

Éditorial

Accès aux traitements du VIH/Sida dans les pays du Sud

Les défis de la pérennité

Michel Kazatchkine, Jean-Paul Moatti

Réuni à Delhi (Inde) en novembre 2008, le Conseil d'Administration du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme a approuvé, en dépit du contexte actuel de crise financière, des financements à hauteur de 2,75 milliards de dollars US sur deux ans pour les programmes proposés par les pays en réponse à son 8^e appel à projets et évalués comme techniquement réalisables et de qualité par son comité d'experts indépendants. Ce montant sans précédent, près de 2,5 fois supérieur à la moyenne des sept appels antérieurs, porte à un total cumulé de 14 milliards de dollars les sommes allouées par le Fonds, depuis son démarrage en 2002, à la lutte contre les trois grandes pandémies infectieuses qui pèsent sur les pays en développement (PED). À ce jour, la moitié de cette somme a d'ores et déjà été déboursée pour la mise en œuvre effective de programmes dans 140 pays, dont 60 % consacrés à l'accès au traitement et à la prévention du VIH/Sida¹ pour les pays d'Afrique sub-saharienne. De son côté, le programme d'urgence (PEPFAR²), lancé en 2003 par la Présidence Américaine, a engagé 19 milliards de dollars au cours de ses cinq premières années d'existence pour la lutte contre le Sida dans quinze parmi les pays les plus touchés, dont plus de la moitié pour les traitements antirétroviraux. Le niveau global des financements de la lutte contre le Sida a atteint en 2007 10 milliards de dollars, toutes sources confondues, un chiffre qui paraissait inimaginable à l'aube du nouveau siècle, alors qu'il ne dépassait pas quelques centaines de millions [1]. Cette augmentation des efforts ciblés sur une maladie, unique dans l'histoire de la santé publique mondiale, a commencé de porter ses fruits : le seuil des trois millions de personnes bénéficiant d'un traitement efficace du VIH/Sida dans les PED a été dépassé fin 2007.

Longtemps considéré comme utopique par l'écrasante majorité des experts, après qu'il eût été avancé pour la première fois en décembre 1997 à Abidjan par le Président de la République Française, Jacques Chirac, l'objectif d'accès universel aux multithérapies antirétrovirales, qui avaient fait la preuve de leur efficacité dans les pays du Nord, est devenu une priorité unanime de l'Organisation des Nations Unies et de ses pays membres à l'horizon 2010 [2, 3].

Le pari de l'accès universel est cependant loin d'être gagné car il va falloir, dans des délais brefs, multiplier par un facteur deux ou

trois le nombre de personnes ayant accès au traitement, tout en garantissant la pérennité à long terme des programmes.

Pérennité de la disponibilité des médicaments d'abord. Les traitements antirétroviraux dits de « première ligne » sont maintenant accessibles pour moins d'un dollar par jour et par patient dans les pays pauvres, grâce aux politiques de prix différenciés consenties par l'industrie et à la compétition des génériques. À ce niveau de prix des combinaisons thérapeutiques, le coût par année de vie gagnée grâce aux traitements devient inférieur à moins de une à deux fois le produit national brut par habitant, même dans les pays les plus pauvres, ce qui doit, sans aucune ambiguïté, les faire considérer comme coût-efficaces [4]. Il est aussi démontré que la gratuité du traitement au point d'administration des soins est une condition de leur efficacité clinique et du maintien de leur bonne observance par la grande majorité des patients qui vivent justement avec moins de un ou deux dollars par jour [5]. Or, on estime que, chaque année, près de 10 % des personnes traitées devront changer leur traitement initial pour un traitement de « seconde ligne » du fait de résistances acquises par le virus ou d'effets secondaires toxiques. Le coût actuel de ces traitements de seconde ligne demeure de dix à trente fois plus élevé que celui des médicaments de première ligne. Les flexibilités introduites par l'OMC (Organisation Mondiale du Commerce) à Doha³ il y a quatre ans et qui pourraient permettre un accès à des formes génériques de ces médicaments, ne sont toujours pas appliquées [6, 16, 17]. Si les baisses de prix n'affectent pas rapidement les traitements de seconde ligne, les programmes de lutte contre le sida seront confrontés à des choix « tragiques » entre la poursuite à long terme des traitements chez les personnes déjà traitées et la possibilité de débiter de nouveaux traitements chez les nombreux malades pour lesquels c'est une nécessité. Les principaux financeurs internationaux (Fonds Mondial, PEPFAR, UNITAID) se doivent d'utiliser leur « pouvoir de marché » pour faciliter une telle dynamique de baisse de coût.

Pérennité des systèmes de santé ensuite. Certains experts persistent à opposer les programmes, qu'ils qualifient de « verticaux », de lutte contre le Sida au renforcement d'ensemble des systèmes de soins [7, 8], alors que l'évidence, récemment rappelée par la Directrice Générale de l'OMS, démontre le « caractère complémentaire » des deux démarches [9]. D'ores et déjà, un tiers des financements du Fonds Mondial est consacré à des composantes du

¹ VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

² *President's Emergency Plan for Aids Relief*.

³ Cycle de négociations de Doha (Qatar).

système de santé (infrastructures, équipement des laboratoires, formation et rémunération des personnels, etc.), voire à la mise en place d'une couverture prudentielle du risque maladie comme c'est le cas au Rwanda, dont bénéficie l'ensemble de la population, bien au-delà des seuls patients touchés par le Sida. Surtout, en contribuant à réduire la morbidité et la mortalité [10], et l'encombrement des services de soins liés au Sida (dans certains pays africains, plus de la moitié des lits hospitaliers sont occupés par les personnes infectées par le VIH), l'accès au traitement permet de libérer des ressources que le système de santé peut consacrer à d'autres tâches. Comme une multitude de travaux empiriques l'ont montré, il permet aussi de restaurer la productivité des entreprises et des branches économiques dont la main d'œuvre est fortement affectée par l'épidémie due au VIH/Sida [11]. Les modèles les plus récents suggèrent même que l'impact cumulé de l'épidémie peut entraîner certaines économies dans une véritable « trappe épidémiologique » mettant en danger leur croissance à long terme et ils apportent une justification macro-économique au financement massif de l'accès au traitement [12].

Pérennité à long terme des financements. Aujourd'hui, la vie des personnes traitées dans les PED dépend de l'aide internationale : dans la plupart des pays d'Afrique, plus de la moitié des dépenses de santé liées au Sida sont directement assurées par les bailleurs internationaux. Cette dépendance va persister, d'autant plus que l'épidémie ne sera pas affectée dans sa dynamique tant que le nombre de nouvelles infections dépassera de loin, comme c'est le cas actuellement, celui des personnes accédant au traitement, et tant que la grande majorité des personnes infectées ne se sauront pas séropositives. L'effort de prévention implique aussi des efforts massifs, en synergie avec la capacité que déploieront les programmes de traitement à casser la chaîne de transmission du VIH et à baisser la charge virale dans la population déjà infectée [13]. Selon l'ONUSIDA, l'objectif d'accès universel à la prévention et au traitement suppose au minimum 20 milliards de dollars par an, soit le double des ressources actuelles [14]. Des mécanismes pérennes de financement sont nécessaires, tant à l'échelle nationale dans les pays pauvres qu'à l'échelle internationale. La France a donné l'exemple, suivi par 29 pays, en instaurant une taxe sur les billets d'avion pour financer la mise en place d'UNITAID qui contribue à faciliter l'accès aux médicaments et produits de santé essentiels. D'autres initiatives émanent du secteur privé et même des marchés financiers. La poursuite et l'augmentation des engagements des pays donateurs, c'est-à-dire en dernière analyse des citoyens et des contribuables de ces pays, pour la solidarité active avec les populations des PED demeurent néanmoins essentielles.

Sur fond de crise mondiale, pour garantir la mobilisation des ressources indispensables, il faut donc assurer une dernière pérennité, la plus essentielle de toutes. C'est celle de la mobilisation des personnes atteintes elles-mêmes, relayée par les sociétés civiles, la communauté scientifique, les organisations non gouvernementales, l'Organisation des Nations Unies, et tous les acteurs de la lutte contre l'épidémie [15]. En tant que mécanisme financier fondé sur une évaluation scientifique rigoureuse des projets et surtout des performances des programmes qu'il soutient, le Fonds mondial contribue à la crédibilité internationale d'une telle mobilisation. ♦

**Access to treatment of HIV/AIDS
in the South: the challenges of sustainability**

RÉFÉRENCES

1. UNAIDS, WHO. *AIDS Epidemic update 07*. Geneva: UNAIDS, December 2007.
2. United Nations General Assembly Special Session (UNGASS). *Political declaration on HIV/AIDS*. Resolution 60/262 adopted by the General Assembly, June 2nd 2006. New York: United Nations, 2006.
3. Moatti JP, N'Doye I, Hammer SM, et al. Antiretroviral treatment for HIV infection in developing countries: an attainable new paradigm. *Nat Med* 2003; 9 : 1449-52.
4. Moatti J P, Marlink R, Lucchini S, Kazatchkine M. Universal access to HIV treatment in developing countries: going beyond the misinterpretations of the cost-effectiveness algorithm. *AIDS* 2008; 22 (suppl 1) : S59-66.
5. Souteyrand Y, Collard V, Moatti JP, et al. Free care at the point of service delivery: a key component for reaching universal access to HIV/AIDS treatment in developing countries. *AIDS* 2008; 22 (suppl 1) : S161-68.
6. Orsi F, D'Almeida C, Hasenclever L, et al. TRIPS post-2005 and access to new antiretroviral treatment in southern countries: issues and challenges. *AIDS* 2007; 21 : 1-7.
7. Garrett L. The wrong way to fight AIDS. *International Herald Tribune*. July 30, 2008. (<http://www.ihf.com/articles/2008/07/30/opinion/edgarrett.php>).
8. Jaffe HW. Universal access to HIV/AIDS treatment. *JAMA* 2008; 300 : 573-5.
9. Chan M. *HIV/AIDS: Universal action now*. Address of the Director General of WHO at the opening of the 17th International AIDS Conference. Mexico City, Mexico, 3 August 2008. (<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20080803/en/index.html>)
10. Braitstein P, Brinkhof MWG, Dabis F, et al. Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 2006; 367 : 817-24.
11. Booyens FR, Arntz T. The methodology of HIV/AIDS impact studies. A review of current practices. *Soc Sci Med* 2003; 56 : 2391-405.
12. Ventelou B, Moatti JP, Videau Y, Kazatchkine M. Time is costly: modelling the macroeconomic impact of scaling-up antiretroviral treatment in sub-Saharan Africa. *AIDS* 2008; 22 : 107-13.
13. Granich RM, Gilks CF, Dye C, et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet* 2008, online.
14. UNAIDS. *Financial resources required to achieve universal access to HIV, prevention, treatment, care and support*. Geneva, September 2007.
15. Eboko F. Sida : des initiatives locales sous le désordre mondial. *Esprit* 2005; 317 : 200-11.
16. Chneiweiss H. Chroniques bioéthiques (5). Sur les rivages de la misère. Épisode 1 : le marché des médicaments essentiels. *Med Sci (Paris)* 2003; 19 : 892-4.
17. Chneiweiss H. Chroniques bioéthiques (9). La nouvelle guerre des mondes. *Med Sci (Paris)* 2005; 21 : 328-9.



M. Kazatchkine

Directeur Exécutif du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, Genève, Suisse.

J.P. Moatti

Professeur d'Économie de la Santé,
Université de la Méditerranée, UMR 912 Inserm/IRD,
Marseille, France.

14, rue Puvis de Chavannes,
13231 Marseille Cedex 01, France.

jean-paul.moatti@inserm.fr

TIRÉS À PART

M. Kazatchkine
et J.P. Moatti