



Gratuité des traitements du sida en Afrique : un impératif de santé publique

**in *Population, développement et VIH/Sida et leurs rapports avec la pauvreté*,
38ème session Commission de la population et du développement de l'ONU,
New-York, avril 2005**

Bernard Taverne

anthropologue - médecin

UMR 145 « VIH/sida et maladies associées »

Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

B.P. 1386

Dakar - Sénégal

tel : (221) 8493539/ 8644048 ; fax : (221) 8324303

<http://www.ird.sn/activites/sida/index.htm>

INTRODUCTION

La nécessité de proposer aux personnes qui vivent avec le VIH dans les pays à ressources limitées une prise en charge médicale, en particulier des programmes d'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV), fait aujourd'hui consensus ; elle se fonde tant sur le respect des droits de l'homme que sur des arguments épidémiologiques et économiques. Cette nécessité a conduit l'OMS à s'engager en 2003 dans l'ambitieux programme « 3 x 5 », dont l'objectif est que trois millions de personnes aient accès aux traitements à la fin de l'année 2005. Aucun programme d'une telle envergure n'avait jusqu'alors été mis en oeuvre au niveau mondial ; aucun modèle universel n'existe pour développer à une si large échelle la prise en charge médicale des malades du sida, aussi a-t-il été admis que devant le caractère urgent de ce programme, il faudrait « apprendre en réalisant ».

En Afrique, quelques programmes pilotes se sont engagés dès 1998 dans une prise en charge thérapeutique incluant des médicaments ARV (Côte d'Ivoire, Ouganda, Sénégal). Les premières années de fonctionnement de ces programmes ont permis de documenter la faisabilité du traitement, l'efficacité des antirétroviraux, l'observance et les risques de résistance virale dans le contexte de pays à faibles revenus, enjeux considérés comme majeurs au plan international. Les analyses de ces programmes ont également fourni des données sur leurs succès et leurs limites dans la gestion de l'équité, et montré que les obstacles socioéconomiques conduisent à manquer des opportunités de traitement ou à contraindre des patients à arrêter leur traitement à cause de leur incapacité économique à y subvenir.

Évidemment, des questions essentielles se posent avec le changement d'échelle de l'accès aux soins entre des programmes pilotes et un accès universel. Comment améliorer la fréquentation des structures de santé ? Comment atteindre les populations les plus pauvres et les plus vulnérables (Holmes 2004, Mukhenerjee 2004) ? Comment parvenir à un haut degré d'observance afin d'éviter la diffusion de résistances virales ?

Sans aucun doute, il y a encore beaucoup à apprendre, mais les données scientifiques solides issues de l'analyse des programmes pilotes permettent d'ores et déjà d'affirmer que le principe de la gratuité d'un paquet minimal de soins complet pour toutes les personnes vivant avec le VIH doit être affirmé comme le premier principe stratégique à mettre en oeuvre. Demander la gratuité de la prise en charge médicale, comprenant les médicaments antirétroviraux, n'est pas un parti pris idéologique, c'est un choix pragmatique de santé publique dicté par les résultats des analyses des premières expériences de traitement en Afrique.

Ce texte reprend les principaux éléments de l'argumentation développée dans la déclaration **Free by 5** (Gratuité en 2005), rédigée à l'intention des responsables de l'OMS, de l'ONUSIDA, des bailleurs de fonds internationaux et des gouvernements de pays à ressources limités, afin qu'ils s'engagent à promouvoir le principe d'un accès gratuit et universel à la prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH, incluant les médicaments antirétroviraux.

Cette déclaration a été initialement préparée par A. Whiteside (Professeur à l'Université du KwaZulu-Natal, Division de Recherches sur l'Economie de la santé et le sida), V. Collard et B. Taverne (Institut de Recherche pour le Développement, Unité Mixte de Recherche 145 « VIH/sida et maladies associées », A. Desclaux (Professeur d'anthropologie à l'Université Paul Cézanne, Aix-Marseille, Centre de Recherche Cultures, Santé et Sociétés), et G. Ooms (Médecins Sans Frontières Belgique).

En décembre 2004, cette déclaration a fait d'objet d'un appel à signature, elle a été ratifiée par 603 personnes – experts en santé publique, chercheurs en sciences sociales, acteurs politiques impliqués au niveau international dans la prise en charge du VIH/sida en Afrique – parmi lesquelles M. Stephan Lewis (UN Special Envoy for HIV/AIDS in Africa), et en France notamment par Mme H. Rossert-Blavier (vice-présidente du Fonds Global) et MM. JF Delfraissy, P. Douste-Blazy, F. Hollande, M. Kazatchkine, B. Kouchner.

La déclaration originale et la liste complète des signataires peuvent être consultées à l'adresse : <http://www.nu.ac.za/heard/free/freeby5.asp>

Y A-T-IL DES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES ?

Les enjeux qui concernent l'accessibilité, les bénéficiaires et les modalités de la gratuité de la prise en charge dans les pays à ressources limitées ne sont pas clairement abordés à l'échelon international.

Dans le document stratégique initial de l'initiative 3 x 5, l'OMS demande que les antirétroviraux soient « accessibles » et affirme que les médicaments devraient être gratuits pour les pauvres, mais la signification réelle de l'accessibilité et la définition de la pauvreté n'y sont pas précisées (OMS 2003a).

La révision 2003 des recommandations thérapeutiques de l'OMS déclare qu'il faudrait : « [...] dispenser les médicaments gratuitement pour ceux qui pourront le moins facilement avoir accès aux traitements à travers des subventions ou d'autres stratégies de financement » sans encore préciser qui sont ces patients (OMS 2003b).

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

LA SITUATION ACTUELLE

Il existe une grande variété de programmes et de modalités d'accès aux traitements ; les premiers programmes mis en place, comme en Ouganda, demandaient aux patients de payer l'intégralité du coût du traitement (Katabira 1997) ; aujourd'hui, ce pays, tout comme le Brésil et le Venezuela, dispense gratuitement les thérapies antirétrovirales et, du même coup, en démontre la faisabilité. En 2004, la Thaïlande annonce que les antirétroviraux seront dispensés gratuitement ; sur le continent africain le Botswana, la Zambie, le Malawi font de même (OMS 2004). D'autres pays, comme l'Afrique du Sud, commencent à mettre en œuvre des programmes d'accès aux antirétroviraux où tous les besoins médicaux devraient être pris en charge.

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

Au Sénégal, les antirétroviraux, la numération des CD4 et la charge virale sont gratuits, mais d'autres examens biologiques requis pour initier le traitement antirétroviral sont payants et constituent un obstacle à l'accès aux soins. Les traitements contre les infections opportunistes sont également payants ; certains patients, qui auraient pu avoir accès gratuitement aux médicaments antirétroviraux, mais qui ne peuvent payer ni les analyses préalables ni les traitements des infections opportunistes, meurent.

Dans d'autres pays, les antirétroviraux sont fortement subventionnés, mais une contribution mensuelle est demandée aux patients : au Burkina Faso, les patients doivent payer huit mille francs CFA par mois (12 euros) ; au Cameroun, le coût actuel pour les patients se situe entre trois et sept mille francs CFA (entre 4,5 et 10,5 euros) ; le Niger, dans sa proposition au Fonds mondial, prévoit une participation comprise entre huit mille francs CFA (12 euros) et soixante-quinze mille francs CFA (114 euros) en fonction du niveau de revenu des patients.

Le coût des médicaments contre les infections opportunistes, des examens de laboratoire, des consultations et hospitalisations, doit encore être ajouté à ces montants. Au Sénégal, le coût de la prise en charge médicale par les patients sous traitements antirétroviraux a été évalué entre 10 et 15 000 francs CFA par mois¹, soit de 180 à 275 euros par an, pour leurs dépenses de santé.

L'Agence nationale française de recherche sur le sida (A.N.R.S.) a prévu un budget de soutien de cent cinquante euros par an pour chaque patient suivi dans les projets de recherche pour couvrir leurs dépenses médicales (hors antirétroviraux, dosage de la charge virale et comptage CD4)².

Ces exemples donnent une idée, imprécise toutefois, du poids des dépenses de santé par rapport au budget des patients et de leur famille, dans les pays à ressources limitées où une majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (Cf. infra.).

POURQUOI LA GRATUITÉ DES SOINS EST-ELLE NÉCESSAIRE ?

1. — Ceci inclut les coûts médicaux directs (coût des consultations, examens biologiques et radiologiques, hospitalisations et médicaments contre les infections opportunistes), mais pas les frais de transport (Canestri A. et al 2002).
2. — Voir la charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement, ANRS, mai 2002, <http://www.anrs.fr/index.php/article/articleview/695/1/127>.

La prise en charge médicale gratuite du VIH/sida se justifie par de nombreux arguments qui ressortissent aussi bien à l'éthique qu'à la santé publique ; la participation des malades aux dépenses de santé pose de nombreux problèmes, plus aigus encore dans le cas du VIH. Voici ces problèmes et les réponses apportées par la gratuité des soins en quatre points : l'équité, le réalisme, l'efficacité et la qualité des traitements.

• L'équité

Même si la contribution demandée aux patients pour les soins est faible, certains n'y ont pas accès parce qu'ils ne peuvent pas en assumer les coûts ; la gratuité améliore l'accès aux soins des plus démunis : elle est un préalable à la réalisation de l'équité, même si elle ne suffira pas à la réaliser et s'il restera encore beaucoup à faire ; en particulier envers les groupes les plus vulnérables dont les besoins doivent être pris en compte.

• Le réalisme

Définir des objectifs de santé publique suppose du réalisme dans l'examen des conditions pour les atteindre, sinon il ne s'agit plus que de vœux pieux : imaginer que les programmes de prise en charge puissent changer d'échelle, toucher de nombreuses personnes — dont la plupart vivent en dessous du seuil de pauvreté — et atteindre l'objectif de l'initiative 3 x 5 sans la gratuité des soins, préalable à la réalisation de l'accès universel aux soins, est irréaliste.

• L'efficacité

La dispensation gratuite des soins contribue à la meilleure efficacité des traitements, aussi bien sur le plan de l'individu que sur celui de la population :

— au Sénégal, les difficultés financières, principales causes de non observance, conduisent à des interruptions de traitement (Lanièce et al 2003) ; au Kenya, des patients interrompent leur traitement, faute d'argent³ : la gratuité des soins contribue à une observance élevée qui évite la survenue de résistances virales et assure un bénéfice à long terme pour le patient ;

— le marché informel propose des antirétroviraux dont la mauvaise utilisation entraîne des résistances virales et la rupture du suivi médical de ceux qui y ont recours ; la gratuité des médicaments est le meilleur moyen de réduire la demande sur ce marché et ses dramatiques conséquences (Egrot et al 2002) ;

— pour optimiser l'efficacité du traitement, les patients séropositifs pour le VIH doivent se présenter à un stade précoce de la maladie alors que leur participation aux frais de santé repousse leur quête de soins.

• La qualité

Les systèmes de soins payants entraînent d'autres conséquences négatives, notamment des examens diagnostiques non réalisés parce que les patients n'en ont pas les moyens ; les soins à prodiguer aux patients hospitalisés sont repoussés jusqu'à ce qu'ils puissent financer des examens complémentaires. La gratuité des soins améliore la qualité des soins et réduit le délai de leur dispensation.

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

LE PRINCIPE D'ÉQUITÉ & LES SYSTÈMES DE RECOUVREMENT DES COÛTS

Les systèmes de recouvrement des coûts, qui pourraient paraître satisfaisants au premier abord, à la fois sur le plan éthique et sur le plan de l'efficacité, présentent en fait de nombreux inconvénients :

- ils accroissent la vulnérabilité ;
- ils ne permettent pas d'atteindre l'équité ;
- ils sont d'un mauvais rapport entre leur coût et leur efficacité.

De plus, dans les pays à revenus limités, la majorité de la population vit sous le seuil de pauvreté.

• **Accroissement de la vulnérabilité**

La mort et la maladie coûtent cher et accroissent la pauvreté. Demander aux patients de payer leur traitement accroît la vulnérabilité économique des ménages et multiplie l'impact dévastateur du sida qui provoque un appauvrissement (Zaba et al 2004) et qui creuse les inégalités.

Les ménages touchés tombent dans une grande pauvreté : au Kenya, la mort d'un chef de ménage est associée à une baisse de soixante-huit pour cent de la récolte familiale ; dans la province de Free State, en Afrique du Sud, les dépenses alimentaires par personne étaient inférieures dans les ménages affectés de vingt-trois pour cent, en milieu urbain, et de trente-deux pour cent, en milieu rural, par rapport aux ménages non affectés.

En général, les personnes vivant avec le VIH sont diagnostiquées après une longue quête thérapeutique qui a mobilisé toutes leurs ressources (et celles de leur famille au sens large) ; il leur est alors difficile de mobiliser des ressources supplémentaires.

Au sein des ménages affectés, l'argent est consacré aux dépenses de santé des personnes vivant avec le VIH aux dépens d'autres utilisations telles que les dépenses de santé d'autres membres de la famille, l'alimentation, l'éducation des enfants ou l'investissement.

Même pour des maladies qui requièrent des soins simples et peu onéreux, la participation des patients aux dépenses de santé conduit des familles dans la pauvreté et accroît les privations des ménages déjà pauvres.

• **Les exemptions ne permettent pas d'atteindre l'équité**

Les exemptions sont difficiles à mettre en œuvre si elles concernent les plus pauvres, ou peuvent conduire à des décisions arbitraires si elles concernent des groupes spécifiques.

La définition même de la pauvreté est arbitraire ; quand une définition a été adoptée, l'évaluation du revenu des personnes est particulièrement difficile, en particulier quand le secteur informel domine. Les systèmes qui incluent exemptions ou dérogations ne permettent pas d'atteindre l'équité parce qu'elles sont rarement offertes aux patients qui en auraient besoin et qui y auraient droit (Desclaux 2004) ; enfin, ces systèmes peuvent ouvrir la voie à la corruption. Ces observations remettent en cause la capacité d'assurer l'équité dans l'accès aux traitements des systèmes fondé sur la « discrimination positive » et des critères de revenu.

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

• Rapport entre le coût et l'efficacité

Le processus qui permet de définir qui aura ou n'aura pas accès gratuitement au traitement est consommateur de ressources : il requiert du temps, de l'argent et des ressources humaines, pour collecter des sommes faibles en général. Les ressources humaines limitées, souvent extraites d'effectifs de soignants déjà réduits, pourraient être utilisées à d'autres fins (appui à l'observance, recherche des perdus de vue, etc.). De plus, le patient peut mourir ou être perdu de vue pendant le processus.

Contrairement à l'idée que les soins gratuits « seraient difficiles à mettre en œuvre dans de nombreux systèmes de santé » (OMS/ONUSIDA 2003), il est plus facile et d'un meilleur rapport entre le coût et l'efficacité de prodiguer des soins gratuits à tous les patients.

Pour toutes ces raisons, nous pensons que les traitements doivent être dispensés gratuitement à toutes les personnes qui les nécessitent, quelle que soit leur situation socio-économique.

• La majorité des populations vit en dessous du seuil de pauvreté

Dans les pays à revenus limités, la majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté : au Sénégal, soixante pour cent de la population ; au Botswana, 50,1 p. cent ; en Chine, 47,3 p. cent ; en Inde, 79,9 p. cent ; en Côte-d'Ivoire, 49,4 p. cent ; au Nigeria, 90,8 p. cent ; en Ouganda, 96,4 p. cent (Banque Mondiale 2003).

À partir du moment où la majorité de la population remplit les conditions pour bénéficier de la gratuité, sur quels arguments se fondent les partisans des systèmes de soins payants qui sont coûteux à mettre en œuvre ?

PRINCIPAUX ARGUMENTS AVANCÉS EN FAVEUR DES SYSTÈMES DE SOINS PAYANTS

Les principaux arguments sur lesquels se fondent les systèmes de soins payants peuvent être résumés en 8 points :

- « les gens doivent payer pour accorder de la valeur au traitement et avoir ainsi une bonne observance thérapeutique » ;
- « la gratuité des soins favorise avant tout les classes aisées » ;
- « il ne doit pas y avoir d'exception pour le sida : ce qui ne peut pas être fait pour toutes les maladies ne doit pas être fait du tout » ;
- « la contribution des patients est nécessaire à la pérennisation des programmes d'accès aux traitements » ;
- « la participation financière permet d'éviter une consommation excessive et le gaspillage des soins » ;

— « le système de santé d'un pays qui offre la gratuité des soins va être débordé par des ressortissants de pays voisins » ;

— « Les dispositifs de protection sociale (sécurité sociale, mutuelle de santé), par leur rôle redistributif, vont permettre le remboursement des dépenses de santé des malades du sida » ;

— « la gratuité des soins pour le sida va entraîner une totale dépendance des programmes de lutte contre le sida, et donc des Etats, de sources de financement extérieures au pays ».

Pourquoi ces arguments ne sont-ils pas pertinents ?

Les arguments avancés en faveur des systèmes de soins payants ne résistent pas à l'analyse.

« Les gens doivent payer pour accorder de la valeur au traitement et avoir ainsi une bonne observance thérapeutique »

Les études conduites au Sénégal montrent exactement le contraire : plus la participation financière des patients est élevée, moins ils sont observants ! La raison en est simple : de nombreuses interruptions de traitement surviennent à cause de problèmes financiers. À la suite de ces études, le président du Sénégal a rendu les médicaments antirétroviraux gratuits pour tous en décembre 2003.

« La gratuité des soins favorise avant tout les classes aisées »

Dès l'apparition des premiers traitements antirétroviraux, « les riches des pays pauvres » ont su s'organiser pour y avoir accès et bénéficier de prise en charge médicale optimale, en s'adressant au secteur médical privé de leur pays ou en se déplaçant directement dans les pays du Nord. En Afrique, les classes aisées ne représentent qu'un faible pourcentage de la population, qui réside exclusivement dans les capitales, il n'est pas possible que ces personnes détournent à leur seul avantage le bénéfice de la gratuité des soins. Quand bien même quelques individus en bénéficieraient alors que leur fortune personnelle leur permettrait de payer la totalité de leur dépenses de santé, leur contribution ne sera jamais assez importante pour couvrir les dépenses des patients sans ressource. La gratuité des soins n'accroîtra pas l'inégalité sociale fondamentale entre les riches et les pauvres qu'aucun dispositif sanitaire n'a pour mission de réduire.

« Il ne doit pas y avoir d'exception pour le sida : ce qui ne peut pas être fait pour toutes les maladies ne doit pas être fait du tout »

Il s'agit d'un point de vue fallacieux, auquel trois arguments peuvent être opposés :

— premièrement, le sida fait exception de fait : « Le VIH/sida est la pire épidémie que l'humanité ait jamais affrontée. Elle s'est répandue plus largement, plus rapidement et avec des conséquences à long terme plus catastrophiques que toute autre maladie. Son impact est devenu un obstacle dévastateur au développement » Koffi Annan (2004)⁴. Le caractère exceptionnel de l'épidémie justifie le caractère exceptionnel de la réponse : « L'insuffisance de l'accès aux traitements antirétroviraux est une urgence médicale globale » selon Lee Jong-Wook, directeur général de l'OMS

4. — Koffi Annan, Secrétaire Général des Nations Unies, communiqué de presse du 15 janvier 2004.

— deuxièmement, d'autres pathologies sont prises en charge gratuitement dans divers pays (la tuberculose, la lèpre, l'onchocercose, la trypanosomiase par exemple) si la santé publique le justifie ;

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

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

Au regard de la faiblesse des ressources économiques des patients il est impossible que leur contribution couvre l'ensemble des coûts de la prise en charge. L'expérience sénégalaise a montré que lorsqu'une contribution était encore demandée aux patients, le montant total de celle-ci n'a jamais pu couvrir plus de 10 % du coût des seuls médicaments, sans tenir compte des autres coûts tels ceux du personnel, des formations, du service social, etc. Aussi, la pérennisation des programmes d'accès au traitement ne tient pas à la contribution des patients mais à des stratégies de financement à partir d'engagements à long terme des bailleurs de fonds et une affectation opportune de ressources nationales.

« La participation financière permet d'éviter une consommation excessive et le gaspillage des soins »

Cet argument est fondé sur l'expérience des pays riches — où la demande de soins est illimitée. Peu de signes montrent une « consommation excessive » dans les pays pauvres ; cela dit, veut-on limiter la prise en charge médicale du sida ? Précisément non : l'enjeu est justement de parvenir à améliorer le recours aux traitements antirétroviraux.

Par exemple, en Zambie, le nombre de personnes traitées est passé de 7000 en juillet 2004 à plus de 11 000 en septembre 2004 – soit une progression de 57 % en moins de trois mois – après que le gouvernement ait annoncé la gratuité de la prise en charge (WHO/UNAIDS 2004).

« Le système de santé d'un pays qui offre la gratuité des soins va être débordé par des ressortissants de pays voisins »

En Guyane française et en Amérique du Sud, des patients traversent les frontières à la recherche de traitements ; c'est aussi le cas au Botswana, au Sénégal ; c'est pourquoi la question de l'équité doit être traitée aux échelons régional et international : des initiatives d'accès aux traitements, comparables sur le plan régional, sont un moyen d'éviter ces mouvements de population.

« Les dispositifs de protection sociale (sécurité sociale, mutuelle de santé), par leur rôle redistributif, vont permettre le remboursement des dépenses de santé des malades du sida »

De nos jours, le développement des dispositifs de protection sociale est l'une des stratégies évoquée pour permettre un accès large et équitable à des soins de qualité dans les pays du Sud (Norman 1999) . Mais actuellement, sur l'ensemble du continent africain, seules 5 % des personnes bénéficient d'une couverture sociale. De plus, les dispositif actuels ne jouent pratiquement aucun rôle redistributif : les

personnes les mieux protégées sont celles des classes socio-économiques les plus aisées, celles qui précisément en ont le moins besoin par rapport au reste de la population (Vuarin 2000).

Les systèmes mutualistes ou communautaires d'assurance maladies, qui ont la faveur actuelle des bailleurs de fonds ne concernent que de faibles effectifs de population ; les faibles capacités financières de ces systèmes les contraignent à ne prendre en charge que quelques affections ou situations sanitaires prédéfinies (accouchement), souvent de manière partielle.

La lutte contre le sida ne saurait attendre la réalisation de l'objectif de la « sécurité sociale pour tous » dont le programme a été initié en 2003 par l'Organisation Internationale du Travail⁵.

« La gratuité des soins pour le sida va entraîner une totale dépendance des programmes de lutte contre le sida, et donc des Etat, des sources de financement extérieures au pays ».

Parmi les 44 pays les plus pauvres de la planète – PIB < 2000 US\$ en parité de pouvoir d'achat [2002] ; 33 de ces pays se situant sur le continent africain – (PNUD 2004), il n'y a que 11 pays pour lesquels le budget public de la santé dépend à moins de 25 % des financements internationaux. Sur le continent africain, 26 pays ont des budgets publics de santé dépendants de plus de 25 % des financements internationaux, 12 sont dépendants à plus de 50 % (OMS 2004). La dépendance budgétaire des pays les plus pauvres à l'égard des financements internationaux est ancienne et majeure, elle dépasse largement le seul cadre de la santé. Les programmes de prise en charge thérapeutique gratuite du sida n'y changeront rien. Dans le contexte actuel de dépendance Sud/Nord, force est de reconnaître qu'il est impossible pour la majorité des pays du Sud de conduire des programmes de santé sans l'engagement financier du Nord.

PROBLÈMES DE MISE EN PLACE DE SYSTÈMES D'ACCÈS GRATUIT

• Quels soins doivent-ils être gratuits ?

Pour que la prise en charge médicale soit gratuite, il faut que la gratuité aille au-delà des seuls médicaments antirétroviraux. Il importe de définir ce qui doit être gratuit par des recherches approfondies, une réflexion et des recommandations internationales.

À ce stade, un paquet minimal de soins devrait être disponible gratuitement au sein du système de santé publique ; il doit inclure :

- les tests de dépistage du VIH ;
- les consultations avec le personnel médical ;
- les examens de laboratoire (suivant les recommandations de l'OMS, ou les recommandations nationales si elles sont plus larges) ;
- les hospitalisations ;
- le traitement des infections opportunistes courantes ;
- les traitements prophylactiques ;

⁵ - <http://www.ilo.org/public/french/protection/socsec/pol/campagne/>

— les antirétroviraux.

Il est évident que des choix devront être faits ; par exemple dans de nombreux de pays, aujourd'hui, une ou deux combinaisons d'antirétroviraux seulement sont disponibles ; peu d'examens de laboratoires sont utilisés, etc., mais ces choix pourront être révisés en fonction des changements de prix et des améliorations technologiques.

• **Quel est le coût de la gratuité des soins ?**

Le coût total de l'initiative 3x5 se situe entre 5,4 milliards de dollars, pour 2004, et 6,4 milliards de dollars, pour 2005 (WHO/UNAIDS 2003). Onusida estime que le montant nécessaire pour les soins et le traitement est de 3,8 milliards de dollars, en 2005, et qu'il atteindra 6,7 milliards de dollars en 2007 (ONUSIDA 2004) ; ces montants ne sont pas modifiés par la mise en œuvre de la gratuité.

• **Qui paiera ?**

Il est inquiétant de constater que le déficit de financement pour fournir un ensemble de soins complet est de plus de 2,5 milliards de dollars pour les années 2004 et 2005 (WHO/UNAIDS 2003) et qu'il augmentera dans les années à venir.

Le financement de la riposte à l'épidémie de sida est un enjeu majeur, mais il ne sera pas plus important avec des soins gratuits. Le financement doit être le fruit d'un partenariat entre les gouvernements des pays concernés et les bailleurs de fonds internationaux – Fonds Mondial, Banque Mondiale, Union Européenne, PEPFAR, agences de coopération bilatérale–, sur la base d'engagements à long terme.

Les pays à ressources limitées doivent contribuer de façon adéquate. En avril 2001, à Abuja, les dirigeants africains se sont engagés à allouer quinze pour cent des dépenses publiques à la santé. La première conférence des ministres de la Santé de l'Union africaine, à Tripoli en avril 2003, a approuvé la stratégie de santé du Nepad, qui confirme les objectifs d'Abuja et vise à développer les programmes de contrôle des maladies transmissibles. Les dirigeants africains, qui ont souscrit à ces engagements, doivent maintenant s'assurer qu'ils sont mis en œuvre.

CONCLUSION

Ouvrir le plus largement possible la prise en charge thérapeutique du VIH/sida dans les pays du Sud est une urgence absolue. La gratuité pour les patients de l'ensemble de la prise en charge médicale constitue une décision incontournable de santé publique alors que les contraintes financières sont partout identifiées comme le premier obstacle de l'accès aux soins. Cette décision s'impose par rapport aux capacités économiques des patients. Pour autant, il est aussi évident que la gratuité n'aura pas l'effet d'un coup de baguette magique sur l'accès aux soins car de nombreux obstacles – formation des professionnels de santé, organisation et accessibilité géographique des services, etc – doivent encore être levés.

Demander la gratuité des soins pour le VIH/sida ne revient pas occulter le prix des médicaments ou des services, Il est évident que cette prise en charge a un coût, et que ce coût doit bien être supporté par quelqu'un ; mais il est aussi évident qu'en Afrique, ceux ce ne sont pas les malades, ni leurs familles qui peuvent supporter ce coût. Le financement des programmes de santé permettant la prise en charge des

PVVIH en Afrique est une question de politique nationale et internationale. Elle interroge la volonté planétaire à s'engager dans une action coordonnée contre le sida et à donner une suite concrète aux Déclarations du Millemnium.

Annoncer la gratuité des soins pour le VIH/sida dans les pays du Sud est une décision dont la portée symbolique et politique sera majeure. Au niveau symbolique, cette décision refermera les discours décrivant le sida comme une maladie incurable en Afrique parce que le traitement y est hors de portée des patients ; au niveau politique cette décision marquera l'engagement des Etats à l'égard des malades, elle donnera à ces derniers un outil de revendication pour la faire appliquer dans leur pays, elle marquera à travers les mécanismes de financement, le partage international de la responsabilité dans la lutte contre l'épidémie.

Bibliographie

A.N.R.S., 2002. Charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement, A.N.R.S., mai 2002 : <http://www.anrs.fr/index.php/article/articleview/695/1/127>.

Banque Mondiale, 2003. The World Development Indicators.

Canestri A., Taverne B., Thiam S., Laurent C., Ndir A., Schiemann R., Landman R. 2004. Direct, Extra-ARV Medical Follow-Up Costs for Patients. In Desclaux A. et al. (eds), 2004. The Senegalese Antiretroviral Drug Access Initiative. An Economic Social Behavioural and Biomedical Analysis. Paris : ANRS, UNAIDS, WHO, 2004, pp. 49-59,

Desclaux A. 2004. Equity in access to aids treatment in Africa : pitfalls among achievements, in Unhealthy Health initiatives : a critical anthropological examination. Castro A, Singer M. (eds), Altamira Press.

Egrot M, Taverne B, Ciss M, Ndoeye I, Epelboin A, Magaud M, et al. Antiretroviral drugs in the informal medicine trade in West Africa: The situation in Senegal [abstract TuPeE5143]. Proceedings of the 14th International AIDS conference, 7-12 July 2002, Barcelona.

Holmes W. 2004. 3 by 5, but at what cost, Lancet, vol. 363, 27 mars 2004 : pp. 1072-1073.

Katabira E. 1997. Les traitement antirétroviraux en Ouganda, in World Health Organization, Les incidences des traitements antirétroviraux: Consultation informelle, van Praag E., Fernyak S. & Katz A.M.(éd.), Genève, WHO: pp. 119-124.

Lanièce I., Ciss M., Desclaux A., Diop K., Mbodj F., Ndiaye B., Sylla O., Delaporte E., Ndoeye I. 2003. Adherence to HAART and Its Principal Determinants in a Cohort of Senegalese Adults, Aids, 17, suppl. 3 : S103-S108.

Mukherjee J., 2004. basing treatment on rights rather than ability to pay, Lancet, vol. 363, 27 mars 2004: pp. 1071-1072.

Norman C. Using social health insurance to meet policy goals. Soc. Sci. Med., 1999, 48:865-9.

OMS, 2004. Rapport sur la santé dans le monde : 2004 : changer le cours de l'histoire. OMS, 106 p.

OMS, 2003a. Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005 : Comment y parvenir, La stratégie de l'OMS, Genève, OMS : pp. 9-10.

OMS, 2003b. Scaling up antirétroviraux therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach, Genève, OMS

OMS, 2004. "3 by 5" progress report. December 2004 / WHO and UNAIDS.

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

OMS-ONUSIDA, 2003. 3 by 5, bull. n° 1 : estimations du 31 déc. 2003.

OMS-ONUSIDA, 2004. Consultation on ethics and equitable access to treatment and care for HIV/aids, Summary of issues and discussions, Geneva, 26-27 janv. 2004.

ONUSIDA, 2004. Financing the expanded response to AIDS, juill. 2004.

PNUD, 2004. Human Development Report.

Vuarin R., Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation ou « Venez m'aider à tuer mon lion... ». Coll. Villes et Entreprises, l'Harmattan, Paris, 2000, 252 p.

Zaba B, Whiteside A., Boerma J.T., 2004. Demographic and socioeconomic impact of AIDS: taking stock of the empirical evidence, Aids, 18 (suppl. 2): pp. 1-7.