

## Renforcement du système de santé et élargissement de la thérapie antirétrovirale: nécessité de modèles de délivrance adaptés aux contextes: commentaire sur Schneider et al

Wim Van Damme,<sup>a</sup> Guy Kegels<sup>b</sup>

a Maître de conférences, Département de Santé publique, Institut de Médecine tropicale, Anvers, Belgique. E-mail: wvdamme@itg.be

b Maître de conférences, Département de Santé publique, Institut de Médecine tropicale, Anvers

Dans le présent numéro, Schneider et ses collègues<sup>1</sup> attirent l'attention sur certains défis du système de santé liés à l'élargissement de la thérapie antirétrovirale (ARV) à la majorité des personnes vivant avec le VIH et le sida (PVIH) qui en auront besoin au cours des années à venir. Ils présumant que dans les pays à faible revenu, les ressources financières et les stocks de médicaments ne constituent plus les obstacles les plus importants à l'élargissement des ARV. En effet, beaucoup de pays parmi les plus touchés par le VIH ont maintenant fortement augmenté les budgets disponibles pour les soins liés au sida à partir de leurs budgets publics ou de sources telles que le Fonds mondial, le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR) et la Banque mondiale. Malgré la disponibilité du financement, l'élargissement de l'accès à la thérapie antirétrovirale a été plus lent que prévu. L'objectif de l'OMS consistant à traiter trois millions de personnes d'ici à 2005 n'a pas été atteint; en revanche, on estime que 1,6 million de personnes ont été mises sous ARV.<sup>2</sup> Schneider et al<sup>1</sup> identifient la nécessité d'une réorientation de la prestation de services vers la prise en charge des maladies chroniques, l'offre insuffisante de ressources humaines pour la santé et les cultures existantes de prestation de services comme les principales contraintes à l'élargissement. Cela semble être une juste appréciation de la situation dans de nombreux pays d'Afrique australe.

En effet, le défi est sans précédent. Les systèmes de santé qui ont été mis en place principalement pour fournir des services et des soins de santé maternelle et infantile pour les phases aiguës des maladies doivent tout d'un coup s'occuper d'un

grand nombre de PVIH, qui ont besoin de prise en charge à vie d'une maladie chronique. L'analogie la plus proche de la thérapie antirétrovirale dans le système de santé en Afrique subsaharienne se rapporte aux soins relatifs la tuberculose, mais l'utilité de cette comparaison est limitée. Les stratégies élaborées pour assurer l'observance du traitement sur six mois, telles que l'observation directe par les agents de santé dans la stratégie DOTS de la tuberculose, peuvent ne pas être très édifiantes pour assurer l'observance à vie. En effet, seuls quelques-uns des modèles documentés d'administration des ARV s'appuient directement sur l'expérience de la stratégie DOTS. Au lieu de cela, le processus de la thérapie antirétrovirale tel que documenté dans des projets pilotes, comme Schneider et al<sup>1</sup> l'expliquent, est souvent formulé dans des discours axés sur le patient et basés sur les droits autour de la responsabilisation et la participation du patient. Une telle approche est toujours à haute intensité de main-d'œuvre qualifiée. Il reste à savoir si de telles approches axées sur le patient sont praticables à grande échelle dans tous les pays les plus touchés par le VIH et le sida.

Les défis à relever varient d'un pays à l'autre, comme le montrent les données du tableau 1. Celui-ci met simplement sous forme de tableau, pour une sélection de pays, les données publiées sur les sites web de l'OMS et de l'ONUSIDA<sup>3,4</sup> relatives à la disponibilité des médecins et des infirmiers par rapport au nombre de PVIH dans le pays, et fait une estimation du nombre de PVIH par médecin et par infirmier. On estime souvent que quelque 20% des PVIH ont actuellement besoin d'ARV. Cependant, après l'introduction à grande échelle

**Tableau 1. Médecins et infirmiers disponibles par rapport aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) pour quelques pays choisis<sup>3,4</sup>**

	Médecins pour 100 000 habitants	Infirmiers pour 100 000 habitants	PVVIH (en milliers)	Population totale (en milliers)	PVVIH pour 100 000 habitants	PVVIH par médecin	PVVIH par infirmier
Malawi	1	26	900	12 105	7 435	7 435	286
Mozambique	2	21	1 300	18 863	6 092	3 446	328
Zimbabwe	6	54	1 800	12 835	14 024	2 337	260
République Unie de Tanzanie	2	37	1 600	36 977	4 327	2 164	117
Rwanda	2	21	250	8 387	2 981	1 490	142
Zambie	7	113	920	10 812	8 509	1 216	75
Swaziland	18	320	220	1 077	20 427	1 135	64
Botswana	29	241	350	1 785	19 608	676	81
Ouganda	5	54	530	26 699	1 985	397	37
Afrique du Sud	69	388	5 300	45 026	11 771	171	30
Cambodge	16	61	170	14 144	1 201	75	20
Thaïlande	30	162	570	62 833	907	30	6
Brésil	206	52	660	178 470	370	2	7

de la thérapie antirétrovirale, ces chiffres cumulatifs croîtront rapidement et tous les PVVIH finiront par avoir besoin d'ARV.

Il est frappant de constater que la plupart des pays salués pour leurs performances dans l'élargissement des ARV figurent parmi ceux qui ont le plus faible nombre de PVVIH par médecin (en dessous de la ligne pointillée dans le tableau). Ceci est particulièrement évident pour le Brésil, la Thaïlande et le Cambodge avec 2, 30 et 75 PVVIH par médecin, respectivement. Mais une grande diversité existe aussi en Afrique subsaharienne. Le nombre de PVVIH par médecin est bien en dessous de 1000 et celui par infirmier nettement inférieur à 100 en Afrique du Sud, en Ouganda et au Botswana. Dans d'autres pays, ces proportions sont beaucoup plus élevées. Le Malawi, le Mozambique et le Zimbabwe sont les cas les plus extrêmes, avec dix fois plus de PVVIH par médecin que l'Afrique du Sud. Ils ont même beaucoup plus de PVVIH par infirmier qualifié que l'Afrique du Sud ou le Cambodge n'en ont par médecin.

Compte tenu de ces contraintes en ressources humaines, il y a théoriquement deux solutions: 1) accroître rapidement le nombre de médecins et d'infirmiers disponibles pour la prestation de services; ou 2) adopter des modèles de dispensation des ARV qui nécessitent moins de médecins et d'infirmiers. La première option a reçu une

certain attention ces derniers temps<sup>5</sup> la seconde beaucoup moins. Nous mettrons ici l'accent sur la question des modèles de délivrance des ARV.

Nous affirmons que ces modèles devront être adaptés au contexte. Les pays en haut du tableau, ayant plus de 2 000 PVVIH par médecin, devront peut-être mettre au point des modèles de délivrance des ARV qui seront assez différents des approches appliquées au Botswana ou en Afrique du Sud, et certainement de celles du Brésil, avec ses deux PVVIH par médecin.

Ce défi pour les systèmes de santé est sans précédent, mais sur le terrain, les services de santé et les communautés s'emploient à y faire face. Il semble donc probable que des solutions créatives soient en train d'être mises au point, probablement pas par des universitaires, mais plutôt par les agents de terrain et les communautés locales. Comme le décrivent Schneider et al<sup>1</sup>, certains projets pilotes utilisent des modèles axés sur le patient, fortement tributaires de personnel qualifié. Mais d'autres projets délèguent rapidement la plupart des tâches à du personnel moins qualifié, poussant la normalisation et la simplification aussi loin que possible. D'autres peuvent s'appuyer davantage sur de nouveaux cadres, tels que les prestataires non professionnels et les patients-experts.

On rend relativement peu compte de cette réalité de base. Cela peut s'expliquer en partie par le

fait que les questions pratiques d'organisation des services de santé sont souvent considérées comme "locales et, partant, trop liées au contexte pour avoir un intérêt « scientifique ». Il se peut aussi que certains acteurs tentent de dissimuler la réalité, pour se soustraire à la critique. En effet, ces nouvelles réalités sont susceptibles de remettre en question les modes de fonctionnement établis des professions médicale et infirmière et leurs monopoles connexes. Ces acteurs peuvent même avoir fait des "choix techniques – tels que renoncer au suivi de laboratoire des patients sous ARV – ce qui peut être considéré comme inacceptable selon les critères de certains médecins. Mais de telles approches peuvent bien être les seules possibles pour l'élargissement réellement significatif des ARV requis pour avoir l'impact souhaité. Dans les communautés à forte charge, la mortalité chez les jeunes adultes est si élevée qu'un élargissement réellement massif sera indispensable. Ainsi, il peut y avoir un équilibre à trouver entre la perspective individuelle traditionnelle du médecin (laquelle est meilleure pour le patient?) et la perspective collective (comment pouvons-nous arrêter la dégradation sociale de cette communauté?).

Récemment, des projets pilotes dans les pays à faible revenu ont publié les résultats de leurs cohortes de patients.<sup>6,7</sup> Et les nouvelles sont bonnes: les patients sous ARV se portent bien, même dans les pays aux ressources limitées, même les PVVIH qui ont commencé la thérapie antirétrovirale de façon tardive, avec des taux de numération des CD4 très bas. La mortalité chez les PVVIH sous ARV dans ces projets pilotes est d'environ 10% la première année, et beaucoup moins par la suite. Ces nouvelles encourageantes ont un prix: le nombre de cas de patients sous ARV est susceptible d'augmenter sans relâche, et bien au-delà des estima-

tions actuelles, qui considèrent toujours que les PVVIH ne seront sous ARV que pour trois ans en moyenne.<sup>8</sup> À court terme, le défi était de mettre trois millions de PVVIH sous ARV d'ici à 2005. À long terme, le défi pourrait bien devenir le maintien de 10 à 15 millions de PVVIH sous thérapie antirétrovirale à long terme. Pour ce faire, il faudra des approches innovantes. Cela est tout simplement sans précédent à une telle échelle en Afrique subsaharienne.

Cette perspective attire également l'attention sur le plus important des enjeux de l'ensemble des systèmes de santé: comment diminuer considérablement les nouvelles infections à VIH dans les pays à forte prévalence? En dépit de certains discours sur la synergie entre la prévention et le traitement, jusqu'à présent peu de faits probants existent sur la façon dont les opportunités créées par les ARV peuvent être utilisées pour intensifier et maîtriser la prévention du VIH. Seuls quelques-uns des pays les plus touchés sont parvenus à diminuer considérablement la transmission du VIH. La façon dont cela s'est passé reste controversée. La capacité des systèmes de santé de faire face au nombre croissant de PVVIH sous ARV à plus long terme dépendra essentiellement de la baisse de la transmission du VIH dans le court terme. Dans l'état actuel des choses, toutes les nouvelles infections par le VIH nécessiteront une thérapie antirétrovirale une dizaine d'années plus tard, et devront être maintenues sous ARV pour de nombreuses années. Les pays fortement touchés par le VIH et le sida auront besoin de systèmes de santé considérablement renforcés pour y parvenir, mais encore faut-il que les configurations pratiques des services de santé capables de faire face à un tel défi voient le jour.

## Références

1. Schneider H, Blaauw D, Gilson L, et al. Health systems and access to antiretroviral drugs for HIV in southern Africa: service delivery and human resources challenges. *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):12–23.
2. World Health Organization. The 3 by 5 Initiative. At: [bhttp:// www.who.int/3by5/en/N](http://www.who.int/3by5/en/N). Accessed 21 Feb. 2006.
3. World Health Organization. Global Atlas of the Health Workforce. At: [bhttp://www.who.int/globalatlas/default.aspN](http://www.who.int/globalatlas/default.aspN). Accessed 21 February 2006.
4. UNAIDS. HIV data. At: [bhttp://www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/default.asp N](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/default.asp N). Accessed 21 February 2006.
5. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004;364:1984–90.
6. Severe P, Leger P, Charles M, et al. Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. *New England Journal of Medicine* 2005;353: 2325–34.
7. Coetzee D, Hildebrand K, Boule A, et al. Outcomes after two years of providing antiretroviral treatments in Khayelitsha, South Africa. *AIDS* 2004;18:887–95
8. Salomon JA, Hogan DR, Stover J, et al. Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact. *Public Library of Science Medicine* 2005;2:e16.