombre de personnes séropositives dans chaque pays ainsi que le nombre d'entre elles ayant un besoin immédiat d'ARV et en divisant par deux. L'objectif fixé était donc de parvenir à traiter, *a minima*, la moitié des personnes qui en avaient théoriquement besoin. On peut légitimement s'interroger, et certains n'ont pas manqué de le faire, sur la pertinence de ce chiffre. Un chiffre en effet dérisoire au regard des millions de personnes touchées par le sida dans le monde. Mais pour ceux qui préfèrent voir le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide, il témoignait d'une réelle volonté ; et

mieux vaut trois millions de personnes traitées que quelques milliers, à l'époque, dans les PED.

La stratégie du « 3 by 5 », rendue publique en décembre 2003, a été approuvée par les 192 États membres de l'OMS.

À l'heure du bilan. Nous sommes désormais à la fin de l'année 2005, et l'heure du bilan a sonné. Un bilan mitigé. L'OMS en publiera d'ici peu les résultats officiels. Il est cependant d'ores et déjà certain que l'objectif n'est pas atteint. Dans un rapport d'étape publié en juin dernier, l'Onusida recensait environ un million de séropositifs sous ARV, au lieu des 1,6 million escomptés.

Mais il faut aussi reconnaître les avancées induites par cette initiative. Quatorze des pays cibles ont atteint ou dépassé les objectifs et fournissent le traitement à au moins 50 % de ceux qui en ont besoin. En Afrique subsaharienne, région de loin la plus touchée par la maladie, environ 500 000 personnes bénéficiaient du traitement au mois de juin 2005, soit trois fois plus qu'en juin 2004. D'importants progrès ont été réalisés en Asie : passant de 55 000 à 155 000, le nombre de personnes sous ARV a presque triplé entre juin 2004 et juin 2005. Au cours de cette même période, on a constaté un doublement des bénéficiaires de traitements en

Nombre estimé de personnes recevant un traitement antirétroviral (TARV), de personnes ayant besoin d'un TARV et pourcentage de couverture dans les pays à revenu faible ou moyen en fonction de la région (juin 2005).

région géographique	nombre estimé de personnes recevant un TARV, juin 2005 (estimation basse-estimation haute)	nombre estimé de personnes âgées de 0 à 49 ans ayant besoin d'un TARV, 2005	couverture du TARV, juin 2005 (%)	nombre estimé de personnes recevant un TARV, déc. 2004 (estimation basse-estimation haute)
Afrique subsaharienne	500 000 [425 000-575 000]	4 700 000	11 %	310 000 [270 000-350 000]
Amérique latine et Caraïbes	290 000 [270 000-310 000]	465 000	62 %	275 000 [260 000-290 000]
Asie du Sud, de l'Est et du Sud-Est	155 000 [125 000-185 000]	1 100 000	14 %	100 000 [85 000-115 000]
Europe et Asie centrale	20 000 [18 000-22 000]	160 000	13 %	15 000 [13 000-17 000]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	4 000 [2 000-6 000]	75 000	5 %	4 000 [2 000-6 000]
Total	970 000 [840 000-1 100 000]	6,5 millions	15 %	700 000 [630 000-780 000]

Note : certains chiffres ayant été arrondis, leur somme ne correspond pas à ce qu'elle devrait être. Source : OMS.

Europe orientale et en Asie centrale, leur effectif passant de 11 000 à 20 000. En Amérique latine et aux Caraïbes, les deux tiers des personnes ayant besoin de thérapie y ont accès.

Il y a des raisons d'espérer que la cadence continuera à s'accroître. L'une des réussites du « 3 by 5 » est certainement la prise de conscience qu'il a déclenchée au niveau des gouvernements des pays les plus touchés.

Au mois de juin 2005, les 49 pays identifiés par l'OMS représentaient 87 % de l'ensemble des adultes et enfants vivant avec le VIH dans le monde, 78 % de la mortalité par sida et 89 % des personnes ayant besoin d'un traitement dans les pays à faible ou moyen revenu.

Or 40 de ces pays se sont fixé des objectifs thérapeutiques au niveau national, alors qu'ils n'étaient que 4 en décembre 2003. Beaucoup ont engagé leurs propres ressources. Certains font figure de « bons élèves », comme le Botswana, le Cambodge, le Malawi et la Zambie. Logiquement, les

pays dits « émergents » s'en sortent mieux que les autres. Malheureusement, dans de nombreux pays, souvent les plus pauvres, les conditions indispensables à un large accès aux traitements ne sont toujours pas réunies. Selon l'OMS, 76 % des personnes qui ont encore besoin d'ARV vivent en Afrique subsaharienne et 17 % en Asie. Vingt pays représentent à eux seuls 85 % de la demande non satisfaite.

Il reste encore de nombreux obstacles à surmonter sur le terrain, et la responsabilité des pays riches est engagée. L'argent manque : au moins 18 milliards de dollars de plus par rapport aux fonds annoncés sont nécessaires pour financer la lutte contre le sida dans le monde ces trois prochaines années, en englobant traitements, soins et prévention.

Dans son rapport, l'OMS réitère ses injonctions, très diplomatiques : « *Les donateurs devraient continuer à y consacrer davantage de ressources...* » Ils ne devraient pas. Ils doivent. Il n'y a pas d'alternative.

« Les challenges créent de l'action »

Directeur du département VIH/sida de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

depuis mars 2004, le Dr Jim Yong Kim s'exprime sur le bilan du « 3 by 5 ». Entretien.

L'objectif de trois millions de personnes sous traitement dans les pays en développement (PED) ne sera pas atteint fin 2005. N'était-il pas, dès le départ, trop ambitieux ?

Depuis 2003, les efforts collectifs de nombreux pays et de leurs partenaires internationaux ont généré un véritable élan vers le passage à l'échelle ainsi qu'une augmentation des personnes sous traitement et de la prévention du VIH. Dans les PED, le nombre de patients recevant une thérapie combinée antirétrovirale est passé de 400 000 en décembre 2003 à un million en juin 2005.

Le « 3 by 5 » a prouvé que l'objectif lui-même pouvait déplacer le débat : nous sommes passés de la question de savoir si les ARV pouvaient être disponibles dans des pays aux ressources limitées à la question de quand et, maintenant, comment le faire de la façon la plus efficace. Les doutes qui pouvaient exister sur la faisabilité ont laissé place à des questions plus pratiques, et nous devons désormais nous concentrer sur les problèmes techniques auxquels les gens doivent faire face au quotidien. Le Dr Jong-Wook Lee, directeur général de l'OMS, a déclaré que c'était la première fois qu'une thérapie complexe pour une maladie chronique avait été introduite à un tel niveau dans les PED. Nous sommes encore confrontés à des défis importants, mais nous démontrons chaque jour que ce type de soins peut et doit être disponible.

Même si les freins à l'élargissement sont multiples, quels ont été et quels sont, selon vous, les obstacles les plus importants à l'accès aux ARV dans les PED ?

Même là où il existe une volonté ferme et où les pro-

grammes sont déjà en place, des obstacles subsistent pour passer à la vitesse supérieure. Il y a notamment des doutes sur la durabilité des apports de fonds et le besoin d'un appui technique plus important et mieux coordonné. Il n'y a pas assez d'ARV à dosage simple, faciles à administrer ; il manque des formes pédiatriques au goût agréable pour les enfants. Les systèmes de gestion des médicaments sont souvent déficients : il faut mettre en place des modèles qui rationalisent et standardisent l'acheminement et la livraison des produits de santé. Il faut intégrer la prévention et le traitement du VIH à tous les niveaux des systèmes de santé. Et il est impératif de maintenir les efforts fournis en matière de prévention dans tous les pays, y compris dans ceux où la prévalence est faible.

Pour les PED qui ont rempli, voire dépassé, les objectifs fixés, quels ont été les éléments-clés favorisant la réussite ?

Dans chaque cas, il est évident que le succès est dû à une combinaison de soutiens politiques, techniques et financiers. Les pays où l'on observe les progrès les plus remarquables dans la distribution d'ARV de qualité au plus grand nombre sont ceux qui ont réglé les problèmes à la source, par exemple dans la gestion de l'approvisionnement ou la capacité en ressources humaines, grâce à la formation de personnel de santé non médical pour l'administration efficace et sûre des ARV.

La mise en place de méthodes thérapeutiques simplifiées a permis d'accroître notablement l'accès aux ARV dans plusieurs pays. Certains critiquent cependant