

messages

→ N° 133 / Décembre 2004 / Journal des Médecins Sans Frontières



Spécial SIDA

Constat clinique d'un abandon

Ces dernières années, les effets d'annonce de puissants opérateurs font croire que la volonté politique est enfin là et que la victoire sur le Sida est imminente. Mais les faits parlent d'eux-mêmes : en trois ans, le nombre de patients sous traitement n'a augmenté qu'à la marge, et le Sida a infecté cinq millions de nouvelles personnes en 2003. En d'autres termes, la presque totalité des patients n'est pas traitée. Quant à la recherche, au mépris de l'évidence épidémiologique, elle s'acharne à consacrer ses efforts au seul Nord quand la grande majorité des malades vit au Sud. A ce constat d'échec s'ajoute un sentiment d'horreur. Car si dans ses discours le monde occidental rivalise de bonnes intentions, il a pourtant décidé dans les faits de sacrifier des dizaines de millions d'individus.

SOMMAIRE

CONSTAT CLINIQUE D'UN ABANDON

- Traitement des malades du Sud : l'échec **P2**
- Les programmes MSF, trois ans après **P4**
- L'exemple du Malawi :
 - Un premier défi relevé **P7**
 - Comparaison avec la France **P8**
 - Quelles options pour MSF ? **P9**
- Une prise en charge inadaptée **P12**
- Trois défections majeures :
 - La propriété intellectuelle **P13**
 - L'argent **P14**
 - La recherche **P16**
- Les femmes et le Sida **P17**
- Les MSF face au Sida **P19**

Echec politique et impasse médi

MSF / novembre 2004 / Docteur Jean-Hervé Bradol, Président de Médecins Sans Frontières

Plus de 20 ans après le déclenchement de la pandémie de Sida et 20 millions de morts plus tard, moins de 5% des malades sont sous traitement et aucun vaccin préventif n'est en vue. La maladie est en constante progression : en 2003, plus de 5 millions de personnes ont été infectées. Plus qu'en 2002 et moins qu'en 2004...

Dans les 49 pays les plus touchés sur lesquels l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) entend concentrer son action, près de 4,5 millions de malades ont besoin d'un traitement en urgence, pour ne pas mourir à très court terme. Sur ce total, seuls 187 000 patients (4%) sont traités. Si l'extension de la maladie est exponentielle, il n'en va pas de même pour le nombre de patients bénéficiant d'un traitement : fin 2002, à l'échelle mondiale, ils étaient un peu plus de 300 000, mais pas plus de 440 000 en juillet 2004! Encore faut-il préciser que plus de 100 000 d'entre eux vivent au Brésil, un pays du Sud industrialisé, qui a été, et reste, précurseur dans ce domaine (au prix de longues batailles contre les lois de commerce international et d'une politique de santé volontariste). Le rapport entre personnes nouvellement infectées et personnes soignées est donc toujours scandaleusement déséquilibré.

Pourtant politiques, industriels du médicament, organisations internationales et instituts de recherche ont propagé en chœur la bonne nouvelle : un traitement efficace (les trithérapies) a été découvert en 1995 et un accord commercial international conclu en 2003¹ pour le rendre accessible à tous les malades. On l'a vu, les faits démentent une perception aussi optimiste de la réalité de la réponse internationale à la pandémie de Sida.

Pourtant, au début des années 2000, un événement majeur est intervenu : la mise sous traitement de centaines de milliers de patients financièrement incapables d'en payer le prix. Le facteur le plus déterminant de ce tournant, inimaginable quelques années plus tôt, a été la mise en vente, à des prix trente fois inférieurs à ceux pratiqués jusque là, de formes génériques de médicaments produits en Inde - encore non tenue de

respecter les règles de l'OMC. Pour 300 dollars, au lieu de 10 000, on pouvait maintenir en vie les malades. Une révolution ! Cela a forcé les Etats (et leurs ministères de la Santé) et l'OMS à ne plus masquer leur manque de volonté politique derrière l'alibi économique et à se déclarer enfin favorables au traitement des malades des pays aux faibles ressources matérielles et humaines, les plus gravement touchés. Depuis, le sommet de Cancun, les 15 milliards de dollars du plan Bush, le plan « 3 par 5 » de l'OMS (3 millions de patients sous traitement d'ici fin 2005), les annonces des grands laboratoires sur des baisses de prix supplémentaires ont eu un

(...) le sommet de Cancun, les 15 milliards de dollars du plan Bush, le plan « 3 par 5 » de l'OMS (...) les annonces des grands laboratoires sur des baisses de prix supplémentaires ont eu un impact bien moindre sur la survie des malades.



→ Malawi, hôpital de Chiradzulu © Didier Lefèvre/editing - novembre 2002

impact bien moindre sur la survie des malades. Un examen attentif révèle qu'il s'agit pour l'essentiel de leurres. Leur but n'est pas de répondre à une situation concrète - le faible accès des malades au traitement et l'absence d'un vaccin capable d'interrompre l'extension de la pandémie - mais de protéger, par des actions de communication, la crédibilité et les intérêts institutionnels de ceux qui portent la responsabilité d'une dramatique

cale

insuffisance de recherche médicale et de volonté politique.

Dans les missions MSF, nous avons saisi l'opportunité de la baisse des prix intervenue en 2001 avec d'autant plus d'enthousiasme que nous avons fait campagne pour. Aujourd'hui, nous suivons 23 000 patients sous anti-rétroviraux (ARV) dans 27 pays. Nos dossiers médicaux montrent que, contrairement à un préjugé très répandu, ils suivent plus scrupuleusement leur traitement que bien des malades des pays dits développés. Les résultats sont bons : le traitement leur permet de survivre dans des proportions importantes. Les paramètres de ce succès s'imposent comme des évidences compte-tenu des contextes précaires dans lesquelles se déroule l'exercice : traitements gratuits, prescrits principalement à partir de bilans cliniques en économisant le plus possible les examens de laboratoire, combinaisons génériques à doses fixes (qui permettent de réduire le nombre de comprimés à avaler chaque jour), important investissement dans l'information des malades sur les règles à respecter dans le suivi du traitement, délégation du suivi du traitement à des infirmiers pour parer au manque de médecins, etc.

Néanmoins, ce succès est plus que relatif et fragile. D'abord, le nombre global des patients traités montre que les institutions médicales qui prescrivent des ARV demeurent très isolées, notamment en Afrique. Même simplifié, le traitement reste complexe et coûteux à mettre en œuvre (environ 1000 \$ par patient et par an dans les projets de MSF, médicaments inclus). Nous savons par ailleurs, à travers les expériences américaines et européennes, que les résistances à ces médicaments ne vont pas tarder à se manifester. Les patients que nous traitons ont obtenu un sursis limité à quelques années.

Les conditions de leur maintien en vie ne sont pas acquises à moyen terme. On s'oriente même vers un recul : dès 2005, l'OMC supprimera la possibilité de produire sous des formes génériques, à bas prix, les nouvelles molécules rendues indispensables par l'apparition des résistances.

Les patients que nous traitons ont obtenu un sursis limité à quelques années. Les conditions de leur maintien en vie ne sont pas acquises à moyen terme.

D'autre part, la sophistication induite par l'introduction régulière de nouveaux médicaments au maniement de plus en plus lourd est adaptée aux standards européens, aucunement à ceux des pays pauvres. Il est donc urgent d'inventer des stratégies, des outils diagnostiques et des traitements adaptés aux contextes précaires, au manque de moyens et à la pénurie de médecins. De les inventer et... de les rendre disponibles aux praticiens, médecins et infirmiers, qui en ont le plus besoin. Pour cela, il faut soulever les montagnes que sont les obstacles constitués par les politiques mises en œuvre par les ministères de la Santé, les règles du commerce international, le financement international de ces mesures... La recherche n'est pas tout mais c'est le point de départ. Malheureusement, peu de signes concrets montrent que la recherche médicale s'oriente dans cette direction. En dépit de l'évidence épidémiologique, son objectif prioritaire demeure la satisfaction partielle des besoins d'une minorité de patients vivant dans les pays riches. Si elle persiste dans cette direction, nos patients ne survivront pas au-delà de quelques années.

Ces dernières années, l'avancée a été réelle mais le progrès demeure fragile.



SIDA

CONSTAT CLINIQUE D'UN ABANDON

...

Nous avons obtenu un sursis pour des centaines de milliers de personnes qui seraient mortes faute de pouvoir payer des médicaments vendus à des prix criminels. Mais plusieurs millions d'autres attendent toujours de pouvoir bénéficier des trithérapies pour survivre. Il ne faudrait pas pour autant en conclure que l'obstacle n'est que financier. Pour que cette attente ne soit

pas vaine, c'est plutôt un renversement radical de perspective que doit opérer l'ensemble de la filière (recherche, politiques médicales nationales et internationales, règles commerciales, conditions de commercialisation, distribution, système de santé). Pour cela l'ambition doit être de traiter la majorité des malades concentrés dans les pays pauvres et non plus de limiter

l'effort à la minorité de ceux vivant dans les pays riches, là où se prennent les décisions internationales. Celles-là mêmes qui conduisent à accepter comme une fatalité la disparition sans soins de millions d'individus. ■

1- A Cancun (Mexique), lors d'un sommet de l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

“ Sur la voie d'une timide initiative, il appartient à présent aux gouvernements d'afficher fermement leur volonté, comme il appartient aux bailleurs de confronter enfin leurs effets d'annonce à l'épreuve des faits. ”

Dr Guillermo Bertolletti
Directeur des opérations



LES PROGRAMMES

L'avenir à l'épreuve des faits

MSF / novembre 2004 / Propos recueillis par Olivier Falhun

Trois ans et demi après les premières mises sous traitement, où en est-on dans l'évolution de nos programmes, qu'avons-nous appris de nos erreurs, quelles limites ont été atteintes, et quelles sont les prochaines étapes dans notre lutte contre le Sida ? Les réponses du Dr. Guillermo Bertolletti, directeur des opérations à MSF.

« En tant qu'ONG médicale, nous pensions devoir proposer autre chose que des outils ou des moyens de prévention, dans des pays où l'importation et l'enregistrement des médicaments était déjà un obstacle, et alors même que les médicaments disponibles coûtaient encore 10 000 dollars par an et par patient. C'était il y a près de quatre ans.

Face aux critiques et aux réserves émises, à la fois internes et externes, [voir encadré page suivante] mais aussi face à la peur de se tromper, nous avons choisi dans un premier temps de « verrouiller de tous les côtés ». Au début, nous n'incluons qu'une vingtaine de patients par mois, qui recevaient la copie conforme du suivi et des traitements administrés au Nord. Dans les

objectifs fixés à l'ouverture de nos programmes, nous sommes allés jusqu'à mentionner des engagements à cinq ans, alors qu'en notre for intérieur nous savions pertinemment que, financement mis à part, il serait de toute façon impossible d'abandonner nos patients, à défaut de s'être assuré de la pérennité de leur prise en charge. Nous avons donc fabriqué des projets extrêmement sévères et complexes, à la fois en termes de suivi et de critères d'inclusion. Trois ans et demi plus tard, qu'avons-nous prouvé ?

→ LA PREUVE PAR TROIS ANS

Certains verrous ont commencé à sauter. Nous avons rapidement pris

conscience que la politique de prévention pesait peu face aux traitements et à leurs effets sur les patients, qui commencent malgré tout à braver la stigmatisation, notamment en Afrique. En ce sens, la santé recouvrée des malades qui peuvent retravailler ou reprendre une vie sociale constitue la meilleure « publicité » qui soit.

Mais s'il fallait le dire de manière provocatrice, avec trois ans de recul, la seule chose que nous avons démontrée, c'est qu'il était possible de distribuer des pilules en Afrique... Tout triomphalisme ou toute projection dans l'avenir et en dehors de nos programmes me paraît encore hasardeux, et – bien que nous ayons aujourd'hui, pour la section française, plus de 9400 patients

sous ARV – notre expérience en matière de Sida demeure à ce jour limitée : loin de pouvoir nous permettre de donner des leçons, tout juste nous autorise-t-elle à montrer la voie et à servir d'exemple, forts de ces quelques milliers de patients que nous avons maintenus en vie.

Rendus possibles grâce aux campagnes de lobbying (permettant de faire baisser les anti-rétroviraux de première ligne de 10 000 à moins de 300 dollars par an et par patient), ces résultats n'ont été obtenus qu'au prix d'une simplification massive des projets, de notre approche de la maladie et du suivi des malades. Nous sommes ainsi passés de critères d'inclusion extrêmement contraignants à la mise sous anti-rétroviraux des patients sur des critères cliniques, pour atteindre 200 à 300 nouvelles inclusions mensuelles sur certains programmes.

(...) s'il fallait le dire de manière provocatrice, avec trois ans de recul, la seule chose que nous avons démontrée, c'est qu'il était possible de distribuer des pilules en Afrique... Tout triomphalisme ou toute projection dans l'avenir et en dehors de nos programmes me paraît encore hasardeux.

Restent plusieurs questions en suspens, qui concernent la volonté politique. Force est de constater que les déclarations des gouvernements et les effets d'annonces de la part des bailleurs n'ont pas produit leurs effets sur nos terrains d'intervention : au Malawi ou au Cambodge, 90 % des patients traités dans le pays le sont par MSF. Au Kenya, notre projet d'Homa Bay atteindra bientôt 4000 patients sous trithérapie, alors qu'avec l'aide du *Global Fund*, le gouvernement kenyan n'a affecté que 60 traitements à cet hôpital, des traitements payants de surcroît... Quels sont les personnels qualifiés pour traiter les malades ? Où sont les milliards promis par les bailleurs ? Combien sont réellement « disponibles » pour les patients ? Autant de questions restées à ce jour sans réponses...

Enfin, comment ne pas évoquer l'extrême difficulté d'obtenir pour nos programmes Sida les financements institutionnels nécessaires. Alors que ces projets représentent

aujourd'hui 10 à 12 % de notre budget opérationnel, le soutien des bailleurs demeure quasi-inexistant : preuve supplémentaire du grand écart entre la volonté affichée de combattre la pandémie et la réalité, mais peut-être aussi premier défi qu'il nous faudra relever.

→ LES DÉFIS

Nous sommes encore loin d'avoir tout appris, tout essayé et tout fait pour des malades en sursis. Des défis à la fois opérationnels et médicaux s'accumulent, à commencer par une ambivalence de taille : dans le but d'inclure davantage de patients éligibles sous ARV, notre choix de simplifier le suivi des patients suppose une détection plus difficile et plus tardive des résistances, conséquence qu'il nous faut prévoir dès maintenant, en réfléchissant aux moyens de la surveiller ou de la déceler.

Mais ces moyens de détection ne suffiront pas à suppléer l'inefficacité croissante des médicaments disponibles. Celle-ci risque d'apparaître plus nettement d'ici à deux ans, qui nous commandera d'y répondre à la fois par des traitements de première ligne plus adaptés, mais aussi par des thérapies de deuxième ligne performantes pour l'ensemble d'une cohorte. Pourrons-nous les prescrire, sur quels critères, et à quel prix pourrons-nous les obtenir ? Le problème de la résistance nous ramène quatre ans en arrière, au combat pour des médicaments adaptés, moins chers que les 3000

dollars actuels, et à l'aube d'une nouvelle bataille pour l'accès à des thérapies jalousement conservées au Nord [voir page 13], bref... au point de départ !

Un point de départ que nous n'avons pas quitté concernant des enfants. Point faible pour lequel aucune recherche spécifique n'a encore abouti : ni formulations pédiatriques simples, ni outils de diagnostic pour les enfants de moins de 18 mois. Il en résulte une prise en charge difficile pour traiter correctement les 584 enfants inclus dans nos programmes. Dans le prolongement de cette problématique, la difficulté de suivi et de prise en charge des femmes enceintes, et – plus généralement – les instruments permettant un meilleur suivi des patients, sont encore deux exemples de difficultés auxquelles nous sommes quotidiennement confrontés.

Enfin, il nous faudra améliorer considérablement la prise en charge de nos patients tuberculeux dans nos programmes spécifiques, et ce défi de la co-infection tuberculose n'est pas mince.

→ LES LIMITES

Si nos capacités de prise en charge sont évidemment limitées, pour des raisons évidentes de moyens, mais aussi de qualité et d'engagement auprès de nos patients, elles sont l'objet d'un constant tiraillement entre notre « horloge » interne, le compte à rebours de nos patients et l'agenda des politiques.

11400

C'est le nombre de patients passés sous ARV par la section française de MSF depuis le début des programmes. 2000 d'entre eux n'ont pas survécu, parmi lesquels 50% sont décédés au cours des trois premiers mois de mise sous traitement

(données actualisées à fin septembre 2004)



→ Guatemala,
© Juan Carlos Tomasi - mars 2002

UNE DÉCISION DIFFICILE ET CRITIQUÉE

« Ne plus accepter l'intolérable » : lorsque nous avons démarré la mise sous traitement de nos malades il y a quatre ans, jusqu'à 70% de nos lits d'hôpital étaient occupés par des patients atteints du Sida. La volonté affichée par le terrain coïncidant avec les convictions de nouveaux élus au Conseil d'administration, les conditions sont alors réunies pour franchir un premier obstacle majeur : notre propre immobilisme. L'inertie dont nous faisons preuve s'explique en partie par le saut dans l'inconnu, avec son cortège d'appréhensions légitimes, face à une maladie dont on ne guérit pas. Parmi les peurs que nous ressentions à l'époque, celle de voir arriver dans nos programmes des centaines de milliers de personnes n'était pas la moindre. Le cas échéant, d'aucuns estimaient qu'il serait toujours temps d'inviter la BBC ou CNN à venir constater l'affluence à nos portes. Mais nous sous-estimions de beaucoup la stigmatisation qu'engendrait le Sida,

comme nous ne prenions pas la mesure des contraintes sociales qui interdisaient l'accès aux soins à de nombreux malades [voir page 17], ou encore des tendances à rejeter sur l'étranger la responsabilité de la maladie.

Enclins aux dénégations et au refus de voir la réalité en face, les gouvernements répondaient à nos craintes par la frilosité : la peur l'emportait d'être mis devant le fait accompli, et de devoir par la suite assumer la prise en charge initiée par MSF d'un certain nombre de patients, à des coûts prohibitifs. Mais d'autres entraves sont également apparues, comme les déclarations ou les cris d'orfraie de certains bailleurs : certains estimaient les Africains incapables de prendre des médicaments à heure fixe, et d'autres nous traitaient de criminels, au prétexte que nous allions inonder l'Afrique de souches résistantes. La liste était longue de ceux qui affichaient leur perplexité.

SIDA

CONSTAT CLINIQUE
D'UN ABANDON

584

C'est le nombre
d'enfants de moins
de treize ans figurant
parmi les 9400
patients sous ARV
actuellement en vie.

(programmes MSF France -
données actualisées
à fin septembre 2004)



→ Afrique du Sud
© Tom Stoddart/IPG - 2002



→ Zambie © Pep Bonet - avril 2003

Bien que légitimes, les précautions dont nous avons fait preuve au départ s'avèrent incommodes aujourd'hui : seulement 10 à 15% de nos patients bénéficient d'un suivi qui date de plus d'un an. Ce manque de recul ne nous permet pas de tirer d'enseignements suffisamment fiables, quant à l'avenir de nos patients ou au devenir de nos programmes.

Et à défaut de repousser les murs, plusieurs de ces programmes atteignent déjà leur capacité maximale, impliquant la question de savoir quand

Alors que ces projets représentent aujourd'hui 10 à 12 % de notre budget opérationnel, le soutien des bailleurs demeure quasi-inexistant : preuve supplémentaire du grand écart entre la volonté affichée de combattre la pandémie et la réalité.

et sur quels critères on peut arrêter l'inclusion des patients. D'une manière empirique, on pourrait dire qu'on a répondu à cette question : à travers certains de nos projets Sida, nous avons déjà atteint nos limites en les dépassant, car à vouloir trop promettre on a fini par désespérer des patients pourtant éligibles, ou même par les perdre...

La question de l'arrêt des inclusions se pose dès lors qu'on peut fonder notre légitimité – différente selon son

caractère scientifique, politique ou médical – sur une « masse critique » de patients, dont l'hétérogénéité n'a d'égal que la diversité de nos projets. Par exemple, une base de 1000 patients au Malawi ne correspond pas à 1000 patients en Chine ; un pourcentage de mortalité n'a pas le même sens selon qu'on travaille en milieu hospitalier ou qu'on accueille des patients « en ambulatoire ». Doit-on retenir une limite arbitraire indépassable ? Faut-il limiter le nombre de malades en fonction d'indicateurs de qualité ? La question se pose en fonction de chaque projet, une fois écartée l'idée qui consiste à traiter le plus grand nombre de patients quel qu'en soit le prix.

Dans ces limites d'inclusion résonnent les sollicitations des autorités, qui avec plus ou moins de retard, d'élan et de volonté, de pressions et de soutien, s'emparent du problème Sida. En grande partie, c'est à partir de ce critère et au-delà de celui-ci que s'inscrit notre avenir opérationnel.

→ L'AVENIR OPÉRATIONNEL

La section française de Médecins Sans Frontières mène huit programmes spécifiques, pour lesquels s'impose à présent la mise sous traitement rapide de tous les malades éligibles. Si l'inclusion de nos patients sous anti-rétroviraux continue, elle ne se fera qu'une fois garantie cet engagement par rapport à eux, et sans pour autant

nous engager dans l'ouverture de nouveaux programmes.

D'autre part, l'attitude volontariste de pays comme la Thaïlande ou l'Indoné-

(...) à travers certains de nos projets Sida, nous avons déjà atteint nos limites en les dépassant, car à vouloir trop promettre on a fini par désespérer des patients pourtant éligibles, ou même par les perdre...

sie nous permet d'envisager un retrait progressif – respectivement partiel et total – de ces deux pays, avec l'assurance d'une prise en charge de nos patients (avec des médicaments de première ligne) par les autorités.

A la suite de nos constats de terrains, nous devrions également nous atteler sous peu à la définition d'un protocole de traitement des malades Sida hors des projets spécifiques, en dépit des difficultés « éthiques » : car cette démarche se heurte à la durée de notre présence sur le terrain. Le choix de pays affichant dès maintenant une démarche volontariste pourrait donc limiter les dilemmes qui se poseront inévitablement lors d'un éventuel départ. Le cas échéant, un problème de conscience chasse l'autre : après les patients que nous traitons pour la Tb et qui mouraient du Sida, viendront les patients que nous traitons aussi pour le Sida mais que nous ne traiterons plus demain. A défaut d'un reprenneur, au

moins devons-nous leur assurer la disponibilité d'un an de traitement avant notre départ. Quant aux sollicitations des gouvernements, il nous appartient d'y répondre avec le plus grand réalisme,

en soutenant les ministères de la Santé qui tentent d'obtenir des traitements de la part des bailleurs, sans pour autant se substituer aux politiques de santé publique. Tel n'est pas notre rôle.

Depuis plus de trois ans que nous sommes engagés dans les projets Sida, nous avons d'abord initié, concrétisé puis amélioré l'accès aux traitements pour près de 10 000 patients. Sur la voie d'une timide

initiative, il appartient à présent aux gouvernements d'afficher fermement leur volonté, comme il appartient aux bailleurs de confronter enfin leurs effets d'annonce à l'épreuve des faits. » ■

L'EXEMPLE DU MALAWI

Défi relevé au Malawi... Et après ?

MSF / octobre 2004 / Isabelle Ferry

Depuis trois ans, MSF soigne les malades atteints du Sida par anti-rétroviraux dans la province rurale de Chiradzulu au Malawi. La simplification des critères d'admission et de prise en charge des patients, et la délocalisation du suivi médical vers des centres de santé ont permis de mettre plus de 2500 patients sous trithérapie en un an.

Une étude virologique vient de montrer l'efficacité de ces trithérapies. Ses résultats sont extrêmement encourageants et semblables à ceux obtenus dans les pays européens. Mais à défaut d'autres traitements disponibles dans les années à venir, des inquiétudes demeurent quant à la durée du sursis offert à ces patients. Au début, le nombre de patients pris en charge était limité par un quota et des critères d'admissions extrêmement stricts. « Il fallait se rendre à l'évidence, explique Chris Brasher, responsable du programme, le mode de prise en charge technologique « au cas par cas » calqué sur le modèle occidental, ne pouvait fonctionner face à une épidémie galopante et des patients toujours plus nombreux en attente de traitements. »

→ VERS LA SIMPLIFICATION

De nouvelles orientations sont donc tracées en 2003, et les critères d'inclusions sont radicalement repensés : les quotas sont supprimés, les examens de suivi biologique réduits ou éliminés, le suivi clinique simplifié. Toutes les personnes séropositives éligibles aux stades 3 et 4 de l'OMS après de simples examens cliniques commencent directement leur traitement sans examen biologique. Celles appartenant aux stades 2 et 1 passent un examen de laboratoire qui permet de calculer le nombre de CD4. Si celui-ci est inférieur à 200, le malade est mis sous

traitement. Mais, afin de limiter les risques d'échecs et surtout l'apparition de résistances, l'information et la sensibilisation des patients est renforcée, avant le test VIH mais surtout au moment de la mise en route des traitements. « Cette éducation thérapeutique, bien meilleure qu'en France, est fondamentale si l'on veut que les personnes comprennent les enjeux du traitement et le suivent avec une assiduité sans faille », explique Michel Rosenheim, médecin, membre de la Commission Sida MSF.

La simplification du traitement par ARV passe par l'utilisation d'un médicament générique « 3 en 1 » qui permet aux cliniciens et aux infirmières (après une formation adaptée aux anti-rétroviraux) de suivre les patients tous les deux mois et de dispenser ces traitements aux malades cliniquement « stables ». Ainsi, la mission ne dispose que de trois médecins pour plus de 2500 malades sous trithérapies. « Dans l'avenir, nous aimerions que l'inclusion de ces patients puisse être assurée par ces infirmières, ajoute Chris Brasher. Il faudra déléguer aux personnels paramédicaux ce que les médecins, trop peu nombreux au Malawi comme partout en Afrique sub-saharienne, ne pourront faire d'eux-mêmes ». Cette simplification des soins s'accompagne aussi d'une mesure de délocalisation vers dix centres de



→ Malawi © Tom Stoddart/IPG - 2001

santé de la province, qui offrent les mêmes services que l'hôpital de Chiradzulu : dépistage, éducation, dispense des ARV, suivi. Les prélèvements de CD4 sont aussi effectués sur place avant d'être ramenés à l'hôpital. Pour l'instant une équipe MSF avec un médecin visite chaque centre deux fois par mois. Là encore, l'idée, à terme, est que les infirmières, à raison d'un cycle complet de formation, puisse gérer le centre de santé de manière autonome.

→ DES RÉSULTATS ENCOURAGEANTS...

Cette stratégie a permis d'inclure chaque mois 200 nouveaux patients en moyenne. En quatre ans, 3800 patients ont été traités, et 2800 sont encore en vie. 50% d'entre eux sont suivis par les

centres de santé. « Jusqu'ici nous n'avions aucune étude virologique pour montrer l'efficacité des traitements utilisés dans le cadre de nos programmes africains, précise Chris. Nous savions que nos malades allaient bien en raison de certains indicateurs indirects tels que la prise de poids des malades. Nous voulions avoir la preuve scientifique que le traitement fonctionnait bien et savoir si nos patients ne seraient pas de nouveau malades d'ici un an ou deux. Nous avons donc lancé une étude virologique auprès de 458 patients représentatifs et sous traitement depuis au moins six mois. 85% des personnes testées présentent une charge virale (présence du virus dans le sang) indétectable, soit inférieure à 400 copies (fragments du virus)/ml, ce qui correspond à des résultats équivalents à ceux des pays européens. »

SIDA

CONSTAT CLINIQUE D'UN ABANDON



→ Malawi © Sayuni Ohkawa - 1997

→ ... MAIS AUSSI UN SURSIS

Si ces résultats sont positifs et montrent qu'il est possible de prendre en charge l'infection VIH au Malawi, reste à relever le défi des

résistances. « Aujourd'hui, on sait que le traitement est efficace à six mois, un an, mais dans cinq ans ? Nous sommes certains qu'à terme, avec un virus en perpétuelle mutation, ces traitements ne seront

plus efficaces, que des résistances apparaîtront et qu'il faudra trouver d'autres formulations », ajoute Chris Brasher. Pour l'instant, ces risques au Malawi sont minimisés par l'utilisation d'une trithérapie en un seul comprimé et par l'éducation thérapeutique. Si les malades deviennent résistants au traitement de première ligne – et c'est déjà le cas pour certains –, ils peuvent encore bénéfi-

Nous sommes certains qu'à terme, avec un virus en perpétuelle mutation, ces traitements ne seront plus efficaces, que des résistances apparaîtront et qu'il faudra trouver d'autres formulations.

cier d'un traitement de seconde ligne. Mais il est impossible de surveiller les malades individuellement, comme c'est le cas en France. « Nous risquons donc de voir mourir certains de nos patients avant même qu'ils puissent bénéficier de ce second traitement. Et pour les autres, s'ils viennent à développer de nouveau des résistances, nous n'avons plus rien, à l'heure actuelle, à leur proposer ! Nous sommes donc en mesure d'offrir à ces personnes un sursis, mais pour combien de temps encore ? », conclut Chris Brasher. ■

L'EXEMPLE DU MALAWI

Comparaison avec la France*

MSF / octobre 2004 / I.F.

Faut-il transférer le modèle des pays industrialisés – avec un suivi biologique sophistiqué – dans les pays en développement ou doit-on au contraire s'adapter aux conditions locales ?

Michel Rosenheim, médecin, membre de la Commission Sida à MSF est aujourd'hui convaincu que la simplification du suivi médical est une réponse épidémiologique adaptée à la pandémie de Sida en Afrique. Il a fait l'exercice de transposer les données Sida du Malawi à la France pour montrer qu'avec un taux de prévalence aussi élevé, un pays riche comme la France ne pourrait continuer la même prise en charge de l'infection VIH.

→ PROJECTION DES DONNÉES MALAWITES À LA FRANCE

Si, comme au Malawi, 50 % de la population française étaient âgés de 15 à 64 ans, 30 millions de Français appartiendraient à cette tranche d'âge. En admettant que la prévalence Sida pour cette population adulte soit la même qu'au Malawi (entre 15 et 20%), on compterait alors en France

5,25 millions de personnes infectées (contre environ 120 000 aujourd'hui). Avec un schéma habituel de suivi tel qu'il est pratiqué en France, cela porterait le coût global de prise en charge des patients à 2,5 milliards d'euros (soit 16% du déficit de l'assurance maladie) hors achats de médicaments ! Un budget difficilement supportable même pour un Etat riche comme la France. ■

* Voir aussi page 12

“ Plus que le niveau économique du pays, c'est l'épidémiologie qui définit le type de prise en charge. ”

Dr . Michel Rosenheim,
Membre de la commission
Sida à MSF

Au Malawi, quelles options pour MSF ?

MSF / novembre 2004 / Docteur Arnaud Jeannin, coordinateur médical

Une fois démontré qu'il était possible de mettre des patients sous anti-rétroviraux dans un pays à faibles ressources, quelles sont les différentes orientations qui s'offrent à MSF ? Le point de vue d'Arnaud Jeannin, coordinateur médical à Blantyre.

Depuis 2001, MSF a fait le choix opérationnel de traiter les malades du Sida avec des anti-rétroviraux. L'objectif affiché était de démontrer la faisabilité du traitement dans un pays comme le Malawi. Cet objectif est atteint : le gouvernement du Malawi, après avoir attendu l'argent du *Global Fund* pendant deux ans, se lance dans un programme de traitement visant plus de 40 000 malades d'ici à la fin 2005. Devant cet état de fait, quelles sont les options futures pour MSF ?

→ PARTIR SATISFAITS

Nous pourrions nous retirer lentement. Après tout, la présence de MSF au Malawi est justifiée par l'absence de réponse apportée par le système national. Une fois que la volonté politique existe, quelle est notre pertinence à continuer d'agir ?

→ AIDER À LA MISE EN PLACE DES PROGRAMMES DU GOUVERNEMENT ?

Depuis trois ans, nous avons acquis un certain savoir-faire. Deux enquêtes épidémiologiques récentes ont d'ailleurs montré que l'efficacité du traitement dans nos programmes était, pour le moment, comparable à celle observée dans les pays riches. Nous pourrions donc répondre favorablement à l'appel du gouvernement, qui nous demande de participer à son effort de guerre. Car si les dollars sont là, les ressources humaines, la formation et la capacité à superviser manquent. Pourquoi ne pas être pragmatique et offrir d'employer, de superviser, de gérer une partie du système ?

Si les fonds suffisants existent pour acheter des ARV qui représentent, dans nos projets, de 80 à 90% des

coûts, ils existent sans doute pour embaucher et former. Le Malawi devrait recevoir près de 400 millions de dollars pendant cinq ans. Or, si tous les malades sont soignés, le coût

(...) nous ne diagnostiquons qu'une partie des personnes vivant avec le VIH là où nous travaillons. Quand nous débutons un traitement ARV, tous les patients ne survivent pas. Nous soignons avec des traitements simples mais qui seront bientôt dépassés.

des ARV pour la période est de 230 millions. Cela laisse sans doute une marge pour l'embauche de personnel de terrain et d'encadrement. Mais le ministère de la Santé n'est pas autorisé par ses bailleurs à accroître ses dépenses fixes (salaires, bâtiments, etc.).

Céder à la pression des demandes de coopération du gouvernement, ce serait donc céder à des pressions que nous maîtrisons mal : plans d'ajustement structurel, problématique de la dette. C'est peut-être bien faciliter la désresponsabilisation des Etats au profit d'organismes privés.

→ RESTER ET SOIGNER MIEUX ?

Si nous avons toutes les raisons de nous sentir heureux des résultats actuels, nous serions de drôles de médecins si nous nous sentions pleinement satisfaits. En effet, nous ne diagnostiquons qu'une partie des personnes vivant avec le VIH là où nous travaillons. Quand nous débutons un traitement ARV, tous les patients ne survivent pas. Nous soignons avec des traitements simples mais qui seront bientôt



→ Malawi © Didier Lefèvre - novembre 2001

dépassés. Les enfants sont soignés avec des comprimés pour adultes (comme d'ailleurs pour la plupart des traitements sur le terrain).

→ NOUS POUVONS DONC FAIRE MIEUX

Pour y parvenir, nous avons besoin de nouveaux faits épidémiologiques, de nouveaux outils diagnostiques et thérapeutiques. Nous avons, jusqu'à présent, basé nos interventions sur du savoir acquis dans les pays développés. Mais ces connaissances ne sont ni adaptées ni nécessairement valables dans les contextes où nous intervenons. Les protocoles existants utilisent beaucoup de tests de laboratoire indisponibles ici. Les

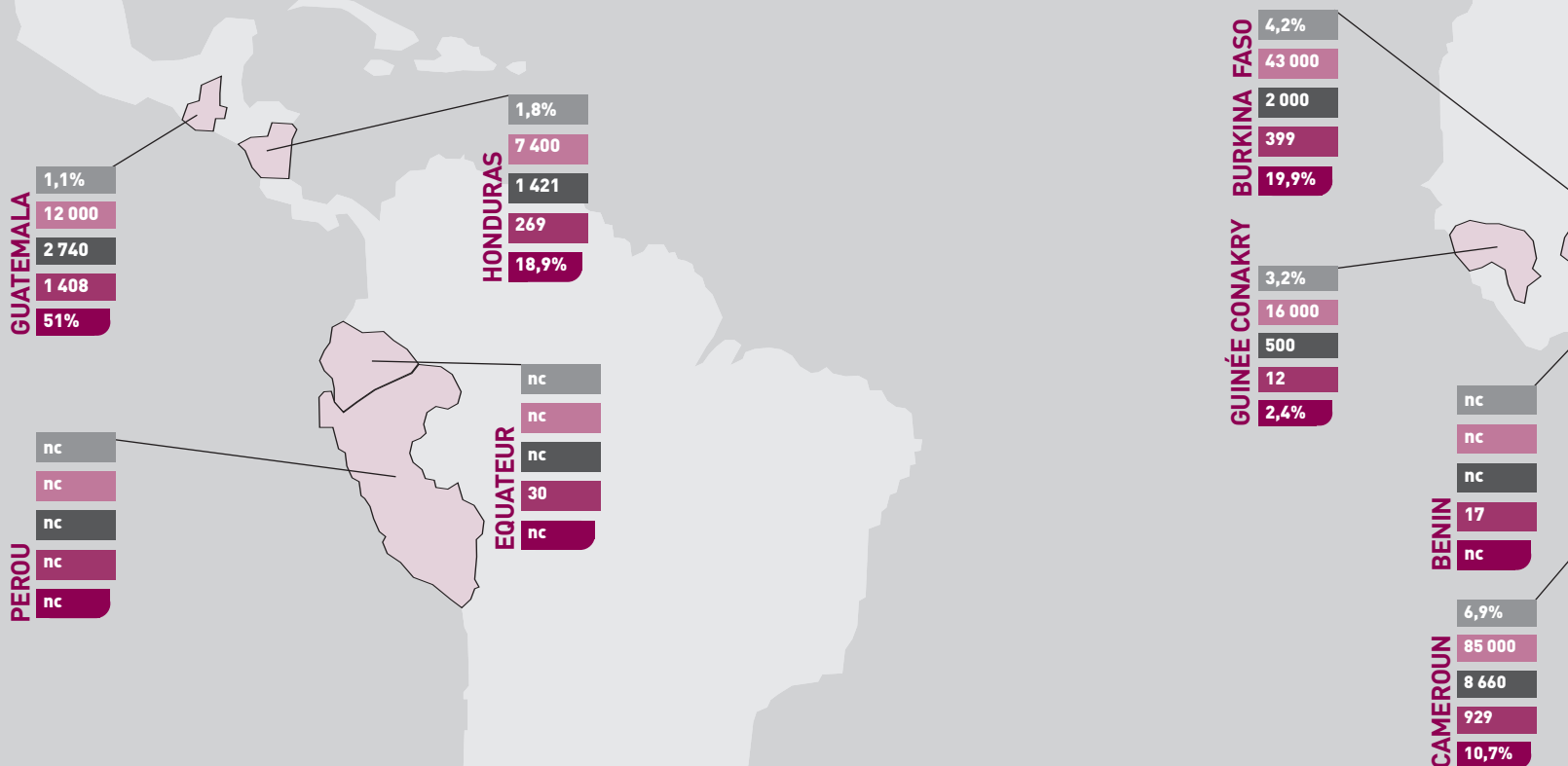
maladies dont nos patients souffrent sont différentes, se présentent différemment et se soignent différemment.

Pour répondre aux questions que nous nous posons, nous pouvons actuellement compter sur peu de gens. La recherche adaptée aux problèmes du terrain n'est pas en vogue chez les bailleurs.

L'inadaptation des sujets de recherche menés actuellement aux problématiques de terrain est un scandale. Nous allons devoir, tout en le dénonçant, nous lancer dans des activités de recherche plus poussées que par le passé, si nous voulons garder une légitimité à soigner des malades du Sida et rester indépendants. Car nos malades ne peuvent attendre. ■

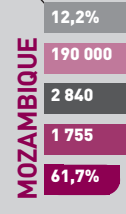
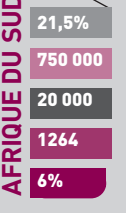
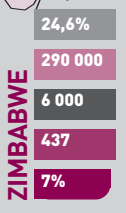
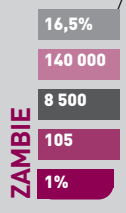
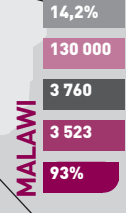
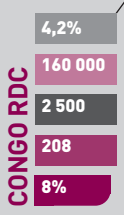
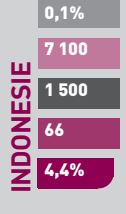
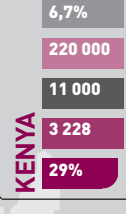
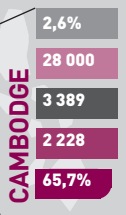
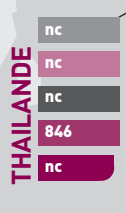
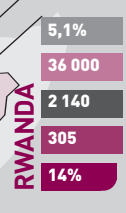
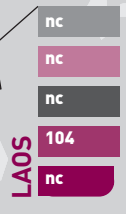
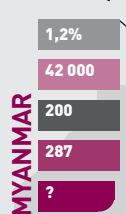
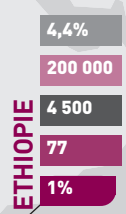
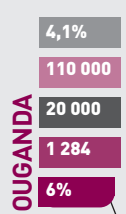
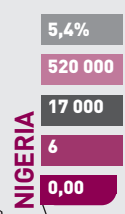
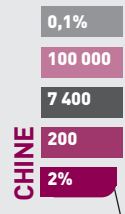
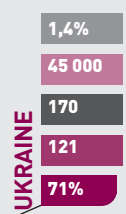
MSF et la prise en charge des patients atteints du Sida

- Prévalence** (estimation de l'OMS fin 2003, parmi la population adulte)
- Nombre de patients qui ont besoin d'un traitement** (estimation de l'OMS pour 2005)
- Nombre de patients qui reçoivent un traitement**
- Nombre de patients mis sous ARV par MSF** (Les chiffres les plus anciens datent de fin juin 2004, les plus récents de fin août 2004)
- Rapport du nombre de patients pris en charge par MSF sur le nombre total de patients recevant un traitement**



Plus de 23000 patients sous anti-rétroviraux (dont 1340 enfants de moins de 13 ans) sont actuellement pris en charge par MSF dans 27 pays (données actualisées au 30 septembre 2004).

Pour obtenir des informations complémentaires sur le Sida et sur les activités MSF pays par pays, rendez-vous sur le site internet de MSF : www.msf.fr/sida. Si vous souhaitez connaître les derniers développements de la campagne d'accès aux médicaments essentiels, vous pouvez également visiter le site www.accessmed-msf.org



SIDA

CONSTAT CLINIQUE
D'UN ABANDON

“

L'Afrique subsaharienne n'abrite guère plus de 10% de la population mondiale mais près des deux tiers du total des personnes infectées par le VIH. En 2003, on estime à trois millions le nombre de nouvelles infections dans la région et à 2,2 millions celui des décès dus au Sida (soit 75% des trois millions de décès dus au Sida cette année-là dans le monde).”

Extrait du 4^{ème} rapport
mondial OnuSida - 2004



UNE PRISE EN CHARGE INADAPTÉE

Sida, pour une différence d'approche entre le Nord et le Sud ?

MSF / octobre 2004 / Caroline Livio

Si l'on sent poindre diverses initiatives en faveur des patients les plus démunis, celles-ci ne se traduisent pas sur le « terrain » par une augmentation sensible du nombre de patients sous anti-rétroviraux. Responsable de la campagne d'accès aux médicaments essentiels, Annick Hamel souligne l'inadaptation de la prise en charge actuelle et réclame une nouvelle approche pour les patients des pays aux faibles systèmes de santé.

« Depuis quelques années, un certain nombre d'initiatives ont vu le jour dont l'ambition est de traiter des malades », note Annick Hamel, responsable de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels pour la section française de MSF. L'initiative la plus récente – et certainement la plus médiatisée – est celle lancée en décembre 2003 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : le programme « 3 by 5 » a pour objectif de mettre sous traitement trois millions de malades VIH/Sida d'ici à la fin 2005. S'attaquer au traitement des malades, mettre en place des initiatives à grande échelle – même si la pertinence et la faisabilité de sa mise en œuvre restent encore à démontrer – est une mini-révolution dans le domaine du Sida dans les pays pauvres. Car cette

initiative montre avant tout que la question du traitement est enfin à l'ordre du jour, après des années où les actions en faveur de malades du Sida des pays en développement ne se concentraient que sur la prévention de la maladie.

→ L'AFFIRMATION D'UNE VOLONTÉ POLITIQUE ?

Autre avancée majeure, l'initiative Clinton. L'ancien président américain, au travers de sa Fondation, a annoncé en octobre 2003 la conclusion d'un accord avec quatre fabricants de médicaments génériques, trois laboratoires indiens, Cipla, Ranbaxy et Matrix, ainsi qu'un laboratoire sud-africain, Aspen. Cet accord, qui concerne différents pays des Caraïbes

et d'Afrique, permettrait de réduire considérablement le coût des trithérapies, passant en moyenne de 300 \$ à 140 \$ par patient et par an. Après la forte diminution du coût des trithérapies grâce à l'arrivée sur le marché des premiers génériques, notamment indiens, cette nouvelle initiative montre qu'il devient possible de produire des trithérapies à un coût abordable, lorsque la volonté politique de faire avancer les choses existe. Quant à l'administration Bush, elle a annoncé début 2003 qu'elle allait consacrer 15 milliards de dollars sur cinq ans à la lutte contre le Sida. Mais seuls 10 % de cette somme seront affectés au Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme (*Global fund*), le reste étant destiné à la mise en place d'accords bilatéraux entre les



→ Afrique du Sud © Francesco Zizola/Magnum Photos – novembre 2003

Etats-Unis et les pays bénéficiaires et pas forcément pour la délivrance de médicaments génériques. En revanche, après sa création (voir page 14) en 2002, Le Fonds mondial met désormais un peu plus l'accent sur les traitements, et annonce aujourd'hui, par exemple, que d'ici à cinq ans, 1,6 million de personnes pourront bénéficier d'un traitement ARV grâce à l'argent du Fonds.

→ UN CONSTAT AMER

« Autrement dit, ajoute Annick Hamel, on sent désormais que la volonté politique de traiter les malades existe, que de l'argent est disponible – même si les fonds pourraient être encore plus conséquents – que des traitements à un coût relativement abordable peuvent être disponibles. Mais concrètement, sur le terrain, rien n'a bougé, ou presque ». Sur les six millions de malades en attente d'une trithérapie qui seule peut leur sauver la vie, on ne comptait toujours que 440 000 personnes sous traitement en juillet 2004. Dont plus de 100 000 au Brésil, un des rares pays à avoir mis en place une véritable politique nationale de traitement des malades. Comment interpréter ce manque criant de résultats ? « On peut penser que le mode de prise en

charge qui existe est inadapté pour les malades des pays en développement, explique Annick Hamel. Inadapté à la fois à l'ampleur de l'épidémie dans les pays les plus touchés et parce que les moyens qui existent pour diagnostiquer et soigner les malades sont ceux qui ont été conçus pour lutter contre une épidémie modérée au Nord ». Ainsi, par exemple, après quelques années de traitement avec des médicaments de première intention, les malades vont forcément développer des résistances, et il est donc indispensable de passer à une seconde ligne de traitement, à la fois plus compliquée, qui génère plus d'effets secondaires, mais qui est aussi plus chère. De plus, même en simplifiant au maximum la mise sous traitement et le suivi des patients, il est tout de même nécessaire de former du personnel, de passer du temps avec les malades pour améliorer l'adhérence au traitement.

→ AGIR AUTREMENT

« Tous les outils existants ont été conçus pour un suivi individuel des malades – sur le modèle du Nord – et pas pour un traitement à grande échelle pour faire face à l'ampleur des besoins dans les pays pauvres. Et là, les outils adaptés nous manquent,

même si nous avons cherché dans nos programmes à simplifier à l'extrême la mise sous traitement et le suivi des malades. » Et la recherche et le développement dans le domaine du Sida n'est pas centrée sur ces besoins. On manque d'outils diagnostiques et de suivi simples d'utilisation, de traitements qui ne demandent pas une prise quotidienne de comprimés, ou encore de traitements de première ligne qui auraient une durée de vie plus longue et pourraient être utilisés, sans générer de résistance, pendant une dizaine d'années par exemple. Quelques chercheurs travaillent sur de nouvelles idées, comme la recherche de produits virucides qui pourraient tuer le virus après un rapport sexuel non protégé. Mais rien dans les actions de recherche entreprises aujourd'hui ne permet d'imaginer à court terme une solution permettant de prendre en charge facilement les malades des pays pauvres, ni en termes de diagnostic ni en termes de traitement. « Ce dont on pourrait rêver, conclut Annick Hamel, c'est par exemple un vaccin thérapeutique avec une injection par mois. Ou un diagnostic par une simple bandelette qui permettrait de connaître la charge virale ou le taux de CD4 en quelques instants. » ■

TROIS DÉFECTIONS MAJEURES

La propriété intellectuelle

MSF / novembre 2004 / C.L.

Au 1^{er} janvier 2005, la production de nouveaux médicaments génériques anti-rétroviraux deviendra impossible.

En 1994, les pays membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) signent des accords intégrant les règles de gestion de la propriété intellectuelle : les fameux accords *Adpic* (accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce) ou *Trips* en anglais (Trade-related aspects of intellectual property rights). Pour les médicaments, ces accords octroient au laboratoire propriétaire, une exclusivité commerciale de vingt ans

minimum. Ces accords ont été mis en application dès 1995 par les pays industrialisés et devront être appliqués le 1^{er} janvier 2005 par les pays en développement (en 2016 par les pays les moins avancés). Ce délai a ainsi permis à un certain nombre de pays en développement disposant d'une industrie pharmaceutique performante (l'Inde, le Brésil, ou la Thaïlande) de démarrer entre-temps la production de médicaments génériques.

Ainsi, le 1^{er} Janvier 2005, ces mêmes pays, s'ils ne l'ont pas déjà fait, doivent mettre en accord leur législation avec la réglementation OMC. Concrètement, cela signifie qu'ils ne pourront plus produire de versions génériques de nouveaux médicaments. Ainsi, quand de nouvelles molécules seront mises sur le marché, elles seront protégées pour une période de vingt ans minimum. Et le fabricant les vendra au prix qu'il fixera lui-même. De plus, on

sait que les fabricants de médicaments de marque ont été obligés de diminuer le prix de leurs médicaments à cause de la compétition générée par l'arrivée sur le marché de médicaments génériques. Cette compétition ne sera plus possible à partir de janvier 2005, et on ne peut que craindre que les prix des nouvelles molécules contre le Sida soient à nouveau d'un prix inabordable pour les malades des pays pauvres. ■



TROIS DÉFECTIONS MAJEURES

L'argent du Sida

MSF / novembre 2004 / propos recueillis par Kevin P.Q. Phelan

SIDA

CONSTAT CLINIQUE
D'UN ABANDON

Quelles questions soulèvent la mise en place et le fonctionnement du *Global Fund*¹ et du plan Bush, dans le combat contre la pandémie de Sida dans les pays les plus démunis ? Entretien avec Rachel Cohen, directrice de la campagne de MSF aux États-Unis pour l'accès aux médicaments essentiels.

“ A défaut de pouvoir bénéficier de ces médicaments [anti-rétroviraux - ndlr], les malades pauvres se voient éventuellement proposer information, prévention et abstinence. ”

Annick Hamel in *A l'ombre des guerres justes - sous la direction de Fabrice Weissman*. MSF - Flammarion - septembre 2003

→ **Quelles sont les ressources financières dont il faudrait disposer aujourd'hui pour faire face à la pandémie de Sida ?**

Tout le monde avance des montants différents, mais il est certain que la somme nécessaire est bien supérieure à celle dont on dispose aujourd'hui. A titre d'exemple, selon les derniers chiffres de l'OnuSida, il faudrait 12 milliards d'ici à 2005, alors que seule la moitié de cette somme est disponible.

Il y a pourtant eu des développements positifs ces deux dernières années, notamment dans les discours, comme celui du président Bush qui s'est engagé à verser 15 milliards de dollars sur cinq ans [ndlr : à travers le *Pepfar* : *President Emergency Plan for Aids Relief*], mais l'attribution de ces sommes ne se concrétise que sous certaines conditions. De plus, aucun autre gouvernement n'a consenti un tel effort.

D'un autre côté, l'appel de Kofi Annan en 2001, qui incitait à agir

par « un effort de guerre » de 10 milliards de dollars par an pour combattre le Sida, a mené à la création du *Global Fund*. Il devait s'agir d'une réponse multilatérale à la pandémie du Sida, permettant une utilisation plus efficace des ressources, dans le but de soigner plus de gens, et plus rapidement. Cette stratégie devait également éviter la prolifération des initiatives des bailleurs, en favorisant les synergies. Mais avec le *Pepfar*, le gouvernement américain a délibérément choisi une autre voie. Au lieu d'injecter une grosse somme d'argent dans le *Global Fund* pour rendre le mécanisme viable et sûr, le gouvernement américain a privilégié une approche unilatérale et a ainsi créé, à mes yeux, une espèce de monstre.

Je ne suis pas en train de dire que le *Global Fund* est le meilleur système pour financer le traitement ARV, mais il est certain que si le gouvernement américain et d'autres bailleurs avaient décidé de soutenir

un système de financement véritablement international, le *Global Fund* aurait aujourd'hui un autre visage.

A long terme, la question du maintien du financement se posera. Ainsi, le mandat du *Pepfar* doit s'éteindre en 2008. Il manque plus de 2 milliards dans les caisses du *Global Fund*. Et il n'a pas assez d'argent pour l'année 2005, rien que pour les renouvellements. Si telle est la situation aujourd'hui, comment ces programmes vont-ils se poursuivre, dans quelques années, lorsque l'attention du monde se sera détournée du Sida ? Que va-t-il advenir de tous ces programmes sans un financement planifié, à long terme ? Que vont devenir ces gens dont la vie en dépend ?

→ **L'augmentation récente des fonds a-t-elle permis à davantage de personnes de recevoir un traitement ?**

Nous sommes dans la même situation qu'il y a trois ans. Le fait est qu'une majorité accablante – plus de 90 % des personnes atteintes du Sida et qui ont besoin d'ARV – n'y a pas accès. Le *Global Fund* estime que grâce aux programmes existants, 1,6 million de personnes sur cinq ans vont recevoir le traitement ARV. Pour sa part, *Pepfar* projette de fournir un traitement à deux millions de personnes d'ici à 2008. En réalité, personne ne sait combien de patients reçoivent le traitement. Et l'augmentation des ressources n'a pas permis la même augmentation spectaculaire du nombre de personnes traitées par anti-rétroviraux.

→ **Quelles sont les principales difficultés liées à la mise en place du *Global Fund* et du *Pepfar* ?**

Si l'on prend les pays où nous fournissons un traitement contre le Sida, le *Global Fund* fait face à plusieurs types de problèmes : problèmes de déboursement, problèmes de coordination au niveau national, problèmes liés au



→ Zambie © Tom Stoddart/IPG - 2001



→ Cambodge © Didier Lefèvre / editing - novembre 2002

manque de contribution des communautés affectées ou à l'exclusion de certains groupes marginalisés.

Mais *Pepfar* inquiète davantage. Les médicaments utilisés dans les programmes sont des médicaments de marque, faisant passer le coût par personne et par an à un minimum de six cents dollars environ, au lieu de deux cents dollars avec les génériques. Cela signifie qu'ils vont traiter beaucoup moins de personnes. Les mécanismes d'achats et d'approvisionnement qu'ils sont en train d'installer en parallèle pourraient finir par remettre en question les stratégies d'achats initiées localement, forçant ainsi d'autres bailleurs à privilégier leur réseau.

Au lieu d'injecter directement de l'argent au niveau national, en se basant sur les systèmes de santé publiques, *Pepfar* contracte avec des organisations ou des compagnies basées aux Etats-Unis. On peut donc craindre qu'une grosse partie de l'argent reste aux Etats-Unis ou tout au moins dans la poche des Américains. Ce sont de très gros contrats qui représentent plusieurs millions, et dans certains cas, plusieurs milliards de dollars, destinés à ceux que l'on

appelle ici les *Beltway bandits* [ndlt : « bandits du périphérique »], ces gens qui ne quittent jamais Washington DC

Au lieu d'injecter une grosse somme d'argent dans le Global Fund pour rendre le mécanisme viable et sûr, le gouvernement américain a privilégié une approche unilatérale et a ainsi créé, à mes yeux, une espèce de monstre.

ou qui sous-traitent et investissent massivement Nairobi, Johannesburg, ou d'autres capitales. Il est certain qu'ainsi l'industrie pharmaceutique s'octroie une grosse partie des fonds.

→ **Ce nouveau contexte a-t-il des incidences sur l'action de MSF ?**

La situation se complique quand il existe beaucoup d'initiatives avec des objectifs différents. L'exemple le plus parlant est le Zimbabwe. Alors qu'il ne s'agit pas d'un pays où le *Pepfar* concentre son action, tous les programmes américains sont néanmoins affectés par sa politique. Ainsi, MSF et le *Center for Disease*

Control (CDC) américain travaillent ensemble et partagent la même pharmacie. MSF traite déjà plusieurs centaines de patients et notre étagère dans la pharmacie est pleine. Mais dans le placard d'en face, à disposition du CDC, les étagères sont vides car ils n'ont pas reçu de recommandations claires quant aux médicaments qu'il leur était permis de se procurer.

Sans même évoquer l'utilisation ou non de médicaments génériques, la définition d'un système d'approvisionnement leur pose déjà problème. Et au final, en suivant comme nous le protocole du gouvernement zimbabwéen, le CDC ne fournira pas de génériques et dépensera à nouveau trois fois plus d'argent afin d'acheter des médicaments de marque. Dans les faits, et au niveau du programme, cela signifie qu'ils ne traitent qu'une seule personne quand ils pourraient en traiter trois. Pour les patients, cela signifie prendre six cachets par jour au lieu de deux. Dans une même maison, deux personnes de deux communautés différentes pourraient avoir deux traitements différents sans savoir pourquoi.

Cela peut véritablement nuire à nos efforts.

Une autre chose m'inquiète : la confusion autour des raisons invoquées concernant le retrait de deux médicaments génériques, de la liste de l'OMS. Indépendamment de la région où il se trouve, chaque programme applique des « normes » différentes. Aussi, d'aucuns pensent que certains programmes ont des normes plus laxistes, en particulier en ce qui concerne la qualité des médicaments. En ce sens, les fausses informations colportées par les Etats-Unis sur les médicaments génériques risquent de porter préjudice aux programmes MSF. Nous n'avons pas encore de preuves mais l'inquiétude est réelle. Si l'on vous dit : « Prenez les médicaments de cette marque parce qu'ils sont de meilleure qualité et nous n'allons pas transiger sur la qualité juste parce qu'ils sont un peu plus chers », cela provoque un impact très fort, inexact et dangereux contre lequel nous nous battons depuis des années. ■

1- Fond mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme.



L'état de la recherche

MSF / novembre 2004 / Aurélie Grémaud

SIDA

CONSTAT CLINIQUE
D'UN ABANDON

LES MICROBICIDES

→ Appliqués sur les muqueuses vaginales, les microbicides, sous forme de gel, de crème, de suppositoire ou autre, réduiraient les risques de transmission du VIH. Soit en détruisant, ou en immobilisant le VIH, soit en « boostant » les défenses naturelles du vagin contre le VIH, soit en empêchant la prolifération du virus une fois qu'il a pénétré les cellules.

Source IPM
<http://www.ipm-microbicides.org/index.html>

Les stratégies actuelles de traitement et les axes de recherches qui les accompagnent, négligent les pays dont les systèmes de santé sont limités. Toutefois, certains axes de recherche, comme ceux sur les vaccins thérapeutiques et – dans le cadre de la prévention – ceux sur les microbicides, sont porteurs d'espoir. Les Dr Suna Balkan, Myrto Schaeffer et Elizabeth Szumilin évoquent ces différents aspects de la recherche.

Face à l'ampleur de la pandémie et au nombre de patients à traiter dans les pays en voie de développement, la stratégie du traitement individualisé des pays riches est impossible à mettre en œuvre, car elle nécessite des infrastructures sanitaires sans aucune mesure avec celles disponibles dans les pays les plus pauvres (et les plus affectés).

→ LA RECHERCHE SUR LES TRAITEMENTS

La recherche sur le VIH est largement orientée vers la découverte de nouvelles molécules. Elle répond en cela à une problématique majeure des pays riches : celle des patients en échec de traitement après une deuxième, troisième et nième ligne de traitement.

« En France, nous avons les moyens techniques et un panel d'anti-rétroviraux qui nous permettent une prise en charge thérapeutique très individualisée des patients. Nous n'avons pas ce luxe dans les pays en voie de développement. De ce fait on ne peut adopter la stratégie de prise en charge thérapeutique du Nord – qui se base essentiellement sur

une escalade thérapeutique progressive en fonction de l'apparition des résistances – aux pays où l'on travaille. Il nous faudrait, pour eux, avoir d'emblée une combinaison thérapeutique plus robuste dont l'efficacité se maintienne dans le temps », explique le Dr Suna Balkan.

→ LUTTER CONTRE LA BAISSÉ DE L'IMMUNITÉ

Au regard des millions de patients qui auront besoin dans un avenir

assez proche d'un traitement anti-rétroviral, les différentes pistes de recherche en immunologie sont intéressantes car elles pourraient permettre une prise en charge plus simple et plus adaptée aux contextes dans lesquels nous travaillons. Actuellement des recherches sont en cours pour trouver des moyens de stimuler le système immunitaire des patients afin qu'ils maintiennent un bon niveau de CD4, en espérant pouvoir retarder voire éviter la mise sous ARV.



→ Indonésie © Tse Tse Wah/MSF - février 2004

ARV PÉDIATRIQUES : DES MÉDICAMENTS INADAPTÉS

Les enfants vivant aujourd'hui avec le Sida ne peuvent être correctement soignés par manque de médicaments adaptés. Si pour les patients adultes, il existe des trithérapies simples d'utilisation (les combinaisons à dose fixe qui permettent aux malades de n'avoir à prendre qu'un comprimé deux fois par jour, et disponibles à un prix abordable), ces mêmes associations avec des dosages pédiatriques n'existent pas. Et lorsque des formulations pédiatriques d'anti-rétroviraux existent, leur coût est six fois plus élevé que pour les adultes. Ainsi un traitement pour un enfant (pesant 14 kilos) prenant trois sirops différents, correspondant à trois molécules distinctes, coûte 1300 US\$ par an,

contre 200 US\$ pour la même combinaison pour les adultes.

Le choix des médicaments disponibles pour les enfants est plus restreint. Les médecins sont souvent contraints d'utiliser des comprimés pour adultes, de les écraser pour qu'ils puissent être avalés par les enfants, ou de diviser les comprimés (qui ne sont *a priori* pas faits pour ça) pour leur donner le bon dosage. Il en résulte une prise en charge encore plus difficile.

Les enfants pâtissent du manque d'intérêt des laboratoires pharmaceutiques. Dans les pays riches, très peu d'enfants naissent infectés par le VIH, grâce au succès de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant. Des

formulations pédiatriques ont ainsi été développées pour ces enfants, notamment des sirops, à un prix inabordable pour les pays en développement, ou bien indisponibles dans ces pays où les laboratoires n'ont pas pris la peine de les enregistrer. Là encore, pour ces grands laboratoires, il ne s'agit pas d'un marché solvable.

Pourtant, on estime que 2,5 millions d'enfants vivent avec le VIH/sida dans le monde*. Faute de médicaments appropriés, près de 50 % des enfants nés séropositifs décèdent avant l'âge de deux ans. Alors que 6 % des personnes infectées dans le monde sont des enfants, ils représentent 17 % des décès.

*Source OnuSida - chiffres 2003

Malheureusement, il semble que les moyens dévolus pour cette recherche soient très insuffisants en comparaison de ceux mis, par les laboratoires privés, dans la recherche de nouveaux ARV. Quant au vaccin préventif, on en est encore très loin du fait à la fois de manque de moyens et de difficultés techniques.

→ EN ATTENDANT UN VACCIN

Si l'on est encore très éloigné d'un vaccin préventif, la recherche sur les microbicides (voir en marge p.16) offre des perspectives intéressantes. Mais elle n'avance pas assez vite : Zeda Rosenberg, Directrice de « International Partnership for Microbicides » a en effet déclaré qu'ils ne seraient pas disponibles avant 2007. Les microbicides semblent néanmoins constituer un bon espoir à moyen terme. Restera ensuite la question de leur coût. « Il est inconcevable qu'un tel produit ne soit pas distribué gratuitement ou à très bas prix. Un médicament qui empêcherait la contamination ! Le Sida est

considéré comme une menace tellement grande qu'il a été un sujet de discussion du Conseil de sécurité des Nations unies ! Comment pourrait-on justifier ensuite qu'un produit qui marche ne soit pas financièrement accessible à tous ? » s'indigne Elisabeth Szumilin.

→ PÉDIATRIE ET TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

Un simple constat permet de comprendre pourquoi la recherche n'est pas axée sur les aspects pédiatriques du VIH-Sida : aux Etats-Unis 500 enfants sont contaminés par an ; dans le monde, 1 800 enfants le sont quotidiennement. L'industrie pharmaceutique, essentiellement axée sur les profits qu'elle peut générer dans les pays riches ne voit donc aucun intérêt à développer des formes pédiatriques. « Dans les pays riches, on est prêt à payer beaucoup pour la santé de nos enfants, mais comme le Sida les touche peu aujourd'hui, la conséquence est qu'il existe peu de spécialistes dans le monde », explique le Dr Myrto

Schaeffer, qui travaille notamment sur la prise en charge du VIH chez les enfants.

Se pose aussi la question de la prévention. Aujourd'hui il est possible de diminuer fortement la transmission du virus du Sida d'une mère à son enfant par la prise d'anti-rétroviraux durant la grossesse, par une éventuelle césarienne et par l'allaitement artificiel. Mais, par exemple, l'arrêt de l'allaitement maternel est souvent impossible dans les pays où nous travaillons. Aujourd'hui il n'y a pas, ou peu, de recherche sur les moyens de prévenir la transmission en cas d'allaitement. « En fait nous ne connaissons presque rien là-dessus. A part l'arrêt de l'allaitement et l'utilisation de lait industriel, il n'y a pas aujourd'hui de solution », explique Myrto. Or, le risque de transmission du VIH durant l'allaitement est au moins de 30%. Encore une fois, face à cette urgence, la recherche est peu soutenue financièrement. « Il y a quelques articles sur ce sujet. Mais il n'y a pas suffisamment de données pour établir des recommandations ». conclut Suna Balka. ■

LES FEMMES ET LE SIDA

La part des hommes dans le Sida des femmes

MSF / septembre 2004 / propos recueillis par Olivier Falhun

Si la planète compte plus d'hommes que de femmes malades du Sida (52% contre 48%¹), ces données masquent cruellement la grande vulnérabilité des femmes. Le nombre de femmes séropositives ne cesse d'augmenter, surtout dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans, où 60 % des personnes infectées sont du sexe féminin. A partir de leur expérience des programmes MSF en Afrique, les Dr. Suna Balkan et Elisabeth Szumilin, du département médical, reviennent sur ce constat tout en interrogeant la répartition des rôles dans la société africaine, et en évoquant la domination masculine : l'autre vecteur du Sida.

Elisabeth : Il faut savoir tout d'abord que le risque pour la femme de contracter la maladie est supérieur à celui des hommes. Certes des facteurs biologiques expliquent une part de cette réalité : on sait qu'un rapport vaginal « réceptif » est plus à risque qu'un rapport vaginal « insertif », et que la fragilité des muqueuses rend les femmes plus vulnérables que les hommes (voir encadré p.19). Mais ceci n'explique pas les proportions atteintes dans certaines tranches d'âges et sur certains continents : ainsi en Afrique,

entre 15 et 24 ans, les femmes sont trois fois plus exposées que leurs homologues masculins !

Suna : L'environnement socio-culturel n'est pas étranger à ce constat, notamment en Afrique subsaharienne, où vivent 77 % des femmes séropositives. Et ça commence par l'accès à l'éducation : dans de nombreux pays, si tu as le choix, c'est d'abord le garçon que tu envoies à l'école. Et si quelqu'un est malade à la maison, c'est d'abord à la

femme de s'en occuper, c'est elle qui va devoir quitter l'école pour prendre soin d'un parent... Comment s'étonner que la prise de conscience se fasse plus lentement chez les femmes ? Quand tout est fait dans la société pour les maintenir à distance de toute possibilité d'émancipation, de tout accès à la sensibilisation.

Elisabeth : C'est vrai que la prise de conscience des risques liés au Sida passe par l'accès à l'éducation, en particulier sexuelle, où peut

MATERNITÉ ET SIDA

→ Sur le continent africain, plus de cinq millions de femmes en âge de procréer sont infectées par le virus du Sida. Dans les dispensaires prénatals des principales zones urbaines, une femme enceinte sur trois est séropositive.

Source OnuSida

SIDA

CONSTAT CLINIQUE D'UN ABANDON

“

A un moment, il a eu des problèmes cardiaques, c'était le jeudi. Il est mort le samedi, c'était le samedi 1^{er} décembre, journée internationale du Sida. J'étais présente. La situation est très mauvaise pour les veuves du Sida, la famille vous prend tout après sa mort. J'avais beaucoup de possessions, ils ont tout pris.”

Témoignage d'une femme atteinte du Sida, recueilli à Mathare (Kenya) en 2002.

commencer un vrai travail de prévention, malheureusement inaccessible à de nombreuses jeunes filles. Mais si elles sont exposées et infectées plus tôt que les hommes du même âge, notamment entre quinze et vingt-quatre ans, c'est aussi parce qu'elles sont dépendantes et à la merci de personnes plus âgées, qu'elles doivent se soumettre aux « rites » transmis par leurs aînés.

Suna : Dans certains lieux, c'est justement pour obtenir une « guérison » ou « purification » que les hommes plus âgés (se sachant infectés dans certains cas) vont aller s'attacher les faveurs d'une jeune fille !

Elisabeth : Et vice-versa ! Une croyance qui ne marche pas dans un sens fonctionne encore dans l'autre : dans certaines cultures, existe un statut particulier, celui de « *cleanser* ». Dans certaines régions du Malawi par

exemple, on considère qu'une adolescente qui vient d'avoir ses premières règles doit être « lavée ». Elle se rend donc chez l'ancien du village, le « *cleanser* », doté de ce pouvoir de « purification » qui passe par des rapports sexuels...

(...) dans tous nos programmes en Afrique, la majorité des patients sont des femmes, âgées en moyenne de 34 ans, souvent veuves ou abandonnées du fait de leur séropositivité.

On peut aussi parler des « *sugar daddy* », ces hommes qui entretiennent des jeunes filles en échange de relations sexuelles, ou encore de toute autre forme de violences sexuelles...

Suna : La « servitude » engendrée par des croyances ou des situations d'ordre

économique et social – quid de la prostitution par exemple – ne favorise pas la condition des femmes africaines, comme elle accroît considérablement les risques d'infection. Encore n'a-t-on pas évoqué les pratiques conjugales comme la polygamie, qui favorise elle aussi considérablement la transmission du virus.

Elisabeth : Ou encore le lévirat, une coutume qui revient parfois dans un but inavouable : initialement revendiquée dans un but social (faire en sorte que l'épouse ne se retrouve pas seule), cette pratique qui veut que la veuve épouse le frère cadet du défunt serait détournée de son objectif de départ, des familles n'hésitant pas à l'invoquer dans le seul but de conserver l'héritage du mari. Mais quelle qu'en soit la raison, là encore les risques sont démultipliés.

Suna : C'est peut-être une raison qui explique que dans tous nos programmes en Afrique, la majorité des patients sont des femmes, âgées en moyenne de 34 ans, souvent veuves ou abandonnées du fait de leur séropositivité. Prennent-elles conscience de la gravité de la maladie à la suite du décès de leur mari ? Leur abnégation est-elle si forte qu'elles attendent la mort de celui-ci pour venir nous voir ? Elles n'ont évidemment pas intérêt à avouer à leur époux leur séropositivité, puisqu'elles risquent d'être répudiées et rejetées par la communauté. Au début de notre programme de TME² à Arua en Ouganda, parmi les jeunes femmes enceintes qui se faisaient dépister à la maternité, nombreuses étaient celles qu'on perdait de vue dès qu'elles apprenaient leur séropositivité...

Elisabeth : Autre exemple, celui de Mathare au Kenya, ce bidonville de Nairobi où vivent de nombreuses veuves livrées à elles-mêmes à la mort de leur mari, et qui ont tout perdu (voir marge). Sur le nombre total de patients accueillis dans le centre MSF de Mathare, 78 % sont des femmes ! On peut toutefois ajouter que dans le cas du Malawi, par exemple, les femmes se font dépister plus souvent que les hommes. Et la place qu'elles occupent au sein du foyer, notamment auprès de leurs enfants, n'est peut-être pas étrangère à leur démarche. La responsabilité qui leur incombe peut donc les inciter à franchir certains obstacles,



→ Mozambique, © Martin Beaulieu - janvier 2004

dans le but d'assurer la protection et l'avenir de leur famille. Encore faut-il avoir vaincu le poids de la pression sociale ! Et en ce sens, le constat concernant l'accès aux traitements est biaisé à MSF, puisque nous soignons essentiellement des femmes qui ont déjà réussi à venir jusqu'à nous ! Mais aussi que nous soignons parfois des hommes (au Malawi par exemple) qui arrivent – lorsqu'ils arrivent – dans des états de santé déplorables, souvent pire que celui des femmes. Eux aussi sont peut-être pris au piège du fonctionnement de la société, qui les oblige à subvenir aux besoins de la famille et donc à travailler jusqu'à l'épuisement, leur santé passant au second plan... En ce sens, tant que l'ordre social existant ne sera pas questionné, l'accès aux soins restera difficile, pour les hommes comme pour les femmes.

Suna : La question de l'accès aux soins ne se pose peut-être pas que pour l'Afrique. En Asie, s'il est vrai que la proportion des femmes infectées est *a priori* moins importante que celle des hommes, les taux de fréquentation de nos programmes s'inversent toutefois

de manière sensible : alors qu'en Afrique 70 % de nos patients sont des femmes, elles ne sont plus que 40 % dans nos programmes au Cambodge, et 30 % en Chine (où le projet démarre) !

Elisabeth : D'autant que les femmes ont très peu de pouvoir pour négocier des relations sexuelles protégées. La politique de prévention par le préservatif a montré ses limites... Et le préservatif féminin est à la fois beaucoup trop cher et trop peu répandu ! On sait qu'un projet de microbicide est à l'étude (voir p. 16), qui permettrait aux femmes de se protéger du virus en « gardant le contrôle », à l'insu des hommes. Quant à savoir quand il sera disponible...

Les femmes ont très peu de pouvoir pour négocier des relations sexuelles protégées. La politique de prévention par le préservatif a montré ses limites...

Pour toutes ces raisons, on a quand même l'impression qu'en

point positif, de voir que paradoxalement, grâce au Sida, les femmes s'affirment davantage au sein de la société africaine. ■

1- Source : OnuSida - 2004
2- TME : Transmission mère-enfant
3- National Community of Women Living with Aids : Association ougandaise des femmes vivant avec le Sida

BIOLOGIQUEMENT PLUS VULNÉRABLES

Au cours d'un rapport hétérosexuel, les femmes sont plus vulnérables que les hommes face au Sida. En effet, la concentration du virus dans le sperme est près de dix fois plus forte que dans les sécrétions vaginales. Les risques de transmission sont donc plus élevés chez les femmes (réceptives) d'autant que le sperme peut rester en contact avec la muqueuse du vagin pendant plusieurs heures, voire plusieurs jours, tandis que l'homme ne sera exposé au virus qu'au moment du rapport sexuel.

La surface des muqueuses exposées au virus est également beaucoup plus grande chez la femme (muqueuses cervicales et vaginales) que chez l'homme (muqueuse banalo-prépuçiale).

De plus, la fragilité de la muqueuse vaginale (notamment pendant les règles, mais aussi en cas de rapport sexuel forcé) favorise les lésions et les risques d'infection.

Enfin, la présence de MST facilite la transmission du virus (ainsi, l'herpès génital de type II est considéré comme l'un des co-facteurs les plus puissants pour favoriser la transmission du VIH au cours d'un rapport hétérosexuel - source : Université Pierre et Marie Curie www.upmc.fr).

LES MSF FACE AU SIDA

Ca va mieux en le disant...

MSF / octobre 2004 / propos recueillis par O.F.

La pandémie de Sida menace également la santé des membres de Médecins Sans Frontières. A travers nos activités – et pas seulement dans le cadre de nos programmes spécifiques –, les 6500 personnels de la section française présents sur le terrain sont exposés au virus. Les risques sont bien réels, et les exemples d'accidents d'exposition au sang en témoignent. Sur nos contextes d'intervention, la prévention ou encore la prise en charge proposée par MSF en cas d'infection, les précisions d'Arnaud Laurent, directeur des ressources humaines à MSF.

→ En préparant cet entretien, tu insistais sur la prise de conscience face au risque. Peux-tu nous expliquer pourquoi ?

A.L. : Avant d'aborder la question de la prise de conscience, encore faudrait-il considérer qu'il n'existe au départ aucun « mépris » de conscience. Or, l'attitude de certaines personnes – expatriés ou membres du personnel national – qui se donnent parfois des airs de héros immortels au prétexte qu'ils en ont vu d'autres ou qui, pour des raisons d'ordre culturel ou politique, continuent de nier l'existence de la maladie, sont autant de caricatu-

res qui n'ont pas complètement disparu. Cela dit, la question de la prise de conscience se pose tout bêtement parce que nous sommes confrontés à une forte prévalence dans la plupart des pays où nous intervenons, et dans l'exercice de nos activités au sens large. Ainsi, aux projets Sida s'ajoutent d'autres contextes, comme les activités chirurgicales ou les campagnes de vaccination, qui réclament une vigilance redoublée. Evidemment le personnel soignant mais aussi les logisticiens se trouvent particulièrement exposés : la destruction des déchets et la manipulation des

seringues usagées font partie de leur boulot. Enfin, on ne peut parler du Sida à MSF sans évoquer les pratiques

sexuelles à risques et les moyens de s'en prémunir. Ce qui va sans dire va peut-être mieux en le disant.

LE KIT AES*

Composé d'un classeur qui explique la marche à suivre selon le degré d'exposition, et de médicaments de prophylaxie, le « kit AES », est disponible sur toutes les missions et pour tous les personnels : du journalier au staff national et international, en passant par le personnel rémunéré sous forme d'« incentives ». Ce kit tente de répertorier toutes les éventualités possibles en cas d'accident, et contient un traitement préventif (sous forme de bithérapie, bientôt trithérapie) à prendre dans les 72 heures qui suivent une exposition à fort risque : cette prophylaxie réduit ainsi de manière sensible les risques d'infection

*Accident d'exposition au sang

SIDA

CONSTAT CLINIQUE D'UN ABANDON

Chaque mois à MSF, plus d'un accident d'exposition au sang est déclaré au siège parisien. On peut supposer que ce chiffre est en deçà de la réalité.



→ Cambodge © Espen Rasmussen - février 2004

→ Quels sont les outils et les moyens de prévention dont on dispose ?

A.L. : De la sensibilisation à la prophylaxie, l'éventail des moyens disponibles est assez large : la distribution de préservatifs avant chaque départ, mais aussi leur disponibilité dans chaque maison ou bureau géré par MSF sur le terrain, recèle tout à la fois une dimension préventive et symbolique. Dans un autre registre, les *briefing* et les outils de communication interne permettent de rappeler régulièrement certaines règles, du carnet de route distribué aux « Premières missions », jusqu'au guide « Santé en mission » disponible dans toute bibliothèque opérationnelle. Mais il nous faut surtout prévenir le risque inhérent à nos activités. Ainsi, des mesures de prévention des risques d'accidents ont été mis en place, comme les containers de récupération, qui permettent d'éviter tout contact direct avec les aiguilles usagées. En cas d'exposition, il existe

aussi le « kit AES », sorte de trousse de secours de première urgence, régulièrement mise à jour par le département médical et disponible sur toutes les missions [voir encadré p.19]. Enfin, il faut souligner ici la responsabilité du coordinateur médical, garant du respect des règles et des précautions à prendre dans un service de santé. Tout accident d'exposition doit lui être signalé.

→ Au-delà de cet aspect préventif, quelle est la politique de prise en charge en cas de contamination, et quelles sont ses limites ?

A.L. : Dans le cas des expatriés, et au-delà des diverses couvertures sociales, MSF contracte une assurance pour « risques professionnels ». Elle n'est pas réhivatoire pour partir avec MSF ; mais afin d'en bénéficier, il faut pratiquer un test de dépistage qui concerne à la fois le VIH et le VHC (hépatite C)¹. Mais l'affaire se corse

quand on évoque le personnel national. Ainsi, si la prise en charge de la Sécurité sociale est inexistante ou incomplète, MSF tentera de la remplacer ou de la compléter en souscrivant à une assurance privée. Le cas échéant, MSF se retrouve dans la situation de l'employeur-assureur qui, loin d'être idéale, nous a amené à préciser les divers cadres de prise en charge assurés par MSF dans un document de référence². Quant au personnel sous « incentives »³, c'est-à-dire dépendant du ministère de la Santé local et collaborant avec MSF, la « co-responsabilité » engendre une situation qui n'est pas claire. En termes de prévention, les chefs de mission se doivent d'informer et de mettre à disposition de tous les mêmes outils. Reste néanmoins le problème de la responsabilité partagée et de la prise en charge, qui posent aujourd'hui plus de questions qu'elles n'apportent de réponses. Ainsi, les ARV sont-ils disponibles dans le pays ? Le ministère de la Santé en met-il à disposition ? Y a-t-il une Sécurité sociale et que recouvre-t-elle ? Ce n'est que lorsque nous aurons répondu à des questions de cette nature que nous pourrons affiner le cadre de notre prise en charge.

Enfin, le cas des fermetures de mission constitue aussi une limite, même si on ne part pas sans avoir au préalable donné aux personnels concernés l'équivalent d'un an de traitement, à défaut d'une prise en charge assurée par les autorités. Une limite... Et peut-être aussi un sursis, qui nous rappelle à nos responsabilités depuis que nous avons commencé à soigner des patients atteints par le Sida. ■

1- Celui-ci doit être effectué dans un intervalle de 15 jours précédant un départ, puis dans les trois mois suivant un retour de mission (six mois dans le cas de l'hépatite C), dans le respect des procédures et de la confidentialité. MSF n'a pas à en connaître le résultat.

2- Voir « La couverture de santé et la protection sociale du personnel national », document disponible dans toutes les coordinations.

3- Le nombre de personnes rémunérées sous forme d'« incentives » (primes versées par MSF) varie entre 500 et 1000.

Spécial SIDA

Contacts Presse :

caroline.livio@msf.org
laurence.hughes@msf.org

Si vous souhaitez obtenir des informations complémentaires :

- sur les activités de la section française de msf : www.msf.fr
- sur les activités des autres sections de msf : www.msf.org

