

## Déclaration d'économistes, d'experts en santé publique et d'acteurs politiques sur la gratuité de la prise en charge médicale du VIH/sida<sup>2</sup>

Nous, économistes, experts en santé publique et acteurs politiques impliqués dans la lutte contre le sida, nous mobilisons pour le changement d'échelle de l'accès aux soins, incluant les ARV, pour les personnes vivant avec le VIH, dans l'objectif d'un accès universel. Nous considérons que c'est là une décision économique rationnelle et une priorité absolue.

Nous sommes convaincus que la *gratuité pour tous* d'un ensemble minimum de soins incluant les ARV au sein du système de santé publique est un préalable pour que les programmes de prise en charge médicale changent d'échelle, soient équitables et efficaces, et fournissent une prise en charge de qualité.

Nous estimons que cet ensemble de soins doit inclure les tests de dépistage du VIH, la prévention et la prise en charge médicale des infections opportunistes, tous les examens biologiques associés, les frais de consultation et d'hospitalisation et les ARV.

Nous considérons que l'OMS, l'ONUSIDA, les gouvernements des pays à ressources limitées et les bailleurs de fonds internationaux – notamment le Fonds Mondial, la Banque Mondiale, PEPFAR et les agences de coopération bilatérales – doivent adopter et promouvoir activement le principe d'un accès *gratuit* et universel à la prise en charge médicale (incluant les ARV) et contribuer à sa mise en oeuvre.

Nous préconisons la mobilisation de ressources additionnelles par des engagements à long terme. Ces ressources devraient provenir principalement des bailleurs de fonds, avec la contribution d'autres partenaires. Les gouvernements des pays à ressources limitées devraient affecter leurs ressources nationales de façon appropriée, montrant ainsi leur volonté d'atteindre cet objectif.

Nous nous engageons à promouvoir le principe de la gratuité de la prise en charge médicale et à contribuer à le mettre en oeuvre. Sans quoi l'universalité de l'accès aux soins restera une utopie.

1. Gratuité en 2005

2. Traduction de la version originale de la déclaration écrite en anglais.

## Introduction

La nécessité de proposer une prise en charge médicale, en particulier des programmes d'accès aux ARV, aux personnes vivant avec le VIH dans les pays à ressources limitées, fait aujourd'hui consensus.

En juin 2001, la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida a adopté à l'unanimité une Déclaration d'Engagement qui reconnaît que « l'efficacité de la prévention, des soins et de la prise en charge médicale exigera des changements de comportements et une disponibilité accrue et un accès non-discriminatoire (...) aux médicaments, y compris les thérapies antirétrovirales, examens diagnostiques et technologies associées »<sup>3</sup>.

En 2004, le consensus des économistes de Copenhague a identifié la lutte contre le sida comme la première priorité pour améliorer le bien-être général, justifiant ce choix par le fait que « l'ampleur et l'urgence du problème – particulièrement en Afrique où le sida menace des sociétés entières d'effondrement – sont extrêmes »<sup>4</sup>. Le Consensus accorde la plus haute priorité à la prévention du VIH/sida. Nous affirmons que la prise en charge médicale est essentielle pour éviter « l'effondrement des sociétés » vu le nombre de personnes déjà infectées.

L'accès aux soins est justifié par des arguments économiques et par le respect des droits de l'Homme. Les sociétés vont à la catastrophe si nous ne le mettons pas en oeuvre.

**Nous, économistes, experts en santé publique et acteurs politiques impliqués dans la lutte contre le sida, nous mobilisons pour le changement d'échelle de l'accès aux soins, incluant les ARV, pour les personnes vivant avec le VIH, dans l'objectif d'un accès universel. Nous considérons que c'est là une décision économique rationnelle et une priorité absolue.**

L'OMS a fixé pour objectif que trois millions de personnes aient accès aux traitements à la fin de l'année 2005. Bien sûr, des questions essentielles se posent avec le changement d'échelle de l'accès aux soins. Les débats concernant le coût, les acteurs et les modalités de cette initiative sont en cours, et nous avons encore beaucoup à apprendre. Comment ces programmes peuvent-ils améliorer la fréquentation des structures de santé ? Comment peuvent-ils atteindre les populations les plus pauvres et les plus vulnérables<sup>5,6</sup> ? Comment peuvent-ils parvenir à un haut degré d'observance afin d'éviter l'apparition de résistances ?

Certes, nous faisons face à de nombreuses questions, mais nous avons aussi des certitudes. Cette déclaration expose un principe que nous devrions tous adopter et mettre en oeuvre : **le principe de la gratuité d'un ensemble minimum de soins complet pour toutes les personnes vivant avec le VIH.**

## Y a-t-il des recommandations internationales en matière de gratuité ou d'accessibilité de la prise en charge médicale ?

La stratégie de l'OMS « Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005 – Comment y parvenir » publiée en 2003 recommandait que les ARV soient « accessibles ». Si le document précise de façon implicite que les médicaments devraient être gratuits pour les démunis, la signification réelle de l'accessibilité et la définition de la pauvreté n'y sont pas précisées<sup>7</sup>.

La révision 2003 des recommandations thérapeutiques de l'OMS<sup>8</sup> affirme qu'il faudrait « dispenser les médicaments gratuitement à ceux qui auront le moins facilement accès au traitement à travers des subventions ou d'autres stratégies de financement », sans préciser qui sont ces patients.

En novembre 2003, la réunion de Lusaka avait pour objectif de définir des recommandations techniques et opérationnelles pour le changement d'échelle ; ses participants ne sont pas parvenus à un consensus sur la gratuité des

ARV. Le rapport indique que « la plupart des participants considéraient que les ARV devaient être dispensés gratuitement aux personnes recevant le traitement, avec une minorité de participants mettant en garde contre le fait que cela soit inscrit comme principe »<sup>9</sup>.

En janvier 2004, une consultation de l'OMS concluait que « des stratégies devraient être développées pour dispenser les ARV gratuitement à ceux qui ont le moins de moyens (...). Cependant, si les systèmes de recouvrement des coûts s'avèrent inefficaces ou limitent l'accès aux soins, la dispensation gratuite pour tous devrait être envisagée »<sup>10</sup>.

**Les questions relatives à l'accessibilité, l'identification des bénéficiaires et les modalités de la gratuité de la prise en charge dans les pays à ressources limitées ne sont pas clairement abordées au niveau international.**

3. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, "Declaration of commitment on HIV/AIDS", A/RES/S-26/2, 27 juillet 2001, article 23 p.4.

4. [http://www.copenhagencensus.com/Files/Filer/CC/Press/UK/copenhagen\\_consensus\\_result\\_FINAL.pdf](http://www.copenhagencensus.com/Files/Filer/CC/Press/UK/copenhagen_consensus_result_FINAL.pdf)

5. Holmes, Wendy, "3 by 5, but at what cost" dans le *Lancet*, vol 363 27 mars 2004, pp 1072 – 1073.

6. Mukherjee, Joia, "Basing treatment on rights rather than ability to pay", dans le *Lancet*, vol 363 27 mars 2004, pp 1071 – 1072.

7. « L'introduction du traitement antirétroviral a été plus lente que prévue dans certaines situations à forte prévalence ce qui semble indiquer qu'il faut non seulement mettre des services de traitement antirétroviral à disposition de ceux qui en ont besoin en les rendant accessibles et abordables mais aussi stimuler la demande » et « il s'agit de mettre au point des mécanismes de financement durables qui évitent de réclamer aux pauvres une participation aux frais » dans « Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005 – Comment y parvenir », la stratégie de l'OMS, OMS, Genève, 2003, page 9 et 10.

8. "Scaling up ARV therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach", OMS, Genève, 2003, page 34.

9. "Emergency scale up of antiretroviral therapy in resource limited settings : technical and operational recommendations to achieve three by five", Rapport de la réunion OMS / ONUSIDA de Lusaka, Zambie, 18-21 novembre 2003 p.8.

10. "Strategies should be developed to provide ART free at the point of delivery to those who cannot afford it (...). However, if cost recovery schemes prove inefficient or obstructive to access, free delivery to all should be considered" dans "Consultation on ethics and equitable access to treatment and care for HIV / AIDS", Summary of issues and discussions, WHO/UNAIDS, Genève, 26-27 Janvier 2004, p.3.

## La situation actuelle : de nombreux patients doivent financer leurs soins

Les premiers programmes mis en place, comme en Ouganda, demandaient aux patients de payer l'intégralité du coût du traitement<sup>11</sup>. Aujourd'hui il existe une grande variété de programmes et de modalités d'accès aux traitements ; le Brésil, l'Ouganda et le Venezuela dispensent gratuitement les thérapies ARV, démontrant du même coup la faisabilité de la gratuité. En 2004, la Thaïlande a annoncé que les ARV seraient dispensés gratuitement. D'autres pays, comme l'Afrique du Sud, commencent à mettre en œuvre des programmes d'accès aux ARV où tous les besoins médicaux devraient être pris en charge.

Dans la plupart des pays à ressources limitées, cependant, l'accès aux soins n'est pas gratuit.

Au Sénégal, les ARV, la numération des CD4 et la charge virale sont gratuits, mais d'autres examens biologiques requis pour initier le traitement ARV<sup>12</sup> sont payants et constituent un obstacle majeur à l'accès aux ARV. Les examens et traitements des infections opportunistes sont également payants ; certains patients, qui pourraient avoir gratuitement accès aux médicaments ARV, ne pouvant payer ni les tests préalables ni les traitements des infections opportunistes, en meurent.

Dans d'autres pays, les ARV sont fortement subventionnés, mais une contribution mensuelle est demandée aux patients ; au Burkina Faso, les patients devraient contribuer à hauteur de 8 000 francs CFA par mois (12 euros) ; au Cameroun, le coût actuel pour les patients se situe entre 15 000 et 28 000 FCFA (entre 23 et 43 euros)<sup>13</sup> ; le Niger, dans sa proposition au Fonds Mondial, prévoit une participation comprise entre 8 000 FCFA (12 euros) et 75 000 FCFA (114 euros) en fonction du niveau de revenu des patients.

Le coût des médicaments contre les infections opportunistes, des examens de laboratoire, des consultations et hospitalisations, doit encore être ajouté à ces montants.

Au Sénégal, les dépenses de santé à la charge des patients sous traitement ARV ont été évaluées en moyenne à 5 200 FCFA par mois (7,9 euros)<sup>14</sup>, soit 95 euros par an, sans compter les ARV. L'Agence Nationale de Recherche sur le sida (ANRS) française, a estimé que la somme de 150 euros par an et par patient était nécessaire pour couvrir toutes les dépenses médicales, hors ARV et CD4<sup>15</sup>.

Ces exemples donnent une idée, imprécise toutefois, du poids des dépenses de santé dans le budget des patients et de leur famille.

## Pourquoi la gratuité des soins est-elle nécessaire ?

La participation des malades aux dépenses de santé pose de nombreux problèmes, plus aigus encore dans le cas du VIH. C'est pourquoi la prise en charge médicale gratuite du VIH/sida se justifie par de nombreux arguments de santé publique et éthiques.

### Le recours aux structures de santé

Afin de toucher un nombre important de personnes, dont la plupart vit en dessous du seuil de pauvreté, et d'atteindre l'objectif de l'initiative 3x5, le traitement devra être gratuit. Il est irréaliste d'imaginer que les programmes de prise en charge puissent changer d'échelle sans cela. La gratuité des soins est un préalable à la réalisation de l'accès universel.

### L'équité

Des recherches montrent que, même si la contribution demandée aux patients pour les ARV est faible, certains patients n'y ont pas accès parce qu'ils ne peuvent pas assumer ces coûts<sup>16</sup>. Prodiger des soins gratuitement améliorera l'accès des plus démunis.

Nous avons pleinement conscience que la gratuité des traitements du VIH ne suffira pas pour parvenir à l'équité des programmes et qu'il restera encore beaucoup à faire, notamment pour la prise en compte des besoins des groupes les plus vulnérables. Mais la gratuité des soins est un préalable à la réalisation de l'équité.

### L'efficacité

Les recherches menées au Sénégal montrent que les principales causes de non-observance sont les difficultés financières qui ont conduit à des interruptions de traitement<sup>17</sup>. Au Kenya, des

patients ont dû interrompre leur traitement faute d'argent<sup>18</sup>. Or l'observance doit être élevée pour éviter la survenue de résistances virales et assurer une efficacité à long terme pour le patient. La dispensation gratuite des traitements permettra une meilleure observance.

En outre, la gratuité des médicaments est le meilleur moyen de réduire la demande d'antirétroviraux sur le marché informel, leur mauvaise utilisation et les résistances virales qui en découlent, et de réduire le nombre de personnes ainsi perdues de vue. Enfin, la participation des patients aux frais de santé repousse leur quête de soins alors que, idéalement, les patients séropositifs doivent se présenter à un stade précoce de la maladie pour optimiser l'efficacité du traitement. La dispensation gratuite des soins contribuera à l'observance et à l'efficacité des traitements aux niveaux individuel et collectif.

### La qualité

La participation des patients au coût des soins peut avoir d'autres conséquences négatives : des examens diagnostiques ne sont pas réalisés car les patients n'en ont pas les moyens ; les soins prodigués aux malades hospitalisés sont repoussés jusqu'à ce qu'ils puissent financer des examens ou des soins complémentaires. La gratuité des soins en améliorera la qualité et réduira le délai de leur dispensation.

**Nous sommes convaincus que la gratuité des soins est un préalable pour que les programmes de prise en charge médicale changent d'échelle, soient équitables et efficaces et fournissent une prise en charge de qualité.**

11. Katabira, Ely. (1997). « Les traitements antirétroviraux en Ouganda » dans OMS, *Les incidences des traitements antirétroviraux : Consultation informelle*, édité par Eric van Praag, Susan Feryak, et Alison Martin Katz, 119-124. Genève: OMS.

12. Les examens permettant de détecter une anémie et d'évaluer le fonctionnement du foie et des reins

13. Communication de Laura Ciaffi, MSF, sur la liste de diffusion e-med le 21 juin 2004.

14. Ceci inclut les coûts médicaux directs (coût des consultations, examens biologiques et radiologiques, hospitalisations et médicaments contre les infections opportunistes) et les frais de transport. Canestri, Ana (2002).

15. Ceci inclut le cotrimoxazole, la prophylaxie anti-tuberculeuse, les hospitalisations, les tests diagnostiques et le traitement des infections opportunistes sous réserve que les médicaments soient inscrits sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS – Voir la charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement, ANRS, mai 2002, <http://www.anrs.fr/index.php/article/articleview/695/1/127>

16. Desclaux Alice, "Equity in access to aids treatment in Africa : pitfalls among achievements", dans *Unhealthy Health initiatives : a critical anthropological examination*. Castro A, Singer M. (eds), Altamira Press, Sept 04.

17. Lanièce, Isabelle et al. "Adherence to HAART and Its Principal Determinants in a Cohort of Senegalese Adults." *AIDS* 17, supp. 3: S103-S108.

18. Aids Patient quitting treatment", *African Woman and Child Feature Services* (Nairobi), All africa.com, envoyé le 30 septembre 2004.

## Les soins doivent-ils être gratuits pour tous ?

Certains pays demandent une participation aux patients, à l'exception des plus démunis ou de certaines populations qui ont accès gratuitement au traitement. L'OMS recommande la gratuité seulement pour les plus démunis<sup>19</sup>. Mais cette approche n'est pas équitable et ne permet pas non plus une utilisation rationnelle de ressources humaines limitées dans de nombreux contextes.

### Les pauvres constituent la majorité

Dans les pays à revenus limités, les plus pauvres ne constituent pas une minorité ! Au Sénégal, 60% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté ; au Botswana c'est 50,1% de la population, en Chine 47,3%, en Inde 79,9%, en Côte d'Ivoire 49,4%, au Nigeria 90,8% et en Ouganda 96,4%<sup>20</sup>. Si la vaste majorité de la population a droit à la gratuité, comment justifier un système d'exemptions qui sera coûteux à mettre en œuvre ?

### La participation financière aux soins accroît la vulnérabilité

Des recherches menées par des économistes montrent que le sida provoque un appauvrissement<sup>21</sup>. Le sida accroît les inégalités et les ménages touchés tombent dans une grande pauvreté. Au Kenya, la mort d'un chef de famille est associée à une baisse de 68% de la récolte familiale. Dans la province de Free State en Afrique du Sud, les dépenses alimentaires par personne étaient inférieures de 23 et 32% dans les ménages affectés en milieu urbain et rural par rapport aux ménages non affectés.

La mort et la maladie coûtent cher et exacerbent la pauvreté. Les personnes vivant avec le VIH sont généralement diagnostiquées après une longue quête thérapeutique qui a mobilisé toutes leurs ressources (et celle de leur famille au sens large) ; il leur est alors difficile de mobiliser des ressources supplémentaires. Au sein des ménages affectés, l'argent est consacré aux dépenses de santé des personnes vivant avec le VIH aux dépens d'autres utilisations telles que les dépenses de santé d'autres membres de la famille, l'éducation des enfants ou l'investissement<sup>22</sup>. Même pour des maladies qui requièrent des soins simples et peu onéreux, il a été montré qu'une participation accrue des patients aux dépenses de santé a conduit des familles dans la pauvreté et a accentué la précarité des ménages déjà pauvres.

Demander aux patients de payer leur traitement va accroître la vulnérabilité économique des ménages affectés et accroître l'impact dévastateur du sida.

### L'équité ne peut pas être obtenue avec des exemptions

Les exemptions pour les pauvres sont difficiles à mettre en œuvre et peuvent conduire à des décisions arbitraires quant aux bénéficiaires. La définition même de la pauvreté peut être arbitraire. Puis, quand une définition a été adoptée, l'évaluation du revenu des personnes est très difficile, en particulier dans des contextes économiques où le secteur informel domine. Des études récentes ont montré que des systèmes incluant exemptions ou dérogations ne sont pas équitables parce que ces exemptions sont rarement offertes aux patients qui en auraient besoin et y auraient droit<sup>23</sup>. Enfin, ces systèmes peuvent aussi favoriser la corruption. Ces observations remettent en cause la capacité des systèmes fondés sur la « discrimination positive » en fonction du revenu, à assurer l'équité dans l'accès aux traitements.

Une autre possibilité est d'identifier des groupes spécifiques, comme les personnes appartenant à des associations de personnes vivant avec le VIH ou les femmes incluses dans les programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. De telles décisions, qui ne sont pas fondées sur l'évaluation de la capacité à payer des individus, sont arbitraires et ne répondent pas aux besoins des populations les plus pauvres et les plus vulnérables.

### Les systèmes d'exemptions et de dérogations n'ont pas un bon rapport coût-efficacité

Enfin, le processus qui permet de définir qui aura ou n'aura pas accès gratuitement au traitement est consommateur de ressources : il requiert du temps, de l'argent et des ressources humaines, pour collecter des sommes relativement faibles. Les ressources humaines limitées pourraient être utilisées à d'autres fins (appui à l'observance, recherche des perdus de vue, etc.). De plus, le patient peut décéder ou être perdu de vue pendant ce processus. Contrairement à l'idée que les soins gratuits « seraient difficiles à mettre en œuvre dans de nombreux systèmes de santé »<sup>24</sup>, nous pensons que prodiguer des soins gratuits à tous les patients sera plus facile et d'un meilleur rapport coût-efficacité.

**Pour toutes ces raisons, nous pensons que les traitements doivent être dispensés gratuitement à toutes les personnes vivant avec le VIH, quelle que soit leur situation socio-économique.**

19. "Scaling up ARV therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach", OMS, Genève, 2003, page 34.

20. The World Development Indicators, the World Bank, 2003. Le seuil de pauvreté est défini à 2 \$ par jour.

21. Basia Zaba, Alan Whiteside and J. Ties Boerma, Demographic and socioeconomic impact of AIDS: taking stock of the empirical evidence, AIDS 2004, 18 (suppl 0):1-7.

22. The World Development Indicators, the World Bank, 2003. Le seuil de pauvreté est défini à 2 \$ par jour.

23. Basia Zaba, Alan Whiteside and J. Ties Boerma, Demographic and socioeconomic impact of AIDS: taking stock of the empirical evidence, AIDS 2004, 18 (suppl 0):1-7.

24. Desclaux Alice, "Equity in access to aids treatment in Africa: pitfalls among achievements", in *Unhealthy Health initiatives: a critical anthropological examination*. Castro A, Singer M. (eds), Altamira Press, Sept 04.

25. Desclaux Alice, "Equity in access to aids treatment in Africa: pitfalls among achievements", in *Unhealthy Health initiatives: a critical anthropological examination*. Castro A, Singer M. (eds), Altamira Press, Sept 04.

26. Emergency scale up of antiretroviral therapy in resource limited settings : technical and operational recommendations to achieve three by five, rapport de la réunion OMS / ONUSIDA de Lusaka, Zambie, 18-21 novembre 2003, p.8.

## Quels sont les principaux arguments contre la gratuité et pourquoi ne sont-ils pas recevables ?

« *Les gens doivent payer pour accorder de la valeur au traitement et être observants* »

Les études conduites au Sénégal montrent exactement le contraire : plus les patients doivent payer, moins ils sont observants, car de nombreuses interruptions de traitement surviennent à cause de problèmes financiers. Cela a conduit le Président du Sénégal à rendre les ARV gratuits pour tous en décembre 2003.

« *Il ne doit pas y avoir d'exception pour le sida* »

Un des principaux arguments contre la gratuité dans le domaine du VIH est fondé sur le principe que ce qui ne peut pas être fait pour tous ne doit pas être fait du tout. Trois arguments peuvent être opposés à ce principe :

(1) De fait, le sida fait exception comme l'a affirmé le Secrétaire Général des Nations Unies, Kofi Annan : « le VIH/sida est la pire épidémie que l'humanité ait jamais affrontée. Elle s'est répandue plus largement, plus rapidement et avec des conséquences à long terme plus catastrophiques que toute autre maladie. Son impact est devenu un obstacle dévastateur au développement »<sup>25</sup>. Le caractère exceptionnel de l'épidémie justifie le caractère exceptionnel de la réponse. Le Directeur Général de l'OMS, Lee Jong-Wook, affirme que : « l'insuffisance de l'accès aux traitements antirétroviraux est une urgence médicale mondiale... Pour dispenser les traitements antirétroviraux aux millions de personnes qui en ont besoin, nous devons changer notre façon de penser et notre façon d'agir. »

(2) D'autres pathologies sont prises en charge gratuitement dans divers pays (la tuberculose et la lèpre par exemple) si la santé publique le justifie.

(3) En ce qui concerne l'équité, « le plus petit dénominateur commun » ne doit pas être la règle. Ce n'est pas parce que nous ne pouvons prodiguer des soins gratuits immédiatement pour toutes les pathologies, que nous ne devons pas prodiguer des soins gratuits pour le plus grand nombre de pathologies possibles.

« *La contribution des patients est nécessaire à la pérennisation des programmes d'accès aux traitements* »

Certaines personnes estiment que la contribution des patients est importante pour garantir la pérennisation des

programmes d'accès aux traitements. Pourtant il est improbable que cette contribution soit importante au regard de l'ensemble des coûts dans les pays à ressources limitées. L'expérience sénégalaise montre que 10% seulement du coût des médicaments était payé par les patients, et ceci ne tient pas compte d'autres coûts tels que ceux du personnel médical, des formations, du service social, etc. Le seul moyen de garantir la pérennisation est d'obtenir des engagements à long terme des bailleurs de fonds et une affectation appropriée des ressources nationales.

« *Le système de santé va être débordé par les personnes affluant d'autres pays* »

En Guyane française (Amérique du Sud), des patients traversent les frontières en quête de traitement. Il semble que cela soit aussi le cas au Botswana. C'est pourquoi la question de l'équité doit être traitée aux niveaux régional et international : des initiatives d'accès aux traitements comparables sur le plan régional sont un moyen d'éviter ces mouvements de population.

« *La participation financière permet d'éviter une consommation excessive de soins de santé* »

Cet argument est fondé sur l'expérience des pays riches – où la demande de soins est illimitée. Nous avons peu de signes d'une « consommation excessive » dans les pays pauvres. Par ailleurs, *veut-on* limiter la prise en charge médicale du sida ? Précisément non : l'enjeu est justement de parvenir à améliorer le recours aux traitements ARV.

Par exemple, en Zambie, 4 000 patients seulement étaient sous traitement à la fin de l'année 2003 alors que le programme prévoyait la prise en charge de 10 000 personnes. Une des raisons pourrait en être le coût des examens de laboratoire requis pour initier le traitement (70\$ pour la charge virale et la numération des CD4 prescrits par les médecins) et le coût des ARV (10\$ par mois)<sup>26</sup>. Au Kenya, le coût des tests de laboratoire est un obstacle à l'inclusion dans le programme<sup>27</sup>.

**Ainsi, les arguments opposés à la gratuité des soins ne résistent pas à l'analyse.**

## Quels sont les soins qui doivent être gratuits ?

Pour que la prise en charge médicale soit gratuite, il faut que la gratuité aille au-delà des seuls médicaments. Il importe de définir ce qui doit être gratuit par des recherches approfondies, une réflexion et des recommandations internationales. A ce stade, nous proposons un ensemble minimum de soins qui devrait être disponible gratuitement au sein du système de santé publique.

Il doit inclure :

- les tests de dépistage du VIH
- les consultations avec le personnel médical
- les examens de laboratoire (suivant les recommandations de l'OMS ou les recommandations nationales si elles sont plus larges)

- les hospitalisations
- le traitement des infections opportunistes courantes
- les traitements prophylactiques
- les antirétroviraux

Nous reconnaissons que des choix devront être faits. Par exemple, dans de nombreux pays aujourd'hui, une ou deux combinaisons d'ARV seulement sont disponibles ; peu d'examens de laboratoires sont utilisés, etc. Mais ces choix pourront être révisés en fonction des changements de prix et des améliorations technologiques<sup>28</sup>.

25. Kofi Annan, Secrétaire Général des Nations Unies, communiqué de presse du 15 janvier 2004.

26. "Access to Treatment and ARV Uptake in Zambia", Namposya Nampanya-Serpell, Plusnews, 11 mai 2004.

27. "Aids Patient quitting treatment", African Woman and Child Feature Services (Nairobi), All africa.com, envoyé le 30 Septembre 2004.

28. L'économiste John Kenneth Galbraith disait « Quand les données changent, je change d'opinion. Que faites-vous ? ».

## Qui financera ?

Le coût total de l'initiative 3 x 5 se situe entre 5,4 et 6,4 milliards de dollars pour 2004 et 2005<sup>29</sup>. ONUSIDA estime que le budget nécessaire pour les soins et le traitement en 2005 est de 3,8 milliards de dollars, et atteindra 6,7 milliards de dollars en 2007<sup>30</sup>. Ces montants ne seront pas modifiés par la mise en œuvre de la gratuité.

La contribution des patients est marginale par rapport au coût global des programmes, car leur capacité financière est très limitée dans un contexte de pauvreté généralisée. Pour cette raison, la mise en œuvre de la gratuité ne changera pas radicalement le niveau de contribution des financeurs (bailleurs de fonds, gouvernements, ...).

Le financement de la réponse à l'épidémie de sida est un enjeu majeur, mais il ne sera pas plus important si les soins sont gratuits.

**Nous notons avec beaucoup d'inquiétude que le déficit de financement pour fournir un paquet de soins complet était de plus de 2,5 milliards de dollars pour**

**les années 2004 et 2005<sup>31</sup> en décembre 2003 et qu'il augmentera dans les années à venir.** C'est pourquoi nous demandons aux bailleurs de fonds internationaux et aux différents partenaires de financer l'ensemble minimum de soins par des engagements à long terme.

Par ailleurs, nous attendons des pays à ressources limitées qu'ils contribuent de façon adéquate. En avril 2001, à Abuja, les dirigeants africains se sont engagés à allouer 15% des dépenses publiques à la santé. La première conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine, à Tripoli en avril 2003, a approuvé la stratégie de santé du NEPAD, qui confirme les objectifs d'Abuja et vise à développer les programmes de contrôle des maladies transmissibles. Les dirigeants africains ont souscrit à ces engagements et doivent maintenant s'assurer qu'ils sont mis en œuvre.

**La mise à disposition de soins gratuits doit être le fruit d'un partenariat entre tous les acteurs concernés, qui, tous, ont des responsabilités.**

## Conclusion

Afin d'atteindre les objectifs de changement d'échelle, d'équité, d'efficacité et de qualité des soins, nous devons aller au-delà de concepts et valeurs qui résultent de décennies de politiques de santé publique fondée sur la participation des patients aux dépenses de santé. Bien sûr, la tâche est importante, et un programme de recherche doit être développé. Mais commençons par un consensus sur ce qui n'est pas négociable.

**Nous sommes convaincus que la gratuité pour tous d'un ensemble minimum de soins incluant les ARV au sein du système de santé publique est un préalable pour que les programmes de prise en charge médicale changent d'échelle, soient équitables et efficaces, et fournissent une prise en charge de qualité.**

**Nous estimons que cet ensemble de soins doit inclure les tests de dépistage du VIH, la prévention et la prise en charge médicale des infections opportunistes, tous les examens biologiques associés, les frais de consultation et d'hospitalisation et les ARV.**

**Nous considérons que l'OMS, l'ONUSIDA, les gouvernements des pays à ressources limitées et les bailleurs de fonds internationaux – notamment le Fonds Mondial, la Banque Mondiale, PEPFAR et les agences de coopérations bilatérales – doivent adopter et promouvoir activement le principe d'un accès *gratuit* et universel à la prise en charge médicale (incluant les ARV) et contribuer à sa mise en œuvre.**

**Nous préconisons la mobilisation de ressources additionnelles par des engagements à long terme. Ces ressources devraient provenir principalement des bailleurs de fonds, avec la contribution d'autres partenaires. Les gouvernements des pays à ressources limitées devraient affecter leurs ressources nationales de façon appropriée, montrant ainsi leur volonté d'atteindre cet objectif.**

**Nous nous engageons à promouvoir le principe de la gratuité de la prise en charge médicale et à contribuer à le mettre en œuvre. Sans quoi l'universalité de l'accès aux soins restera une utopie.**

*Cette déclaration a été préparée par le Pr Alan Whiteside (Division de Recherches sur l'Economie de la Santé et le sida (HEARD), Université du KwaZulu-Natal, Afrique du Sud), Véronique Collard, Bernard Tavernier et Alice Desclaux de l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement, France) et Gorik Ooms, MSF (Médecins Sans Frontières, Belgique). La traduction en français a été réalisée par Véronique Collard, Estelle Diawara (Aides, France) et Charles Masson (Sénégal).*

*Cette déclaration est disponible sur le site : [www.heard.org.za](http://www.heard.org.za) Une mise à jour des signataires sera faite régulièrement sur ce site.*

*Si vous souhaitez recevoir de plus amples informations ou signer la déclaration, veuillez envoyer un email à Sabrina Lee, [freeby5@hotmail.com](mailto:freeby5@hotmail.com), en indiquant vos nom, fonction et organisme et en précisant si vous signez au nom de votre organisme ou à titre individuel,*

**avant le 20 novembre 2004.**

29. WHO/UNAIDS Estimated funding gap to reach the target of 3 million with access to antiretroviral drugs by 2005 ("3 by 5") Bulletin numéro 1: estimations du 31 Décembre 2003.

30. ONUSIDA, Financing the expanded response to AIDS, Juillet 2004, p.11.

31. WHO/UNAIDS Estimated funding gap to reach the target of 3 million with access to antiretroviral drugs by 2005 ("3 by 5") Bulletin numéro 1: estimations du 31 Décembre 2003.