



SIDA

Incurie politique et impasse médicale

Dossier de presse
Médecins Sans Frontières
25 novembre 2004

SOMMAIRE

Constat clinique d'un abandon	p. 2
MSF et le sida : quel avenir pour nos patients ?	p. 4
Trois défections majeures	
L'argent du sida	p. 6
L'état de la recherche	p. 9
La propriété intellectuelle	p. 11
ARV pédiatriques : des médicaments inadaptés	p. 12
Les programmes de Médecins Sans Frontières	p. 13

SIDA, 20 MILLIONS DE MORTS PLUS TARD...

Constat clinique d'un abandon

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 ou curatif 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 identifiés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 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. Ce déséquilibre est scandaleux.

Condamnés à mourir sans soins

La multiplication des initiatives — 15 milliards de dollars du plan Bush, plan "3 par 5" de l'OMS (3 millions de patients sous traitement d'ici fin 2005), engagement des grands laboratoires sur des baisses de prix supplémentaires — relève, pour l'essentiel, de l'effet d'annonce. A ce jour, cette avalanche de promesses n'a en tout cas rien changé au sort des malades : presque tous restent condamnés à mourir sans soins.

On pourrait s'attendre à ce que ce constat d'abandon provoque un sursaut, pour étendre rapidement la mise sous trithérapie antirétrovirale (ARV) des patients qui en ont besoin. C'est pourtant le contraire qui est en train de se produire : les entraves à l'accès aux traitements s'accumulent.

Les grands laboratoires pharmaceutiques et les Etats où ils sont domiciliés s'efforcent de restreindre la possibilité de produire des versions génériques des antirétroviraux et tentent de jeter le discrédit sur celles déjà utilisées. Leurs pressions ont ainsi conduit l'OMS à retirer son homologation à certains antirétroviraux génériques dont la qualité n'est pourtant pas en cause. Par ailleurs, dès 2005, la transposition des accords ADPIC de l'OMC dans les pays en développement disposant d'une industrie pharmaceutique supprimera la possibilité de produire, sous des formes génériques, à bas prix, les nouvelles molécules rendues indispensables par l'apparition de résistances aux traitements de première ligne. Ce sont pourtant les génériques qui ont permis une réelle avancée en 2001, en faisant chuter le prix d'une trithérapie de 10 000 à 300 dollars par an. Par ailleurs, les Etats-Unis font pression pour réduire le budget du Fonds Global de lutte contre le sida, au profit d'accords bilatéraux privilégiant l'utilisation de médicaments de marque. Ainsi, la réponse déjà trop faible à la pandémie de sida est étranglée par l'administration Bush, encouragée par les laboratoires pharmaceutiques et avec la complicité silencieuse de l'OMS. Cette attitude nous semble criminelle.

Maintenir nos patients en vie: jusqu'à quand ?

Aujourd'hui, Médecins Sans Frontières traite 23 000 malades dans 27 pays avec des anti-rétroviraux (ARV). Nos programmes - qui reposent sur la gratuité des soins, la simplification de la prise en charge et du suivi - donnent de bons résultats : le traitement permet à nos patients de survivre dans des proportions importantes.

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 tout à fait isolées, notamment en Afrique sub-saharienne. Par ailleurs, même simplifié, le traitement reste complexe et coûteux à mettre en oeuvre (environ 1000 dollars par patient et par an dans les projets de MSF, médicaments inclus). Nous savons enfin 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. Faute de disposer de médicaments adaptés, nous risquons de ne pouvoir les maintenir en vie plus longtemps.

Réorienter la recherche, changer les règles

Malheureusement, en dépit de l'évidence épidémiologique, la recherche médicale s'acharne à concentrer la plus grande partie de ses efforts sur les besoins des pays riches - en développant des traitements de deuxième, troisième, quatrième ligne, très complexes à administrer - quand la majorité des malades vit au Sud. Il est indispensable d'inventer des stratégies, des outils diagnostiques et des traitements adaptés aux contextes précaires, à la pénurie de moyens, à la pauvreté des infrastructures et au manque de médecins. De les inventer et... de les rendre disponibles.

Au-delà de la mise sous traitement, c'est 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, systèmes de santé) pour s'attaquer réellement au problème. Pour l'augmentation significative du nombre de malades sous ARV, les faits montrent que l'obstacle n'est pas que financier. C'est une question de volonté politique. L'ambition doit être de traiter le plus grand nombre de malades possible 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.

MSF et le sida : quel avenir pour nos patients ?

Trois ans et demi après les premières mises sous traitements, où en est-on dans l'évolution de nos programmes ? Les réponses du Dr. Guillermo Bertolletti, Directeur des Opérations à MSF.

Trois ans et demi après les premières mises sous traitements, 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.

Avec trois ans de recul, la seule chose que nous avons réellement démontrée, c'est qu'il était possible de distribuer des médicaments en Afrique... Avec aujourd'hui plus de 9400 patients sous ARV – notre expérience en matière de Sida, qui demeure limitée, nous permet pourtant de montrer la voie. Ces résultats n'ont été obtenus qu'au prix d'une simplification importante 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 (les taux de CD4 ne sont mesurés qu'une seule fois par an sans examen biologique au préalable ; le taux de CD4 sont seulement mesurés chez les patients asymptomatiques), pour atteindre 200 à 300 nouvelles inclusions mensuelles sur certains programmes. Un autre élément de la simplification concerne l'utilisation de cocktails médicamenteux regroupant plusieurs molécules en une seule pilule : les Combinaisons à Dose Fixe (ou FDC, Fixed-Dose Combinations). Ces combinaisons permettent également au patient de ne prendre qu'un seul cachet deux fois par jour, ce qui rend la prescription et l'observance du traitement plus facile et permet, potentiellement, de limiter le risque d'apparition des résistances. Enfin, la décentralisation des soins et le suivi des patients par des infirmiers complètent cette approche simplifiée.

Ces résultats n'ont pas produit leurs effets escomptés dans les pays où nous travaillons, malgré les déclarations des gouvernements et les effets d'annonces de la part des bailleurs de fonds : au Malawi ou au Cambodge, 90 % des patients traités dans le pays le sont par MSF. Au Kenya, notre projet d'Homa Bay (un des districts les plus touchés du pays, avec une prévalence d'environ 30%) atteindra bientôt 4000 patients sous tri-thérapie, 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... Enfin, 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 nouveaux défis

Dans l'objectif d'inclure davantage de patients sous ARV, notre choix de simplifier le suivi des patients suppose également une détection plus difficile et plus tardive des résistances. Le problème de la résistance nous ramène quatre ans en arrière, au combat que nous avons engagé pour obtenir des médicaments adaptés et à un coût abordable (un traitement de seconde ligne revient en moyenne à 5000 dollars par an

et par patient). La prise en charge des enfants est un autre exemple du manque d'outils adaptés (voir également le texte « ARV pédiatriques : des médicaments inadaptés »). Il en résulte une prise en charge lacunaire qui nous empêche de traiter correctement les 584 enfants inclus dans nos programmes. 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 difficulté auxquelles nous sommes quotidiennement confrontés. Enfin, il nous faudra améliorer considérablement la prise en charge de nos patients co-infectés par la tuberculose, ce qui représente un immense défi.

L'avenir opérationnel

La section française de Médecins Sans Frontières mène sept programmes spécifiques, pour lesquels s'impose à présent la mise sous traitement rapide de tous les malades éligibles. D'autre part, l'attitude volontariste d'un pays comme la Thaïlande nous permet d'envisager un retrait progressif de ce pays, avec l'assurance d'une prise en charge de nos patients (avec des médicaments de première ligne) par les autorités. Nous devrions également nous atteler sous peu à la définition d'un protocole de traitement des malades VIH/Sida hors des projets spécifiques, en dépit des difficultés « éthiques », car cette démarche se heurte à la durée de notre présence sur le terrain. 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, car 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. 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.

**Programmes MSF France :
Malawi, Ouganda, Kenya, Guatemala, Cambodge, Chine, Thaïlande**

11 400 : nombre de patients ayant reçu un traitement 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.

584 : 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)

TROIS DEFLECTIONS MAJEURES

L'argent du sida

Quelles questions soulèvent la mise en place et le fonctionnement du Global Fund 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 Etats-Unis pour l'accès aux médicaments essentiels.

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, Pefpar 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 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 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.

TROIS DEFECTIIONS MAJEURES

L'état de la recherche

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 oeuvre, 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 quatrième 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 BAISSSE DE L'IMMUNITÉ

Au regard des millions de patients qui auront besoin dans un avenir assez proche d'un traitement antirétroviral, 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.

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.

TROIS DEFLECTIONS MAJEURES

La propriété intellectuelle

Au 1er 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 20 ans minimum. Ces accords ont été mis en application dès 1995 par les pays industrialisés, et devront être appliqués le 1er 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.

Le 1er 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 20 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 concurrence générée par l'arrivée sur le marché de médicaments génériques. Cette concurrence 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 inabordables pour les malades des pays pauvres.

ARV pédiatriques : des médicaments inadaptés

Près de la moitié des enfants nés séropositifs décèdent avant l'âge de deux ans. Car pour les 2,5 millions d'enfants infectés par le virus du sida, les traitements adaptés n'existent pas, ou à des prix inabordables.

Alors que 6 % des personnes séropositives dans le monde sont des enfants, ils représentent 17 % des décès dus au sida. Cette surmortalité a une explication tristement simple : par manque de médicaments adaptés, les enfants qui vivent aujourd'hui avec le sida ne peuvent être correctement soignés.

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 pour les enfants. Et, lorsque des formulations pédiatriques d'anti-rétroviraux (ARV) 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 dollars par an, contre 200 dollars 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.

* **Chiffres 2003**

Les programmes de Médecins Sans Frontières

La section française de Médecins Sans Frontières mène 7 programmes de traitement des malades du sida par ARV au Malawi, Kenya, Ouganda, Guatemala, Cambodge, Chine et Thaïlande.

Au Malawi, MSF a ouvert son programme de soins de malades du sida par trithérapies en août 2001 dans l'hôpital de Chiradzulu, dans le sud du pays. 3500 personnes bénéficient aujourd'hui, gratuitement, d'un traitement par anti-rétroviraux. Le projet MSF vise à offrir à un maximum de malades un accès à des traitements. Pour y parvenir, nous avons simplifié les protocoles d'admission et de prise en charge des patients et décentralisé l'offre de soin dans 10 centres de santé du district. Grâce à cette méthode, et sans que la qualité des soins en pâtisse, le nombre moyen de nouveaux patients inclus dans ce programme de soins est passé à une moyenne de 250 chaque mois. Enfin, une étude scientifique virologique vient d'être menée auprès d'un échantillon représentatif de patients sous traitement depuis au moins six mois. Les résultats, extrêmement positifs et semblables à ceux obtenus dans les pays européens, prouvent l'efficacité du traitement dans plus de 80 % des cas.

Au Kenya, le district d'Homa Bay, à l'ouest du pays, est touché de plein fouet par l'épidémie de sida. Le taux de prévalence se situe entre 30 et 35 % de la population adulte. A l'hôpital public, la majorité des lits est occupée par des malades du sida, particulièrement dans le service tuberculose, où les médecins ont noté une recrudescence des cas de TB en raison de la co-infection sida-tuberculose. A Homa Bay, Médecins Sans Frontières mène depuis 3 ans un programme d'accès aux antirétroviraux. 2 000 patients sont actuellement sous ARV, 4 000 le seront d'ici l'année prochaine. Pourtant, cela est loin d'être suffisant par rapport aux besoins du district.

En Ouganda, MSF intervient à l'hôpital d'Arua, au nord du pays, depuis février 2000, et a démarré un programme de traitement des malades du VIH/sida par trithérapies en juillet 2002. 1 100 patients y reçoivent aujourd'hui un traitement.

Au Guatemala, 7 500 personnes ont développé le sida sur les 67.000 personnes infectées par le virus. Médecins sans Frontières a démarré un programme de traitement en 2001 à Guatemala Ciudad où 577 patients sont aujourd'hui pris en charge

Au Cambodge, MSF travaille à Phnom Penh dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital Norodom Sihanouk le plus grand hôpital national. Les premières trithérapies ont été dispensées en juillet 2001. Une nouvelle consultation a également démarré en 2003, à Kompong Cham au nord-est de la capitale. Plus de 2 200 patients bénéficient d'une tri-thérapie dans ces deux projets.

En Chine, MSF a ouvert le 1er décembre 2003, en partenariat avec les autorités sanitaires chinoises de la province du Guangxi, une clinique pour prendre en charge les malades du sida à Nanning. Un an plus tard, plus de 200 patients y sont suivis, dont 122 reçoivent une trithérapie antirétrovirale. Mais des obstacles - médicaux, financiers et psychologiques - restent à surmonter.

En Thaïlande, une volonté politique forte, un système de santé qui fonctionne bien et la production d'antirétroviraux génériques ont permis de faire progresser l'accès aux soins et de faire reculer la stigmatisation des séropositifs en Thaïlande. Le gouvernement s'est engagé à permettre à 50 000 patients d'accéder aux traitements ARV d'ici 2005, et a déjà rempli plus de la moitié de cet objectif.

MSF travaille à Surin, au nord-est de la Thaïlande, depuis 1996. Nous avons commencé par de simples soins palliatifs à domicile, puis la prise en charge des maladies opportunistes. En 2001, nous avons mis notre premier patient sous ARV à l'hôpital provincial. Aujourd'hui, nous sommes présents dans six structures de santé dans deux provinces où, en collaboration avec le personnel soignant thaïlandais, nous prenons en charge 1 750 patients séropositifs. Parmi eux, nous avons 846 patients sous antirétroviraux, dont 83 enfants. La passation de notre programme aux services de santé thaïlandais a déjà commencé.

Dans l'ensemble des sections MSF, nos équipes traitent au total 23 000 personnes dont 1 400 enfants dans 27 pays.