

Pour une délivrance gratuite des traitements antirétroviraux en Afrique.

B. Taverne

Anthropologue-médecin, Chargé de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Unité de Recherche 036 "Prise en charge du sida en Afrique", B.P. 1386, Dakar, Sénégal. Tél (221) 849 35 35, fax (221) 832 43 07. E-mail : taverne@ird.sn

Manuscrit n°DK/111. 6ème congrès international francophone de médecine tropicale "Santé et urbanisation en Afrique" (Dakar, octobre 2001). Accepté le 1^{er} octobre 2002.

Summary: Towards free dispensing of anti-retroviral drugs in Africa.

The bio-clinical efficacy of ART in Africa has now been proven. In 2001, the resolution adopted by the UNGASS meeting confirms that "effective prevention, care and treatment strategies will require [...] a non-discriminatory access to [...] anti-retroviral therapies". Most of the programmes that give access to ART initiated in the sub-Saharan region in 1998 are based on the principle that the patients participate financially to the purchases of ART. Some countries (Côte d'Ivoire, Senegal, and Mali) subsidise ART medications to favour a better access.

The financial contribution of patients is supposed to: 1/ translate patient support into government action; 2/ favour a closer therapeutic adherence; 3/ assure the access programmes sustainability. However, despite the subsidies provided by some states, the cost of medical treatment greatly exceeds the resources available to most of the sufferers.

The analysis of ART access programmes, specifically in Senegal and Côte d'Ivoire, shows that: 1/ Patient support to government action does not need to be more demonstrated while general access to treatment is officially recognised and recommended by the United Nations. 2/ Patient involvement and better adherence have been noted with patients that receive free ART. 3/ Patient contribution represents less than 10% of the medication's purchasing cost, thus, the cost recovery is marginal and does not allow for sustainable ART access programmes.

The cost charged to patients for ARV still represents a major obstacle for proper medical management. Care programmes in African countries should implement free access to ART as a priority.

Résumé :

L'efficacité bioclinique des traitements antirétroviraux (ARV) contre le sida en Afrique est maintenant démontrée. En 2001, la résolution adoptée lors de la réunion de l'UNGASS affirme "that effective prevention, care and treatment strategies will require [...] a non-discriminatory access to [...] anti-retroviral therapies". La plupart des programmes d'accès aux ARV, initiés en 1998 au Sud du Sahara, sont basés sur le principe d'une participation financière des patients à l'achat des ARV. Certains pays (Côte d'Ivoire, Sénégal, Mali) ont mis en place un système de subvention pour favoriser l'accès aux ARV.

La participation financière des patients est censée: 1/ traduire le soutien des patients à l'action des gouvernements; 2/ permettre une meilleure observance thérapeutique; 3/ assurer la pérennité des programmes d'accès. Malgré les subventions accordées par certains Etats, le coût de la prise en charge médicale est largement supérieur aux ressources de la majorité des malades.

L'analyse des programmes d'accès aux ARV, notamment au Sénégal et en Côte d'Ivoire, montre que: 1/ le soutien des patients à l'action gouvernementale qui était nécessaire en 1998 face aux réticences des laboratoires n'est plus d'actualité en 2002, alors que la nécessité de favoriser l'accès généralisé aux traitements est officiellement reconnue par les Nations Unies; 2/ l'implication des patients et une meilleure observance sont constatées chez les patients qui bénéficient de la gratuité des traitements ARV; 3/ la contribution des patients représente moins de 10% du prix d'achat des médicaments, le recouvrement des coûts est donc marginal, il ne peut permettre la pérennité des programmes d'accès aux ARV.

Le montant à la charge des patients pour l'achat des ARV représente toujours un obstacle majeur à une prise en charge médicale. Dans les programmes de prise en charge médicale, la gratuité des traitements ARV pour les patients dans les pays d'Afrique est une priorité.

Introduction

Face à l'infection par le VIH, la réponse médicale et sociale dans les pays du Nord a permis de maîtriser le processus épidémique; le sida y est devenu une maladie chronique. Ce n'est pas le cas dans le reste du monde, notamment en Afrique.

La résolution adoptée lors de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies, en août 2001, qualifie le sida de "crise mondiale" qui crée en Afrique subsaharienne "un état

d'urgence [lequel] exige des mesures exceptionnelles"; cette même résolution estime que "le succès des stratégies de prévention, de soins et de traitement exige des changements de comportement et passe par un accès accru et non discriminatoire [...] aux thérapies antirétrovirales" (1). En 2001, cette question est au centre des réflexions sur les stratégies de lutte contre l'épidémie, même si les méthodes à employer ne font pas encore l'unanimité (2, 6). Le montant à la charge des patients dans l'achat des antirétroviraux représente toujours un obstacle majeur à une prise en charge médicale.

aids
anti-retroviral therapy
free drug dispensing
Senegal
Sub-Saharan Africa

sida
traitement anti-rétroviral
délivrance médicaments
gratuité
Sénégal
Afrique intertropicale

Les projets-pilotes et leurs enseignements

Des programmes pilotes d'accès aux antirétroviraux ont débuté en Afrique en 1998 (Ouganda, Côte-d'Ivoire), sous l'impulsion de l'Onusida, ou à partir d'initiatives gouvernementales (Sénégal), ou privées (Mali).

Certains pays, la Côte-d'Ivoire et le Sénégal notamment, ont mis en place un système de subvention, afin de favoriser l'accès aux antirétroviraux; une subvention totale a parfois été accordée aux femmes, aux militants associatifs, aux enfants, aux personnes ayant participé à des essais cliniques, etc. En Côte-d'Ivoire et au Sénégal, ces subventions ont dû être progressivement augmentées afin de rendre les médicaments le plus accessible possible.

Bien que l'objectif de ces projets pilotes ne fût pas de répondre aux problèmes posés par le coût des médicaments, il est néanmoins possible de tirer des enseignements des expériences menées dans ce domaine.

Le coût de la prise en charge médicale pour les patients

Au Sénégal, dans le cadre de l'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux (ISAARV), le montant de la subvention accordée pour l'achat des ARV est défini de manière proportionnelle aux ressources des patients. Aussi, pour un patient, le coût de la prise en charge médicale associe la part qui reste à sa charge pour l'achat des médicaments antirétroviraux et la totalité des autres dépenses hors ARV (consultations médicales, examens paracliniques, médicaments pour les infections opportunistes, hospitalisation...).

En juin 2001, le coût total moyen mensuel à la charge du patient est estimé à 11 200 FCFA (17,07 €), il comprend :

- le montant moyen mensuel de la participation à l'achat d'une trithérapie, 6 000 FCFA (9,15 €)¹ ;
- le coût direct moyen hors ARV, estimé à 5 200 FCFA (7,93 €) par mois pendant les 9 premiers mois de traitement² (3).

Malgré la subvention de l'État, le coût de la prise en charge médicale est largement supérieur aux ressources de la majorité des malades :

- les 11 200 FCFA de son montant représentent trente pour cent du salaire minimal au Sénégal (36 200 FCFA par mois, soit 55,19 €) ;
- près de soixante pour cent des ménages de la région de Dakar dépensent moins de 15 000 FCFA par personne et par mois (22,87 €) (5).

La participation financière des patients est donc actuellement prohibitive par rapport à leurs ressources.

La participation financière des patients

Tous les programmes d'accès aux antirétroviraux ont démarré sur le principe d'une participation financière des patients pour l'obtention des médicaments. Cette participation est censée :

- montrer le soutien des patients à l'action des gouvernements ;

- permettre une meilleure observance thérapeutique ;
- assurer la pérennité des programmes d'accès.

Force est de constater cependant que le principe de la participation financière des patients interdit immanquablement à nombre d'entre eux d'accéder au traitement ou de le poursuivre de manière adéquate.

Il est donc nécessaire de comparer les avantages et les inconvénients du principe de la participation financière des patients dans le cadre de stratégies de santé publique qui favorisent un plus large accès à ces traitements.

Les évaluations des programmes pilotes d'accès aux antirétroviraux (8, 9, 10) fournissent des indications en vue d'une réponse.

Le soutien des patients à l'action gouvernementale

En 1998, lors de la mise en place des diverses initiatives d'accès aux antirétroviraux, le premier argument retenu relevait du politique. La participation financière des patients devait marquer le soutien de ces derniers à l'engagement de l'État. Il s'agissait alors de démontrer, notamment aux laboratoires pharmaceutiques, la forte détermination des patients à soutenir l'engagement et l'effort des gouvernements africains.

En 2001, le contexte a radicalement changé. La demande de traitements antirétroviraux gratuits dans les pays du Sud a d'abord émané de membres d'associations de personnes vivant avec le VIH, puis de cliniciens. Relayée par la presse internationale, elle est désormais reprise par des cadres politiques européens³ ; c'est plus que jamais une question d'actualité⁴. Le Brésil nous fournit l'exemple de l'application d'une politique d'accès gratuit à large échelle.

La meilleure observance thérapeutique

La participation financière des patients a été parfois justifiée dans le cadre de la santé publique parce qu'elle garantirait une meilleure observance thérapeutique.

Ce point de vue est une extrapolation du principe du paiement de la cure dans le contexte psychanalytique, très différent de celui d'un traitement pharmaceutique où l'efficacité d'un paiement n'est pas démontrée; bien plus, les enquêtes sur l'observance montrent que les patients qui bénéficient de la gratuité du traitement antirétroviral, comme dans la plupart des pays du Nord, suivent le mieux la thérapie (4).

La participation financière des patients n'apporte donc aucune garantie supplémentaire du bon suivi du traitement antirétroviral.

La pérennité des programmes d'accès aux antirétroviraux

La participation financière des patients doit contribuer à la pérennité des programmes d'accès aux antirétroviraux; elle relève du principe de recouvrement des coûts promu par l'Initiative de Bamako.

Le principe de recouvrement partiel des coûts de fonctionnement du système de santé en Afrique a été promu en 1988 par l'Initiative de Bamako. Ce principe était défini dans le cadre de la politique de soins de santé primaires. Il visait à

¹ Montant moyen demandé aux 65 patients inclus entre novembre 2000 et fin avril 2001, soit dans les six mois ayant suivi la réduction des tarifs au Sénégal à la suite de la négociation des prix des ARV avec les laboratoires.

² Ce montant ne comprend pas le coût du suivi immuno-virologique (CD4 et charge virale) ni celui de la tolérance biologique du traitement qui sont pris en charge par l'État.

³ Par exemple M^{me} WIECZOREK-ZEUL, ministre allemand du Développement, in *Frankfurter Allgemeine Zeitung* du 30 mars 2001.

⁴ Deux faits récents le soulignent :

- la spectaculaire victoire de l'État sud-africain opposé aux trente-neuf plus grands laboratoires pharmaceutiques mondiaux, avril 2001 ;
- au Brésil, premier pays producteur d'antirétroviraux génériques, l'annonce, par le ministre de la Santé, de l'arrêt de la production de certaines molécules, suite à la décision des laboratoires de les vendre en-dessous du coût de production de l'État brésilien.

améliorer la qualité des services des structures les plus périphériques du système de soins (postes de santé, dispensaires), à partir de contributions minimales de la part des patients. Il ne devait pas se substituer à l'engagement de l'État.

L'application du principe de recouvrement partiel des coûts à d'autres échelons du système de soin ou dans des programmes verticaux est une extrapolation du principe initial: sa mise en œuvre se révèle incapable de pallier les manques de moyens à ces échelons.

Aussi, la pérennité des initiatives d'accès aux antirétroviraux ne peut en aucun cas dépendre de la contribution des patients car celle-ci, qui est déjà maximale et ne peut être accrue, ne représente qu'une proportion minime des coûts. Depuis le début du programme d'accès aux antirétroviraux au Sénégal, la contribution des patients représente moins de 10 % des sommes versées par l'État pour l'achat de ces médicaments (7). De plus, la procédure employée pour définir le montant des participations des patients a, elle-même, un coût élevé; elle mobilise en 2001 :

- trois assistants sociaux, une sociologue coordonnatrice, un médecin épidémiologiste, un médecin anthropologue, un psychiatre qui se réunissent tous les quinze jours pour les enquêtes;
- une vingtaine de personnes lors des réunions mensuelles pendant lesquelles sont définies les participations.

Les principes d'équité et de justice

Non seulement le principe de la participation financière des patients ne permet pas d'assurer la pérennité des programmes d'accès aux ARV mais, en outre, il crée une discrimination sociale. Afin d'en limiter les effets, il a été décidé d'ajuster le montant de cette participation aux ressources des patients; ce choix a été décrit ultérieurement comme l'expression d'un principe d'équité et de justice sociale⁵.

Si la détermination de la participation financière des patients visait à satisfaire aux principes d'équité, l'examen des processus de décision dans la définition du montant de cette participation, au Sénégal, de 1999 à 2001, montre que cet objectif est rarement atteint.

La détermination de la participation financière des patients en fonction de leurs ressources est fixée à partir d'une procédure qui se déroule en deux temps :

- une enquête sociale, qui doit permettre d'estimer les ressources des patients;
- une réunion mensuelle pour définir la participation financière des patients en fonction de leurs ressources estimées par l'enquête.

Les principes d'équité et de justice sociale qui président à la détermination de la participation financière des patients à leur traitement ne peuvent pas être respectés de manière satisfaisante pour deux raisons principales :

- il est extrêmement difficile de déterminer les ressources; au Sénégal, comme dans l'ensemble des pays d'Afrique, il est extrêmement difficile de déterminer les revenus d'une personne ou d'une unité domestique. La plupart des individus n'ont pas d'activité salariée déclarée, l'emploi est souvent précaire et intermittent, le montant et la régularité des aides familiales sont très variables;
- la détermination de la participation subit l'influence de contingences externes imprévisibles. Les informations relatives aux capacités économiques des patients sont sources de nombreuses contestations et interprétations. À situation socio-économique

identique, le montant de la participation demandée au patient peut varier grandement d'une réunion à l'autre.

En outre, la procédure selon laquelle est calculée la participation financière des patients est longue. Elle mobilise de nombreux intervenants et ne permet donc pas d'examiner un grand nombre de demandes.

Au nom du principe d'équité et de justice, un dernier argument a été avancé pour justifier la participation financière des patients à l'achat des médicaments antirétroviraux: puisque les traitements des autres maladies sont payants et puisqu'il existe de nombreuses autres affections pour lesquelles les traitements coûtent très cher (ex. diabète, hypertension, etc.), le traitement du sida ne devrait pas faire exception.

Ainsi, au nom même de l'égalité, se bâtissent les prémisses d'un sophisme: le fait de tenir pour définitive l'injustice majeure qui consiste à accepter que des malades ne puissent pas se soigner car ils ne peuvent acheter les médicaments, alors que l'équité voudrait que les patients, même les plus pauvres, aient accès aux soins nécessités par leur état de santé. La prise en compte du caractère spécifique de cette maladie - telle que l'a définie la résolution du 27 juin 2001 des Nations unies - ne saurait constituer une inégalité, ni un traitement de faveur; cette question doit être envisagée selon deux points de vue :

- celui d'un idéal, dans un monde tel qu'il devrait être, qui est de rendre accessible le traitement à toute personne qui en a besoin;
- celui de la réalité, dans un monde tel qu'il est, où, sous la contrainte de l'urgence épidémiologique, il s'agit de définir des priorités et d'agir.

Conclusion

En Afrique, les différents programmes d'accès aux antirétroviraux ont permis de montrer que la mise en œuvre de ces traitements est possible et que leur efficacité se compare à celle qui est obtenue dans les pays du Nord.

L'accès aux médicaments antirétroviraux en Afrique doit être maintenant envisagé dans une perspective de santé publique: ces traitements sont nécessaires pour lutter contre l'épidémie et contre son impact socio-économique dévastateur. Ils sont également nécessaires à la crédibilité des campagnes de prévention et de dépistage; aussi doit-on envisager de favoriser l'accès des antirétroviraux au plus grand nombre des personnes qui en ont besoin.

Nous nous trouvons là dans une situation identique à celle de la lutte contre les "grandes endémies": onchocercose, trypanosomose, tuberculose, lèpre, etc. Les ressources mobilisées pour le contrôle de ces maladies n'ont jamais reposé sur une participation financière des bénéficiaires. Ainsi, par exemple, le programme d'éradication de l'onchocercose, qui s'est déroulé sur plus de vingt ans, et sur l'ensemble des pays de l'Afrique de l'Ouest, a été mis en place et a fonctionné en dehors de toute contribution financière des populations auxquelles il était destiné.

La délivrance gratuite des antirétroviraux pour les patients doit être promue dans le cadre des programmes d'accès au traitement; à défaut, une participation forfaitaire au coût de l'ensemble de la prise en charge biomédicale, à l'instar de ce qui est demandé pour d'autres programmes de lutte (ex. tuberculose) est possible; il s'agirait alors d'une mesure symbolique, de l'ordre de 500 à 1 000 FCFA par mois (0,76 € à 1,52 €).

⁵ En effet, l'attribution de subventions dans le cadre de programmes d'accès aux antirétroviraux se faisait selon divers critères; l'ajustement de la participation des patients à leurs ressources a été le critère le plus souvent retenu.

Remerciements

Ces réflexions sont issues d'un programme de recherche intitulé "Aspects sociaux, observance et impact sur le système médical de l'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux", dirigé par le Pr Alice DESCLAUX, Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie/IRD UR 036, financé par l'Agence nationale de recherche sur le sida (France).

Je remercie Alice DESCLAUX, Eric DELAPORTE, Isabelle LANIÈCE, Marc EGROT, Ibra NDOYE et Philippe VINARD pour leurs avis et commentaires.

Programmes de recherche :

- "Aspects sociaux, observance et impact sur le système médical de l'Initiative sénégalaise d'accès aux anti-rétroviraux", dirigé par Dr Alice DESCLAUX, Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie/IRD UR 036, financé par l'Agence nationale de recherche sur le sida (France), équipe de recherche : A. DESCLAUX, I. LANIÈCE, F. MBODJ, O. SYLLA, K. SOW & B. TAVERNE.

- "Circulation des médicaments antirétroviraux au Sénégal, approche anthropologique", dirigé par Dr Marc EGROT, Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie/IRD UR 036, financé par l'Agence nationale de recherche sur le sida (France), équipe de recherche : M. EGROT, A. ÉPELBOIN, I. NDOYE, B. TAVERNE & P. VINARD.

Références bibliographiques

1. Anon - United Nation, Resolution adopted by the General Assembly, August 2001, A/RES/S-26/2, 18 p. aliéna 2, 8, 23.

2. AINSWORTH M & TEOKUL W- Breaking the silence: setting realistic priorities for AIDS control in less-developed countries. *Lancet*, 2000, **356**, 55-60.
3. CANESTRI A & TAVERNE B - *Évaluation du coût des médicaments hors antirétroviraux, à la charge des patients au Sénégal*. 2001; XII ICASA, résumé 10PT3-135.
4. Cissé M, LANIECE I, DIOP K *et al.*- Observance des antirétroviraux au Sénégal : intérêt des traitements simplifiés et peu coûteux. 2001; XII ICASA, résumé 11BT3-196.
5. GOMES(do E.S.) E - *Étude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé et les déterminants socio-économiques des recours aux soins dans la région de Dakar*. Ministère de la Santé, Fnuap, Service de coopération et d'action culturelle, 2000.
6. HARRIES AD, NYANGULU DS, HARGREAVES NJ *et al.*- Preventing antiretroviral anarchy in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2001, **358**, 410-414.
7. LANIECE I, DESCLAUX A, MBODJ F & NDOYE I - Accessibilité financière des ARV: place de la subvention gouvernementale, l'exemple du Sénégal. XII ICASA, 2001, résumé 11BT3-6.
8. LANIECE I, NDOYE I, SOW K *et al.*-*Antiretroviral treatment initiative in Senegal: Result on treatment observance from a study conducted at the pharmacy*. XIII International AIDS, 2000; ThPeB5011.
9. MSELLATI P, VIDAL L & MOATTI JP(éd.) - *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte-d'Ivoire, Évaluation de l'Initiative Onu - sida/ministère ivoirien de la Santé publique*. Paris, A.N.R.S., coll. Sciences sociales et sida, 2001.
10. NDOYE I, PERRET JL, MBOUP S *et al.*- *Feasibility and efficacy of a first governmental initiative on antiretroviral therapy in sub-saharan countries: the case of Senegal*. XIII International AIDS, 2000; ThPeB5278.