

COLLECTION
SCIENCES SOCIALES
ET SIDA

L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire

**Évaluation de l'Initiative Onusida/
ministère ivoirien de la Santé publique**

**Aspects économiques,
sociaux et comportementaux**

Éditions ANRS, Collection sciences sociales et sida, Paris, 2001
ISBN : 2-910143-17-1
ISSN : 1262-4837

ANRS - cellule information scientifique et communication

COLLECTION
SCIENCES SOCIALES
ET SIDA

L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire

**Évaluation de l'Initiative Onusida/
ministère ivoirien
de la Santé publique**

**Aspects économiques,
sociaux et comportementaux**

Sous la direction de

Philippe Msellati

Laurent Vidal

Jean-Paul Moatti

anRS

Agence nationale
de recherches sur le sida

**Conception : Éditions EDK
10, Villa d'Orléans
75014 Paris
Tél. : 01 40 64 27 49
ISBN : 2-84254-061-1**

**Achévé d'imprimer en septembre 2001 par Corlet Imprimeur SA,
14110 Condé-sur-Noireau N° 54325
Dépôt légal septembre 2001**

Sommaire

Avant-propos	
Michel Kazatchkine	VII
Introduction : Raisons et enjeux de l'évaluation	
Jean-Paul Moatti, Philippe Msellati, Laurent Vidal, Yves Souteyrand.....	1
Chapitre 1 : Prémices et déroulement de l'Initiative (1996-2000) : une première analyse	
Karine Delaunay, Jean-Pierre Dozon, Gabin Kponhassia, Philippe Msellati.....	13
Annexe chapitre 1 : Chronologie de l'Initiative Onusida/ ministère de la Santé publique d'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire.....	63
Chapitre 2 : La mise sous traitement antirétroviral dans l'Initiative : l'explicite et l'implicite d'un processus de sélection	
Karine Delaunay, Laurent Vidal, Philippe Msellati, Jean-Paul Moatti.....	87
Chapitre 3.1 : L'impact de l'Initiative sur la disponibilité et l'accessibilité des médicaments	
Anne Juillet, Claude Malaval, Jean-Paul Moatti	115
Chapitre 3.2 : L'échec de <i>Medical Access</i>	
Karine Delaunay, Philippe Msellati, Claude Malaval.....	133
Chapitre 4.1 : L'accès aux traitements des patients vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire : une enquête quantitative	
Anne Juillet, Philippe Msellati, Marc Souville, Joanne Prudhomme, Hortense Aka-Dago Akribi, Jean-Paul Moatti.....	141
Chapitre 4.2 : L'accès aux traitements des patients vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire : une enquête qualitative	
Djénéba Coulibaly-Traoré, Laurent Vidal.....	159
Chapitre 5.1 : Introduction aux enquêtes auprès des soignants de Côte d'Ivoire	
Marc Souville, Annabel Desgrées du Loû, Philippe Msellati, Laurent Vidal, Jean-Paul Moatti.....	179
Chapitre 5.2 : Les attitudes des médecins de Côte d'Ivoire face aux traitements du VIH/sida dans le contexte de l'Initiative	
Marc Souville, Philippe Msellati, Claude Malaval, Goze Tape, Jean-Paul Moatti.....	183

Chapitre 5.3 : Prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole chez les patients infectés par le VIH en Côte d'Ivoire : connaissances et pratiques des médecins et des personnels soignants Hermann Brou, Annabel Desgrées du Loû, Marc Souville	201
Chapitre 5.4 : Perceptions et pratiques face aux accidents d'exposition professionnelle au sang du personnel soignant Philippe Msellati, Hermann Brou, Marc Souville, Rigobert Aka Kakou, Annabel Desgrées du Loû.....	217
Chapitre 5.5 : Les professionnels de santé d'Abidjan et Bouaké face à l'Initiative : une enquête qualitative Laurent Vidal, Clémence Esse, Dakouri Gadou, Gabin Kponhassia.	229
Chapitre 6 : Attitudes par rapport au sida, accès au dépistage et connaissances des traitements du VIH à Abidjan dans le contexte de l'Initiative Annabel Desgrées du Loû, Nicola de Béchon.....	253
Chapitre 7.1 : Synthèse et recommandations Jean-Paul Moatti, Laurent Vidal, Philippe Msellati.....	269
Chapitre 7.2 : Mettre l'évaluation socio-économique au service de l'accès aux traitements du VIH/sida dans les pays en développement : un nécessaire changement de perspectives Jean-Paul Moatti, Stéphane Lucchini, Philippe Msellati, Laurent Vidal, Yves Souteyrand	281
Liste des sigles	321
Liste des figures	322
Liste des tableaux	323
Liste des personnes rencontrées (par structure ou organisation)	326
Remerciements	327
Liste des auteurs	327
Groupe d'évaluation de l'Initiative	328

Avant-propos

L'accès aux traitements pour les dizaines de millions de personnes infectées par le VIH qui vivent dans les pays en développement, est un défi majeur et sans précédent pour la communauté internationale. Ce défi, à l'évidence, ne relève pas seulement de la question du coût des médicaments antirétroviraux, domaine dans lequel les efforts consentis par les firmes pharmaceutiques, la mobilisation de l'opinion internationale et la compétition générique, ont permis des progrès considérables dans les douze derniers mois. Le défi relève aussi de la capacité qu'auront les pays concernés avec l'aide de la communauté internationale, de faire effectivement accéder aux soins le plus grand nombre de personnes malades : cela concerne ainsi l'information du public, le dépistage et le diagnostic, les infrastructures de soins (centres de références et centres périphériques), la formation des personnels de santé, les modalités de délivrance des médicaments, la structuration des laboratoires impliqués dans la surveillance des personnes sous traitement et le renforcement du soutien communautaire.

La Côte d'Ivoire est l'un des premiers pays africains à s'être courageusement engagé dans la lutte contre le sida. Dès 1995, la Côte d'Ivoire crée un Programme national de lutte contre le sida, les MST et la tuberculose. Au moment de la publication des premiers résultats des trithérapies antirétrovirales, après la conférence mondiale sur le sida de Vancouver en 1996, les autorités ivoiriennes revendiquent activement l'accès aux traitements de l'infection par le VIH pour les pays du Sud. Aujourd'hui, la Côte d'Ivoire reste le pays d'Afrique de l'Ouest le plus touché par l'épidémie. On estime la prévalence de l'infection chez la population adulte à près de 11 %. Il y a trois ans, il était estimé que 40 % des lits hospitaliers d'Abidjan étaient occupés par des patients atteints de sida et que les coûts relatifs à la prise en charge de l'infection VIH représentaient 11 % de l'ensemble du budget de la santé de la Côte

d'Ivoire. C'est dans ce contexte que la Côte d'Ivoire se trouvait être l'un des deux pays africains, avec l'Ouganda, officiellement retenus par l'Onusida pour l'implantation de la première Initiative d'accès aux médicaments de l'infection à VIH. L'objectif de cette Initiative, trois ans avant l'accélération considérable du processus d'accès aux traitements dont nous avons été témoins en 2000 et en 2001, était d'améliorer l'accès aux médicaments des traitements du VIH/sida à tous les niveaux de services de santé : accès aux médicaments essentiels au niveau périphérique, accès aux médicaments pour la prophylaxie des infections opportunistes dans les centres de suivi et accès aux traitements antirétroviraux dans les centres de références.

L'Onusida a souhaité, dès le début de cette Initiative, qu'elle soit évaluée dans les quatre sites pilotes du monde où elle allait prendre place : la Côte d'Ivoire, l'Ouganda, le Vietnam et le Chili. L'évaluation de l'Initiative en Côte d'Ivoire a été réalisée de 1999 à 2001, en partenariat par le « Center for Diseases Control » (programme Retro-Ci) pour ce qui concerne l'évaluation de son impact clinique, et l'ANRS, pour ce qui concerne l'analyse des processus décisionnels, l'impact économique et l'impact sur la perception de la maladie dans la population, les personnels de santé et les autorités décisionnelles du pays.

Cet ouvrage présente les résultats du travail d'évaluation réalisé par l'ANRS. J'aimerais remercier les autorités ivoiriennes et le PNLs/MST/Tuberculose pour l'aide qu'ils nous ont apportée ainsi que le projet Retro-Ci, les patients, les médecins et toutes les personnes qui ont bien voulu répondre à nos enquêtes. J'aimerais également remercier l'Onusida, la coopération française en Côte d'Ivoire et tous les chercheurs qui, sous la responsabilité de Jean-Paul Moatti, ont réalisé ce travail dont il nous faut rapidement tirer les leçons au moment où se mettent en place les nouvelles initiatives accélérées d'accès aux médicaments du VIH/sida dans les pays en développement.

Michel Kazatchkine

Directeur de l'ANRS

Introduction

Raisons et enjeux de l'évaluation

Jean-Paul MOATTI, Philippe MSELLATI, Laurent VIDAL,
Yves SOUTEYRAND

A partir de 1996, d'importantes avancées de la recherche fondamentale et clinique bouleversent la prise en charge médicale de l'infection par le VIH. De nouveaux concepts physiopathologiques et la mise à disposition de tests biologiques de la charge virale plasmatique, montrent qu'il existe une intense activité de réplication virale tout au long de l'infection à VIH, dont l'importance est prédictive de l'évolution vers le stade sida. Ils fournissent un instrument permettant de suivre au plus près l'évolution de l'infection et les effets des traitements. L'introduction des multithérapies antirétrovirales, associant aux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse la nouvelle classe thérapeutique des inhibiteurs de protéase, puis celle des inhibiteurs non nucléosidiques, rendent la charge virale indétectable chez une proportion importante des patients traités. Cela se traduit par une diminution spectaculaire de l'incidence des infections opportunistes et de la mortalité. Par voie de conséquence, le nombre d'hospitalisations dues à l'infection par le VIH¹ dans les pays industrialisés, où l'accès à ces traitements est possible à large échelle, diminue considérablement. Au plan international, ces nouvelles données fournissent en 1997 des arguments en faveur d'une initiation plus précoce de thérapeutiques antirétrovirales plus « agressives » que ce qui était précédemment recommandé².

¹ Deeks S, Smith M, Holodny M, Kahn J. HIV-1 protease inhibitors. A review for clinicians. *JAMA* 1997 ; 277 : 145-55.

McDonald C, Kuritzes D. Human immunodeficiency virus type 1 protease inhibitors. *Arch Intern Med* 1997 ; 157 : 951-9.

² Dormont J (ed). *Stratégies d'utilisation des antirétroviraux dans l'infection à VIH*. Secrétariat d'État à la Santé. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1998.

Carpenter CCJ, Fischl MA, Hammer SM, *et al.* Antiretroviral therapy for HIV infection in 1997. Updated recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA* 1997 ; 277 : 1962-9.

Certes, de nombreuses difficultés et incertitudes subsistent quant à la tolérance et l'acceptabilité des nouveaux traitements antirétroviraux, sur la détermination des critères pour initier ou modifier ces traitements comme sur leur posologie et les combinaisons optimales de molécules. De même, le risque d'émergence de souches virales résistantes existe, mais les progrès obtenus grâce à ces traitements dans la survie et la qualité de vie des personnes atteintes sont une réalité incontestable.

Dès la XI^e Conférence mondiale sur le sida à Vancouver, en juillet 1996, un courant associatif et politique s'élève en faveur d'un accès à ces progrès pour les 95 % de patients infectés par le VIH qui vivent dans les pays en développement (PED). Il souligne le caractère « moralement intolérable » de l'impossibilité pour ceux-ci de disposer de traitements antirétroviraux à l'efficacité démontrée. Plusieurs initiatives, d'ordre international ou national, voient le jour en 1997 afin de dresser l'inventaire de ce qui existe en matière de prise en charge du VIH/sida dans les PED, d'essayer de rationaliser cette prise en charge et de proposer des programmes favorisant l'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV), y compris en Afrique sub-saharienne. Les nouveaux traitements suscitent de grands espoirs, aussi bien chez les personnes infectées par le VIH que chez les soignants. Cependant, leurs prix élevés sur le marché international limitent drastiquement l'accessibilité de ces traitements, particulièrement dans des pays où, comme la Côte d'Ivoire, la demande et le besoin sont les plus importants au regard des moyens économiques et financiers dont disposent l'État et les ménages.

La Côte d'Ivoire : un contexte épidémiologique difficile...

Selon l'Onusida, 24,5 millions de femmes, d'hommes et d'enfants vivaient avec le VIH/sida en Afrique sub-saharienne, à la fin de l'année 1999 ; près de 4 millions de ces infections ont été contractées au cours de cette même année⁵. Si des situations plus dramatiques encore prévalent dans certains pays d'Afrique de l'Est et du Sud-Est, la Côte d'Ivoire est, avec un nombre cumulé de décès par sida de 420 000, fin décembre 1997, le pays le plus touché de l'Afrique occidentale francophone.

⁵ Unaid. *Report on the global HIV epidemic*. Geneva, June 2000.

Le ministère de la Santé publique ivoirien estime à au moins 1 000 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le pays, pour une population de 15 400 000 habitants en 1998. Les estimations épidémiologiques, extrapolées à partir d'enquêtes réalisées auprès de femmes enceintes fréquentant les centres de protection maternelle et infantile, évaluent à environ 10 % en 1999 la séroprévalence du VIH dans la population générale adulte de quinze à quarante-neuf ans.

Le principal mode de transmission du VIH en Côte d'Ivoire est hétérosexuel chez les adultes ; la plupart des enfants infectés par le VIH l'acquièrent par transmission verticale au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Bien que les infections par le VIH-1 et le VIH-2 coexistent dans ce pays, et que certaines personnes présentent une double réactivité au VIH-1 et au VIH-2, c'est l'infection par le VIH-1 qui est de loin la plus fréquente.

Afin de contrer l'épidémie, des campagnes de sensibilisation et d'éducation sanitaire, visant à la prévention, ont été mises en place très tôt par le Programme national de lutte contre le sida, les maladies sexuellement transmissibles et la tuberculose (PNLS/MST/TUB) pour le compte du ministère de la Santé publique de Côte d'Ivoire. La question de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH n'étant pas prise en compte dans ces programmes, une politique nationale de traitement des maladies opportunistes au cours du sida a été développée depuis 1989 par le PNLS. Des algorithmes de traitement codifiés et standardisés sont utilisés depuis le début des années 1990.

Un contexte économique incertain...

De son indépendance acquise en 1960 et jusqu'aux débuts des années 1980, la Côte d'Ivoire connaît une croissance rapide (de l'ordre de 7,5 % en moyenne d'augmentation annuelle du PNB). Certains experts ont comparé la situation ivoirienne au « miracle économique » observé dans certains pays du Sud-Est asiatique, comme la Corée du Sud ou Taïwan⁴. A partir des années 1981-1983, la détérioration des termes de

⁴ Bourguignon F, Berthélémy JC. *Growth and crisis in Côte d'Ivoire*. World Bank, Comparative Macroeconomic Studies 15651, May 1996, Washington DC, 244 p.

l'échange pour les principales exportations agricoles (café et cacao), et les contraintes liées à l'appartenance à la zone Franc CFA, entretiennent des difficultés économiques endémiques qui n'ont jamais été totalement surmontées. Le Gouvernement met en place, afin de favoriser la relance économique, des plans de mesures d'ajustement et de stabilisation à différentes reprises, notamment en 1989 et en janvier 1994, suite à la modification de la parité du Franc CFA. Le PIB atteint 5 467 milliards de FCFA en 1996 et 6 635 milliards en 2000, avec une croissance négative (- 2 %) pour cette dernière année, partiellement liée à une conjoncture politique troublée. Le montant total de la dette extérieure, 7 511 milliards de FCFA, est supérieur au PIB annuel et le service annuel de la dette extérieure, 646 milliards en 2000, représente près de la moitié (48,5 %) des recettes budgétaires totales de l'État, hors dons des organismes internationaux.

Un recours aux soins différencié...

Les marges de manœuvre financières dont dispose l'État ivoirien pour sa politique de santé, à laquelle il consacre de 8 à 9 % de son budget, sont donc clairement limitées. Comme dans la plupart des autres pays africains, les politiques économiques de stabilisation se sont accompagnées, dans le secteur de la santé, de l'introduction de la politique dite de recouvrement des coûts (voir chapitre 2). Cette politique requiert une participation financière des usagers en échange des services fournis par les structures publiques de santé. Dans une enquête conduite en 1999 auprès d'un échantillon de 1 900 ménages (soit environ 14 000 individus de toutes classes d'âge) représentatif de la population de l'agglomération d'Abidjan⁵, un quart de l'échantillon déclare avoir vécu un épisode de maladie (de toute nature) au cours des deux mois précédant l'enquête, les syndromes palustres représentant plus du tiers (38,3 %) des épisodes morbides déclarés⁶. Dans cette enquête, on constate que l'écrasante majorité des personnes qui déclarent un épisode de maladie (98 %) font une

⁵ Mariko M, Cissé B. *Équité dans l'accès et l'utilisation des services de santé (cas de cinq capitales ouest-africaines)*. Rapport final, UNICEF/Coopération française/IRD, novembre 2000, 144 p.

⁶ On notera que dans cette enquête, les ménages « les plus pauvres » (revenu annuel infé-

démarche de recours aux soins. S'agissant du recours initial, cette démarche se répartit également entre automédication (47 %) et consultation dans une structure de santé « moderne » (49 %). Les ménages pauvres (revenu annuel inférieur à 365 US\$) tendent à recourir plus fréquemment à l'automédication (52 % *versus* 45 % dans le reste de l'échantillon) ; celle-ci prend majoritairement la forme d'un recours à des « médicaments traditionnels » (dans 55 % des cas) alors que le reste de l'échantillon recourt majoritairement (dans 59 % des cas) à des « médicaments modernes ». S'agissant du type de structures de santé fréquenté, il concerne majoritairement le secteur public, ou le secteur privé à but non lucratif (70 % environ du total des recours dont près de 40 % pour les dispensaires publics et parapublics), mais une part non négligeable de la consommation de services de santé (près de 30 %) s'oriente vers le secteur privé à but lucratif (cette proportion étant sans surprise significativement plus faible, de l'ordre de 15 % seulement, pour les ménages pauvres).

Cette brève description des caractéristiques du recours aux soins⁷ permet aisément de saisir le fardeau que la morbidité liée à l'épidémie de VIH peut représenter pour le système public ivoirien de santé : dans certains services hospitaliers, la morbidité liée au VIH constitue le principal motif d'hospitalisation. La diffusion à large échelle de la prophylaxie des infections opportunistes liées au VIH/sida, l'amélioration des traitements de ces infections, et l'introduction des traitements antirétroviraux en Côte d'Ivoire peuvent néanmoins apparaître comme compatibles avec l'existence d'une infrastructure sanitaire de qualité.

L'Initiative Onusida / ministère de la Santé publique

Le programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (Onusida) annonce officiellement à Genève, le 5 novembre 1997, le lancement de la phase pilote d'une « Initiative » visant à améliorer l'accès aux mé-

rieur à 270 US\$) tendent à déclarer un moindre nombre d'épisodes morbides (ils ne sont que 18 % à le faire) et à être moins nombreux à interrompre leur activité en cas de maladie (46 % *versus* 52 % dans l'ensemble de l'échantillon). On notera également que l'enquête n'investiguait pas la morbidité éventuellement liée à l'infection à VIH.

⁷ Voir une description synthétique du système de santé du pays dans le *tableau 1*.

dicaments pour la prise en charge des personnes infectées par le VIH dans quatre pays en développement : le Chili, la Côte d'Ivoire, l'Ouganda et le Vietnam.

Tableau 1
**Principaux indicateurs du système de santé
en Côte d'Ivoire**

Ressources en infrastructures	
Ratio population/établissement sanitaire primaire (ESP)	1 ESP pour 13 804 habitants
Ratio population/hôpital	1 hôpital pour 230 813
Ratio population/lits d'hôpital	1 lit pour 2 700
Ratio population/bloc chirurgical	1 bloc pour 448 500
Ratio population/laboratoire hospitalier	1 laboratoire pour 338 000
Ratio population/appareil de radiologie hospitalier	1 appareil pour 448 400
Ressources humaines	
Ratio population/médecin	1 médecin pour 12 486
Ratio population/infirmier	1 infirmier pour 3 885
Ratio femmes en âge de procréer/sage-femme	1 sage-femme pour 1 913
Ressources financières	
Montant total du recouvrement des coûts	13 234 597 256 FCFA
Recouvrement des coûts par habitant	857 FCFA
Dépense de santé par habitant	6 229 FCFA
Budget de la santé par habitant	5 372 FCFA
Poids du recouvrement des coûts dans les dépenses santé	13,8 %
Poids des dépenses de santé dans le budget de l'État	8,7 %
Poids du budget de la santé dans le PIB	1,3 %
Médicaments	
Chiffre d'affaires de la Pharmacie de santé publique (PSP)	10 825 047 095 FCFA
Vente des produits PSP par habitant	690 FCFA

Source : ministère de la Santé publique, République de Côte d'Ivoire, « Rapport annuel sur la situation sanitaire, 1997 ».

Selon l'Onusida, cette Initiative doit avoir une portée « *fortement démonstrative* ». Elle « *fournira l'information pour déterminer s'il est réellement possible d'obtenir et de distribuer dans les pays en développement des médicaments pour la prise en charge de l'infection à VIH et du sida. Forts de cette information, les pays pourront alors mobiliser les ressources nécessaires pour prendre en charge médicalement les personnes infectées et contribuer à maîtriser l'épidémie mondiale* ».

L'Onusida et le ministère de la Santé publique, partenaire de l'Initiative en Côte d'Ivoire, précisent que celle-ci doit permettre de se rapprocher de l'objectif souhaité : « *que l'accès aux médicaments pour la prise en charge de l'infection à VIH et du sida devienne une réalité pour bon nombre de gens des pays en développement qui n'en bénéficient pas - ou si peu* »⁸.

Plus spécifiquement, l'Initiative poursuit un triple objectif articulé d'amélioration, pour les personnes infectées par le VIH, de l'accès :

– « *aux médicaments essentiels au niveau périphérique des centres de soins primaires* » ;

– « *aux médicaments pour le traitement des infections opportunistes (liées au VIH/sida) dans les centres de suivi* » ;

– « *aux traitements antirétroviraux (ARV) dans des centres de référence* »⁹.

Ces objectifs généraux se déclinent, de manière plus spécifique, autour de l'accès et l'utilisation des médicaments :

1. Promouvoir un choix rationnel des médicaments utilisés dans la prise en charge du VIH par le secteur de la santé sur la base de la morbidité réelle observée dans le pays.

2. Favoriser la prescription et l'utilisation rationnelle de ces médicaments.

3. Garantir l'accessibilité physique de ces médicaments pour les patients concernés.

4. Améliorer l'accessibilité financière en réduisant non seulement les prix sources payés aux producteurs et aux importateurs, mais aussi les marges sur les prix entre les distributeurs et les patients (par la réduction ou la suppression des droits de douane et des taxes d'importations, en minimisant le nombre d'intermédiaires, etc.).

5. Augmenter les ressources financières mobilisables pour financer l'accès aux médicaments, y compris les antirétroviraux.

Sur les deux derniers points, la liberté est laissée aux quatre pays pilotes de s'en tenir aux seuls mécanismes de marché ou de mettre en place des interventions collectives pour promouvoir un accès plus équitable aux médicaments en faveur des groupes de patients infectés par le

⁸ Extrait du communiqué de presse du ministre de la Santé ivoirien, diffusé lors de la conférence de presse de lancement de l'Initiative le 7 novembre 1997.

⁹ Unaid, *Unaid HIV drug access Initiative, Pilot Phase*. Background document, Geneva, 1997.

VIH les moins susceptibles de disposer de ressources financières suffisantes pour leur traitement. Comme on le verra, la Côte d'Ivoire a opté pour la solution d'un système de subvention publique.

6. Respecter des considérations éthiques dans l'hypothèse où l'insuffisance des moyens implique diverses formes de rationnement de l'accès aux médicaments et de sélection des groupes de patients devant en bénéficier en priorité.

Une démarche officielle d'évaluation indépendante

Dès l'annonce de l'Initiative, l'Onusida, en plein accord avec les partenaires nationaux des quatre pays concernés, affiche son souci de procéder régulièrement à une évaluation de son impact sur l'état de santé et, plus largement, sur les conditions de vie des personnes infectées par le VIH. Elle souhaite également une évaluation de son impact global sur la prise en charge du VIH et le système de santé des pays concernés, ainsi qu'une analyse comparative de ses modalités de fonctionnement dans les différents pays.

L'objectif de l'évaluation, en parallèle à la mise en œuvre de l'Initiative, correspond donc, de la part de ses promoteurs, à une demande opérationnelle où les résultats des travaux évaluatifs doivent explicitement servir à :

- formuler des recommandations relatives à l'adaptation, l'amélioration ou à l'élargissement du programme pilote ;
- guider d'autres pays, qui seraient à l'avenir désireux de se lancer également dans des initiatives d'amélioration de la prise en charge des personnes infectées par le VIH.

Ces objectifs impliquent inévitablement, sauf à ne parvenir qu'à un simulacre d'évaluation ou à un auto-plaidoyer, que la tâche soit confiée à des équipes indépendantes, distinctes des responsables et des promoteurs de l'Initiative. C'est ce qu'ont souhaité, dès l'origine, l'Onusida et le ministère de la Santé publique ivoirien. Si cette démarche peut sembler naturelle, il faut souligner qu'il n'est pas si fréquent que des responsables de programmes de ce type acceptent et prennent eux-

mêmes l'initiative de soumettre leur activité au regard critique d'une évaluation extérieure.

Une réunion tenue le 16 février 1999 à Abidjan, divise le travail d'évaluation en deux volets complémentaires. Le premier volet est confié au projet Retro-CI (soutenu par les *Centers for Disease Control* des États-Unis) : il est chargé des aspects épidémiologiques, biologiques et cliniques de l'évaluation par l'analyse des caractéristiques des patients effectuant une démarche pour être inclus dans l'Initiative, et du suivi de la cohorte de patients mis sous traitement ARV dans l'Initiative. De son côté, l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) française est sollicitée pour conduire le second volet, socio-économique et socio-comportemental, de l'évaluation. L'ANRS choisit de confier ce travail à une équipe multi-disciplinaire relevant de plusieurs organismes et regroupant des chercheurs en sciences sociales de l'Institut de recherche pour le développement (IRD, ex-ORSTOM) et de plusieurs institutions ivoiriennes (GIDIS-CI, Université d'Abidjan, etc.), en collaboration avec l'Unité Inserm 379 (sciences sociales appliquées à l'innovation médicale) basée à Marseille.

Début 1999, plusieurs réunions préparatoires rassemblent des représentants des responsables de l'Initiative dans les quatre pays pilotes, les équipes d'évaluation pressenties et des experts internationaux. Elles se tiennent à Genève, sous l'égide de l'Onusida, afin de définir les protocoles d'évaluation.

Cet ouvrage rend compte des résultats du volet socio-économique et comportemental pour la Côte d'Ivoire. Ce volet prévoyait notamment les éléments suivants :

1. Une analyse des processus décisionnels et socio-politiques ayant donné lieu à la mise en œuvre de l'Initiative ainsi que ceux qui président à l'évolution de son fonctionnement (chapitres 1 et 2).
2. Une analyse de l'impact de l'Initiative sur le circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments du VIH/sida (chapitre 3).
3. Une évaluation des bénéfices supplémentaires de l'Initiative pour les patients infectés par le VIH, qui implique notamment une comparaison entre les patients inclus dans l'Initiative et la population générale des personnes infectées par le VIH (chapitre 4).

4. Une évaluation de l'impact de l'Initiative sur les professionnels de santé et les bénévoles impliqués dans la prise en charge de personnes infectées par le VIH/sida (chapitre 5).

5. Une évaluation de l'impact de l'Initiative sur les attitudes et comportements face à l'épidémie de VIH/sida dans la population générale ivoirienne (chapitre 6).

La réponse à ces questions est fondée sur des approches multidisciplinaires combinant anthropologie, économie, épidémiologie, science politique et sociologie. Surtout, elle repose sur le croisement systématique entre enquêtes quantitatives dans différentes populations d'une part, et méthodes qualitatives d'entretiens, d'observations et d'analyse documentaire, d'autre part. C'est d'ailleurs, du moins à nos yeux, l'un des mérites de cette expérience d'évaluation que des chercheurs en sciences sociales et en épidémiologie, dont les références disciplinaires, et surtout méthodologiques, étaient au départ fort diverses, aient appris à travailler ensemble.

Une évaluation sous contrainte d'urgence

La collecte des données, aux fins des recherches évaluatives sur lesquelles repose cet ouvrage, a été réalisée dans un laps de temps assez court, de juillet 1999 à juillet 2000¹⁰. Cette période a été marquée par un climat politique troublé en Côte d'Ivoire, et par un certain nombre de difficultés pour l'Initiative elle-même. Les contraintes d'urgence dans la production de résultats d'évaluation ont, tout au long de cette période, fortement pesé sur l'équipe de recherche. Il avait d'emblée été souligné par les demandeurs de l'évaluation l'importance de présenter des résultats préliminaires à la XIII^e Conférence mondiale sur le sida de Durban en juillet 2000, la première à se tenir sur le continent africain. Cet objectif fut effectivement réalisé dans le cadre d'un symposium satellite organisé

¹⁰ Comme on le constatera à la lecture des chapitres 1 et 2, des chercheurs de l'IRD, présents à Abidjan, ont assuré un suivi des événements affectant la vie de l'Initiative en Côte d'Ivoire jusqu'à la fin de l'année 2000.

par l'Onusida lors de cette Conférence¹¹. Un premier bilan de l'Initiative devait être tiré après ses deux premières années de fonctionnement, soit en août 2000. Les événements politiques en Côte d'Ivoire ont cependant conduit à reporter en 2001 la remise définitive des résultats de l'évaluation aux responsables de l'Initiative. Cet ouvrage fait office de rapport final.

Dans l'esprit de l'équipe de recherche, il s'est agi d'emblée de s'inscrire dans une perspective de recherche « impliquée » où le souci de la rigueur et de l'objectivité maximale dans l'analyse critique de l'Initiative ne devait jamais faire oublier la portée socio-politique de ce travail et l'engagement, commun aux chercheurs et aux objectifs des promoteurs de l'Initiative, en faveur d'une amélioration de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida dans les pays en développement. Nous nous félicitons que plusieurs des recommandations qui figurent dans le dernier chapitre de cet ouvrage (chapitre 7.1) aient d'ores et déjà été mises en œuvre dans le cadre de l'Initiative ivoirienne et que, par exemple, elles aient pu contribuer à améliorer la qualité du dialogue entre les associations de personnes vivant avec le VIH et les autorités en charge de l'Initiative. Enfin, nous sommes convaincus que la présentation des résultats préliminaires de l'évaluation de l'Initiative en Ouganda, au Chili et en Côte d'Ivoire n'est pas étrangère à la nette augmentation des efforts du système des Nations unies, intervenue depuis la Conférence de Durban, en faveur d'une « *accélération de l'accès aux soins dans le domaine du VIH/sida* »¹². Cette accélération vise explicitement à promouvoir « *le choix et l'utilisation rationnels* », « *l'accessibilité financière* », « *le financement durable* », et la « *fiabilité des systèmes de santé* » en matière de médicaments du VIH/sida, y compris les ARV, dans les pays en développement¹³. Dans le cadre de cet objectif « d'accélération de l'accès »,

¹¹ Satellite Meeting on the Unaided Drug Access Initiative. Preliminary results of the evaluation of the initiative and lessons learnt. Durban, South Africa, 9 July 2000.

¹² Un Groupe de contact sur ce thème regroupant neuf institutions des Nations unies ou associées (Onusida, PNUCID, PNUD, UNESCO, FNUAP, UNICEF, OMS, OMPI et Banque Mondiale) a été constitué le 29 juin 2000 et se réunit régulièrement depuis cette date.

¹³ Groupe de contact sur l'accélération de l'accès aux soins dans le domaine du VIH/sida. Accès aux médicaments liés au VIH. Stratégie du système des Nations unies. Mise à jour du 22 septembre 2000, Genève.

l'Onusida promeut actuellement une nouvelle forme d'Initiative qui vise à « *redoubler d'efforts dans l'assistance apportée aux pays pour se doter d'un paquet global de soins en faveur de leurs citoyens vivant avec le VIH/sida* ».

Comme le lecteur pourra le constater, l'Initiative Onusida d'accès aux médicaments du VIH/sida a d'emblée revêtu une dimension internationale. Cet aspect international aurait sans doute dû être évalué avec la même attention et la même rigueur que ce que nous avons tenté de faire ici pour la Côte d'Ivoire (et que d'autres équipes se sont également efforcées de réaliser en Ouganda et au Chili). Le processus de prise de décision (critères de choix des pays pilotes, ...) et de négociations autour des prix des médicaments entre le système des Nations unies, d'autres institutions internationales, les gouvernements et les laboratoires pharmaceutiques impliqués mériterait également des recherches approfondies. Le dernier chapitre de cet ouvrage (7.2) s'efforce cependant de tirer des leçons de l'expérience de l'évaluation de l'Initiative ivoirienne pour l'avenir du combat mené en faveur d'une plus grande égalité des rapports Nord/Sud dans la lutte contre l'épidémie de sida.

Chapitre 1

Prémices et déroulement de l'Initiative (1996-2000) : une première analyse

Karine DELAUNAY, Jean-Pierre DOZON,
Gabin KPNHASSIA, Philippe MSELLATI

Ce chapitre s'appuie sur le volet de l'évaluation relatif à l'analyse des processus décisionnels¹. Il s'efforce de retracer la chronologie de la mise en place de l'Initiative de 1996 (création de l'Onusida) à son démarrage effectif, à Abidjan, en août 1998, et de rendre compte de son évolution au cours de ses deux premières années d'existence (août 1998–octobre 2000)².

Des entretiens préparatoires à l'évaluation proprement dite des processus décisionnels ont eu lieu en juillet 1999. De la fin septembre à la mi-octobre 1999, une investigation plus systématique a été menée à la fois auprès des responsables et partenaires « officiels » de l'Initiative et de certains de ses bénéficiaires (*via* les associations de personnes vivant avec le VIH) ainsi que des représentants de la société civile (responsables religieux, responsables des questions de santé au sein d'un parti politique, journalistes)³. Parallèlement, les documents écrits disponibles⁴ et les articles parus dans les principaux journaux ivoiriens⁵ sur la mise en

¹ L'essentiel de ce chapitre, comme du suivant, est extrait d'un rapport achevé en janvier 2000, et remis à l'ANRS, dont les données ont été actualisées. Delaunay K, Dozon J.P, Kponhassia G, et al. *Évaluation de l'Initiative Onusida - ministère ivoirien de la Santé d'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH-sida en Côte d'Ivoire. Volet 1« Analyse des processus décisionnels de mise en place de l'Initiative (1996-1999) »*. Rapport intermédiaire, mai 2000, 116 p.

² Une chronologie détaillée est proposée en annexe, page 63.

³ Voir page 324 la liste des personnes rencontrées.

⁴ Il s'agit des documents administratifs officiels concernant l'Initiative (décrets, circulaires, etc.) ainsi que d'une partie des documents et notes de travail « internes » aux différents Comités en charge de la préparation puis de la gestion de l'Initiative auxquels nous avons pu avoir accès.

⁵ Cette revue de presse a concerné deux quotidiens proches du pouvoir en place avant le

place et le fonctionnement de l'Initiative, ont été collectés et analysés. Ces premières investigations ont été menées dans un contexte particulier, marqué notamment, au sein même de l'Initiative, par une réorientation de la stratégie thérapeutique prônée en matière de traitements antirétroviraux (passage de la bithérapie à la trithérapie) ainsi que par des problèmes de trésorerie du Fonds ivoirien de soutien aux traitements qui ont suscité incertitudes et tensions⁶.

Ultérieurement, le contexte politique global de la Côte d'Ivoire n'a guère été propice à une implication significative des différents acteurs nationaux dans l'amélioration du fonctionnement de l'Initiative. Le coup d'État de décembre 1999 a placé au pouvoir un gouvernement de transition, dominé par les militaires, et plusieurs nominations successives ont eu lieu à la tête du ministère de la Santé et du Programme national de lutte contre le sida, les MST et la tuberculose (PNLS/MST/TUB)⁷. Néanmoins, au cours du premier semestre de l'année 2000, plusieurs réunions ont été tenues entre l'équipe d'évaluation et les responsables de l'Initiative tant au plan ivoirien qu'à celui de l'Onusida. Une première restitution des résultats obtenus suite aux investigations qui viennent d'être évoquées, s'est déroulée en février 2000, à l'occasion d'un séminaire organisé par l'ANRS à Abidjan. Une seconde, intégrant des résultats préliminaires des enquêtes quantitatives et qualitatives menées auprès des soignants et des patients, ainsi que les premières analyses de l'évolution des prix des médicaments du VIH/sida, a été effectuée en mai 2000 lors d'une réunion organisée à Genève par l'Onusida entre les « évaluateurs » et les représentants des quatre pays « pilotes » où se déroule l'Initiative (Chili, Côte d'Ivoire, Ouganda et Vietnam). Sur cette base, un rapport intermédiaire a été adressé officiellement par l'ANRS au ministère de la

coup d'État de décembre 1999 (*Fraternité Matin* et *Ivoir'Soir*) ainsi que deux journaux favorables à l'opposition (*Notre Voie* et *Le Jour*).

⁶ Cela explique que les entretiens menés aient été principalement consacrés au fonctionnement de l'Initiative, sa mise en place et son démarrage étant étudiés principalement à partir de la documentation écrite collectée. Précisons également que, conformément au protocole d'évaluation, l'analyse des processus décisionnels devait se situer au niveau ivoirien, donc sans investigation de la dimension internationale de l'Initiative.

⁷ Entre août 1999 et décembre 2000, cinq ministres de la Santé et trois directeurs du PNLS/MST/TUB se sont succédés.

Santé ivoirien ainsi qu'à l'Onusida⁸ et ses principales conclusions et recommandations ont été présentées publiquement lors de la Conférence mondiale sur le sida de Durban en juillet 2000. Parallèlement, de nouveaux entretiens ont été conduits auprès de différents acteurs entre février et juin 2000.

La situation politique tendue durant l'été et l'automne 2000, liée à la préparation puis à la tenue de l'élection présidentielle et aux conflits qui l'ont suivie en Côte d'Ivoire, n'a pas permis le déroulement sur place de la nouvelle concertation prévue entre les promoteurs ivoiriens et internationaux de l'Initiative et les équipes d'évaluation. Cependant, un suivi des principales évolutions au sein de l'Initiative a été possible grâce aux chercheurs de l'IRD membres de l'équipe d'évaluation et résidant à Abidjan⁹.

De quelques ambiguïtés constitutives dès les préparatifs de l'Initiative (1996-1997)

La lutte contre le sida en Côte d'Ivoire

En 1995, la Côte d'Ivoire fut le second pays africain, après la Zambie, à intégrer au Programme national de lutte contre le sida et les MST (PNLS) son Programme national de lutte contre la tuberculose, programme à l'expérience plus ancienne, bien implanté sur le territoire national et aux performances reconnues. Dans le même mouvement, ce nouveau programme, le PNLS/MST/TUB, fut doté d'un service de prise en charge, rompant ainsi avec la vocation presque exclusivement préventive qui avait été celle des PNLS depuis leur création en Afrique dans la seconde moitié des années 1980. L'intégration des Programmes sida et tuberculose constitua un pas important dans la prise en charge des pa-

⁸ P. Msellati, K. Delaunay, A. Juillet, C. Malaval, M. Souville, L. Vidal, G. Tape, J.-P. Moatti for the Drug Access Initiative Evaluation Group in Côte d'Ivoire. *HIV/AIDS Drug Access Initiative. Socio-economic and behavioral evaluation of the Unaid/Ministry of health (MOH) Initiative on Drug Access for HIV infection in Côte d'Ivoire*. Preliminary Report, ANRS, May 2000.

⁹ C'est ainsi qu'il nous sera notamment possible de rendre compte des ruptures d'approvisionnement en médicaments antirétroviraux intervenues en octobre 2000, suite à la remise en cause, par une partie des prescripteurs, du recours à des substituts génériques de certaines molécules décidé par la Pharmacie de santé publique (PSP).

tients infectés par le VIH. En effet, la tuberculose étant la principale maladie opportuniste associée à l'infection à VIH, les différents Centres anti-tuberculeux (CAT) répartis dans le pays furent ainsi sollicités pour renforcer l'équipement en centres spécialisés dans la prise en charge de ces patients¹⁰. Toutefois, si la tuberculose était déjà qualifiée de « maladie sociale » et, à ce titre, traitée dans les CAT à prix modique, l'infection à VIH ne l'a jamais été, cela dans un contexte général marqué par le désengagement de l'État du secteur de la santé et par la politique de « recouvrement des coûts de santé » auprès des usagers, recommandée par les organisations internationales et initiée en Côte d'Ivoire au début des années 1990.

C'est précisément au sein de structures de soins spécialisées – et pour l'une en collaboration étroite avec le programme national – que les deux premières associations de personnes atteintes venaient de se constituer à Abidjan, en 1994 : le *Club des Amis* et *Lumière Action*. Composées de personnes jeunes, souvent sans emploi et appartenant généralement aux classes populaires, ces associations fonctionnaient principalement comme des groupes d'auto-support où la recherche de soutiens (psychologiques mais aussi matériels) et la quête de soins constituaient des motifs importants d'adhésion. Quoique de création tardive au regard des associations existant en Afrique orientale anglophone, elles acquirent rapidement une grande visibilité. Elles devaient néanmoins s'émanciper d'une position d'auxiliaires vis-à-vis des autres organisations de lutte contre la maladie qui semblaient vouloir leur attribuer une fonction de simples « pourvoyeurs de témoignages » ; les formations auxquels

¹⁰ Les centres spécialisés du secteur public dans la prise en charge du VIH/sida étaient alors l'Unité de soins ambulatoires et de conseil (USAC) d'Abidjan, ainsi que les hôpitaux de jour de Bouaké et Korhogo. En outre, des structures telles que le Service des maladies infectieuses du CHU de Treichville (MIT) et le Centre national de transfusion sanguine (CNTS) en étaient venues à être *de facto* considérées comme des centres spécialisés du fait de leurs activités. Parallèlement, existaient des centres spécialisés créés par des organisations non gouvernementales et/ou confessionnelles, telles que le Centre d'assistance socio-médicale (CASM), auxquels il convient d'ajouter les centres de soins où étaient implantés (ou allaient s'implanter), à Abidjan, les essais thérapeutiques de l'ANRS et de Retro-Ci. Enfin, existaient certains centres privés, tels que le Cirba (Centre intégré de recherches biocliniques d'Abidjan), créé en 1996 par la Fondation Montagnier-Mayor et devenu ultérieurement semi-public.

leurs membres actifs eurent accès, ainsi que les contacts qui allaient s'établir avec des associations du Nord commençaient tout juste à contribuer à cette émancipation¹¹. Dans l'immédiat, leur implication dans les activités de prise en charge était prévue par le PNL/MST/TUB. De plus, l'existence de ces associations permit, à partir de 1995, et cela pour la première fois, aux personnes vivant avec le VIH d'être officiellement représentées au sein du Comité national et du Comité d'éthique du PNL.

L'ensemble de ces évolutions prenait place dans un contexte où les autorités ivoiriennes manifestaient leur volonté de s'impliquer dans la lutte contre le sida. L'organisation, en 1992, des « Premières journées nationales de lutte contre le sida » à l'Assemblée nationale, présidée à l'époque par le futur Président Henry Konan Bédié, en fut le premier signe. Il fut suivi, en 1993, par le dégagement d'une ligne budgétaire spécifique du Gouvernement, alors que les activités du PNL étaient auparavant exclusivement financées par l'aide extérieure¹². Cette volonté politique, affirmée également au travers de certains gestes ponctuels fortement médiatisés, impliquant personnellement le Président H.K. Bédié, fut confortée par le choix d'Abidjan comme site de la X^e Conférence internationale sur le sida en Afrique (Cisma) prévue pour la fin de l'année 1997. L'engagement des autorités ivoiriennes fut salué par le directeur exécutif du nouvel organe international de coordination de la lutte contre le sida (Onusida), qui, en mars 1996, choisit précisément Abidjan comme lieu de son premier déplacement à l'étranger et, à cette occasion, remercia la Côte d'Ivoire pour son soutien à la création de l'Onusida.

La priorité affirmée par le gouvernement en matière de lutte contre le sida se justifiait par la gravité de la situation épidémiologique en Côte d'Ivoire, pays officiellement reconnu comme le plus touché de l'Afrique de l'Ouest avec une prévalence de l'infection à VIH d'environ 10 % dans la population adulte en 1995. Mais elle exprimait aussi, sans doute, une volonté politique de faire de la Côte d'Ivoire un pays leader

¹¹ Cornu C. *Les associations de personnes vivant avec le VIH/sida à Abidjan, Côte d'Ivoire : le malade du sida, réformateur social en Afrique sub-saharienne ?* Mémoire de DEA, Univ. de Paris I-IEDES. En septembre 1995, le *Club des Amis* aurait compté une cinquantaine de membres actifs, tout en revendiquant entre 100 et 300 membres au total, et *Lumière Action* recensait une quarantaine de membres à jour de leur cotisation (Cf. pp. 60-61).

¹² Le montant de cette ligne est allé croissant pour atteindre 650 millions de FCFA en 1996.

dans la lutte contre l'épidémie, volonté elle-même partie prenante de la longue tradition de construction d'un « modèle ivoirien »¹⁵.

De la Conférence de Vancouver à la Conférence d'Abidjan : mobilisation et engagement politique pour l'accès du Sud aux traitements antirétroviraux

La XI^e Conférence mondiale sur le sida de Vancouver, en juillet 1996, allait marquer l'entrée dans une « ère » nouvelle de la prise en charge des personnes infectées par le VIH grâce à « l'avènement » des multithérapies avec antiprotéase, dont l'efficacité commençait à être démontrée. Les propos optimistes qui avaient alors cours contrastaient cependant avec ce que soulignait, la même année, le premier rapport de l'Onusida sur la situation mondiale et qui allait être confirmé l'année suivante : tandis qu'il paraissait possible d'envisager, dans les pays développés, une « maîtrise » relative de l'épidémie, celle-ci s'étendait à de nouvelles régions du globe et continuait de se développer dans d'autres, notamment en Afrique où elle touchait un nombre croissant de femmes et d'enfants. Ceci rendait de plus en plus évident la nécessité de dépasser les stratégies de lutte centrées sur la prévention et justifiait les orientations que l'Onusida donnait, dès sa création, à ses activités de « plaidoyer »¹⁴ en faveur du développement des actions de prise en charge. L'ambition initiale de l'Onusida prend tout son sens si l'on rappelle qu'à cette date, même la promotion du dépistage volontaire et l'engagement de programmes de traitement des infections opportunistes apparaissaient comme économiquement irréalistes dans la plupart des pays du Sud.

Les autorités ivoiriennes prirent une part active à la revendication

¹⁵ Delaunay K. *Réflexion sur les dynamiques socio-politiques de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire*. Communication à la X^e Cisma, Abidjan, décembre 1997 [Résumé D056].

¹⁴ Dès sa création, ce nouvel organe affirma en effet son originalité. L'objectif de l'Onusida était principalement d'assurer une meilleure coordination des actions des agences de coopération (en particulier celles des Nations unies) et d'aider les pays dans la mise en œuvre d'approches et d'interventions multisectorielles. De ce fait, l'Onusida ne jouerait un rôle ni d'agence de financement, ni d'agence d'exécution, même si ses missions et notamment les limites intrinsèques de son engagement financier, n'ont pas forcément été perçues clairement dans les pays.

de l'accès aux traitements de l'infection à VIH pour les pays du Sud, mais elles jouèrent aussi un rôle de premier plan pour étendre le débat international sur l'accès aux médicaments à la question des antirétroviraux. La Conférence de Vancouver constitua la première tribune internationale où cette revendication fut exprimée avec force. Le ministre de la Santé ivoirien, présent au titre de délégué du pays organisateur de la future X^e Cisma, dont le thème était « Sida et développement », fit précisément de l'accès aux traitements antirétroviraux la condition *sine qua non* de la réussite des programmes d'ajustement structurel en Afrique. De retour à Abidjan, il soulignait, dans une interview, que le coût de ces nouvelles thérapies les rendait encore inaccessibles pour la Côte d'Ivoire, compte tenu du caractère limité des ressources publiques du pays. Mais il exprimait aussi sa conviction que, d'une part, la loi du marché devrait conduire les laboratoires pharmaceutiques à baisser leurs prix pour les pays du Sud où se concentrent la grande majorité des personnes infectées par le VIH et que, par ailleurs, la création de l'Onusida constituerait un élément favorable à l'émergence d'une pression internationale forte sur les firmes pharmaceutiques¹⁵.

La mobilisation pour dénoncer le non-accès du Sud aux « nouveaux traitements » s'affirma en Côte d'Ivoire à l'occasion de la Journée mondiale du sida de décembre 1996 dont le thème était « Unis dans l'espoir ». Ce n'était plus seulement le sommet de l'État qui s'exprimait à cette occasion, mais aussi les associations ivoiriennes de personnes vivant avec le VIH. La presse mit notamment en avant l'engagement de *Lumière Action*. Son président-fondateur, Dominique Esmel, décédé quelques jours avant ce premier décembre, avait lui-même refusé de se mettre sous traitement tant que les antirétroviraux ne seraient pas accessibles pour tous.

Pendant que le processus de consultations préliminaires dans la perspective de l'Initiative était engagé, fin 1996, par l'Onusida, des réflexions sur la prise en charge des personnes atteintes s'organisèrent en Côte d'Ivoire. Le PNLS/MST/TUB créa ainsi, en janvier 1997, un « Comité consultatif de prise en charge ». Considérant que « en Côte d'Ivoire tous [les]

¹⁵ Interview au quotidien *Ivoir'Soir*, « Les nouveaux traitements du sida seront vulgarisés », 30 juillet 1996.

éléments de prise en charge existent »¹⁶, mais que « *les résultats obtenus sont insuffisants* », l'objectif fixé pour ce Comité fut « *d'identifier les obstacles liés à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida et [de] proposer des solutions* »¹⁷. En particulier, un Réseau des organisations de prise en charge des personnes séropositives au VIH ou malades du sida (ROPPS) fut constitué en février 1997, avec pour tâche de promouvoir et de coordonner les activités conduites dans ce domaine aussi bien au sein des structures publiques et privées que par les organisations non gouvernementales et/ou confessionnelles. Au même moment, une décision ministérielle accordait le droit aux personnes infectées par le VIH, et touchées par une infection opportuniste ne nécessitant pas une hospitalisation, d'acheter la totalité de leur prescription en médicaments aux prix plus bas pratiqués par la Pharmacie de santé publique (PSP) dans les officines publiques.

Fort de cet engagement officiel, mais sans que son impact réel dans les structures de soins ait été mesuré, le ministre de la Santé fut en mesure de déclarer, fin 1997, que, grâce à la mise en place d'une « *politique de médicaments essentiels pour le traitement des pathologies opportunistes [...], toutes les infections opportunistes sont traitées chez nous aujourd'hui* »¹⁸. Ces déclarations entraînent d'évidence en contradiction avec ce que les associations de personnes vivant avec le VIH et la presse ne devaient pas se faire faute de rappeler au cours des mois qui suivirent, à savoir que l'accès aux traitements et à la prophylaxie des infections opportunistes pour l'ensemble des personnes infectées était loin d'être assuré (ce que confirme l'enquête réalisée auprès des patients dans le cadre de l'éva-

¹⁶ Outre l'intégration, en 1995, du programme contre la tuberculose, ces éléments de prise en charge comprenaient notamment : l'élaboration, en 1995, d'algorithmes de traitement des infections opportunistes, puis l'organisation, prévue sur la période 1994-1997, de sessions de formation de ces personnels en vue de la mise en place de cellules décentralisées de prise en charge, d'abord à Abidjan puis dans le reste du pays (Cf. CIDEF, *Sida et secteur de la santé en Côte d'Ivoire. Rapport final*, 1997 : 44 et 81-87 pour une analyse critique du contenu de ces actions ; Dr Digbeu N. Abidjan dispose de cellules de prise en charge des malades du sida, Kissi, 1995 ; 5 : 19-20). Parallèlement, une politique nationale d'approvisionnement en réactifs pour le dépistage de l'infection à VIH était en cours de discussion.

¹⁷ Compte rendu de la réunion de mise en place du Comité de prise en charge du PNLS/MST/TUB, 31 janvier 1997.

¹⁸ Interview du Ministre au quotidien *Fraternité Matin*, 2 décembre 1997.

luation en début 2000, soit trois ans plus tard, voir chapitre 4.1). Mais, en faisant de l'amélioration de l'accès aux médicaments du VIH/sida, autres que les antirétroviraux (ARV), un problème de renforcement interne des capacités existantes et, qui plus est, en le présentant comme un problème réglé, de telles déclarations avaient aussi clairement pour résultat de faire de l'accès aux traitements antirétroviraux la priorité dans la perspective d'une Initiative internationale.

Cette revendication semblait d'autant plus légitime aux responsables sanitaires et politiques ivoiriens que la capitale économique du pays, Abidjan, disposait déjà de l'infrastructure technique indispensable à la mise en œuvre des ARV et au suivi des patients sous traitement. De plus, Abidjan apparaissait comme l'un des sites importants de recherche biologique et clinique sur le VIH/sida en Afrique, abritant deux essais thérapeutiques de réduction de la transmission mère-enfant du VIH par l'administration d'un régime court d'AZT, ainsi que deux essais thérapeutiques de prophylaxie des infections opportunistes par cotrimoxazole (menés par l'ANRS et le Retro-Ci du CDC). Enfin, le Centre national de transfusion sanguine (CNTS) était le siège, depuis la fin 1995, d'une Fondation (Fonsida) ayant précisément pour objectif d'« *aider à la recherche, mais surtout de lancer les traitements modernes du sida en Côte d'Ivoire* »¹⁹ avec pour présidente d'honneur, l'épouse du Président d'alors. En outre, la Côte d'Ivoire importait des médicaments antirétroviraux par la Pharmacie de santé publique (PSP) depuis 1995²⁰, et ceux-ci étaient par ailleurs déjà disponibles dans le circuit sanitaire privé. L'une des importantes tâches qui allait être confiée à l'Initiative en Côte d'Ivoire, aux côtés de l'objectif global d'élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux par la réduction de leurs prix, serait donc d'organiser l'encadrement des conditions de prescription des ARV en vue de promouvoir leur utilisation rationnelle (voir chapitre 3).

Ces éléments, comme la volonté politique affirmée au cours des années précédentes, concourent au choix officiel de la Côte d'Ivoire

¹⁹ Interview du Pr Bondurand, *Ivoir'Soir*, 8 mai 1996.

²⁰ Lors de l'Atelier de consensus de juillet 1997, cinq antirétroviraux étaient répertoriés comme ayant été enregistrés à la Direction de la pharmacie et du médicament et disponibles à la PSP : l'AZT en spécialité et en générique, la ddl et le d4T, ainsi que l'antiprotéase indinavir.

comme l'un des quatre pays où serait mise en œuvre la phase pilote de l'Initiative Onusida d'accès aux médicaments de l'infection à VIH²¹. Ce choix intervint en juin 1997 et des représentants du ministère de la Santé et du PNLS ivoirien participèrent, à ce titre, aux réunions organisées à Genève entre représentants des pays, des firmes pharmaceutiques, des agences internationales, des Nations unies et d'organisations non gouvernementales pour la préparation concrète de l'Initiative. Dès le mois suivant, un groupe de travail fut constitué à Abidjan sous l'égide du Comité consultatif de prise en charge. La réflexion de ce groupe de travail se focalisa d'emblée sur l'accès aux traitements antirétroviraux. Ses travaux aboutirent, le 28 juillet 1997, à la tenue d'un « Atelier national de consensus sur la prise en charge des malades du sida ». Celui-ci fut ultérieurement présenté par le Directeur exécutif du PNLS/MST/TUB ivoirien, lors d'une réunion scientifique tenue à Dakar en septembre de la même année, comme un « Atelier national de consensus sur l'accès aux antirétroviraux ». Ce fut également l'accès aux nouvelles thérapies qui, à travers les propos du ministre ivoirien de la Santé, apparut comme l'objectif premier de l'Initiative, lors de la conférence de presse qu'il organisa conjointement avec l'Onusida, le 5 novembre 1997, pour annoncer officiellement son lancement²².

Ce faisant, la Côte d'Ivoire s'inscrivait dans un courant plus large. En effet, l'inégalité d'accès, entre le Nord et le Sud, aux multithérapies les plus récentes et les plus efficaces, commençait véritablement à retenir l'attention au niveau international, suscitant la constitution de groupes de réflexion scientifique et des déclarations politiques de principe. Ces dernières dominèrent précisément la X^e Cisma tenue à Abidjan en décembre 1997 : à cette occasion, les plus hautes autorités de la Côte d'Ivoire, mais aussi de la France, saluèrent l'Onusida pour le lancement de son Initiative et affirmèrent leur propre engagement en faveur de

²¹ Elle répondait donc aux critères de sélection fixés par l'Onusida, ceux-ci allant de la stabilité politique à l'existence d'une infrastructure de soins en passant par l'activité effective du PNLS et la haute prévalence de l'infection à VIH (Cf. Unaid, *Unaid's HIV drug access Initiative, Pilot phase*. Background document).

²² La presse soulignant son caractère exemplaire d'« opération d'aide à l'accès aux ARV des pays en développement » (*Ivoir'Soir*, 6 novembre 1997). Précisons que la presse française (*Le Monde*, 6 décembre 1997 ; *Libération*, 8 décembre 1997) retenait aussi cet aspect.

l'accès du Sud, particulièrement de l'Afrique, aux traitements antirétroviraux. Le Président ivoirien H.K. Bédié, considérant comme une « *nécessité absolue* » qu'ils soient accessibles à tous, plaidait pour « *la création d'un fonds africain du sida, véritable banque d'entraide et de financement inter-pays* »²³. Pour sa part, le Président français, Jacques Chirac, dénonçait le caractère « *choquant* » et « *inacceptable* » qu'aurait l'instauration durable d'une « *épidémie à deux vitesses* » par la coexistence de « *deux façons de lutter contre le sida : en traitant les malades dans les pays développés, en prévenant seulement les contaminations au Sud* ». Il appelait donc à ce que tout soit fait « *pour que le bénéfice des nouveaux traitements soit étendu aux peuples démunis d'Afrique et du reste du monde, là où les populations sont les plus meurtries par la maladie* » et il s'engageait à ce que le prochain sommet du G8, rassemblant les chefs d'État des pays les plus riches de la planète, « *marque une nouvelle étape* » en ce sens²⁴. Cette intervention fut relayée par le Secrétaire d'État français à la Santé, Bernard Kouchner, qui entendait plaider, au nom de la France, « *pour la solidarité thérapeutique internationale* ». Il se fixait pour objectif de faire inscrire l'accès aux traitements du VIH/sida comme une priorité de l'Union européenne et des organisations internationales²⁵.

L'annonce officielle de l'Initiative huit mois avant sa mise en œuvre effective : une accumulation de problèmes en suspens

Ce contexte global ne fut pas sans effet sur les orientations données à l'Initiative en Côte d'Ivoire. Dès l'annonce officielle de son lancement, début novembre 1997, une première ambiguïté se dégagait, dont la genèse découlait directement du processus qui vient d'être décrit : tandis que l'Onusida parlait d'un projet « *visant à améliorer l'accès aux médicaments [en général serait-on tenté d'ajouter] pour la prise en charge de l'infection à VIH et du sida dans les pays en développement* », les responsables

²³ Il précisa que ce fonds « *permettra de financer les activités en vue de généraliser l'accessibilité des populations aux antirétroviraux utilisés en bithérapie ou en trithérapie et soutiendra les travaux de recherche pour aider à découvrir d'autres traitements adaptés à cette maladie dans le contexte africain* » (discours d'ouverture, reproduit dans *Fraternité Matin*, 8 décembre 1997).

²⁴ Discours d'ouverture, reproduit dans *Fraternité Matin*, 8 décembre 1997.

²⁵ Pour une première analyse des déclarations faites par les représentants français à la X^e Cisma, voir J.-P. Dozon. Une nécessaire politisation du sida en Afrique. *Journal du Sida*, 1998 : 102.

ivoiriens concurent et présentèrent l'Initiative comme un programme centré sur les seuls ARV. Ainsi, au cours de la conférence de presse annonçant officiellement l'Initiative, il fut rappelé qu'il était attendu des pays retenus pour la phase pilote qu'ils s'attachent à « *adapter leur infrastructure sanitaire pour garantir une distribution et un usage appropriés des médicaments pour la prise en charge* ». Mais le ministre ivoirien de la Santé assura d'emblée que « *cette adaptation est déjà une réalité en Côte d'Ivoire* », se référant en particulier à la disponibilité d'équipements pour le comptage des CD4 et la mesure de la charge virale dans des laboratoires implantés à Abidjan. Aussi, concluait-il : « *il n'y a pas de crainte du côté de l'équipement technique. Nous sommes prêts. On n'attend que les médicaments* », en l'occurrence les anti-rétroviraux alors annoncés pour être disponibles avant même l'ouverture de la Cisma²⁶. Un mois plus tard, le Directeur exécutif de l'Onusida réaffirmait, lors d'une interview pour un quotidien ivoirien, « *qu'il ne s'agira pas seulement, dans l'Initiative, des ARV mais avant tout des médicaments contre les infections opportunistes* »²⁷. De plus, la présentation de cette Initiative au cours de la conférence de presse n'alla pas sans susciter certaines interrogations dans l'assistance et des inquiétudes au sein des associations de personnes vivant avec le VIH²⁸. En effet, d'importants problèmes apparaissaient encore en suspens.

Le premier de ces problèmes concernait le financement des traitements. Il était fait état, selon le vocabulaire Onusien, de la fourniture par les firmes pharmaceutiques de « *médicaments à des prix subventionnés* » et de « *niveaux de subvention* » qui seraient ultérieurement établis firme par firme, médicament par médicament et pays par pays. Dans un communiqué de presse, l'Onusida précisait explicitement que la somme de un million de dollars, que l'organisation devait fournir à l'Initiative, serait

²⁶ Communiqué de presse de l'Onusida, 5 novembre 1997 ; *Ivoir'Soir*, 6 novembre 1997 et *Fraternité Matin*, 7 novembre 1997.

²⁷ Interview du Dr P. Piot, *La Voie*, 12 décembre 1997.

²⁸ Notamment au sein de *Lumière Action*. Le président du *Club des Amis* participa, quant à lui, officiellement à cette conférence de presse en tant que « *porte-parole des personnes vivant avec le VIH* », pour adresser « *un flot de remerciements* » à l'Onusida, aux autorités ivoiriennes et au Directeur exécutif du PNLS/MST/TUB (Cf. *Ivoir'Soir*, 6 novembre 1997). Ne sont intervenus ni la présidente de la section ouest africaine du Réseau africain des personnes vivant avec le VIH (et présidente de *Lumière Action*), ni celui qui sera le président du Réseau ivoirien de l'ensemble des associations de personnes vivant avec le VIH.

utilisée pour le « *suivi des activités des Comités consultatifs et des entreprises à but non lucratif, [pour] l'évaluation de la phase pilote et [pour] la diffusion des recommandations [sur] l'application des principes de l'Initiative dans des situations comparables* ». Le financement direct des médicaments ne pouvait en aucun cas constituer une modalité d'action pour le programme Onusien, compte tenu du mandat qui lui avait été donné dès sa création par les instances officielles de l'organisation internationale. Mais lorsque, par presse interposée, le Directeur exécutif du PNL/MST/TUB ivoirien, puis le ministre de la Santé parlèrent ultérieurement, pour l'un, de « *réductions* » consenties par les firmes pharmaceutiques, pour l'autre, de « *coût modéré* » octroyé dans le cadre de l'Initiative pour faciliter l'accès des personnes infectées aux ARV, ni l'un ni l'autre ne paraissaient être à même de fournir plus de précisions²⁹. Une seconde ambiguïté, lors de l'annonce officielle de l'Initiative, a donc résidé dans le flou relatif entourant les niveaux de prix qui seraient proposés aux patients pour accéder aux ARV.

Un autre problème résidait dans les modalités d'organisation relatives au circuit de diffusion du médicament. En effet, le schéma d'organisation de l'Initiative conçu par l'Onusida impliquait de faire transiter la diffusion des médicaments par l'intermédiaire d'une organisation à but non lucratif, créée pour l'occasion et soutenue en partenariat par les organisations internationales, les firmes pharmaceutiques et les pouvoirs publics nationaux. Bien qu'elles aient paru se conformer rigoureusement à ce schéma au cours des négociations menées avec l'Onusida, les autorités ivoiriennes avaient à tenir compte des structures d'approvisionnement et de diffusion préexistantes dans le pays. Elles maintinrent donc, dans le domaine des ARV, la Pharmacie de santé publique dans ses fonctions centrales d'acheteur et de distributeur des médicaments³⁰. Une troisième ambiguïté s'installa donc d'emblée quant au rôle dévolu à l'organisation à but non lucratif qui devait prendre, en Côte d'Ivoire, l'appellation de *Medical Access*. Le communiqué de presse de l'Onusida considérait que cette « *entreprise à but non lucratif* » devait « *tenir lieu de bureau central pour les commandes des produits et pour l'importation des médicaments* » et

²⁹ *Fraternité Matin*, 28 novembre 1997 et 3 décembre 1997.

³⁰ La restructuration de la PSP engagée depuis 1991 ayant eu elle-même pour but d'améliorer la disponibilité des médicaments.

« gérer les subventions de la part des sociétés pharmaceutiques ». Pour sa part, le ministre ivoirien de la Santé retenait ce dernier aspect et attribuait principalement à cette organisation une fonction de « tampon » dans « une médecine à deux vitesses », entre le Nord et le Sud, puisque les laboratoires pharmaceutiques « produisent les médicaments dans leurs pays à certains prix et [que] chez nous, ils vont réduire ces prix »⁵¹. En d'autres termes, là où l'Onusida semblait voir dans la création de *Medical Access* un outil opérationnel indispensable pour rationaliser l'approvisionnement en ARV, les autorités ivoiriennes considéraient plutôt la mise en place de cette structure intermédiaire comme une concession obligée à l'exigence des firmes pharmaceutiques multinationales qui refusaient alors l'officialisation de prix différents des médicaments entre le Nord et le Sud⁵².

Certains aspects du contenu et des modalités précises de l'Initiative convergeaient sur une dernière interrogation majeure : celle du nombre de personnes qui pourraient être concernées en pratique par l'accès aux traitements ARV et des critères d'éligibilité qui seraient retenus. Selon le Directeur exécutif de l'Onusida, « l'objectif final » de l'Initiative était « d'offrir aux pays en développement des stratégies dont on aura démontré l'aptitude à améliorer les soins ainsi que l'accès aux médicaments les plus récents et les plus efficaces ». Il précisait cependant immédiatement que « dans un premier temps, nous devons commencer avec des programmes pilotes à petite échelle, ce qui implique la nécessité de prendre des décisions difficiles concernant la participation – l'alternative étant de ne rien faire du tout »⁵³. Si les buts poursuivis par l'Onusida étaient donc bien ambitieux, promouvoir la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, les objectifs fixés pour l'Initiative étaient d'emblée beaucoup plus modestes : n'œuvrer qu'à petite échelle et pendant une période limitée dans le temps (2 ans). Une telle prudence

⁵¹ Interview à *Fraternité Matin*, 3 décembre 1997.

⁵² Cette concession pouvait apparaître comme *a priori* incontournable au vu de la conception première de l'Initiative, telle qu'elle était édictée par les documents officiels de l'Onusida (voir Unaid, *Unaid HIV drug access Initiative, Pilot phase*. Background document), et en l'absence de plus amples précisions sur les mécanismes de subvention des médicaments. Cependant, en pratique, deux des quatre pays pilotes (Chili et Vietnam) sauront imposer le maintien de l'intégralité de leur propre circuit public d'approvisionnement et de distribution du médicament dès la conception de l'Initiative.

⁵³ Propos repris dans le communiqué de presse de l'Onusida, 5 novembre 1997.

peut *a priori* sembler raisonnable dans le cadre d'un programme pilote visant à démontrer la faisabilité de la diffusion d'une large gamme de traitements efficaces du VIH (ARV compris) dans des pays en développement, faisabilité alors (et encore aujourd'hui) très majoritairement contestée par de nombreux gouvernements, organisations internationales, experts médicaux et de santé publique. Dans le contexte d'un pays où plus de 10 % de la population adulte est infectée (le nombre de séropositifs étant alors déjà estimé à plus de 800 000 personnes), cette modestie relative du programme pilote se heurtait néanmoins à deux questions essentielles : celle de la définition de critères « *rigoureux et objectifs* » (selon les termes de l'Onusida) dans la sélection des patients qui bénéficieraient des ARV et/ou d'une prise en charge « améliorée » dès cette phase pilote ; et celle des conditions de pérennisation effective du programme, voire de son extension à plus large échelle en cas de succès, l'évaluation de l'Initiative étant conçue comme un moyen de fournir des éléments d'appréciation et des recommandations sur ce point.

Cependant, les limites explicites du projet Onusien, dont le caractère d'expérimentation pilote était affirmé au plan international, furent largement relativisées par les responsables ivoiriens. Certes, lors de la conférence de presse de lancement de l'Initiative, le ministre de la Santé reprit l'idée d'une « sélection » des « 3 000 à 4 000 personnes » qui bénéficieraient « d'un traitement subventionné », précisant que cette sélection serait effectuée « par un Comité consultatif »⁵⁴. Mais, dans d'autres déclarations, le même Ministre laissa entendre que ce problème de sélection des patients ne se poserait pas véritablement puisque *de facto* il n'y avait en Côte d'Ivoire que quelques milliers de malades qui manifesteraient leur besoin d'accéder aux ARV : il s'agissait de ceux qui étaient déjà pris en charge dans les structures de soins spécialisées et/ou qui étaient membres des associations de personnes atteintes. Quant au Directeur du PNLS/MST/TUB, il ira encore plus loin en déclarant que « le chiffre de

⁵⁴ *Ivoir'Soir*, 6 novembre 1997. Plus exactement, la sélection s'effectuerait selon des critères définis par ce Comité, conformément aux attributions qui lui revenaient selon le schéma défini par l'Onusida, et qui lui seront effectivement données par le décret présidentiel du 30 avril 1998.

4 000 » était « *une base de travail* »⁵⁵. En pratique, ces déclarations pouvaient laisser penser que l'Initiative ne rencontrerait pas de difficultés pour assurer l'adéquation entre les moyens financiers effectivement disponibles ou raisonnablement mobilisables et la demande « objective » de traitements ARV dans le pays.

En fait, l'estimation « objective » des besoins, c'est-à-dire du nombre de personnes potentiellement éligibles pour la mise sous traitement ARV était dépendante, d'une part, des incertitudes existantes quant à l'accès réel au dépistage et au système de soins au sein de la population infectée par le VIH et, d'autre part, des critères médicaux d'éligibilité et des schémas thérapeutiques qui seraient retenus dans le cadre de l'Initiative.

Le fait que le nombre de personnes pouvant prétendre à un traitement ARV pourrait être bien supérieur au chiffre de quelques milliers officiellement annoncé et que, de par son existence même, l'Initiative était susceptible d'accroître les demandes de dépistage, donc de prise en charge, n'a jamais été clairement abordé dans la mise en place de l'Initiative⁵⁶. Dans l'immédiat, la teneur donnée à l'annonce de lancement de l'Initiative, face au flou de l'estimation des besoins réels, fit naître des rumeurs de présélection arbitraire des bénéficiaires du projet pilote parmi les membres d'associations, qui étaient eux-mêmes dans l'attente d'un accès aux traitements, mais qui entendaient aussi que l'Initiative puisse profiter au plus grand nombre. Le ministre de la Santé fut d'ailleurs amené à préciser que l'Initiative « *n'est pas un essai clinique et [que] les patients ne sont pas sélectionnés d'avance* »⁵⁷. La tension entre deux conceptions de l'Initiative, celle qui tendait à la restreindre à un programme limité, proche d'un essai clinique, et au contraire celle qui voulait en

⁵⁵ Interview du Ministre à *Ivoir'Soir*, 30 juillet 1997 puis à *Fraternité Matin*, 3 décembre 1997 ; interview du Directeur exécutif du PNLS/MST/TUB à *Notre Voie*, 10 septembre 1998.

⁵⁶ Pourtant, dès mai 1997, la mission de Coopération française à Abidjan se faisait l'écho d'une préoccupation présente dans de nombreux esprits parmi les professionnels de santé et membres des ONG : « *Il faut considérer que, si une possibilité existe d'accéder à un traitement efficace, il y aura un afflux de patients voulant se faire dépister et traiter. [...] Le nombre et le fonctionnement des centres de dépistage et de suivi devra donc être envisagé dans une optique de forte demande [...], alors que les médicaments seront probablement rares en quantité, du moins au début* ».

⁵⁷ *Fraternité Matin*, 20 août 1998.

faire un programme pilote, point de départ d'un accès large aux ARV, s'est exprimée tout au long des réflexions conduites dans le cadre des Ateliers de consensus de juillet et novembre 1997 puis par le Comité consultatif réuni à la fin de la même année.

Le schéma élaboré en Côte d'Ivoire : alignement sur les standards thérapeutiques du Nord et recherche de catégories de patients *a priori* observants

Comme on l'a vu, la Côte d'Ivoire a considéré que l'enjeu premier de l'Initiative lancée par l'Onusida devait être de démontrer la faisabilité de la mise en œuvre des traitements antirétroviraux dans un pays africain. Le projet de l'Onusida ne s'y opposait pas en soi puisque, précisément, il s'agissait pour cette organisation d'opposer à une disqualification globale du « Tiers Monde » en matière de diffusion des traitements du VIH, une approche plus pragmatique des potentialités et des besoins, tenant compte de la diversité des situations locales pour, enfin, agir en faveur de la prise en charge. En conséquence, l'Onusida avait élaboré un schéma général d'organisation de l'Initiative mais entendait que chacun des pays choisis pour la phase pilote décide, en pleine autonomie, de ses modalités d'application, notamment en matière de choix des traitements et des critères de sélection des bénéficiaires. Dans le cas ivoirien, en dépit du souci affiché par l'Onusida de positionner l'Initiative à tous les niveaux du système de soins, la focalisation sur les ARV et le fait qu'un nombre limité de centres de référence étaient accrédités pour en disposer, ont alimenté une assimilation de l'Initiative au seul accès à des thérapies de pointe dans des centres spécialisés, qui constituent traditionnellement le sommet de la pyramide du système de santé du pays.

C'est bien dans une telle perspective que furent conduites les réflexions des commissions mises en place dès juillet 1997, dont les travaux, présentés et discutés lors du premier Atelier de consensus, dessinèrent le schéma général de l'Initiative en Côte d'Ivoire⁵⁸.

⁵⁸ Le travail en commission fut organisé autour de trois thèmes : 1. Conditions préalables à l'utilisation des ARV ; 2. Finances, approvisionnement et distribution ; 3. Protocoles thérapeutiques, suivi, acceptabilité, compliance. Les commissions et l'Atelier comprenaient des cliniciens, des représentants de structures de recherche, d'organismes de distribution des

Remarquons d'abord que ces commissions eurent à travailler dans un contexte particulier. Formées sous l'égide du Comité consultatif de prise en charge du PNLS/MST/TUB, leurs travaux prenaient une tournure particulière sachant que, le mois précédent, la Côte d'Ivoire avait été officiellement retenue parmi les pays « pilotes » de l'Initiative. Il était donc attendu que les prix des ARV baissent, grâce à l'Initiative, dans des proportions supérieures à ce que la PSP avait pu obtenir jusque-là. Mais personne n'était alors en mesure de déterminer l'ampleur des baisses qui pourraient être obtenues, soit directement des firmes pharmaceutiques, soit par l'obtention de financements internationaux. Sur ces deux points, le climat du moment incitait davantage à un optimisme de principe qu'au réalisme⁵⁹. En conséquence, les réflexions pour définir les meilleures stratégies de traitement n'avaient guère de base concrète pour aborder la question des coûts et des ressources. Il est significatif que la commission ayant pour thème « Approvisionnement, distribution et financement » n'ait procédé à aucune estimation des coûts des traitements, sinon pour souligner que « *la mise en place de l'utilisation des antirétroviraux va nécessiter une mobilisation de fonds qu'aucun État ne peut financer à lui seul* ». Elle n'en appelait pas moins à « *l'implication du plus haut niveau de l'État* » pour soutenir la création d'un Fonds de solidarité nationale.

Les réflexions des commissions se concentrèrent plutôt sur des questions d'efficacité médicale. Dès les réunions de juillet 1997, deux

médicaments, d'ONG et d'associations de personnes vivant avec le VIH ainsi que de quelques organismes de coopération. Le coordonnateur Onusida de l'Initiative et le représentant Onusida du pays furent présents, mais la coordination de l'Atelier fut assurée par des représentants du PNLS/MST/TUB (dont son Directeur exécutif), de la Faculté de médecine et du service des maladies infectieuses de Treichville (MIT). Le second Atelier de consensus, tenu en novembre 1997 et qui aborda des questions plus techniques et médicales, fut pour sa part coordonné par des représentants du PNLS, du MIT et de l'Onusida (représentation pays et inter-pays).

⁵⁹ Pour autant, la question des prix auxquels les traitements seraient proposés aux patients n'était pas absente des préoccupations des membres des commissions (ils s'informèrent des prix pratiqués par la PSP pour les molécules alors disponibles et des stratégies d'approvisionnement du Fonsida). Les participants, sans doute à la différence du public, surent en effet assez rapidement qu'il ne s'agirait pas de proposer ces traitements à titre totalement gratuit ou du moins pas à tous les patients. Cependant, de multiples références semblent avoir été faites à la politique d'approvisionnement en médicaments antituberculeux, délivrés en Côte d'Ivoire à prix modique.

éléments furent retenus quant aux critères médicaux devant présider à la mise en œuvre des traitements antirétroviraux dans le cadre de l'Initiative : d'une part, le choix de la bithérapie comme stratégie thérapeutique, la monothérapie étant réservée à la prévention de la transmission mère-enfant ; d'autre part, le seuil de $CD4 < 500/mm^3$ comme critère biologique d'éligibilité au traitement pour les patients asymptomatiques (le traitement étant recommandé pour tous les sujets symptomatiques).

Le rapport du groupe de travail de l'Atelier de consensus reconnaît d'abord « *que le régime idéal est la trithérapie faite de l'association de 2 NRTI (inhibiteurs nucléosidiques) et d'un inhibiteur de protéase ou, à défaut, de 2 NRTI et d'un NNRTI (inhibiteur non nucléosidique)* », mais c'est pour conclure en définitive « *qu'il est raisonnable de commencer par une bithérapie associant 2 NRTI* ». Les deux arguments explicitement avancés pour justifier le choix d'une alternative (la bithérapie) considérée pourtant comme moins efficace relèvent d'une part du « *coût du régime (même réduit)* » et d'autre part de « *l'adhésion à court et à long terme du patient au traitement de par sa complexité et les risques de toxicité* » qui est donc considérée *a priori* comme mieux assurée avec une bithérapie. Selon le Pr Kadio, médecin chef du service des maladies infectieuses du CHU de Treichville (MIT), qui s'est opposé à ce choix et a défendu une stratégie privilégiant la trithérapie d'entrée de jeu, c'est plutôt « *l'argument de la faisabilité* » qui a joué en faveur du choix initial de la bithérapie pour le lancement de l'Initiative.

Il faut certes rappeler qu'à cette époque (été 1997), les recommandations encore officielles en France et aux États-Unis, qui dataient de l'année précédente⁴⁰, réservaient encore le recours à une trithérapie, dans le cas de patients naïfs de traitement ARV, à ceux qui étaient symptomatiques à un stade avancé. Mais les deux arguments avancés en faveur du choix de la bithérapie étaient d'emblée discutables. D'une part, s'il est indéniable que les coûts unitaires d'un traitement par trithérapie sont plus élevés que ceux d'une bithérapie, cela ne signifie en rien que cette dernière soit d'un meilleur rapport coût/efficacité, et donc soit forcément

⁴⁰ Dormont J (dir). *Prise en charge des personnes atteintes par le VIH*, Paris, 1996 ; Carpenter CCJ, Fischl MA, Hammer SM, et al. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996. Recommendations of an international panel. *JAMA* 1996 ; 276 : 146-54.

mieux adaptée au contexte de ressources limitées d'un système de santé comme celui de la Côte d'Ivoire. D'autre part, si la question de l'observance est décisive dans le cas de régimes aussi complexes que les ARV, rien n'est venu confirmer une moindre difficulté d'observance selon que l'on est en situation de bithérapie plutôt que de trithérapie, aucune étude ne mettant en évidence de corrélation significative avec le nombre de comprimés prescrits.

Par ailleurs, on ne peut qu'être frappé par la contradiction qui existe entre, d'un côté, le recours à une référence implicite à la contrainte de rareté des ressources (ressources financières des malades et de l'Initiative) pour préférer la bi- à la trithérapie et, d'un autre côté, le choix d'un critère de mise sous traitement ($CD4 < 500/mm^3$) correspondant à des indications larges. Il est possible que le niveau seuil de 500 $CD4/mm^3$ ait été préférentiellement retenu, plutôt que celui de 300-350 $CD4/mm^3$ des recommandations françaises de l'époque, suite à la publication des données collectées dans le cadre d'un essai thérapeutique conduit à Abidjan sur la prophylaxie par cotrimoxazole et indiquant que les patients africains sont à un stade clinique plus avancé que les patients européens, à nombre de $CD4$ identique⁴¹.

Le document de base élaboré par l'Onusida pour l'Initiative précisait de son côté, en raison du décalage entre les besoins et les ressources financières mobilisables, que la phase pilote ne serait pas en mesure de donner accès aux médicaments de l'infection VIH à tous les patients infectés qui en ont potentiellement besoin. En conséquence, ce document soulignait « *l'importance critique* » que, dans la phase pilote, l'accès au traitement bénéficie aux patients qui en ont « *le plus besoin* ». Aussi, « *des critères rigoureux et objectifs devront être définis dans chaque pays sur la base d'un consensus large* ». L'approche proposée sur le papier consistait donc à définir « *des indications d'éligibilité au traitement restrictives afin de mettre en balance l'intérêt clinique avec les contraintes de disponibilité des médicaments et des ressources* ».

En Côte d'Ivoire, cette approche n'a de fait pas été suivie. D'où le souci, par ailleurs légitime, de l'Onusida de laisser chaque pays décider

⁴¹ Anglaret X, et al. CD4 T-lymphocyte counts in HIV infection : are European standards applicable to African patients ? *J Immun Def Synd Hum Retrov* 1997 ; 14 : 361-7.

en pleine autonomie des modalités d'application de l'Initiative, notamment en matière de critères d'accès aux ARV. Les choix des protocoles thérapeutiques effectués dans le cadre de l'Initiative ivoirienne ont plutôt privilégié la mise en œuvre de critères biologiques et cliniques d'éligibilité aux ARV peu discriminants (voir chapitre 2). Comme on le verra au chapitre 4.1, l'enquête effectuée début 2000 auprès d'un échantillon de personnes infectées par le VIH, connaissant leur statut sérologique, et fréquentant des consultations hospitalières, montre que l'écrasante majorité de cette population (près de 90 %) remplit les critères médicaux qui « justifient » une mise sous ARV dans l'Initiative. Plutôt que sur la recherche de critères médicaux potentiellement susceptibles de maximiser le rapport coût-efficacité des protocoles choisis, la réflexion préalable ou concomitante au lancement de l'Initiative fut davantage axée sur le problème que pouvaient poser les risques éventuels de mauvaise observance des patients.

Là encore, les membres de la commission chargée des protocoles se plaçaient, d'une certaine façon, à la pointe des réflexions du moment, l'avènement des trithérapies commençant à faire apparaître l'observance des traitements comme une issue majeure. Il est indéniable qu'au-delà des dangers d'échec thérapeutique qu'elle fait courir au patient lui-même, la non observance, par l'éventualité de transmission de souches virales devenues résistantes aux thérapeutiques existantes, menace l'efficacité collective, à l'échelle des populations, des progrès des traitements⁴², comme cela avait déjà pu être observé avec l'émergence de tuberculoses multirésistantes chez des patients atteints de sida⁴³, ou avec les premiers cas documentés dans les pays du Nord de nouvelles infections avec des souches virales VIH multirésistantes⁴⁴. Si l'on en juge par les débats des différents ateliers de consensus préparatoires à l'Initiative, en Côte d'Ivoire, la préoccupation majeure des prescripteurs d'ARV sem-

⁴² Wainberg M, Friedland G. Public health implications of antiretroviral therapy and HIV drug resistance. *JAMA* 1998 ; 279 : 1977-83.

⁴³ Edlin B, Tokars J, Grieco M, *et al.* An outbreak of multidrug-resistant tuberculosis among hospitalized patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1992 ; 326 : 1514-21.

⁴⁴ Hecht F, Grant R, Petropoulos C, *et al.* Sexual transmission of an HIV-1 variant resistant to multiple reverse-transcriptase and protease inhibitors. *N Engl J Med* 1998 ; 339 : 307-11.

ble plutôt avoir été d'identifier *a priori* des « catégories de personnes susceptibles d'amener une meilleure compliance » pour leur accorder un large accès aux traitements en tant que « catégories prioritaires ». Il est vrai, ce faisant, qu'ils ne faisaient que suivre le point de vue de certains experts du Nord préconisant, plus ou moins ouvertement, d'exclure les patients dont le prescripteur peut penser qu'ils ne seront pas en mesure de « respecter des conditions minimales d'observance »⁴⁵. En revanche, il n'a jamais été question, comme le préconisent d'autres approches, de viser « plutôt à encourager tous les patients, médicalement éligibles pour un traitement antirétroviral, d'adopter les plans de traitement individualisés les mieux à même de faciliter une prise adéquate de leurs médicaments »⁴⁶. Aucune véritable réflexion n'a été menée sur la façon dont l'Initiative pourrait justement faciliter une meilleure observance, c'est-à-dire créer les conditions d'une mise en œuvre optimale des traitements pour les patients éprouvant des difficultés. Il a donc fallu identifier *a priori* les patients les plus susceptibles d'être observants, en particulier ceux qui avaient déjà démontré « leur capacité à avoir une bonne compliance [...], du fait de leur sensibilisation préalable en participant à des essais thérapeutiques ou à la réflexion sur les antirétroviraux », ou au travers de leur participation à des activités d'associations de personnes atteintes. Or, la recherche en sciences sociales sur l'observance des traitements en général, et plus récemment sur celle des traitements ARV, insiste sur la quasi-impossibilité de déceler les patients « intrinsèquement » observants de ceux qui ne le sont pas sur la « base d'un nombre limité de caractéristiques socio-démographiques et psychologiques »⁴⁷. Comme on le verra dans le chapitre 4 consacré aux enquêtes menées directement auprès des patients, les tentatives de détermination *a priori* des patients les plus observants comme critère (plus ou moins explicite) d'éligibilité aux ARV avaient d'autant moins de chances d'échapper aux stéréotypes, que le processus

⁴⁵ Stewart G. Observance des traitements antirétroviraux. In : Van Praag E, Fernyak S, Katz AM, eds. *Les incidences des traitements antirétroviraux*. Consultation informelle, WHO/ASD/97.2, avril 1997.

⁴⁶ Lerner B, Gulick R, Dubler N. Rethinking nonadherence : historical perspectives on triple-drug therapy for HIV disease. *Ann Intern Med* 1998 ; 129 : 575-8.

⁴⁷ Moatti JP, Spire B, Duran S. Un bilan des recherches socio-comportementales sur l'observance des traitements dans l'infection à VIH : au delà des modèles biomédicaux ? *Rev Epidemiol Santé Publ* 2000 ; 2 (48) : 182-97.

qui conduit une personne infectée à engager une démarche de recherche de traitement et de mobilisation des ressources (matérielles, sociales et psychologiques) pour y parvenir est éminemment changeant.

En choisissant un critère biologique large, les responsables de l'Initiative augmentaient d'autant la possibilité que l'ensemble des patients considérés comme médicalement éligibles ne puissent pas bénéficier de l'accès aux traitements ARV du fait des ressources limitées mises à leur disposition. Ce choix conférerait inévitablement un poids important à des critères « extra-médicaux » dans la décision de mise sous traitement.

Un autre document OMS-Onusida insistait sur les notions « d'équité » et de « *justice distributive* » dans la définition de critères d'éligibilité pour l'accès aux traitements ARV, notamment dans le cas des pays à haute prévalence et aux ressources limitées, cela afin d'éviter que le seul critère d'accès au traitement devienne la « *capacité financière à payer* » des individus et de leurs familles⁴⁸.

A la différence de l'Ouganda qui décida de laisser au seul financement privé des patients et des ménages le soin de couvrir les coûts des médicaments ARV, les autorités ivoiriennes exprimèrent d'emblée un souci d'équité en mettant en place un système de subventions publiques d'une partie du coût des traitements. Le Comité consultatif avait notamment insisté sur la nécessité « *que des priorités soient dégagées pour différentes catégories de patients infectés par le VIH pour une répartition la plus équitable possible des bénéficiaires de ces traitements* », cela « *dans le respect des critères cliniques et biologiques* ». Et, il introduisait un choix de priorités en faveur d'une part des « *séropositifs "leaders" qui ont participé ouvertement à la lutte contre l'infection à VIH et faisant là œuvre de santé publique* », c'est-à-dire des membres des associations de personnes vivant avec le VIH, d'autre part des femmes ayant participé à des essais thérapeutiques de réduction du risque de transmission mère-enfant. Comme on le verra plus loin, ces priorités seront confirmées puisque ces deux groupes bénéficieront des subventions les plus importantes lors du lancement de l'Initiative. Pour ce qui est des autres patients susceptibles d'accéder à une subvention, l'Atelier de consensus de juillet 1997 et le Comité consultatif en décembre 1997

⁴⁸ Unaid, *Unaid HIV drug access Initiative, Pilot phase*. Background document ; cf. *op. cit.*, note 45.

recommandaient de s'appuyer sur l'« *enquête socio-économique* » préalable à la mise sous traitement, en vue d'évaluer la capacité financière des patients, leur compréhension de la maladie et du traitement, ainsi que les facteurs d'observance potentielle. Mais une telle « *enquête* » sera finalement réduite, pour l'essentiel, à l'administration, par l'équipe socio-médicale, d'un questionnaire de données démographiques. En fait, les critères socio-économiques d'inclusion, comme d'ailleurs ceux donnant lieu aux subventions (à l'exception du cas déjà évoqué des membres d'association et des femmes enceintes ayant participé à des essais), semblent n'avoir jamais été clairement définis.

Une mise en œuvre plus lente que prévue (1998 - fin 1999)

Premiers actes fondateurs avant la Conférence de Genève

Dans un entretien réalisé par nos soins, le Directeur exécutif du PNLs/MST/TUB reconnaissait *a posteriori* un décalage entre les déclarations médiatiques de lancement de l'Initiative et la réalité du travail des organes techniques qui œuvraient à sa mise en place. Après les Ateliers de consensus de juillet et novembre 1997, le Comité consultatif de l'Initiative s'était réuni pour la première fois aux lendemains de la Cisma (le 17 décembre 1997). Le plan d'action en quinze points qu'il avait alors établi couvrait l'ensemble du premier trimestre 1998. Ses deux premiers points traitaient en fait de l'amélioration de la disponibilité des médicaments des infections opportunistes et des MST, ainsi que de la diffusion de nouveaux algorithmes de traitement. Les suivants concernaient des mesures réglementaires aussi bien que des aspects pratiques préalables à la mise à disposition des ARV dans le cadre de l'Initiative. Il s'agissait, par exemple, de la sélection des centres habilités à prescrire et à distribuer des ARV (appelés « centres accrédités »), ou seulement à suivre les patients sous traitement (« centres de suivi ») – dont la liste semble avoir encore fluctué plusieurs mois –, comme aussi de la formation des personnels, dont la première session, limitée à cinq jours, n'interviendra

finalement qu'en juillet 1998, soit à la veille du lancement effectif de l'Initiative – tandis qu'une seconde eut lieu après celui-ci.

Sur la base des recommandations de ce Comité fut élaboré le décret présidentiel du 30 avril 1998 qui portait « *création des organes de gestion du projet pilote pour l'Initiative sur l'accès aux traitements du sida* ». Ils comprenaient : « *un Comité consultatif du projet pilote pour l'Initiative sur l'accès aux traitements du sida, notamment les antirétroviraux, soutenu par l'Onusida ; un Secrétariat technique dudit projet ; le Fonds de soutien aux traitements du sida ; un comité de gestion dudit Fonds ; un coordonnateur de l'Initiative* ». La construction institutionnelle mise en place stipulait que tous ces organes étaient directement rattachés au ministère de la Santé publique, la direction exécutive du PNLS/MST/TUB étant, quant à elle, représentée comme membre au sein de chacun d'eux, en étant chargée d'assurer le secrétariat des séances du Comité consultatif et du Secrétariat technique⁴⁹. Les attributions du Comité consultatif correspondaient aux recommandations du document de base de l'Onusida, mais sa composition en différait quelque peu : elle incluait bien des représentants du PNLS, du Ministère, des experts cliniciens et de santé ; cependant, elle fut élargie à des représentants des plus hautes sphères de l'État ainsi qu'à des responsables religieux. Cet élargissement manifestait un souci d'« intersectorialité » par l'implication de différents ministères, mais il alourdissait d'autant l'effectif du Comité⁵⁰, tandis que les personnes vivant avec le VIH n'y disposaient que d'un seul représentant, de même que les ONG.

La création de ces différents organes fut accompagnée d'une première dotation du Gouvernement au Fonds ivoirien de soutien aux traitements d'un montant de 600 millions de FCFA (6 millions de FF). Celle-ci marquait l'engagement de l'État ivoirien, un engagement qui allait être souligné dans les mois suivants, notamment à l'occasion du 34^e Sommet de l'Organisation de l'unité africaine à Ouagadougou, puis de la XII^e Conférence internationale sur le sida à Genève. Il s'agissait, pour le ministre ivoirien de la Santé, d'appeler à la concrétisation rapide des

⁴⁹ Le PNLS/MST/TUB est aussi représenté dans le Comité consultatif et le Secrétariat technique par le chef du service de prise en charge.

⁵⁰ Des dix à quinze membres prévus, cet effectif atteignit vingt-cinq personnes, ce qui ne devait pas faciliter sa convocation « *au moins deux fois par an et autant de fois que nécessaire* », comme le prévoyait le décret.

engagements initiés à la Cisma d'Abidjan. Parallèlement, se mettait en place *Medical Access*, chargé comme on l'a vu du rôle d'« intermédiaire » pour l'approvisionnement en médicaments. Mais, soulignait un article de presse, les commandes d'antirétroviraux ne pourraient être passées « *qu'à la fin des négociations en cours avec les firmes pharmaceutiques concernant les réductions [de prix]* »⁵¹, des négociations pour partie menées localement avec les représentations des firmes pharmaceutiques et pour partie à l'échelle internationale sous l'égide de l'Onusida.

En pratique, un délai de huit mois est intervenu entre les annonces officielles de lancement (novembre/décembre 1997) et le lancement opérationnel de l'Initiative (août 1998). Il est difficile d'apprécier jusqu'à quel point ce délai a correspondu à des nécessités administratives incompressibles ou à des contraintes de calendrier (la nécessité politique d'affirmer une perspective lors de la tenue de la Cisma), ou bien s'il aurait été possible d'aller plus vite dans le démarrage effectif de la diffusion des ARV par l'Initiative. Toujours est-il que ce délai a été vécu comme un « retard » par les personnes vivant avec le VIH déjà prises en charge par les structures de soins spécialisées et/ou les membres d'associations, pour lesquelles l'annonce de l'arrivée prochaine des ARV ne pouvait constituer qu'un immense espoir de voir leur situation sanitaire s'améliorer.

A tel point que, fait sans précédent parmi les associations africaines, le président du *Club des Amis* – celui-là même qui avait représenté les personnes vivant avec le VIH de Côte d'Ivoire au cours de la conférence de presse de lancement, en novembre 1997 – prit la parole, au cours de la XII^e Conférence mondiale sur le sida de Genève, en juin 1998, pour interpellier publiquement le ministre de la Santé de son pays sur le retard pris et dénoncer la non disponibilité effective des traitements antirétroviraux.

Une communication imprécise lors du démarrage effectif de l'Initiative

Le 19 août 1998, le ministre de la Santé organisa un point de presse pour annoncer officiellement le lancement effectif de l'Initiative. Il s'agissait d'informer le public de l'ouverture des Centres accrédités et des Cen-

⁵¹ *Fraternité Matin*, 28 mai 1998.

tres de suivi ainsi que de la disponibilité des traitements antirétroviraux à compter du 24 août 1998. Il s'agissait aussi d'indiquer à quels prix ces traitements pourraient être obtenus, c'est-à-dire de communiquer à la fois les prix consentis par les laboratoires *via Medical Access* et les niveaux de subvention que permettait l'utilisation du seul fonds de soutien alors créé, le Fonds ivoirien. Celui-ci ne venait pas « subventionner » le prix des traitements dans leur ensemble mais était destiné à l'octroi de subventions individuelles aux patients, après examen de leur dossier par le comité de gestion de l'Initiative. Parallèlement, les examens de bilan initial et de suivi seraient pris en charge par le projet Retro-Ci des CDC.

Dans l'ensemble, cette annonce montrait que le schéma global n'avait pas été profondément remanié au cours des mois précédents. Le régime thérapeutique privilégié demeurait la bithérapie. Ce choix fut manifesté par le fait que seules les molécules intervenant dans ce régime (les inhibiteurs nucléosidiques) pouvaient faire l'objet d'une subvention, l'antiprotéase ajoutée à celles-ci en cas de trithérapie demeurant totalement à la charge du patient. De ce fait, la bithérapie était disponible à environ 100 000 FCFA/mois (1 000 FF), prix pouvant être réduit par l'octroi d'une subvention. Au contraire, la trithérapie avec antiprotéase s'élevait à environ 280 000 FCFA/mois (2 800 FF) sans subvention possible du « troisième médicament », soit un prix prohibitif pour la grande majorité des patients, notamment pour ceux en échec thérapeutique sous bithérapie.

Comme attendu, la subvention publique la plus élevée (soit 75 % du prix d'une bithérapie, ce qui laissait à la charge du patient une somme d'environ 25 000 FCFA/mois - 250 FF) était accordée aux membres d'associations et aux femmes ayant participé à des essais de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Néanmoins, les personnes n'appartenant pas à ces catégories ne se trouvaient pas totalement écartées du système de subvention. Celles qui parmi elles, n'étaient pas en mesure de financer l'intégralité de leur traitement, dites alors « personnes démunies », pouvaient prétendre à une subvention de seulement 50 % (soit une bithérapie aux environs de 50 000 FCFA/mois [500 FF]). Un système de cotation des dossiers de demande de subvention adopté par le comité de gestion qui incluait le sexe du demandeur, le nombre de ses enfants, son statut matrimonial, aux côtés de son niveau de revenu et de son

âge, devait contribuer à éclairer les choix en matière d'acceptation ou non de ces dossiers. En revanche, la question du traitement des enfants infectés par le VIH n'était pas du tout abordée⁵².

Au vu des comptes rendus parus dans la presse, la définition des différentes catégories de patients susceptibles de bénéficier de tarifs subventionnés, le nombre de personnes concernées au sein de chacune, ainsi que les niveaux de prix des traitements correspondants ne paraissent pas avoir été clairement rendus publics, y compris après la mise au point faite par le Directeur exécutif du PNLS/MST/TUB au cours d'une interview le mois suivant⁵³. En outre, bien que des précisions aient été apportées par le Ministre sur la nature du projet pilote, les critères biologiques et cliniques de sélection, comme la procédure d'octroi de subvention, ne paraissent pas avoir été explicités. Et si le point de presse aborda le problème de l'amélioration de la disponibilité du traitement prophylactique par cotrimoxazole (à côté de celle des antirétroviraux), certains articles de journaux se contentèrent de présenter celui-ci comme une sorte de solution de repli ou de compensation destinée aux personnes infectées par le VIH qui seraient exclues du traitement antirétroviral.

Le caractère partiel de ce nouvel ensemble d'informations sur l'Initiative n'alla pas sans produire ses propres contrecoups. D'une part, les prix des traitements antirétroviraux présentés comme « *fixés* », s'avérèrent en fait fluctuants selon les molécules et les posologies (fonction du poids du patient), donnant lieu pendant quelque temps à des rumeurs de « dessous de table » perçus par les médecins. D'autre part, et contrairement à l'annonce faite le 19 août de l'ouverture de la totalité des Centres accrédités, trois seulement étaient fonctionnels en septembre, cinq en octobre et six en décembre 1998. Enfin, le caractère limité de l'information délivrée lors de cette annonce officielle fut encore accentué par le fait qu'il n'y eût guère de communication sur l'Initiative après son lancement⁵⁴. On peut d'ailleurs se demander dans quelle mesure le caractère restreint

⁵² La question de l'accès aux subventions pour la mise sous traitement des enfants infectés serait abordée par le comité de gestion en décembre 1998 ; il serait ensuite décidé, en avril 1999, d'octroyer dans ce cas la subvention de 75 % (Cf. PV des réunions du comité de gestion du 30 décembre 1998 et du 8 mai 1999).

⁵³ Interview accordée à *La Voie*, 10 septembre 1998.

⁵⁴ La plaquette éditée fin 1999 par le PNLS/MST/TUB pour la Journée mondiale du sida était

de la diffusion de l'information, tant auprès des professionnels de santé que de la population générale, ne tenait pas de la prise en compte, par les responsables de l'Initiative, de la tension non explicitée entre besoins potentiels et moyens effectivement disponibles⁵⁵. Ce peu de communication explique en tout cas que l'Initiative soit aujourd'hui assez mal connue, comme l'est également assez peu la procédure de recrutement des patients, y compris pour bon nombre de personnes infectées par le VIH, connaissant leur statut sérologique, mais n'appartenant pas à des réseaux de type associatif⁵⁶.

Premier bilan à six mois et premiers réajustements

Un bilan à six mois de l'Initiative fut présenté par ses responsables au cours d'un point de presse organisé au cabinet du ministre de la Santé, le 23 février 1999. Il fallut alors convenir que l'affluence prévue dans les Centres accrédités, et même redoutée par certains responsables, n'avait pas eu lieu⁵⁷. « *Constat amer* » dressé par le président du comité de gestion qui référait cette situation au fait que « *les intéressés n'ont pas les moyens*

même en retrait par rapport aux informations délivrées par voie de presse lors du lancement de l'Initiative. Elle confirmait certes la mise à disposition des ARV en Côte d'Ivoire, précisant qu'ils « *ne tuent pas le virus* », et donnait une liste des Centres accrédités et des Centres de suivi. Cependant, outre qu'aucune mention n'était faite de la prophylaxie par cotrimoxazole, il était indiqué, en réponse à la question « *Comment faire le traitement ?* », que « *tous les patients symptomatiques et asymptomatiques ayant fait un test de dépistage qui s'est avéré positif peuvent commencer le traitement* ».

⁵⁵ Les responsables de l'Initiative rencontrés, estimaient qu'il n'était pas « *opportun* » de communiquer davantage, dans la mesure où les Centres accrédités n'ont ouvert que progressivement et qu'il ne fallait donc pas trop « *d'effervescence* ».

⁵⁶ Voir chapitres 3.1 et 3.2 pour la population se sachant infectée, et chapitre 6 pour la population générale ; chapitre 4 pour les professionnels de la santé.

⁵⁷ Les chiffres communiqués faisaient état, selon les comptes-rendus publiés par la presse, de 821 personnes ayant fait un bilan initial, parmi lesquelles 485 étaient sous traitement ARV, dont 245 à tarif subventionné. Ces chiffres incluaient à l'évidence des patients suivis au Cirba (dont l'intégration à l'Initiative n'était pas encore totale) et prenaient en considération le nombre de dossiers de demande de subvention examinés par le comité de gestion. Le suivi de Retro-Ci enregistrait pour sa part, le mois suivant (pour la période d'août 1998 à mars 1999), 682 bilans initiaux et 146 patients sous ARV, dont 16 avec une subvention de 75 % et 22 avec celle de 50 %, chiffres n'incluant certes qu'une faible proportion des patients suivis au Cirba et aucun de ceux suivis au CNTS, mais qui n'étaient de toute façon pas subventionnés dans le cadre de l'Initiative.

d'acheter les médicaments », même à tarif subventionné. Et cela touchait aussi les « populations cibles » de la phase pilote, ce qu'exprimaient tout particulièrement ceux qui, au sein de celles-ci, étaient les plus sensibilisés, les mieux informés et les plus directement impliqués dans la mise en œuvre de l'Initiative : les militants associatifs⁵⁸. D'une part, les associations, maintenant au nombre de cinq, avaient déposé une liste de noms de membres ouvrant droit à l'octroi de la subvention maximale alors prévue (75 %), comme il le leur avait été demandé pour un effectif maximum de 500 personnes ; mais l'accès à celle-ci n'avait été véritablement effectif qu'à compter de janvier 1999. D'autre part, et surtout, cette réduction de 75 % apparaissait nettement insuffisante pour rendre accessible le traitement à la grande majorité de leurs membres ; elle impliquait en effet, pour des personnes le plus souvent sans emploi, de payer régulièrement chaque mois environ 25 000 FCFA (250 FF). Ce problème concernait en particulier les membres actifs qui s'étaient portés volontaires pour assurer des activités de soutien psycho-social dans les Centres accrédités de l'Initiative, et qui ne percevaient pas les indemnités prévues (fixées à 60 000 FCFA/mois [600 FF]).

Dans ce contexte, le lancement, par la France, du Fonds de solidarité thérapeutique internationale (FSTI) était susceptible de donner un nouvel élan à l'Initiative. Il avait pour objectif la prise en charge de femmes dépistées séropositives au cours d'une grossesse et auxquelles seraient proposés, gratuitement, un traitement court par AZT pour la prévention de la transmission mère-enfant ainsi qu'une trithérapie à prix modéré après l'accouchement pour celles présentant une immunodépression sévère. De plus, le programme FSTI comprenait un financement au bénéfice de 500 personnes déjà mises sous traitement ARV ou éligibles à celui-ci dans le cadre de l'Initiative, à condition qu'elles soient des militants d'associations ou des volontaires ayant participé aux essais thérapeutiques. Pour ces personnes, le financement du FSTI se concrétisait par l'octroi d'une subvention supplémentaire de 20 % qui s'ajoutait à celle accordée par le Fonds ivoirien : il leur permettait donc d'accéder

⁵⁸ En sorte que deux articles publiés début 1999 se faisaient écho par leur titre : « Associations de séropositifs. On attend toujours les ARV » (*IvoirSoir*, 13 janvier 1999) ; « Traitement du sida. On attend toujours les malades » (*Fraternité Matin*, 25 février 1999).

à un traitement en bithérapie avec une réduction totale de 95 %, soit une dépense restant à charge du patient d'environ 5 000 FCFA/mois (50 FF), au lieu des 25 000 FCFA/mois (250 FF) antérieurement nécessaires.

Ce nouvel élan potentiel fut néanmoins rapidement freiné. Il apparut rapidement que tous les patients d'essais thérapeutiques n'étaient pas en mesure d'accéder effectivement à cette subvention maximale : ainsi les patients d'essais de prophylaxie par cotrimoxazole en furent systématiquement écartés jusqu'au début 2001. De surcroît, cette subvention de 95 % qui devint pour nombre de patients, notamment au sein des associations, l'enjeu essentiel de leur quête thérapeutique, fut suspendue deux mois seulement après son lancement. Le déroulement de l'Initiative posait en effet le problème de la pertinence des choix thérapeutiques initiaux : à l'occasion du point de presse pour le bilan à six mois, le Pr Kadio, médecin chef du service des maladies infectieuses (MIT), centre de référence de l'Initiative, « *plaida pour la trithérapie* ». Or les réorientations que cela impliquait nécessitèrent plusieurs mois de préparation, durant lesquels l'ensemble du circuit d'accès à un traitement subventionné fut, de fait, suspendu.

Une rapide remise en cause du choix de la bithérapie... mais une lente réorientation vers la trithérapie

En fait, selon le coordonnateur de l'Initiative, lorsque celle-ci avait été lancée, la situation était « *encore un peu floue* » : dès août 1998, l'hypothèse du montage d'un système de subventions incluant les antiprotéases avait été envisagée, mais finalement non retenue, par crainte que son élaboration ne suscite de nouveaux retards dans le lancement effectif de l'Initiative. Il avait donc été décidé de « *démarrer tout de suite* », avec néanmoins l'idée que l'on pourrait « *toujours revoir le système de subvention en cours de route* ». Ainsi, au démarrage de l'Initiative, seules les molécules entrant dans les bithérapies étaient subventionnées, bien qu'il ait été déjà estimé qu'environ 20 % des patients sous traitement relèveraient d'une trithérapie (du moins ceux qui en auraient les moyens). A peine six mois après, cette stratégie était donc remise en débat, d'abord au niveau du comité de gestion, *via* la question de la subvention des antiprotéases, puis à l'occasion du bilan présenté au cabinet du Ministre en

février 1999. Le principe d'un changement de la stratégie thérapeutique de l'Initiative, de la bithérapie à la trithérapie, fut officiellement décidé en juin 1999, soit après environ six nouveaux mois de débats par les comités concernés. Mais les protocoles définitifs ne furent arrêtés que fin octobre 1999.

Les arguments avancés dans le débat en faveur de l'adoption de la trithérapie ont avant tout été d'ordre médical, le suivi clinique et biologique des patients sous traitement en Côte d'Ivoire soulignant sans surprise sa plus grande efficacité à court terme. Ces arguments rejoignaient ceux du coordonnateur de l'Initiative qui se référait aux nouvelles recommandations internationales en faveur d'un traitement précoce en trithérapie. Toutefois, en Côte d'Ivoire comme ailleurs, le moment optimal pour initier le traitement ARV ainsi que la combinaison idéale de médicaments pour cette initiation restent toujours mal définis. Au niveau des responsables sanitaires et politiques, furent également développés des arguments « stratégiques » insistant sur la valeur d'exemplarité de l'Initiative en Côte d'Ivoire : pour que les résultats obtenus « *retiennent l'attention* » au plan international, il fallait se donner les moyens de réussir grâce « *à une thérapie avancée et un bon suivi* ».

En fait, la lenteur de décision finale quant au changement vers la trithérapie est à rattacher à des contraintes financières. Celles-ci tiennent elles-mêmes au caractère passablement flou des sommes mobilisées ou mobilisables par le Fonds ivoirien de soutien aux traitements. Comme le rappelle le responsable de *Medical Access*, « *tout le mécanisme [financier] avait été monté sur la base de cette orientation prioritaire sur la bithérapie* ». C'est bien en référence au problème de la gestion du Fonds ivoirien que le ministre de la Santé avait répondu à l'intervention du Pr Kadio en faveur de la trithérapie qu'il n'y voyait « *bien entendu pas d'inconvénient, mais que tout dépend de la dotation du Fonds de solidarité* ». En juillet 1999, le président du comité de gestion de l'Initiative expliquait que l'orientation vers la trithérapie était « *demandée par les médecins* », mais que son intégration au système de subventions, du fait de son surcoût par rapport à la bithérapie, se heurtait au caractère limité des fonds disponibles.

Plusieurs simulations de faisabilité et d'impact financier sur le Fonds furent présentées en septembre 1999 au Secrétariat technique de

l'Initiative. Elles comprenaient quatre scénarios qui faisaient varier le nombre de patients susceptibles d'être recrutés en fonction de niveaux de subvention allant de 25 % à 95 %. Dans ces scénarios, les protocoles thérapeutiques présentés comprenaient plusieurs possibilités de trithérapies, n'utilisant pas nécessairement d'antiprotéase (molécule la plus onéreuse)⁵⁹, et surtout envisageaient un abaissement des seuils biologiques d'inclusion⁶⁰. Une telle démarche avait été évoquée lors de réunions organisées à Genève par l'Onusida avec les représentants des quatre pays « pilotes » de l'Initiative dans la perspective du montage des dispositifs d'évaluation. Ces nouveaux protocoles thérapeutiques auraient été discutés au cours d'une réunion des prescripteurs en juin 1999 après que le principe de changement vers la trithérapie ait été adopté. Cependant, même dans le meilleur des scénarios possibles quant aux fonds mobilisables pour l'octroi de subventions⁶¹, six mois seulement de fonctionnement pouvaient être assurés pour le traitement en trithérapie de 500 patients.

Suite à un échange avec le directeur des affaires financières du ministère de la Santé, le coordonnateur de l'Initiative aurait obtenu, en septembre 1999, des garanties sur une augmentation de la dotation et la disponibilité du Fonds ivoirien. C'est dans ce cadre que les protocoles thérapeutiques, d'abord envisagés, ont été rediscutés lors d'une nouvelle réunion de prescripteurs en octobre 1999, et entièrement refondus par rapport à ceux envisagés en juin. La stratégie, en définitive retenue par le Comité consultatif et le Secrétariat technique fin octobre 1999, main-

⁵⁹ En première intention, était alors proposée une association de deux inhibiteurs nucléosidiques avec un non nucléosidique ou celle du d4T+ddI avec l'Hydrea, cela pour les patients naïfs dont l'immunodépression est modérée et la charge virale inférieure à 30 000 copies ; l'association d'une antiprotéase à deux inhibiteurs nucléosidiques n'était proposée que pour les patients antérieurement traités et en échec thérapeutique ainsi que pour tous ceux dont l'immunodépression est sévère et la charge virale supérieure à 30 000 copies (Cf. Initiative Onusida, *Propositions de stratégies thérapeutiques et de subventions du traitement antirétroviral*, s.d.).

⁶⁰ Le seuil supérieur de CD4 était ramené de 500 à 500/mm³ pour l'initiation du traitement ARV. Les patients antérieurement sous bithérapie restaient en bithérapie si leur taux de CD4 était compris entre 300 et 500/mm³ et leur charge virale inférieure à 30 000 copies.

⁶¹ Soit les dotations du Fonds ivoirien et les 250 millions FCFA promis par le FSTI pour l'appui à celui-ci.

tenait les critères biologiques antérieurs concernant le niveau de CD4 et la charge virale pour l'inclusion dans l'Initiative. En revanche, elle préconisait, pour la mise sous traitement ARV, l'association d'une antiprotéase à deux inhibiteurs nucléosidiques dans tous les cas (à l'exception des patients déjà sous bithérapie et toujours en succès thérapeutique). La trithérapie bénéficiait désormais de « 75 % de subvention pour les *“plus démunis”*, soit 80 000 FCFA en moyenne, et de 95 % pour les membres des associations de personnes atteintes et les femmes ayant bénéficié de la prévention de la transmission mère-enfant, soit 10 000 FCFA », à la charge du patient. En outre, les personnels de santé, dont on verra au chapitre 5.3 la grande sensibilité au risque professionnel de contamination par le VIH, étaient désormais pris en compte, ce qui n'était pas le cas auparavant : ils bénéficiaient de la subvention de 95 % des traitements en cas de contamination professionnelle ainsi que d'une prise en charge à 100 % pour la prophylaxie après accident d'exposition au sang.

Les débats suscités par le changement de la stratégie thérapeutique d'ensemble eurent comme conséquence négative une suspension de fait de toute nouvelle subvention de traitements ARV entre juin et octobre 1999. Cette suspension aggrava les difficultés de personnes vivant avec le VIH qui venaient d'effectuer une démarche de bilan initial dans l'Initiative et pour lesquels une mise sous traitement avait été préconisée. Ces personnes vécurent plusieurs mois dans une attente d'autant plus angoissante que la prise de décision tardait, qu'elles demeuraient dans l'ignorance des niveaux de subvention qui leur seraient proposés, et qu'elles pouvaient supposer que la participation financière qu'exigerait une trithérapie serait plus élevée que pour la bithérapie antérieurement préconisée.

Un point significatif est d'ailleurs la façon dont les représentants d'associations de personnes vivant avec le VIH ont de fait été marginalisés dans le processus qui conduisit à la révision des protocoles thérapeutiques. Ces représentants siègent au Secrétariat technique de l'Initiative qui aurait dû se réunir pour émettre un avis sur le sujet. Mais, devant les difficultés de dialogue rencontrées, il fut décidé de transmettre le dossier à une commission scientifique, composée exclusivement d'experts, et constituée pour réfléchir à toutes les implications thérapeutiques et fi-

nancières de cette réorientation. De même, aucun membre des associations ne fut invité à participer à la réunion des prescripteurs d'octobre 1999 pour la raison que ce qui s'y discuterait serait « *trop clinique pour elles* ». Les représentants d'associations siégeant dans les instances de l'Initiative ne furent en définitive consultés qu'au sujet des niveaux de subvention à retenir, les nouveaux protocoles thérapeutiques ayant déjà été définis. Finalement, les associations de personnes vivant avec le VIH se trouvèrent placées dans une situation délicate : d'un côté, elles ne pouvaient qu'entériner une décision prise par les médecins qu'elles voyaient sous un jour favorable puisqu'elle visait à augmenter l'efficacité des traitements ARV ; mais de l'autre, elles se trouvaient préoccupées de la hausse des coûts qu'allait impliquer le passage à la trithérapie, de ses « *conséquences pour l'avenir* », et des obstacles supplémentaires que cela pouvait créer pour qu'« *un maximum de gens puissent avoir accès au traitement* ».

Ces préoccupations s'avéreront d'ailleurs immédiatement justifiées. Dès juillet 1999, le président du comité de gestion expliquait que le passage à la trithérapie impliquait de réduire à la baisse les objectifs fixés en matière de nombre de personnes susceptibles d'avoir accès à un traitement ARV dans le cadre de l'Initiative : du chiffre de 4 000 personnes initialement évoqué, les responsables de l'Initiative en viennent à évoquer un objectif de l'ordre d'un millier (néanmoins le doublement des inclusions par rapport à celles déjà effectuées en date de juillet 1999). Ce chiffre d'un millier de patients sous ARV dans l'Initiative est demeuré, jusqu'au début de l'année 2001, celui qui apparaissait aux responsables ivoiriens compatible avec les possibilités financières du budget de l'État en matière de subventions des traitements. Une extension au-delà leur semblant subordonnée à de nouvelles baisses significatives du prix des molécules. Le justificatif apporté, dès juillet 1999, par le président du comité de gestion pour cette révision à la baisse des objectifs de l'Initiative en matière d'ARV était qu'il est préférable de « *délimiter une population* » et de « *réussir un travail massif* » sur un échantillon plus limité de malades « *dans une perspective expérimentale* ».

De son côté, le coordonnateur de l'Initiative se livre à une réévaluation critique de ce qui s'est passé depuis le lancement, et reconnaît que la focalisation sur les ARV a produit « *certaines effets pervers* ». Selon lui,

il aurait été préférable de parler plus explicitement d'accès aux traitements de l'infection à VIH en général et il souligne qu'une insuffisante attention a été portée aux « *problèmes qui ne sont toujours pas réglés en amont* » de l'accès aux ARV comme une meilleure diffusion des possibilités de dépistage ou de conditions adéquates, entourées d'un véritable conseil psycho-social, lors de l'annonce du diagnostic de séropositivité. Dans le même esprit, le *Plan stratégique national de lutte contre le sida 2000-2004*, élaboré par un groupe d'experts nationaux sous l'égide du PNLs/MST/TUB et de l'Onusida, est venu contester les appréciations optimistes émises en 1997, selon lesquelles l'accès aux ARV ne serait venu que parachever un dispositif de prise en charge des personnes infectées, déjà largement au point. Le groupe d'experts reconnaît au contraire que « *la situation actuelle de la prise en charge est préoccupante dans les régions sanitaires de la Côte d'Ivoire* » et que « *la disponibilité et l'accessibilité des médicaments du paquet minimum d'activité [qui inclut la prophylaxie des infections opportunistes] ne sont pas garanties* ». Le Plan stratégique vise donc à recentrer les objectifs de l'Initiative sur la prise en charge globale et non plus sur les seuls ARV et à promouvoir une meilleure articulation entre prise en charge et prévention⁶².

La réorientation de l'Initiative vers la trithérapie, avec l'alourdissement inévitable des coûts des traitements qui lui sont associés comme d'ailleurs la « lourdeur » du protocole de suivi des patients sous traitement (mesures de la charge virale et des CD4 tous les trois mois pour le suivi des patients sous ARV) a conduit de fait à reposer la question de la nature même des objectifs de l'Initiative et d'un accès aux ARV dans le contexte de ressources limitées d'un pays en développement : s'agissait-il, conformément aux objectifs affirmés à l'origine, d'un projet, commençant par une phase pilote, d'amélioration de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, comprenant l'accès aux ARV, et cela, à terme, au bénéfice du plus grand nombre ? ; ou bien s'agissait-il seulement de mettre en œuvre des protocoles expérimentaux de faisabilité ?

⁶² Cette réorientation commença à être envisagée dès le début de l'année 1999. En février 1999, fut en effet organisé un Atelier de consensus sur la prophylaxie par cotrimoxazole mais surtout, à l'occasion du point de presse de bilan à six mois de l'Initiative, le conseiller pays d'Onusida avait appelé à ce que soit « *accélééré le processus de prise en charge des maladies opportunistes* ».

bilité clinique des multithérapies antirétrovirales sur un nombre limité de ce qui rapprocherait en réalité l'Initiative d'un essai clinique d'observation ?

De plus, au plan institutionnel, le souci de mieux inscrire l'accès aux ARV dans un groupe de patients avec une amélioration globale de la prise en charge pour une partie plus importante de la population infectée, tend à remettre en cause le partage des tâches qui s'était constitué entre la structure initiée par l'Onusida, jusqu'alors chargée essentiellement de l'accès aux traitements, et le PNLs/MST/TUB dont l'action tendait à être recadrée autour de la prévention. Ouvrant la question globale des conditions d'articulation entre le PNLs/MST/TUB et l'Initiative ainsi que des prolongements de celle-ci après la phase pilote, cette situation nouvelle implique de redéfinir les circuits et responsabilités institutionnelles ainsi que les compétences respectives de chacun.

Malheureusement, le contexte politique troublé de la Côte d'Ivoire n'a pas permis, tout au long de l'année 2000, que les objectifs et les modalités de fonctionnement de l'Initiative puissent être clarifiés, ceci alors que les tensions s'accumulaient autour de celle-ci.

Une accumulation de tensions dans le fonctionnement de l'Initiative (fin 1999-2000)

Les problèmes dans les circuits de financement et de gestion

Tout au long du processus de réorientation vers la trithérapie, une autre préoccupation était prégnante parmi les acteurs et responsables ivoiriens de l'Initiative : celle de la capacité réelle de l'Onusida à faire pression sur les firmes pharmaceutiques en vue de faire baisser les prix des médicaments, et notamment des antirétroviraux. Rappelons que les commissions préparatoires à l'Atelier de consensus de juillet 1997, qui avaient élaboré le schéma de l'Initiative, avaient travaillé, pour reprendre l'expression du coordonnateur, « *comme si les négociations avec les firmes étaient faites* », c'est-à-dire non seulement en considérant qu'elles relevaient de l'Onusida et de *Medical Access*, mais également comme si elles étaient acquises. Encore en novembre 1997, le directeur exécutif du

PNLS/MST/TUB réaffirmait dans la presse sa conviction que l'Initiative, du fait de l'engagement de l'Onusida, permettrait des réductions encore plus substantielles des prix des molécules antirétrovirales que celles déjà obtenues par la Pharmacie de santé publique (PSP). Et c'est bien en relation avec ces attentes qu'il faut également comprendre la « *priorité aux démunis* » affichée lors du lancement du Fonds ivoirien de soutien aux traitements en avril 1998.

Si dans la période postérieure à la mise en place de l'Initiative, des baisses de prix significatives sont intervenues en matière de médicaments pour le traitement des infections opportunistes, les baisses sur les molécules antirétrovirales proprement dites sont restées limitées, en particulier pour les antiprotéases (voir chapitre 3.1). Le mécanisme mis en place selon le schéma prôné par l'Onusida, à savoir la constitution d'une structure intermédiaire (*Medical Access*) entre les laboratoires fabricants et les centres accrédités de l'Initiative, au rôle mal défini au départ, s'était rapidement avéré peu efficace. La marginalisation de *Medical Access* était effective courant 1999 et sa disparition entérinée au début de l'année 2000 (voir chapitre 3.2). En conséquence, l'approvisionnement des centres accrédités en antirétroviraux est revenu à la seule PSP qui a, par ailleurs, en charge la gestion de la politique de médicaments essentiels en Côte d'Ivoire. Dans ce contexte, l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux est essentiellement passée par une amélioration de leur disponibilité (*via* un circuit contrôlé de huit centres accrédités, progressivement ouverts au sein de structures sanitaires publiques ou semi-publiques et où s'effectuent les prescriptions) et par une diversification des molécules mises à disposition.

Mais elle passait aussi par le développement du système de subventions accordées aux patients dans l'incapacité de payer l'intégralité de leur traitement, système dont on a vu qu'il avait été partiellement mis en sommeil, en tout cas en matière d'octroi de nouvelles subventions, au cours de l'été et du début de l'automne 1999.

Le processus de subvention des traitements a pu être relancé à partir de novembre 1999, mais la complexité et la lenteur des procédures de décaissement, tant du Fonds de soutien aux traitements alimenté par l'État ivoirien, que du Fonds de solidarité thérapeutique internationale

(FSTI) lancé par la France, ont fragilisé la situation financière de la Pharmacie de santé publique (PSP) qui, comme dit plus haut, a en charge la gestion de la politique de médicaments essentiels en Côte d'Ivoire et qui, dans le cadre de l'Initiative, fournit les centres accrédités en antirétroviraux.

Les problèmes de trésorerie de la PSP n'ont cessé de s'aggraver au cours du premier semestre 2000. Les premiers versements à la PSP de la part du Fonds ivoirien pour un montant de 37,65 millions de FCFA [376 500 FF] ont eu lieu courant décembre 1999, mais ils correspondaient au rattrapage des dépenses engagées pour la prise en charge des patients subventionnés pendant les six premiers mois de 1999. Quant à la somme annoncée par le Fonds ivoirien pour le second semestre de 1999, environ 100 millions de FCFA, elle n'avait toujours pas été perçue par la PSP courant juin 2000. Des versements de la part du FSTI (23 millions de FCFA) sont néanmoins intervenus en complément entre novembre 1999 et mars 2000. Ces délais dans le fonctionnement pratique des circuits de financement dépendant du budget de l'État ivoirien ont créé deux difficultés majeures qui n'ont pu être surmontées que par le recours à des procédures d'urgence.

La première est que des sommes antérieurement allouées à l'Initiative par le Fonds ivoirien (une partie des 600 millions de FCFA crédités en 1998 et des 800 millions de FCFA de 1999) n'avaient été ni consommées, ni portées au compte de la Caisse autonome d'amortissement (CAA) qui remplit la fonction de banque pour les dépenses de l'État, et risquaient de ce fait d'être purement et simplement perdues. Une solution a donc dû être rapidement trouvée, fin 1999, par la Direction des affaires financières (DAF) du ministère de la Santé en concertation avec la coordination de l'Initiative, cette Direction affirmant avoir joué un rôle de « pompier » pour sauver ces crédits alors qu'elle n'avait « *au demeurant jamais été associée à la gestion des Fonds de l'Initiative* ». Selon la procédure initialement prévue, les crédits devaient être préalablement versés à la CAA qui était censée rembourser la PSP au vu des doubles d'ordonnances émises par les centres accrédités, tenant lieu de factures, mais plusieurs de ces justificatifs comptables semblent avoir été refusés pour non conformité. Afin de rendre disponibles les crédits non encore

versés auprès de la PSP, une procédure exceptionnelle a été mise en place avec la création d'un compte spécial « ARV-Onusida » auprès de la PSP sur lequel devaient être virés directement, et en une seule fois, 738 millions de FCFA (7,38 millions de FF). Cette somme devait permettre d'apurer les découverts existants des centres accrédités pour les ARV auprès de la PSP et même constituer un crédit de trésorerie pour les achats futurs d'ARV. Il a fallu néanmoins attendre l'automne 2000 pour que ce versement ait lieu, ceci après que la Direction du Trésor ait institué un mécanisme de contrôle au travers de la signature d'une convention entre la PSP et le PNLS qui clarifie le rôle du coordonnateur de l'Initiative. La seconde difficulté, liée à la première, est que dans l'intervalle, c'est le budget de la PSP qui doit consentir de fait les avances de trésorerie permettant d'assurer l'approvisionnement en ARV des centres accrédités avec un risque croissant de désorganiser l'ensemble du circuit du médicament ivoirien dont il a globalement la charge. A titre d'illustration, on notera que fin juin 2000, le total des impayés auprès de la PSP s'élevait pour l'ensemble des médicaments ARV à 777 millions de FCFA.

Ces difficultés dans le circuit de financement renvoient à une limite plus générale dans la mise en œuvre initiale de l'Initiative, à savoir le caractère inachevé de la définition opérationnelle des procédures de gestion et de prise de décision. Le décret présidentiel du 30 avril 1998 portant création des organes de l'Initiative n'a, en effet, pas été suivi de circulaires précises d'application. Les ambiguïtés persistantes dans les règles de gestion de l'Initiative ont été accentuées (et à l'inverse ont pu alimenter) par un manque de communication entre les différents acteurs en charge de l'Initiative. Par exemple, la coordination de l'Initiative et la PSP tendent à se renvoyer mutuellement les responsabilités de ces problèmes de gestion et leurs conséquences négatives, qui seront décrites ci-après, sur les conditions d'approvisionnement des centres accrédités. Ces difficultés tendent également à réduire la crédibilité des efforts faits par ailleurs pour mobiliser des ressources supplémentaires afin d'assurer la pérennisation financière du Fonds ivoirien, par l'appel tant à la participation des entreprises qu'à la solidarité nationale.

En tout état de cause, ces problèmes auraient mérité qu'un audit financier soit confié à des spécialistes à même de poser un diagnostic,

mais aussi de faire des propositions d'amélioration. Ils ont en effet eu d'importantes conséquences dans le fonctionnement même de l'Initiative (jusque et y compris dans la prise en charge des patients) sur lesquelles l'équipe d'évaluation a certes tenté d'attirer l'attention, mais sans susciter les rapides réaménagements pratiques que la situation paraissait nécessiter.

Les problèmes d'approvisionnement des centres accrédités

Les centres accrédités pour la prescription des ARV ont été eux-mêmes confrontés à des difficultés de gestion. D'une part, ils ne disposaient d'aucun fonds de roulement au démarrage de l'Initiative ; ce fut là encore la PSP qui fut amenée à leur consentir un découvert qu'elle fixa à 25 millions de FCFA (250 000 FF). D'autre part, alors qu'il était prévu, dès les préparatifs de l'Initiative, qu'un logiciel de gestion des stocks spécifique aux médicaments du VIH/sida soit fourni par l'Onusida, il n'était toujours pas parvenu aux centres courant 2000. Quant à la cellule de coordination de l'Initiative, son manque de personnel ne facilita guère son rôle pratique de supervision pour résoudre les problèmes de trésorerie évoqués plus haut. A la mi-novembre 1999, la PSP était contrainte, en accord avec le ministère de la Santé, de ne plus fournir les centres en ARV que contre paiement au comptant. Puis, suite au réaménagement de la procédure de décaissement des fonds 1999 et à la création, en février 2000, d'un compte ARV-Onusida, un double circuit d'approvisionnement auprès de la PSP a été mis en place : celui destiné aux patients sous traitement à plein tarif où les commandes, facturées sur le compte de chacun des centres, doivent être réglées au comptant ; celui destiné aux patients sous traitement à tarif subventionné où les commandes des centres sont honorées par la PSP après avoir été visées par le coordinateur de l'Initiative et facturées sur le compte ARV-Onusida. Certains centres accrédités ont ainsi été amenés à constituer en leur sein deux pharmacies, l'une pour les patients payant plein tarif, l'autre pour les patients subventionnés, notamment afin que les premiers n'aient pas à souffrir des ruptures de stocks engendrées par les retards de paiement du Fonds ivoirien.

Le cumul des difficultés de gestion s'est en effet traduit, tout au

long de l'année 2000, par des ruptures récurrentes de stocks d'antirétroviraux. Pour la coordination de l'Initiative, la gestion même des approvisionnements par la PSP était ici en cause, celle-ci n'ayant pas constitué de cellule ARV en son sein comme cela avait été recommandé : la PSP lui paraissait ainsi ne pas être en mesure de tenir une comptabilité précise des rentrées d'argent liées aux versements des quotes-parts payées par les patients. La PSP souligne pour sa part la faible importance des recettes versées au comptant (au titre des patients payant plein tarif) par rapport au total des approvisionnements : selon elle, la coordination de l'Initiative ne semble pas maîtriser les consommations au niveau des centres et contraint finalement la PSP à travailler « à fonds perdu », c'est-à-dire à pratiquer systématiquement des avances de trésorerie dans l'attente des versements du Fonds ivoirien. Les médecins prescripteurs des centres accrédités font, quant à eux, remarquer que des problèmes d'approvisionnement sur les antiprotéases sont intervenus à partir de décembre 1999, au lendemain de la réorientation vers la trithérapie : la coordination de l'Initiative ne leur semble donc pas avoir été en mesure d'effectuer des prévisions adéquates de prescriptions en relation avec la PSP qui passe les commandes sur le marché international.

Ces ruptures de stocks ont posé des problèmes considérables à nombre de patients qui, ne pouvant obtenir le traitement prescrit, ne recevaient que certaines molécules ou seulement pour quelques jours. Certains devaient revenir plusieurs fois dans le mois, parfois vainement, ou encore étaient invités à se rendre dans d'autres centres, voire dans des cliniques privées, pour tenter de s'approvisionner et d'assurer la continuité de leur traitement. Ce problème de rupture d'approvisionnement n'a pas été officiellement reconnu par la coordination de l'Initiative, et celle-ci n'a donc donné aucune directive précise aux prescripteurs sur la conduite à tenir. Alors que l'un des rares points scientifiquement validés, concernant les relations entre observance et efficacité du traitement ARV est que l'apparition de résistances est « plus probable » en cas de non respect systématique des doses et des associations de molécules prescrites qu'en cas d'arrêt temporaire complet du traitement antirétroviral⁶⁵, aucune consigne dans ce sens n'a été publiquement donnée. Les

⁶⁵ Carpenter CCJ, Fischl MA, Hammer SM, *et al.* Antiretroviral therapy for HIV infection in

prescripteurs ont donc dû adapter, de façon pragmatique, leurs prescriptions en fonction des molécules disponibles et au cas par cas, procédant parfois à des changements de traitement uniquement justifiés par la pénurie de certaines molécules, parfois à des arrêts partiels ou complets du traitement. Les relations entre soignants et soignés ont souffert de cette situation, l'initiation du traitement ayant souvent été conditionnée de la part des médecins au fait que les patients soient en mesure de s'engager dans un traitement à vie « *sans interruption possible* ». Heureusement, les solidarités entre centres et patients, notamment *via* les réseaux associatifs, ont permis de « gérer » ces ruptures de façon un peu moins intolérables au jour le jour. Les membres d'association ont constitué un « fichier » permettant de savoir quel membre disposait de telle ou telle molécule et était en mesure de « dépanner » les autres. Du fait de ces ruptures et de la nécessité pour prescripteurs et patients de « faire avec » sans qu'aucune réaction n'ait été officiellement exprimée par les instances de gestion de l'Initiative, ce qui était perçu comme médicalement inenvisageable et avait fait l'objet de recommandations multiples, à savoir qu'un traitement antirétroviral connaisse des interruptions et des variations faute d'approvisionnement régulier, est finalement entré dans les pratiques. Cette expérience, souvent vécue douloureusement, n'a bien sûr rien eu à voir avec l'expérimentation contrôlée des interruptions thérapeutiques programmées (STI) qui, au-delà du rationnel immunologique et virologique qui a conduit à les envisager au Nord, présentent *a priori* pour les pays en développement l'avantage de minimiser les coûts de médicaments ARV et peut-être, sous réserve d'évaluation, de faciliter l'adhérence à long terme des patients^{64, 65}.

1998 : updated recommendations of the International AIDS Society–USA Panel. *JAMA* 1998 ; 280 : 78–86.

⁶⁴ Joshi S, Joshi SS, Vergara PT, *et al.* Structured interrupted therapy : Mumbai cohort. 13th International AIDS Conference, Durban, 9–14 July 2000 [Abstract LbOr10].

⁶⁵ Dybul M, Yoder C, Belson M, *et al.* A randomized controlled trial of intermittent *versus* continuous highly active antiretroviral therapy (HAART). 13th International AIDS Conference, Durban, 9–14 July 2000 [Abstract LbOr11].

De tensions en blocages, des ruptures d'approvisionnement entretenues par le débat sur le recours aux génériques

Aux ruptures d'approvisionnement liées aux difficultés réelles de gestion, sont venues s'ajouter à partir de juin 2000 des ruptures « artificiellement » provoquées par une partie des soignants eux-mêmes qui entendaient ainsi « réagir » au fait que la PSP ait commandé, sans les avoir préalablement consultés, des formes génériques de d4T (produites en Inde) et d'AZT (produites en Espagne) à l'issue de son appel d'offres pour l'année 2000. Parti du service des maladies infectieuses du CHU de Treichville, puis relayé par la commission scientifique de l'Initiative, dont on a vu plus haut qu'elle avait été constituée auprès du Secrétariat technique lors du débat sur la trithérapie, ce mouvement incitait médecins et pharmaciens des centres accrédités à refuser de prescrire et délivrer ces médicaments génériques tant qu'un contrôle de qualité n'aurait pas été réalisé et que la répercussion des baisses de prix obtenues par le recours à des substituts génériques ne leur aurait pas été démontrée. Effectif en juin 2000 dans quelques services, ce quasi boycott des médicaments génériques s'est étendu à la majorité des centres accrédités jusqu'en octobre 2000. Il a alimenté pendant plus de quatre mois une situation paradoxale où la PSP disposait de stocks de médicaments (AZT et d4T) sous forme de génériques qui n'étaient pas prescrits par la majorité des médecins, alors que ces derniers continuaient de prescrire des médicaments de spécialité équivalents dont les stocks (non renouvelés depuis le début de l'année 2000 puisque des génériques leur avaient été préférés) s'épuisaient. Certains prescripteurs en venaient même à décourager leurs patients d'utiliser ces médicaments génériques, et à suspendre ou à ne pas démarrer un traitement ARV pour ne pas être contraints de les prescrire.

Le mouvement des prescripteurs contre le recours aux génériques est révélateur des tensions qui ont tendu à se cristalliser à de multiples niveaux au sein de l'Initiative. C'est en effet autant une mise en doute de la qualité des produits, peut-être alimentée par les représentants des firmes de spécialités qui ne s'étaient pas fait faute d'« inviter » un nombre important de prescripteurs ivoiriens à la XIII^e Conférence internationale sur le sida de juillet 2000 tenue à Durban, que l'absence de consultation

des prescripteurs par la PSP quant au choix des réponses à son appel d'offres, qui a motivé ce mouvement. Il illustre en tout cas l'impact direct que peuvent avoir les événements internationaux sur un dossier aussi sensible. En mai 2000, à quelques semaines de la Conférence de Durban, suite à des négociations centralisées avec cinq firmes pharmaceutiques détentrices de brevets d'ARV, l'Onusida annonçait l'engagement de celles-ci à baisser leurs prix, mais dans des proportions non déterminées et des conditions non précisées. Cette annonce semble avoir suffi pour convaincre une partie des prescripteurs ivoiriens que la stratégie suivie jusqu'alors par la PSP, et combinant négociations avec les firmes de spécialités et pression sur celles-ci par la mise en concurrence avec des génériques, n'était plus indispensable pour obtenir les baisses de prix qui, en l'état actuel, demeurent une condition *sine qua non* si l'on veut faciliter l'accessibilité d'un plus grand nombre de patients aux traitements ARV.

Les militants d'associations de personnes vivant avec le VIH se sont trouvés confrontés à une situation très délicate face à ce mouvement des prescripteurs : d'une part, soucieux de favoriser le plus large accès possible des personnes infectées au traitement, ils soutenaient, dans leur quasi-totalité, la stratégie « politique » mise en avant par la PSP pour obtenir des baisses de prix significatives des ARV, dont la mise en concurrence avec les génériques constitue un élément essentiel (voir chapitre 3) ; d'autre part, ceux ou celles sous traitement pouvaient difficilement se résoudre à mettre en cause la relation de confiance établie avec leur médecin traitant et, de toute façon, ne pouvaient s'adresser directement à la PSP pour obtenir des génériques, le passage par l'ordonnance d'un prescripteur étant obligatoire.

Pour tenter de sortir de l'impasse, le réseau ivoirien des personnes infectées, le RIP⁺, a organisé une grève de la faim à la mi-octobre 2000. Des membres de chaque association étaient présents dans le groupe de grévistes afin d'attirer l'attention des autorités sur la gravité croissante de la situation en matière de ruptures d'approvisionnement en ARV. Dans une situation politique très tendue (le même jour l'opposition politique au processus de tenue des élections présidentielles appelait à une journée « villes mortes »), les grévistes de la faim ont été arrêtés par les militaires, puis relâchés avant d'être reçus le lendemain par la ministre

de la Santé et le coordonnateur du PNLs. Parallèlement, une réunion entre la Ministre et les prescripteurs était organisée et a permis de convaincre ceux-ci de mettre fin à leur refus de prescriptions des substituts génériques d'ARV. La reprise des prescriptions fut effective quelques jours plus tard.

Cette action est révélatrice du niveau de tensions qui s'était accumulé et des désespoirs qu'elles suscitaient. Mais elle révèle aussi sans doute les mutations qu'a connu le mouvement associatif ivoirien depuis son apparition, en 1994. Au sein même de l'Initiative, les associations ont eu à jouer des rôles multiples dont certains comportaient des risques de fragilisation de plus en plus évidents. En particulier, les associations, notamment après le lancement du FSTI, ont été confrontées à un afflux de patients en quête d'un traitement qui leur soit financièrement accessible, donc fortement subventionné. Un tel afflux a certes contribué à attirer vers elles des catégories sociales jusqu'alors peu représentées en leur sein : si « les cadres » sont toujours fort peu nombreux, des employés et fonctionnaires des classes moyennes sont progressivement arrivés. Dans le même temps, les associations se sont vues alors attribuer, de fait, la lourde responsabilité de la régulation de l'accès à la subvention maximale (*via* les listes de noms demandées à chacune d'elles) ainsi que le suivi des patients auxquels celle-ci était attribuée. Or, elles ont eu à le faire alors que certains de leurs membres ou militants de longue date n'étaient toujours pas parvenus à se mettre sous traitement, et dans un contexte où la crainte générale de pénurie de fonds pour subventionner les traitements accentuait la pression en faveur d'une véritable sélection des bénéficiaires (le nombre en étant toujours limité à 500, incluant les femmes ayant participé à un essai AZT de réduction de la transmission mère-enfant). On pouvait donc craindre que les associations tendent à se replier sur elles-mêmes pour défendre d'abord les intérêts de leurs propres militants, ce que confirmaient les tentations exprimées en leur sein, courant 2000, de refuser, voire d'exclure, ceux des nouveaux arrivants dont le seul motif d'adhésion leur paraissait être l'accès au traitement subventionné hors de toute participation effective à la vie associative.

Mais, plus fondamentalement, bien que l'Initiative ait suscité, au

sein des associations, une demande de traitement qu'elle fut loin de pouvoir satisfaire, l'accès aux ARV a créé une dynamique essentielle pour que l'action associative ne consiste plus seulement en l'accompagnement des personnes atteintes, mais aussi en une réelle implication dans les décisions publiques. En réactivant le *RIP*⁺, qui faisait à l'origine figure d'enclave au sein du Collectif des ONG de prise en charge (le COSCI), puis qui fut mis en veilleuse par l'Initiative elle-même qui entendait promouvoir plutôt un collectif créé spécifiquement pour s'occuper du seul volet psycho-social, les associations ivoiriennes ont affirmé leur autonomie ainsi que la prise de conscience de leur propre capacité à agir sur le cours des événements.

Vers une relance de la dynamique de l'Initiative (janvier-février 2001) ?

Il est bien sûr trop tôt pour estimer les conséquences que le changement politique, introduit en Côte d'Ivoire par l'élection fin octobre 2000 à la Présidence de la République de M. Laurent Gbagbo, dirigeant historique du Front populaire ivoirien (FPI) et opposant de longue date de l'ancien président Houphouët-Boigny, pourra avoir sur l'Initiative. Deux gestes forts sont néanmoins intervenus peu de temps après cette élection et la tentative avortée de maintien au pouvoir du général Robert Guéï qui avait dirigé la junte au gouvernement de décembre 1999 à l'élection d'octobre 2000.

Fin janvier 2001, la constitution du gouvernement du Président Gbagbo et de son Premier ministre M. Affi N'Guessan, a été marquée par une première « mondiale » en matière de VIH/sida, la nomination d'un ministre chargé de la lutte contre le sida et les autres pandémies qui est directement rattaché au Premier ministre⁶⁶. Critiquée par l'opposition⁶⁷, cette nomination impliquera en tout cas de clarifier le dis-

⁶⁶ Il s'agit de Mme Sangaré Assana, membre du Parti démocratique de Côte d'Ivoire (PDCI), qui avait exercé le pouvoir de l'indépendance au coup d'État de décembre 1999. Le ministre de la Santé, M. Raymond Abouo N'Dori est lui-même membre du même parti que le président, le FPI (Front populaire ivoirien).

⁶⁷ Proche du RDR, le parti d'opposition de l'ancien Premier ministre Alassane Ouattara, le

positif institutionnel en charge de la lutte contre le sida entre ce nouveau ministère et celui de la Santé publique ainsi que la place de l'Initiative dans ce dispositif. Cette clarification était de toute façon nécessaire pour s'adapter aux évolutions induites par le choix de la trithérapie.

De même, dans un contexte marqué par une politique macro-économique du gouvernement visant à « *contenir le déficit budgétaire autour de 3 % du PIB en 2001 et 2002* » en dépit de prévisions de croissance limitées (1 % en 2001, plus de 4 % espérés à partir de 2002), l'existence d'une marge de manœuvre financière du budget de l'État pour relancer une politique ambitieuse de prise en charge du VIH/sida, demandera à être rapidement confirmée.

Un deuxième geste important est la réaffirmation, début 2001, par le PNLS et la PSP, d'une politique d'appel d'offres ouverte à l'ensemble des producteurs, y compris les fabricants de génériques. Celle-ci a conduit, en mars 2001, à des accords correspondant à des baisses de prix significatives de la part des firmes de spécialités, qui équivalaient à mettre le coût mensuel par patient d'une trithérapie entre 65 000 et 107 000 FCFA, en fonction de la combinaison de molécules choisie⁶⁸. La pression concurrentielle renforcée au plan international (voir chapitre 7.2) et sur le marché ivoirien lui-même (notamment par Cipla, le producteur de génériques indien qui avait remporté l'appel d'offres pour le d4T en 2000) n'est bien évidemment pas étrangère au résultat de ces négociations. Ces nouvelles baisses des prix permettent au coordinateur de l'Initiative d'envisager un « triplement du nombre des patients susceptibles de bénéficier de l'accès aux ARV dans l'Initiative au cours de 2001 », ce qui correspondrait à une relance des objectifs affirmés au départ.

Le débat entre deux conceptions alternatives de l'Initiative (l'une qui tendrait de fait à ramener l'Initiative à une expérimentation clinique,

journal *le Patriote* sous le titre « Des ministères folkloriques » écrit, par exemple le 26 janvier 2001, « C'est la porte ouverte aux conflits de compétences ».

⁶⁸ Cette offre concerne les laboratoires Bristol Myers-Squibb, Merck Sharpe & Dohme et Glaxo-SmithKline. De son côté, le laboratoire Roche s'est refusé à des baisses de prix mais a offert des réductions de 15 % (nelfinavir) à 50 % (saquinavir) sous forme de dons de boîtes gratuites au prorata des quantités achetées.

l'autre plus conforme aux objectifs initiaux de santé publique et d'élargissement de l'accès aux médicaments) demandera à être rapidement clarifié en posant ouvertement la question de l'optimisation dans l'utilisation des moyens disponibles.

C'est dans cet esprit que la présidente de l'association de femmes vivant avec le VIH, *Amépouh*, s'exprimait déjà à son retour de la Conférence de Lusaka (septembre 1999) : « *On dit qu'il n'y aurait plus que 250 personnes dans les associations qui pourraient bénéficier du traitement. Pourquoi nous avoir parlé de ces « nouveaux médicaments » si aussi peu de gens peuvent en bénéficier ? Il valait mieux nous laisser avec notre Bactrim®...* ». De la même manière, une autre responsable d'un groupe de femmes au sein de la section de *Lumière Action* de Bouaké affirmait avec force : « *On t'a parlé du traitement... Et puis tu vois que, toi, tu ne peux pas y avoir accès : c'est l'idée du traitement dans ta tête qui peut te tuer. Tant que tu n'arrives pas à enlever ça de ta tête, tu es désespéré* ».

En tout état de cause, c'est de la capacité à résoudre les tensions identifiées dans cet historique, et décrites de façon plus détaillée dans la suite de cet ouvrage, que dépendra le fait de savoir si l'Initiative ivoirienne demeurera une expérience limitée sans réels lendemains ou si elle débouchera, à terme, sur des progrès dans l'accès à des traitements efficaces pour une fraction significative du million de personnes infectées par le VIH.

Annexe chapitre 1

Chronologie de l'Initiative Onusida/ ministère de la Santé publique d'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire¹

- Janvier 1996** **L'Onusida succède au Programme global de lutte contre le sida (GPA) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)** ; il s'agit cette fois d'un programme inter-institutions de l'Onu ; installation à Abidjan du Conseiller pays de l'Onusida en mars ; l'installation de l'équipe inter-pays pour l'Afrique de l'Ouest aura lieu l'année suivante, en février 1997.
- Mars 1996 Visite du Dr P. Piot, Directeur exécutif de l'Onusida, en Côte d'Ivoire (CI), dont réception par le Premier ministre.
P. Piot « a indiqué que l'une des batailles de son organe sera de faire en sorte que les médicaments soient accessibles à tous ». Par ailleurs, sa visite l'a conduit, entre autres, à « féliciter les autorités, le Président de la République, S.E. M. Henry Konan Bédié pour la politique de transparence pratiquée par la Côte d'Ivoire en matière de sida » (*Fraternité Matin*, 16-17 mars 1996).
Inauguration d'un laboratoire de virologie (« le premier en Afrique noire », *Le Jour*, 2 mars 1996 ; « grande première dans la sous-région », *Fraternité Matin*, 5 mars 1996)

¹ Cette chronologie a été rédigée par Karine Delaunay jusqu'en novembre 1999. Pour 2000 et 2001, elle n'est pas exhaustive.

dans le cadre du projet Retro-Ci du CDC d'Atlanta, implanté en CI depuis 1988 sur convention avec le ministère de la Santé ivoirien.

Avril 1996

Inauguration du Cirba (Centre ivoirien de recherches biocliniques sur le sida) en présence du Pr L. Montagnier et de M. F. Mayor (Directeur de l'Unesco), ses initiateurs, mais aussi du Président congolais, P. Lisouba, et du Président ivoirien, H.K. Bédié.

Juillet 1996

XI^e Conférence Internationale sur le sida tenue à Vancouver (7-12 juillet 1996) sous le thème « One world. One hope » : confirmation des premiers résultats sur les trithérapies présentés à la III^e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes tenue à Washington en janvier (28 janvier-1^{er} février 1996) ; forte médiatisation et mobilisation des associations de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) du Nord.

La Côte d'Ivoire, pays organisateur de la prochaine Conférence internationale sur le sida en Afrique (Cisma) qui se tiendra en décembre 1997, est représentée par son ministre de la Santé, M.K. Guikahué. Celui-ci intervient lors de la session plénière du 10 juillet, intitulée « Sida et développement » (également thème de la prochaine Cisma), en tant que président de séance, puis le 11 juillet au cours de sa propre conférence de presse.

Ivoir'Soir (25 juillet 1996) parle de « *montée au créneau le troisième jour de la Conférence* » ; outre une présentation de l'engagement du gouvernement ivoirien dans la lutte contre le sida, le Ministre ivoirien fait un plaidoyer en faveur des pays pauvres pour qui les traitements actuels du sida sont inaccessibles.

Au cours de sa conférence de presse, le Ministre évoque la X^e Cisma, mais aussi le problème de l'accès aux traitements pour l'Afrique ; il fait de cet accès la

condition *sine qua non* de la réussite des schémas de développement (« *Aidez-nous à nous soigner sinon il n'y aura plus personne pour rembourser les prêts...* »).

A son retour à Abidjan, interview du ministre de la Santé ivoirien au quotidien *Ivoir'Soir* (30 juillet 1996) sous le titre « les nouveaux traitements du sida seront vulgarisés... : », « *selon les critères qu'il faut pour qu'un séropositif ou un malade du sida bénéficie de cette triple thérapie, nous avons 6 000 personnes à soigner. Ce qui fait 48 milliards de FCFA à déboursier. Alors que le budget de la Santé pour 1996 est de 52 milliards [...] nous espérons que la loi du plus grand nombre va jouer* » car « *80 % du marché des laboratoires qui ont fait fabriquer ces médicaments* » se trouve au Sud.

Parallèlement, le Ministre compte sur la création de l'Onusida marquant le fait que « *la lutte contre le sida est devenue un problème politique des Nations unies* ».

Septembre 1996

Atelier national sur les questions d'ordre éthique et légal relatif au VIH/sida, tenu du 9 au 13 septembre 1996 et organisé par le ministère de la Santé publique avec l'appui du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD).

Au titre du sous thème « *la prise en charge par l'État de Côte d'Ivoire des personnes vivant avec le VIH/sida* », les recommandations finales comprennent notamment « *la création d'un fonds national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida, alimenté par les recettes de la vente d'un timbre Sida à instituer et par une partie du fonds "Contribution nationale de solidarité"* » ainsi que « *la création systématique [d'] unités spécialisées dans toutes les formations sanitaires* » et leur « *dotation [...] de capacités de dépistage et de prise en charge* ».

L'Atelier donne lieu à un compte rendu au Conseil des ministres du 12 février 1997.

Novembre 1996 Début des discussions qui aboutiront à « l'Initiative Onusida d'accès aux médicaments de l'infection à VIH ».

Décembre 1996 Journée mondiale sur le sida du 1^{er} décembre sur le thème « Unis dans l'espoir ». Est posé le problème de l'accès aux traitements, notamment par le ministre de la Santé et la secrétaire d'État chargée des relations avec les institutions ; tandis que cette dernière a déclaré que « *il n'est pas acceptable que seulement 10 % des malades qui sont ceux des pays développés aient accès aux médicaments alors que les 90 % restants qui résident en Afrique ne peuvent pas y accéder* », le Ministre a « *exhorté tous les partenaires à poursuivre la lutte pour l'accès aux thérapies les plus récentes au profit des personnes vivant avec le VIH et de nos malades du sida* » (*Fraternité Matin*, 2 décembre 1996). L'accent est, au demeurant, toujours mis sur la prévention, le représentant permanent de l'Onusida (Mario Kabral) et le ministre de la Santé évoquant à ce sujet une stabilisation de la prévalence en CI (*Ivoir'Soir*, 2 décembre 1996).

Le représentant des personnes vivant avec le VIH demande une rencontre avec le ministre de la Santé pour lui transmettre leur désir d'accéder aux nouveaux médicaments disponibles (*La Voie*, 2 décembre 1996). Lecture par Jeanne Kouamé, représentant *Lumière Action*, d'un message de Dominique Esmel (pionnier de l'implication des personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire, président fondateur de *Lumière Action*, l'une des deux premières associations de PVVIH créées en 1994, et décédé le 29 novembre, sans traitement, ayant toujours affirmé qu'il ne prendrait jamais d'antirétroviraux tant que ceux-ci ne seront pas accessibles à tous) qui dit notamment : « *Nous voulons bénéficier des mêmes espoirs et conditions de soins que ceux du Nord... Il est temps que les promesses se traduisent en actes concrets* ».

Janvier 1997 **Création par le PNLS d'un Comité consultatif de prise en charge**, en vue d'améliorer

celle-ci sur le territoire ivoirien, comité présidé par le Dr Makan Coulibaly (qui deviendra ultérieurement le coordonnateur de l'Initiative Onusida-ministère de la Santé publique).

Pour justifier la création de ce comité, le directeur exécutif du PNLS/MST/TUB, le Dr Malick Coulibaly, explique qu' : « *une prise en charge, pour être complète, doit passer obligatoirement par une bonne politique d'approvisionnement en réactifs sérologiques, une bonne politique des médicaments essentiels pour le traitement des affections opportunistes, une formation des personnels de santé. En CI, tous ces éléments de politique de prise en charge existent et malheureusement, les résultats obtenus sont insuffisants. Il appartiendra donc à ce comité (...) d'identifier les obstacles liés à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida et proposer des solutions* » (compte rendu de la réunion de mise en place du Comité de prise en charge du PNLS/MST/TUB, 31 janvier 1997).

Février 1997

Visite du secrétaire d'État français à la Santé, Hervé Gaymard, avec le Pr Gentilini (OPALS, Organisation panafricaine de lutte contre le sida), pour l'inauguration du Centre de traitement ambulatoire (CTA) de Bondoukou.

M. Gaymard parle de « *l'injustice des nantis vis-à-vis des pays du Sud* » (*La Voie*, 25 février 1997).

Création du Réseau d'organisations de prise en charge des personnes séropositives au VIH ou malades du sida, le ROPPS, le 17 février.

Placé sous la responsabilité du directeur exécutif du PNLS et coordonné par le chef du service de prise en charge du PNLS (Mme Kaba), le ROPPS est, selon son arrêté de création, « *un cadre organique qui a vocation de promouvoir la création d'organismes publics, privés, associa-*

tifs, confessionnels, sans but lucratif, ayant des activités de prise en charge clinique et psychosociale des personnes séropositives au VIH ou malades du sida et pour coordonner les activités de ces organismes » ; en contrepartie, « tout organisme dont la vocation, ou l'activité, a pour objet la prise en charge clinique et psychosociale des personnes séropositives au VIH ou malades du sida, a l'obligation de conclure une convention d'association au service sanitaire public avec le ministère de la Santé publique, assurant la présidence du CNLS/MST/TUB » (arrêté n° 0127 MSP/CAB, 17 février 1997).

Mars-mai 1997

Rédaction de documents de réflexion sur l'accès aux ARV en CI par l'ANRS et la Coopération française. Ces documents insistent notamment sur le fait qu'il n'y a pas à faire d'essais cliniques d'efficacité en Afrique, mais posent aussi le problème de la faisabilité de la diffusion des antirétroviraux en Afrique, particulièrement en matière d'observance.

Tenue de réunions à Abidjan sur les thérapies anti-rétrovirales (réunion spécifique à l'Unité de soins ambulatoires et de conseil, USAC, le 15 mai 1997 à l'initiative du PNL/MST/TUB ; puis dans le cadre du Symposium scientifique « Femmes et sida », au cours d'une table ronde intitulée « Antirétroviraux en CI : subir ou agir ? »). La constitution d'un groupe de travail sur ce thème est envisagée.

Juin 1997

Réunion organisée par l'Onusida à Genève sur l'accès aux médicaments du VIH/sida, réunissant des représentants des laboratoires pharmaceutiques et des représentants des quatre pays retenus pour la phase pilote de l'Initiative (Chili, Côte d'Ivoire, Ouganda, Vietnam).

Accord de principe des représentants des laboratoires pour étudier la réduction des coûts des médicaments ; le principe de la création dans chacun des

quatre pays d'une association à but non lucratif (*non profit company*) pour la négociation des prix et l'approvisionnement en médicaments est retenue.

(Le compte rendu a été présenté au Conseil des ministres du 9 juillet 1997.)

Juillet 1997

Constitution et réunion d'un groupe de travail sous l'égide du Comité consultatif pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ; travail en commissions (commission I : conditions préalables à l'utilisation des ARV ; commission II : approvisionnement, distribution et finances ; commission III : choix des protocoles thérapeutiques, suivi et acceptabilité).

Les travaux de ces commissions aboutissent à la tenue d'un Atelier de Consensus sur la prise en charge des malades du sida en Côte d'Ivoire le 28 juillet 1997, sous la présidence du ministre de la Santé.

En fait, cet Atelier, comme les travaux des commissions, concernent l'accès aux ARV ; schématiquement, la stratégie thérapeutique en faveur de la bithérapie est déjà retenue, mais de nombreux aspects techniques (depuis la sélection effective des centres jusqu'au circuit d'approvisionnement en ARV) restent en discussion.

Formation sur les traitements de l'infection à VIH organisée par l'association française AIDES, avec une journée consacrée aux ARV (interventions du Pr Kadio) ; participation active de *Lumière Action* (association de PVVIH) et de *Ruban Rouge* (ONG de lutte contre le sida).

Juillet-septembre
1997

Parution dans la presse d'analyses critiques de l'évolution de la politique du PNLS depuis sa création et d'articles posant le problème de la prise en charge des personnes infectées par le VIH et des malades du

sida (traitement des infections opportunistes et conditions d'hospitalisation).

Septembre 1997 Initiative internationale « Place des ARV dans la prise en charge des patients infectés par le VIH en Afrique sub-saharienne », Atelier tenu à Dakar les 15 et 16 septembre 1997, faisant suite aux réflexions initiées par l'ANRS.

Malick Coulibaly (PNLS de CD) y présente le Rapport de l'Atelier national de consensus sous le titre « Atelier national de consensus sur l'accès aux antirétroviraux ».

Octobre 1997 Réunion du RAP (Réseau africain des personnes vivant avec le VIH/sida) à Yamoussoukro. J. Kouamé (coordinatrice de la section ouest africaine du RAP et présidente de l'association ivoirienne de PVVIH *Lumière Action*) fait « un plaidoyer » en faveur de « l'accès aux traitements antirétroviraux et surtout, de l'accès aux médicaments essentiels » (*Fraternité Matin*, 28 octobre 1997). Est également souligné au cours de cette réunion que « l'amélioration de la qualité et de l'espérance de vie des PVVIH passe nécessairement par l'accès aux soins, à un emploi ou une activité génératrice de revenus » (*id.*).

Novembre 1997 Lancement officiel de la phase pilote de l'Initiative Onusida pour l'accès aux « médicaments »/« traitements » de l'infection à VIH (selon que l'on se réfère au communiqué de presse de l'Onusida ou à l'intitulé donné par le ministère ivoirien de la Santé dans son invitation officielle) le 5 novembre. Interventions du ministre de la Santé ivoirien, de la présidente du groupe thématique de l'Onusida, et d'un représentant des personnes vivant avec le VIH (le président du *Club des Amis*, association ivoirienne de PVVIH) ; le Ministre indique notamment que les antirétroviraux seront disponibles en

Côte d'Ivoire d'ici à l'ouverture de la Cisma, en décembre, et qu'environ 4 000 personnes « sélectionnées » devraient bénéficier de « traitements subventionnés ».

Titres des journaux :

« Médicaments du sida en Côte d'Ivoire. Les traitements pour 4 000 personnes » et encart « Flot de remerciements [de N'Da Désiré au nom des personnes vivant avec le VIH] » (*Ivoir'Soir*, 6 novembre 1997)

« Antirétroviraux. 4 000 personnes vont en bénéficier » (*Fraternité Matin*, 7 novembre 1997)

« Sida en CI. Des médicaments subventionnés pour 4 000 personnes » (*Le Jour*, 10 novembre 1997)

Tenue d'un second Atelier national de consensus sur l'accès aux ARV le 18 novembre.

Parution dans *Fraternité Matin* du 28 novembre 1997 d'un article du Dr I.M. Coulibaly, directeur exécutif du PNLS/MST/TUB, intitulé « Les réalités du sida en CI. La prise en charge du malade » comportant trois points : d'une part, la situation épidémiologique et les objectifs du PNLS/MST/TUB ; d'autre part, les grands axes de « la politique de prise en charge de la CI », notamment quant à « la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels pour le traitement des infections opportunistes » ; enfin, « les antirétroviraux », au sujet desquels le Dr Coulibaly précise que, si plusieurs sont disponibles en CI, ils ne doivent pas moins faire l'objet « d'une utilisation rationnelle », d'où la mise au point d'un « consensus national qui doit réglementer la conduite de tous les prescripteurs d'ARV », et ajoutant « c'est dans ce cadre que s'inscrit l'Initiative d'Onusida d'accès aux ARV dont la CI et trois autres pays vont bénéficier ».

Décembre 1997

Interview du ministre de la Santé sous le titre « La Cisma sera le rendez-vous de l'espoir et de la solidarité » (*Fraternité Matin*, 2 et 3 décembre 1997).

Reprenant quelques aspects de l'historique de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire, le Ministre évoque « *cette mutation fondamentale qui est l'intégration de la tuberculose et des MST au programme national de lutte contre le sida* » ; par celle-ci et diverses mesures d'accompagnement, « *nous avons voulu montrer aux uns et aux autres le niveau qu'a atteint la lutte dans le cadre de la prévention. Mais nous ne pouvions pas nous arrêter à ce stade, il fallait arriver à la prise en charge. C'est ainsi que nous avons mis en place une politique de médicaments essentiels pour le traitement des pathologies opportunistes. [...] Donc, toutes les affections opportunistes sont traitées chez nous aujourd'hui* ».

Concernant l'annonce de 4 000 personnes qui pourront avoir accès aux ARV dans le cadre de l'Initiative Onusida, le Ministre explique que « *actuellement nous avons 3 000 personnes et ce sont les chiffres de 1996. Mais comme nous allons commencer l'opération en 1998, donc en faisant des calculs, nous pouvons encore ajouter un millier de malades* ». Concernant les critères de sélection des malades, il évoque « *d'abord le statut biologique [CD4, charge virale, bilan hépatique et rénal]. Le deuxième élément c'est l'adhésion au traitement* », expliquant que « *dans tous les cas, une équipe est mise en place et le moment venu, elle fera le tri cas par cas* ».

En prélude à la Cisma, tenue d'un Forum communautaire des ONG ayant pour thème « La prise en charge et l'accès aux soins » (accès aux traitements des infections opportunistes et aux ARV).

La veille de l'ouverture de la Cisma, tenue d'un Atelier de « réflexion sur la place des ARV dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH en Afrique sub-saharienne » faisant suite à l'Atelier de Dakar en septembre, lequel donne alors lieu à la diffusion d'un rapport dirigé par le Pr J.-P. Coulaud (Institut de médecine et d'épidémiologie africaines-

ANRS) comprenant à la fois de « *possibles recommandations* » bio-cliniques et thérapeutiques, et une réflexion sur les « *conditions et conséquences sociales de la mise en place des traitements antirétroviraux en Afrique* ».

Tenue de la X^e Cisma à Abidjan (7 au 11 décembre 1997) sous le thème « Sida et développement ». A l'ouverture, discours du Président de la République de Côte d'Ivoire, H.K. Bédié, en faveur de la création d'un fonds africain de solidarité et discours du Président de la République française, J. Chirac, dénonçant la coexistence d'un sida du Nord et d'un sida du Sud, prolongé par l'intervention du secrétaire d'État à la Santé, B. Kouchner, en faveur d'une solidarité thérapeutique internationale.

Interview de P. Piot au quotidien *La Voie* (12 décembre 1997), publiée sous le titre « La trithérapie n'est pas une solution » [issu d'une confusion entre trithérapie et Initiative, le Dr Piot déclarant en fait que « *cette Initiative n'est qu'une approche. Elle n'est pas une solution miracle* »]. A la question du journaliste « *Où en est-on alors avec l'initiative d'accès aux trithérapies [...] ?* », P. Piot, après avoir indiqué que le Comité consultatif local se réunira le 17 décembre « *pour déterminer les besoins et les normes requises* », répond : « *nous tenons à souligner qu'il ne s'agira pas seulement des antirétroviraux, mais avant tout des médicaments contre les infections opportunistes* ».

Première réunion du Comité consultatif de l'Initiative d'accès aux traitements de l'infection à VIH (le 17 décembre), en présence du Dr Joseph Saba, responsable de l'Onusida pour l'Initiative au plan international et sous la présidence du Pr Lassina Ouattara, représentant le ministère de la Santé. Élaboration de recommandations, énumération de préalables au lancement de l'Initiative, notamment quant aux aspects législatifs, proposition d'un calendrier.

- Janvier 1998 Création de *Amépouh*, première association de femmes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire ; les associations de personnes vivant avec le VIH sont alors au nombre de cinq : le *Club des Amis* et *Lumière Action*, créées en 1994, *Virus Village* et *GAP + PS*, créées en 1996, et *Amépouh*.
- Février 1998 Résultats de l'essai de réduction de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH par l'administration d'un régime court d'AZT conduit en Thaïlande. Arrêt des bras placebo des deux essais menés en CI (Ditrame de l'ANRS et KZT du projet Retro-Ci).
- Mars 1998 Arrêt du bras placebo de l'essai Cotrimo-Ci de prophylaxie par cotrimoxazole, l'administration de cet antibiotique ayant montré son efficacité.
- Avril 1998 Décret présidentiel (n° 98-204 du 30 avril) « portant création des organes de gestion du projet pilote pour l'Initiative sur l'accès aux traitements du sida », à savoir :
- le Comité consultatif ;
 - le Secrétariat technique ;
 - le Fonds de soutien aux traitements du sida ;
 - le Comité de gestion du Fonds de soutien ;
 - le coordonnateur de l'Initiative.
- Il sera annoncé à cette occasion que le Fonds de soutien est doté de 600 millions de FCFA (6 millions de FF) par le Gouvernement pour l'année 1998.
- Mai 1998 Mission exploratoire en vue du lancement du projet de Fonds de solidarité thérapeutique internationale (FSTI) pour la prévention de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH.
- 34^e Sommet de l'Organisation de l'union africaine (OUA) à Ouagadougou où est accepté le principe d'un Fonds africain de solidarité.
- Juin 1998 XII^e Conférence internationale sur le sida tenue à

Genève (28 juin-3 juillet 1998) sous le thème « Réduire l'écart ». Intervention de Désiré N'Da, président du *Club des Amis*, association ivoirienne de PVVIH (qui était intervenu lors du lancement officiel pour remercier le Gouvernement), cette fois-ci pour dénoncer le non accès réel aux ARV en Côte d'Ivoire, malgré l'annonce officielle de lancement de l'Initiative le 5 novembre.

Cette Conférence confirme en outre l'importance prise par le problème de l'observance depuis l'apparition des multithérapies au vu du nombre de communications consacrées à ce sujet.

Recrutement du responsable de la « non profit company » ivoirienne, qui a pris pour nom *Medical Access*, dont l'objectif est la négociation des prix et l'approvisionnement en médicaments de l'Initiative.

Juin-Août 1998 Mission de A. Pierre, consultant, pour la mise en œuvre de l'Initiative.

Juillet 1998 Formation à la prise en charge de l'infection à VIH pour les personnels de santé et des membres d'ONG impliqués dans l'Initiative (5 jours).

La mise en place d'une cohorte de patients sous traitements ARV est envisagée par le service des maladies infectieuses du CHU de Treichville (MIT).

Août 1998 **Conférence de presse du ministre de la Santé (le 19 août) annonçant l'accès effectif aux ARV dans les centres accrédités à partir du 24 août.**

Titres des journaux :

« Le traitement ne sera pas gratuit. L'Initiative démarre lundi. Le coût de la bithérapie est fixé à 25 000 F par mois » (*Fraternité Matin*, 20 août 1998)

« Les antirétroviraux en Côte d'Ivoire. Le traitement à 25 000 F par mois » (*Ivoir'Soir*, 20 août 1998)

« Traitement du sida. De 500 000 FCFA, la bithérapie passe à 100 000 FCFA » (*Le Jour*, 20 août 1998)

« Accès aux traitements antirétroviraux. La bithérapie et la trithérapie disponibles » (*Notre Voie*, 21 août 1998)

« Sida : traitements antirétroviraux. Priorité aux femmes enceintes » (*Fraternité Matin*, 1^{er} septembre 1998)

Le communiqué de presse du 30 septembre 1998 faisant le « point sur l'Initiative Onusida pour l'accès aux traitements antirétroviraux en CI » recense trois centres accrédités effectivement en fonctionnement sur les huit initialement annoncés : le CAT (Centre antituberculeux) d'Adjamé, l'USAC (Unité de soins ambulatoires et de conseils) et le service de pédiatrie du CHU de Yopougon (cela sans qu'aucune décision n'ait été prise sur l'accès à des subventions pour le traitement des enfants ni sur le prix des posologies pédiatriques).

- Octobre 1998 Le communiqué de presse sur l'Initiative du 30 octobre recense deux autres centres opérationnels : le service des maladies infectieuses du CHU de Treichville (MIT) et le Cirba.
- Novembre 1998 Nouvelle formation à la prise en charge de l'infection à VIH pour des personnels de santé et des membres d'ONG dans le cadre de l'Initiative (5 jours).
- Décembre 1998 Le communiqué de presse sur l'Initiative du 30 décembre recense deux autres centres opérationnels : l'Hôpital militaire (mais l'accès réel aux ARV se fera seulement en 1999) et le Centre national de transfusion sanguine (CNTS).
Première réunion du Comité de gestion de l'Initiative le 21 décembre 1998 (mise au point des critères d'attribution des subventions) et premier examen des dossiers soumis pour l'octroi d'une subvention le

30 décembre 1998 (les 113 dossiers examinés ont reçu l'accord du comité pour l'octroi d'une subvention de 50 %).

Nombre de patients pris en charge dans le cadre de l'Initiative selon le bilan à 4 mois présenté par le Dr Makan, coordinateur de l'Initiative : 374 personnes au niveau du CAT, du MIT, de l'USAC et du service de pédiatrie de Yopougon, auxquelles sont ajoutés 300 patients suivis au Cirba.

Est arrêté le principe de deux volets du projet FSTI : un volet pour la prévention de la transmission mère-enfant et l'accès à une bithérapie pour les femmes après accouchement (en dessous de 200 CD4), et un volet d'appui à l'Initiative par l'octroi d'une subvention, supplémentaire à celle déjà octroyée par le Fonds ivoirien, pour les bithérapies, cela pour 500 personnes parmi celles ayant participé à des essais ou militantes d'associations.

Janvier 1999

Jusqu'alors aucun membre d'associations de PVVIH n'a eu accès au traitement subventionné à 75 % qui leur est destiné ; d'où enquête publiée dans *Ivoir'Soir* (13 janvier 1999) sous le titre « Associations de séropositifs. On attend toujours les antirétroviraux », renvoyant dos à dos les plaintes des membres d'associations et les justifications du Comité de gestion de l'Initiative, avec mise au point concernant la procédure à suivre pour accéder à un traitement ARV, liste des centres accrédités, indication du coût moyen de la bithérapie et de la trithérapie ainsi que des niveaux de subvention.

Examen des premiers dossiers de membres d'association par le Comité de gestion le 28 janvier (la subvention de 75 % est accordée aux 66 dossiers présentés, outre l'octroi d'une subvention de 50 % à 65 autres dossiers reçus).

- Janvier-février 1999 La question de la subvention des trithérapies et de la réorientation de la stratégie thérapeutique globale de l'Initiative commence à être évoquée, d'une part, à la réunion du Comité de gestion du 28 janvier, d'autre part, lors de la présentation du bilan de l'Initiative à 6 mois, le 23 février, par le Pr Kadio du MIT, centre de référence de l'Initiative.
- Février 1999 Conférence de consensus sur la prophylaxie par co-trimoxazole le 19 février, sous l'égide de la Société ivoirienne de pathologie infectieuse tropicale.
Point de presse de présentation du bilan à 6 mois de l'Initiative au cabinet du ministre de la Santé, le 23 février.
Un compte rendu de ce bilan est publié dans *Fraternité Matin* (25 février 1999) sous le titre « Traitement du sida. On attend toujours les malades ». En effet, « bien qu'il se réjouisse de ce que l'Initiative soit une réalité aujourd'hui, le Professeur Ouattara Lassina, président du Comité consultatif, regrette la fréquentation insuffisante voire la non fréquentation des centres [accrédités] ». Tandis que, d'un côté, est évoquée la réorientation de la stratégie thérapeutique vers la trithérapie, d'un autre côté, s'amorce un recentrage des objectifs affirmés de l'Initiative en CI sur l'accès aux médicaments des infections opportunistes.
- Avril 1999 Éviction de *Medical Access* (MA) de l'appel d'offres de la PSP pour l'année 1999 et mission d'un consultant en vue d'une redéfinition du rôle de MA.
Départ définitif du Conseiller pays de l'Onusida qui ne sera remplacé que plusieurs mois plus tard. Décision du Comité de gestion de donner accès à une subvention de 75 % pour le traitement des enfants infectés par le VIH.
Lancement du Fonds de solidarité thérapeutique internationale (FSTI) crédité par la France de 1 milliard

de FCFA (10 millions de FF) dont 250 millions (2,5 millions FF) destinés à une réduction supplémentaire du coût du traitement en bithérapie (celle-ci passant de 25 000 FCFA environ à 5 000 FCFA environ), cela pour 500 personnes parmi celles ayant participé à des essais et les membres d'associations.

Démarrage du programme opérationnel du FSTI en direction de la prévention de la transmission mère-enfant prenant le relais des essais de l'ANRS et du projet Retro-Ci dans ce domaine.

« Erreur » de prescription selon l'expression du Dr Makan, coordonnateur de l'Initiative, ayant permis à une dizaine de personnes de bénéficier d'une trithérapie au tarif subventionné de la bithérapie (subventions Fonds ivoirien + FSTI) ; parmi eux, les membres du bureau exécutif d'une association de PVVIH, le *Club des Amis* présidé par Désiré N'Da, qui avait pris la parole à Genève.

Mai 1999

L'accès à une bithérapie subventionnée à 95 % par le Fonds ivoirien et le FSTI s'avère effectivement possible pour les militants d'associations mais pas pour tous les participants à des essais : des femmes ayant participé à un essai de réduction de la transmission mère-enfant sont mises sous bithérapie au tarif subventionné à 95 % ; en revanche, les personnes ayant participé aux essais de traitement prophylactique par cotrimoxazole (ANRS et Retro-Ci) n'y ont pas accès ; d'où orientation massive des patients ayant participé à l'essai Cotrimo-Ci de l'ANRS vers les centres accrédités pour tenter de faire pression et assurer « l'enregistrement » de ces patients par l'Initiative, *via* l'ouverture de dossiers, en vue d'une éventuelle prise en charge ultérieure.

Juin 1999

Suspension *de facto* des inclusions dans le circuit subventionné pour cause de réorientation de la stratégie

globale vers la trithérapie, après la réunion du Comité de gestion du 21 juin.

Juillet 1999

Mission de AIDES à Abidjan mettant en avant des problèmes tels que l'accessibilité financière des ARV et le problème du versement aux conseillers associatifs impliqués dans le volet « soutien psycho-social » de leurs indemnités ; AIDES se fait le relais des associations de personnes vivant avec le VIH de Côte d'Ivoire pour une meilleure représentation de celles-ci au sein des organes de gestion de l'Initiative (en demandant deux représentants au lieu d'un).

Septembre 1999

XI^e Cisma du 12 au 16 septembre 1999 à Lusaka (Zambie), sous le thème « Regard vers l'avenir ». Une session orale sur le « traitement des VIH/TUB/MST » comprenant une présentation de Retro-Ci sur la réponse virologique et immunologique aux traitements ARV parmi les patients participant à l'Initiative en CI, et une présentation sur la « mise en œuvre de l'Initiative Onusida pour l'accès aux traitements en CI » par le Dr Makan Coulibaly. Le service des maladies infectieuses d'Abidjan présente deux posters concernant le suivi des patients sous ARV, dont l'un conclut à la nécessité que les patients puissent bénéficier de trithérapies. L'un des problèmes débattus est le prix des traitements.

Diffusion du « Plan stratégique national de lutte contre le sida pour 2000-2004 » : la prise en charge constitue le dixième et dernier point dans la liste des domaines d'actions prioritaires et concerne les infections opportunistes et les MST ; la question des ARV apparaît comme objectif spécifique pour ce qui touche à la prévention de la transmission mère-enfant mais celle des traitements ARV au long cours est seulement abordée sous l'angle des conditions de suivi biologique.

- Tenue d'un Atelier régional sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH/sida, organisé par l'Onusida.
- Octobre 1999 Réunion du Comité consultatif le 28 octobre adoptant la stratégie thérapeutique en faveur de la trithérapie et les niveaux de subvention correspondants ; réunion du Comité de gestion avec examen des dossiers en suspens depuis le 21 juin.
- Fin octobre 1999 Recrutement dans le volet ARV de l'Initiative : 1 551 bilans initiaux réalisés par Retro-Ci, dont 1 406 chez des patients naïfs ; parmi ces patients naïfs : 248 sous traitement ARV (dont 104 avec subvention) et 247 en attente d'une décision du Comité de gestion pour l'octroi d'une subvention.
Nombre de centres accrédités fonctionnels : 7 sur les 8 annoncés (le service de pneumophtisiologie (PPH) du CHU de Cocody n'ayant pas encore ouvert pour les ARV).
Nombre de centres de suivi fonctionnels : 3 sur les 10 prévus dont la clinique de la PISAM mais « avec approvisionnement direct » et la Polyclinique des II Plateaux ; est également inclus l'hôpital de jour de Bouaké bien que celui-ci ne dispose ni d'ARV ni de la communication des dossiers des patients sous ARV.
De fait, les quatre centres de suivi de l'intérieur sont considérés comme fonctionnels mais cela pour la seule gestion des médicaments des infections opportunistes.
- Octobre-novembre 1999 La PSP se voit contrainte de suspendre les approvisionnements en ARV des centres accrédités les plus endettés en l'absence de tout décaissement effectif des fonds destinés aux subventions des patients.

- Novembre 1999 Diffusion de la note aux prescripteurs concernant les niveaux de subvention des trithérapies ; reprise des inclusions dans le circuit subventionné.
- Décembre 1999 Premiers versements à la PSP du Fonds ivoirien de soutien aux traitements et du FSTI, correspondant aux sommes engagées pendant le premier semestre 1999 au titre des patients subventionnés.
- 1^{er} semestre 2000 Aucun nouveau versement à la PSP au titre du Fonds ivoirien malgré la mise en place d'une procédure d'urgence, en février, pour « sauver » les crédits 1999 par la création d'un compte spécial « ARV-Onusida » à la PSP. Il faudra attendre l'automne pour que de nouveaux versements aient lieu au titre des patients subventionnés (les achats des centres accrédités pour les patients payant plein tarif devant, désormais, se faire au comptant).
- Les ruptures de stocks d'ARV dans les centres accrédités, occasionnelles fin 1999, deviennent récurrentes.
- Il est demandé aux associations de refaire une nouvelle fois la liste des membres pour l'octroi de la subvention de 95 %, cette fois dans une perspective expressément sélective : chaque association n'a plus le droit que d'ajouter 30 noms à ceux de leurs membres déjà sous traitement. Ces associations sont désormais au nombre de 7, ayant été créées, courant 1999, *Espoir Fanci*, à l'initiative de patients et de personnel du HMA (Hôpital Militaire), et *Stand Up Africa*, à l'initiative de patients suivis au Cirba.
- Mars 2000 Le Comité de gestion ne s'étant pas réuni depuis novembre 1999 (arguant des problèmes de trésorerie de l'Initiative), la coordination de l'Initiative élabore elle-même une liste des personnes à qui sera oc-

troyée une subvention, dont les dossiers de demande étaient donc demeurés en suspens plusieurs mois. Recrutement dans le volet ARV de l'Initiative : 2 144 bilans initiaux réalisés par Retro-Ci, dont 1 874 chez des patients naïfs ; parmi ces patients naïfs : 422 sous traitement ARV (dont 222 avec subvention) et 255 en attente d'une décision du Comité de gestion pour l'octroi d'une subvention.

Nombre de centres accrédités fonctionnels : 7, le PPH de Cocody n'allant ouvrir que prochainement.

Le rapport préliminaire de Retro-Ci attire l'attention sur le problème du coût des examens de bilan initial et de suivi qu'il a jusque-là pris en charge, sur lesquels aucune baisse de prix ne semble devoir intervenir et appelant donc à ce que des négociations soient engagées sur les tests et les réactifs aussi bien que sur les médicaments eux-mêmes.

Choix par la PSP de médicaments génériques lors de l'appel d'offres annuel pour le d4T et l'AZT.

Mai 2000

« Réunion d'urgence » organisée à Abidjan par l'Onusida dans la perspective de la Conférence de Durban, mais aussi suite aux recours faits directement à l'Onusida-Genève aussi bien par la directrice de la PSP que par la coordinatrice des conseillers impliqués dans le volet « soutien psycho-social », pour appeler à un règlement rapide des problèmes rencontrés sur place. L'expression « situation de pré-blocage » est employée par l'un des intervenants.

Le coordonnateur de l'Initiative fait état de 703 patients sous ARV (dont 302 à tarif subventionné).

Paiement des indemnités des conseillères de l'Initiative (après 18 mois de bénévolat seulement atténué de quelques versements occasionnels partiels).

Réunion à l'Onusida à Genève des équipes d'évaluation des quatre pays impliqués dans la phase pilote.

Annnonce par cinq grandes firmes de baisses substantielles des ARV pour les pays en développement dans le cadre de négociations conduites avec l'Onusida, mais sans plus de précision sur leur ampleur et leurs modalités concrètes.

Réunion de la commission scientifique de l'Initiative, suite à une lettre du MIT à la PSP, à la suite de laquelle les prescripteurs décident de refuser de prescrire les ARV génériques acquis par la PSP jusqu'à nouvel ordre. Trois arguments sont donnés : le mécontentement des prescripteurs de ne pas avoir été consultés par la PSP préalablement à la commande de génériques ; le manque de données sur la qualité, l'efficacité et la sécurité des médicaments génériques introduits en l'absence de procédure de contrôle ; le problème de la réalité de la baisse des prix obtenus par le biais des génériques, alors même qu'il y a eu annonce de baisse par les firmes elles-mêmes sur les produits de spécialité.

D'où des ruptures de stocks sur certaines molécules d'ARV entretenues par les prescripteurs et qui dureront jusqu'en octobre.

Juillet 2000

XIII^e Conférence internationale sur le sida de Durban. La question de l'accès aux ARV dans les pays du Sud y est amplement débattue. Les résultats intermédiaires de l'évaluation de l'Initiative en Côte d'Ivoire sont présentés lors d'un symposium organisé par l'Onusida.

Octobre 2000

En raison des ruptures récurrentes en ARV, grève de la faim de personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire relayée par des forums électroniques (SAFCO, AFRICASO). Entrevue des associations avec la ministre de la Santé et le directeur du PNLS.

Reprise des prescriptions d'ARV génériques par les prescripteurs.

- Novembre 2000 Mise en place d'un comité de vigilance des associations de personnes vivant avec le VIH, en particulier par rapport à l'attribution des subventions.
- Janvier 2001 Signature par le ministre de la Santé d'un accord avec le FSTI permettant de diminuer le coût des traitements pour les patients « nécessaires » à 30 000 FCFA pour une trithérapie et 20 000 FCFA pour une bithérapie, la différence entre la subvention de l'État ivoirien et le prix payé par le malade étant pris en charge par le FSTI.
Création d'un ministère spécifique « sida et grandes endémies » au sein du gouvernement ivoirien (à côté du ministère de la Santé).
- Février 2001 Ouverture de discussions avec les firmes pour une négociation de prix similaires à ceux pratiqués au Sénégal.
- Mars 2001 Des réductions importantes de prix négociées avec les laboratoires BMS, GlaxoSmithKline et MSD sont annoncées par le ministère de la Santé et le ministère contre le sida. Une trithérapie oscillerait entre 75 000 F CFA et 100 000 F CFA selon la combinaison de molécules.

Chapitre 2

La mise sous traitement antirétroviral dans l'Initiative : l'explicite et l'implicite d'un processus de sélection

Karine DELAUNAY, Laurent VIDAL, Philippe MSELLATI,
Jean-Paul MOATTI

Conformément à la procédure conçue dès le départ par l'Initiative, seuls un certain nombre de centres de soins, accrédités par elle, ont été habilités à mettre sous traitement antirétroviral les personnes atteintes. Ces centres, tous localisés dans la capitale économique, Abidjan, étaient au nombre de sept fin 1999, puis de huit fin 2000¹. La procédure de mise sous traitement ARV était censée comporter plusieurs étapes que nous allons décrire² dans ce chapitre. Au-delà de la mise en lumière d'écart existant de fait entre le schéma prévu et la réalité des pratiques d'accès des patients aux ARV dans le cadre de l'Initiative, notre objectif ici est d'analyser le fonctionnement de cette procédure. Cette analyse ne relève bien sûr pas d'une évaluation de type « administratif » de l'adéquation des procédures, mais plutôt d'une tentative de mieux identifier et comprendre certaines des tensions, déjà signalées au chapitre précédent, dans la gestion concrète de l'Initiative.

¹ Il s'agit du Service de maladies infectieuses et tropicales du CHU de Treichville (MIT), de l'Unité de soins ambulatoires et de conseil pour les patients infectés par le VIH (USAC) implantée dans ce même CHU, du Service de pédiatrie du CHU de Yopougon, du Centre antituberculeux d'Adjamé (CAT), de l'Hôpital militaire d'Abobo, du Centre national de transfusion sanguine, du Service de pneumo-physiologie du CHU de Cocody et du Cirba, seul établissement privé accrédité.

² Ces étapes ont été plus particulièrement étudiées par K. Delaunay dans un travail mené d'avril 1999 à avril 2000 sur l'accès aux traitements ARV, à partir du suivi de patients infectés par le VIH et informés de leur statut dans le cadre d'un programme de recherche paru sous forme de rapport : Vidal L, Msellati P (eds). *Les thérapies antirétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie*, rapport final ANRS, juin 2000, 161 p. + annexes.

La procédure de mise sous traitement des patients dans les centres accrédités : le poids de critères « socio-économiques » mal définis

Le caractère non systématique de l'« entretien préliminaire » d'information

En principe, le patient qui, soit est orienté par un médecin traitant vers l'Initiative, soit est de lui-même à la recherche d'informations sur celle-ci, est vu une première fois par l'un des médecins ou des assistants sociaux affectés à la cellule ARV du centre accrédité pour un « entretien préliminaire ». Il est également censé rencontrer un « conseiller » membre d'une association de personnes vivant avec le VIH. Les entretiens préliminaires visent à informer le patient sur l'Initiative Onusida, sur les conditions d'intégration à l'Initiative et sur les conditions d'accès aux ARV. En fait, les éléments apportés au patient pour éclairer son choix d'entreprendre ou non la démarche de mise sous traitement ARV se concentrent généralement sur le problème du coût du traitement. Le personnel socio-médical entend ainsi inciter le patient à s'assurer, préalablement à toute autre démarche, de sa capacité à participer régulièrement, et dans le long terme, à la prise en charge financière d'un éventuel traitement. L'accent est mis sur le fait qu'il s'agit d'une thérapie à vie et « *sans interruption possible* ». Ce faisant, le personnel socio-médical entend également évaluer la « *motivation* » du patient pour accéder à un traitement, avant d'engager véritablement la procédure d'inclusion dans l'Initiative. Un « *délai de réflexion* », de durée indéterminée, est ensuite laissé au patient qui est censé revenir ultérieurement en consultation dans l'Initiative, lorsqu'il s'estimera prêt à entreprendre effectivement les démarches de mise sous traitement ARV. Et, s'il est apparu qu'il ne serait pas en mesure d'assumer seul le coût financier du traitement, il devra alors se présenter accompagné de la personne qui s'engagera à financer tout ou partie des coûts du traitement. C'est lors de cette deuxième consultation qu'un dossier d'inclusion dans l'Initiative pourra être ouvert et que sera effectué le bilan biologique et clinique initial permettant d'apprécier si le patient remplit bien les conditions médicales d'éligibilité au

traitement ARV telles que définies par l'Initiative. Pour ceux qui, dès la première consultation, décident de ne pas entreprendre plus avant des démarches d'accès aux ARV, un suivi médical est néanmoins proposé ainsi qu'une prophylaxie par cotrimoxazole pour les patients symptomatiques.

L'entretien préliminaire d'information tend donc à faire précéder l'estimation proprement « médicale » des besoins du patient, d'une évaluation « socio-économique » de sa « capacité à payer », même dans l'hypothèse où une subvention publique réduirait d'autant les frais demeurant à sa charge. Ce type d'évaluation est inévitablement propice à des interférences avec des jugements de valeurs *a priori*. Cela d'autant plus que, comme on l'a vu au chapitre précédent, aucune recommandation précise sur les modalités de cette évaluation socio-économique n'a jamais été fournie aux personnels engagés dans l'Initiative et que l'entretien avec un « conseiller » est loin d'être toujours possible, comme on le verra plus loin.

En pratique, l'étape de l'entretien préliminaire n'est pas systématique. Dans un certain nombre de situations, les patients sont considérés comme étant déjà informés des conditions de mise sous traitement ARV et des contraintes de suivi de ces traitements en arrivant à la première consultation dans l'Initiative : il s'agit des membres d'associations de personnes vivant avec le VIH, des patients ayant participé à des essais thérapeutiques et se présentant avec une lettre des responsables de ces projets et, plus largement, de patients informés de leur statut sérologique par des médecins extérieurs et orientés explicitement par ceux-ci dans un centre accrédité en vue d'avoir accès à un traitement ARV dans le cadre de l'Initiative. Dans d'autres situations, l'entretien préliminaire pour un éventuel accès à l'Initiative interfère avec l'annonce d'un diagnostic de séropositivité (lorsque le dépistage a été réalisé dans la structure de soins qui abrite le centre accrédité et que le médecin oriente vers l'Initiative dans la foulée de l'annonce du diagnostic, mais aussi lorsque des patients ont été orientés vers un centre accrédité suite à un dépistage pratiqué à l'insu) (voir chapitre 4.2).

Comme le confirme l'enquête menée auprès de personnes infectées par le VIH, connaissant leur statut sérologique et fréquentant des

centres de santé dont certains sont des centres accrédités de l'Initiative, une part importante de cette population demeure en réalité dans l'ignorance de l'existence même de l'Initiative (voir chapitre 4). C'est dans ce contexte qu'en amont de l'engagement de démarches conduisant à prendre contact avec l'Initiative pour avoir accès aux ARV, se jouent donc des processus spontanés, de la part de tout ou partie des soignants, de distinction entre les patients qui recevront une information sur l'Initiative et ceux qui n'en recevront pas. A cela, viennent s'ajouter, de la part des patients eux-mêmes, des phénomènes d'auto-exclusion d'une Initiative qui peut leur apparaître comme exigeant des efforts, notamment financiers, hors de leur portée.

Le bilan initial et ses questionnaires : vers une sélection implicite

La démarche de mise sous traitement ARV débute véritablement avec l'étape du « *bilan initial ou bilan pré-thérapeutique* » qui s'accompagne de l'ouverture effective d'un dossier dans l'Initiative au nom du patient. Elle consiste, pour le médecin ou l'assistant social, à remplir un questionnaire de « *données démographiques* » administré au patient. Balayant en fait un large spectre d'informations, ce questionnaire a théoriquement une fonction purement descriptive et informative. D'une part, il constitue la base de la fiche de renseignements qui sera adressée (avec ajout du taux de CD4 et, si besoin, de la charge virale) au Comité de gestion de l'Initiative afin d'éclairer les choix de ce comité dès lors que le patient demande l'octroi d'une subvention. D'autre part, pour Retro-Ci, qui centralise l'ensemble des demandes de bilans initiaux, ce questionnaire fournit un certain nombre de renseignements sur les profils socio-économiques des patients, renseignements utilisés dans le suivi épidémiologique de l'Initiative. Dans la procédure d'accès au traitement, ce questionnaire fournit enfin aux médecins prescripteurs quelques indications pouvant ultérieurement être utiles lors de la décision finale de prescription du traitement ARV.

Dès les préparatifs de lancement de l'Initiative, la procédure de sélection des patients prévoyait bien la prise en compte du « *statut socio-économique* », par une « *enquête sociale qui permettra d'évaluer l'accès financier, la*

compréhension de la maladie et du traitement nécessaire à la compliance »³. Mise en œuvre à un stade précoce du processus d'accès, la collecte de données socio-économiques par questionnaires peut constituer *de facto* une base d'évaluation individuelle des patients, d'autant plus que l'administration de ce questionnaire tient généralement lieu d'enquête sociale. L'administration *a priori* du questionnaire peut, de plus, être une source de démotivation immédiate du patient, dans la mesure où il se sait en général insuffisamment solvable pour accéder à un traitement. Le temps n'est presque jamais pris d'envisager avec lui les diverses possibilités de soutien par son entourage familial et social, des possibilités d'autant moins immédiates et d'autant plus délicates à soupeser qu'elles poseront inévitablement au patient la question de la gestion du secret et du partage de l'information sur son infection avec des tiers. Cette démotivation immédiate peut être involontairement aggravée par les commentaires du soignant, ceux-ci n'allant pas nécessairement dans le sens de l'établissement d'une relation durable de confiance. Cette hypothèse du caractère démotivant de la procédure, intervenant à ce stade du bilan initial, semble largement corroborée par la proportion importante de patients naïfs de traitement ARV (plus de 40 %) perdus de vue après la réalisation du bilan initial dans l'Initiative (voir plus loin).

Notons que le Comité consultatif de l'Initiative avait lui-même recommandé que l'enquête socio-économique « *identifie des obstacles potentiels à la bonne compliance* » et que « *les patients soient aidés par les assistants sociaux, les ONG et les associations de personnes vivant avec le VIH pour surmonter ces obstacles avant de décider l'instauration du traitement* »⁴. Dans la mise en œuvre de l'Initiative, cet accompagnement des patients relevait des activités de soutien psycho-social confiées aux associations de personnes vivant avec le VIH. Or ces activités ne sont pas effectives dans tous les centres de l'Initiative. Les membres d'associations volontaires pour être conseillers dans ces centres n'ont en effet reçu qu'épisodiquement les indemnités prévues pour le dédommagement de leurs frais, notamment

³ Document de la Commission I (« Conditions préalables à l'utilisation des antirétroviraux ») de l'Atelier de consensus de juillet 1997.

⁴ Comité consultatif, *Proposition de recommandations*, 17 décembre 1997.

de déplacement⁵. C'est seulement en mai 2000 que la situation a pu être régularisée ; depuis, des conseillers, issus des associations, sont de nouveau présents pour assurer l'accueil des personnes entrant en contact avec l'Initiative dans tous les centres accrédités⁶. A quoi il faut ajouter les difficultés pratiques rencontrées par ces conseillers qui ne disposent souvent d'aucun local pour recevoir les patients et qui, de ce fait, ne peuvent s'entretenir avec eux que dans le bureau du médecin ou de l'assistant social. Ceci obère singulièrement les fonctions, qui leur étaient en principe assignées, d'écoute et de discussion avec les patients dans des conditions de confidentialité et d'indépendance à l'égard de la relation thérapeutique proprement dite.

Toujours au cours de la consultation de bilan initial, le médecin remplit, dans un second temps, un questionnaire de « données médicales » et d'« évaluation clinique » concernant l'état du patient ainsi que les traitements prophylactiques, voire antirétroviraux, que celui-ci a éventuellement déjà suivis. Enfin, le patient est orienté vers le laboratoire de la structure de soins afin d'effectuer un prélèvement de sang dont les examens biologiques seront réalisés par le programme Retro-CI. A l'issue de cette visite, le patient est invité à un deuxième rendez-vous, fixé généralement deux à trois semaines plus tard. Ce laps de temps, pendant lequel il devra faire une radio pulmonaire qu'il amènera à ce nouveau rendez-vous, permettra que les données des questionnaires soient traitées et le prélèvement sanguin analysé par Retro-CI.

La proposition de mise sous traitement ARV

La consultation dite d'« évaluation » des résultats du bilan initial qui, selon les cas, constituera donc le second ou le troisième contact successif du patient avec l'Initiative, a pour première visée explicite

⁵ Sauf cas particuliers tels que la prise en charge du conseiller par le centre, comme au Cirba, la plupart de ces conseillers se sont donc trouvés, pendant près de dix-huit mois, dans une situation paradoxale où ils n'avaient pas eux-mêmes les moyens financiers de se mettre sous traitement alors que certains d'entre eux en avaient besoin et que c'est bien de celui-ci dont ils devaient parler avec les patients.

⁶ Bien que le problème du versement de leurs indemnités semble être réapparu depuis fin 2000.

d'évaluer l'éligibilité du patient à une mise sous traitement ARV en fonction des critères biologiques fixés par l'Initiative (tableau 2).

Tableau 2

Indications de mise sous traitement ARV dans l'Initiative

Si le bilan biologique et clinique ne présente pas d'anomalie ⁷

CD4	Charge virale (non faite)		< 5 000 copies/ml	de 5 000 à 10 000 copies/ml	> 10 000 copies/ml
	> 500/mm ³	≤ 500/mm ³			
> 500/mm ³	Abstention	Abstention	Abstention	Abstention et répéter la charge virale	Traitement
≤ 500/mm ³	Traitement	Traitement	Traitement	Traitement	Traitement

L'algorithme médical de l'Initiative peut être résumé de la façon suivante :

- Si le nombre de CD4 est supérieur à 500/mm³, un nouveau prélèvement est demandé en vue de connaître la charge virale, le patient ayant donc à revenir ultérieurement pour que le résultat de cette nouvelle analyse lui soit communiqué. Dans ce cas, si la charge virale est inférieure à 10 000 copies/ml, la mise sous traitement ARV est « différée » et un nouveau rendez-vous est donné au patient, dans un délai de six mois, pour que soit réalisé un nouveau contrôle de sa charge virale. Si la charge virale est supérieure à 10 000 copies (ou si elle a augmenté significativement après 6 mois), une mise sous traitement ARV est préconisée.

- Si le nombre de CD4 est inférieur ou égal à 500/mm³, un traitement ARV est préconisé, accompagné d'une prescription immédiate de traitement prophylactique par cotrimoxazole.

⁷ Le bilan est dit « anormal » lorsque des affections (telles que tuberculose) ou des anomalies sanguines (anémie par exemple) sont détectées. Elles doivent alors être traitées avant toute perspective de mise effective sous traitement ARV et donnent lieu à une prescription médicamenteuse, s'accompagnant d'une mise sous prophylaxie par cotrimoxazole si le patient a moins de 500 CD4/mm³ (sauf contre-indication). Selon les données de Retro-CI, environ 20 % des patients se présentant dans l'Initiative présentent de telles anomalies impliquant de différer une mise sous traitement ARV.

Le caractère peu discriminant de ces critères est attesté par le fait que plus de 85 % des patients naïfs de traitement ARV bénéficiant d'un bilan initial dans l'Initiative remplissent les conditions d'éligibilité fixées ($CD4 \leq 500/mm^3$ et/ou $CV > 10\,000$ copies/ml).

L'annonce de la possibilité médicale du recours aux ARV confronte néanmoins la plupart des patients à des modes d'appréciation de leur infection qui sont totalement nouveaux pour eux. En effet, les examens de CD4 et de charge virale effectués dans le cadre de la procédure d'accès à l'Initiative sont souvent les premiers tests biologiques de ce type pratiqués sur ces patients, et il ne semble pas y avoir eu élaboration d'une stratégie de communication à ce sujet de la part des médecins prescripteurs (voir chapitre 4.2). Dans ce contexte, hormis les considérations relatives à ses capacités financières, sur lesquelles il aura été fortement insisté dès la première consultation dans l'Initiative, les possibilités réellement offertes au patient d'éclairer son choix d'accepter ou non la démarche de mise sous traitement ARV (notamment en termes d'effets attendus de cette thérapie) demeurent restreintes. Cela peut être accentué par le fait que la restitution des résultats du bilan biologique par le médecin n'est pas toujours mise en relation avec la perception qu'a le patient de son état de santé. De plus, l'utilité des examens sanguins dans la procédure de proposition de traitement n'a elle-même pas forcément été explicitée au patient (qui éprouvera donc d'autant plus de difficultés à engager un dialogue sur cette base avec le médecin, voire même simplement à lui poser des questions).

Malgré le caractère sélectif de la procédure qui vient d'être décrite, seulement un peu moins du tiers (29 % selon les données de Retro-CI) des patients déclarés médicalement éligibles à l'issue du bilan pré-thérapeutique sont en mesure d'accéder immédiatement aux ARV s'ils le souhaitent parce qu'ils sont capables d'assurer l'intégralité du financement de leur traitement. En revanche, plus des deux tiers de ces patients éligibles se trouvent dans une situation plus délicate : ils savent désormais qu'ils ont « besoin » du traitement – un besoin souvent perçu, et parfois même présenté, comme « urgent » – mais aussi que l'initiation effective de celui-ci dépendra de l'obtention d'une subvention.

L'accès à un traitement antirétroviral subventionné : une procédure complexe et souvent longue

La procédure qui consiste à introduire un dossier de demande de subvention concerne deux « groupes » de patients. Les premiers sont ceux qui ont « droit » à une subvention du fait de leur « statut » de membres d'associations de personnes vivant avec le VIH ou de femmes ayant participé à un essai thérapeutique de réduction de la transmission de la mère à l'enfant de l'infection à VIH. Ces personnes forment les « *catégories prioritaires* » de l'Initiative. Ils ont d'abord eu accès, pour les bithérapies, à une subvention de 75 % de la part du Fonds ivoirien de soutien aux traitements. Puis, comme on l'a vu au chapitre 1, cette subvention a été augmentée à 95 % avec l'apport, en avril 1999, du Fonds de solidarité thérapeutique internationale (FSTI) pour la bithérapie, ce qui correspond à des dépenses restant à la charge du patient de l'ordre de 5 000 FCFA. Depuis fin octobre 1999, ils bénéficient également d'une subvention de l'ordre de 95 % pour une trithérapie, la somme restant à leur charge étant fixée désormais forfaitairement à 10 000 FCFA.

Les seconds sont les patients dits « *démunis* », c'est-à-dire n'appartenant pas aux catégories précédentes tout en étant dans l'incapacité de prendre en charge un traitement à plein tarif – encore une fois, sans que cette notion ait donné lieu à l'élaboration de critères de définition plus précis. Ces patients pouvaient prétendre à l'octroi d'une subvention du Fonds ivoirien de 50 % pour la bithérapie et, à partir d'octobre 1999, d'une subvention de 75 % pour une trithérapie, ce qui représentait une charge pour le patient de l'ordre de 50 000 FCFA (soit plus que le salaire minimum ivoirien) pour une bithérapie et d'environ 80 000 FCFA pour une trithérapie.

Une première sélection des demandeurs de subventions par le médecin

La démarche de demande de subvention est initiée dans le bureau du médecin, celui-ci ayant à effectuer une première sélection des patients. Le règlement intérieur du Comité de gestion de l'Initiative précise

explicitement que « seuls les dossiers répondant aux critères biologiques et préalablement sélectionnés par les médecins, puis approuvés par le Secrétariat technique, seront soumis au Comité de gestion pour subvention ». Pour les patients ayant droit à la subvention de 95 %, le médecin doit s'assurer, soit qu'ils sont effectivement membres d'une association et vérifier que leur nom figure effectivement sur la liste déposée par chaque association et transmise par le coordonnateur technique, soit qu'ils ont effectivement participé à un essai thérapeutique de réduction de la transmission mère-enfant en leur demandant de fournir une lettre des responsables du projet.

Pour les patients qui estiment ne pas être en mesure de prendre en charge un traitement ARV à plein tarif et peuvent alors prétendre à la subvention de 50 % ou de 75 % en tant que « démunis », les médecins ont à tenir compte, outre du critère de la résidence⁸, du niveau de ressources et du nombre de personnes à charge déclarés par le patient lors de l'administration du questionnaire socio-démographique de bilan initial. Ce travail de vérification de critères extra-médicaux est particulièrement délicat pour les médecins. D'un côté, ceux-ci peuvent se montrer réticents à constituer un dossier de demande de subvention pour les patients qu'ils estiment en réalité être en mesure de payer intégralement leur traitement, cela dans un souci d'équité visant à privilégier vraiment des patients économiquement plus « faibles ». D'un autre côté, les médecins ont aussi à prendre en considération le fait que ceux pouvant prétendre à une subvention ne doivent pas être « trop démunis », puisqu'ils doivent quand même être en mesure de mobiliser un certain niveau de ressources afin d'assumer, chaque mois, la part du coût du traitement qui restera à leur charge (de l'ordre de 50 000 à 80 000 FCFA). L'imprécision des critères socio-économiques donnant droit à la qualité de « démunis » tend bien à mettre les prescripteurs dans une situation, difficilement gérable, de « double contrainte ». Il leur faut, dans un même entretien, vérifier que les patients sont « suffisamment » pauvres pour légitimer l'octroi d'une subvention, mais aussi qu'ils disposent de ressources financières « suffisantes » pour assurer la continuité du paiement des frais de traitement ARV restant à leur charge.

⁸ En principe les non-résidents dans le pays n'ont pas accès à une subvention.

Une fois encore, dans un contexte où les critères médicaux choisis conduiraient *a priori* à traiter la très grande majorité des patients, des critères socio-économiques peu définis, voire soumis à des tensions contradictoires, viennent occuper une place décisive dans le processus d'accès aux traitements ARV. Il convient d'ailleurs de remarquer que cette évaluation sélective en vient parfois à s'opérer également sur des patients à qui est pourtant *a priori* reconnu un « droit » à l'octroi d'une subvention du fait de leur appartenance aux « catégories prioritaires » de l'Initiative. Se révèle alors d'autant mieux le caractère mal défini des échelles de valeurs que sont amenés à mobiliser les soignants : l'appréciation socio-économique est finalement fondée sur assez peu d'éléments d'information objectifs (qui se réduisent à ceux contenus dans le questionnaire de bilan initial) et elle est d'autant plus aisément influencée par certains jugements de valeur personnels. Ces jugements font intervenir aussi bien des éléments relatifs à l'itinéraire du patient que des critères moraux. Ainsi, des femmes (notamment des mères de famille) membres d'associations et/ou patientes participant à un essai, peuvent accéder à la visite d'évaluation de leur bilan initial et être déclarées éligibles au traitement. Mais le médecin peut être tenté, au vu de leur faible autonomie économique, de soumettre en fait l'initiation de la thérapie antirétrovirale, elle-même très dépendante de l'accès effectif à la subvention maximale, à des conditions telles que l'information obligée du conjoint ou du partenaire.

Un dispositif complexe d'examen des demandes de subvention transmises par le médecin

Après avoir reçu l'aval du médecin, la demande de subvention est transcrite sur fiche anonyme (mentionnant seulement le numéro de dossier) à partir des données collectées lors de l'administration du questionnaire démographique, auxquelles est ajouté le taux de CD4 (et si besoin la charge virale). Ensuite, cette fiche est transmise au coordonnateur technique de l'Initiative qui la prépare pour son évaluation par le Comité de gestion : les différents critères retenus (âge, sexe, situation matrimoniale, niveau de revenu mensuel, type d'habitat et nombre d'enfants à charge) « sont cotés de 0 à 5 et affectés d'un coefficient en fonction de leur

importance. Les critères les plus cotés sont le sexe, le revenu et le statut matrimonial » ; une femme est ainsi plus « cotée » qu'un homme, une personne mariée plus qu'un célibataire, etc. Les fiches préparées, puis visées par le Secrétariat technique, sont alors transmises au Comité de gestion, au plus tard trois jours avant que celui-ci se réunisse.

Sensé se prononcer mensuellement sur les demandes de subventions, ce comité s'est toujours réuni à un rythme moindre (de l'ordre d'une fois tous les deux mois). Surtout, il a suspendu son activité de juin à octobre 1999, dans l'attente des décisions sur le passage à la trithérapie dans l'Initiative. Après une dernière réunion en novembre 1999, le comité a même cessé de se tenir en arguant des problèmes de trésorerie rencontrés dans l'Initiative (voir chapitre 1). Fin mars 2000, plus de 80 % des patients en attente de subvention d'un traitement ARV dans l'Initiative étaient dans cette situation depuis plus de deux mois. Du lancement de l'Initiative en août 1998 à cette date de mars 2000, pour accéder à un traitement subventionné, un patient demandeur pouvait donc être amené à attendre plusieurs mois avant que son nom n'apparaisse sur la liste des personnes retenues par le Comité de gestion. Cette liste devait ensuite être transmise aux centres accrédités pour que ceux-ci puissent enfin démarrer le traitement ARV. Certains patients se sont ainsi vus contraints de refaire un bilan initial dans l'Initiative avant que leur mise effective sous traitement puisse de nouveau être évaluée, les analyses biologiques faites antérieurement n'étant plus valables. Ce circuit, particulièrement lourd et complexe, tranche pour le moins avec le constat fait par ailleurs que l'ensemble des demandes de subvention soumises au Comité de gestion « *finissent toujours par être acceptées* ». Le président du Comité de gestion revendique d'ailleurs ouvertement cette absence de sélectivité à son niveau au nom du principe que « *toute personne faisant appel au comité le fait parce qu'elle est dans le besoin* ». La tâche réelle du comité doit alors se borner à contrôler le niveau de subvention qui sera accordé, selon que le demandeur appartient ou non aux « catégories prioritaires », bénéficiaires de la subvention maximale.

On peut donc s'interroger sur la nécessité d'une procédure aussi lourde d'instruction des dossiers, impliquant un allongement des délais d'attente avant la mise sous traitement, qui, en définitive, ne fait

qu'entériner un processus de sélection largement effectué en amont. Il est d'ailleurs significatif qu'à plusieurs reprises au cours de l'année 2000 (en février et en mai au moins, à notre connaissance), la coordination de l'Initiative se soit décidée à établir elle-même des listes de bénéficiaires de subventions afin d'apurer les dossiers en souffrance, dont certains demeuraient en attente depuis l'automne 1999. Dans le même esprit, la procédure d'octroi des subventions à 95 % pour les membres d'associations de personnes vivant avec le VIH a été simplifiée au printemps 2000 : chaque association a en charge, comme cela était initialement le cas, d'établir une liste restreinte de ses membres ouvrant droit à subvention ; mais, désormais, cette liste est remise directement aux prescripteurs des centres accrédités après avoir été visée par la coordination de l'Initiative. Les bénéficiaires de la liste peuvent alors accéder au traitement à tarif subventionné sans avoir à déposer de demande individuelle. Parallèlement, certains médecins, confrontés au désarroi de patients en attente de l'octroi d'une subvention pour initier leur traitement, pouvaient être tentés d'anticiper les « décisions » officielles d'attribution, considérant que celles-ci s'étaient jusque-là toujours, tôt ou tard, traduites en une acceptation des demandes qu'ils avaient transmises.

Le dispositif d'octroi de subventions originellement prévu, trop lourd et trop lent, tend donc aujourd'hui logiquement à être court-circuité. Si les initiatives prises dans ce sens sont susceptibles de réduire les délais d'attente pour certains patients, elles portent néanmoins le risque d'engendrer une certaine désorganisation administrative et, en accroissant la marge de décision dépendant plus ou moins directement de la seule coordination technique de l'Initiative, de favoriser une excessive personnalisation des choix effectués. Surtout, elles témoignent de ce que, en réalité, la sélection des patients sur critères socio-économiques ne s'est jamais réalisée dans le cadre du mécanisme institutionnel prévu à cet effet (l'octroi de subventions). La sélection intervient plutôt en amont, selon des processus partiellement implicites, au travers des multiples décisions des professionnels de santé concernés d'orienter ou non un patient vers l'Initiative, d'ouvrir ou non un dossier

pour les patients ayant fait la démarche de s'adresser à celle-ci⁹ et d'encourager ou non (consciemment ou pas) les patients ayant effectué un bilan d'inclusion dans l'Initiative, à persister dans leur démarche.

Une confirmation par les chiffres

Selon les données fournies par le projet Retro-CI en charge du suivi clinique et épidémiologique des personnes incluses dans l'Initiative¹⁰, un total de 2 144 patients a effectué un bilan initial dans l'Initiative entre août 1998 (ouverture des premiers centres accrédités) et fin mars 2000¹¹. Parmi ces 2 144 personnes, 222 (10,4 %) étaient déjà sous traitement ARV, leur inclusion dans l'Initiative ayant été motivée par la recherche d'un meilleur suivi et/ou d'un soutien financier *via* l'obtention d'une subvention ; 48 autres (2,2 %) étaient des patients qui n'étaient plus sous ARV lors du bilan mais avaient déjà bénéficié antérieurement d'un traitement ARV. Au total, 227 de ces patients non naïfs lors du bilan d'inclusion se verront effectivement prescrire des ARV dans le cadre de l'Initiative.

La *figure 1* ci-contre décrit le devenir, en date du 31 mars 2000, des 1 874 patients naïfs de traitement ayant fait un bilan initial. La proportion de patients ne revenant pas après leur bilan atteint le chiffre considérable de 42,4 %, ce qui confirme bien l'hypothèse d'une sélection ou d'une auto-sélection implicite, de la part tant des prescripteurs que des patients eux-mêmes. Parmi les 1 080 patients naïfs revenus à la visite d'évaluation de leur bilan, un peu moins du tiers (28,5 %) n'étaient pas

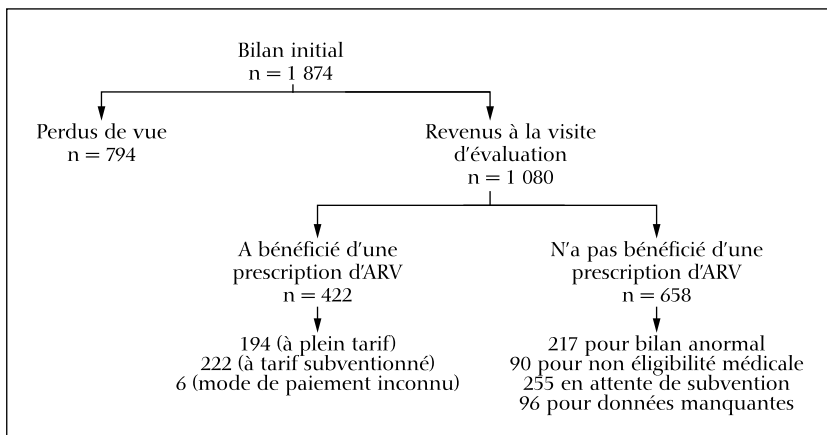
⁹ Sur ces deux points, le dispositif de collecte de données mis en place par Retro-CI ne permet aucune réponse précise. Seule notre enquête auprès d'un échantillon de personnes infectées par le VIH (chapitre 4) souligne les différences entre les patients traités dans l'Initiative et le reste des patients suivis dans des structures de soins.

¹⁰ Djomand G, Roels T, Chorba T. *HIV/AIDS Drug Access Initiative. Preliminary Report (August 1998-March 2000)*. UNAIDS, June 2000.

¹¹ Ces chiffres ne prennent en compte que les prélèvements sanguins de bilan transmis aux laboratoires de Retro-CI. Il conviendrait d'y ajouter un certain nombre de patients qui ont pu avoir accès à un traitement ARV dans l'Initiative par un autre circuit, notamment dans le cadre d'accords de partenariat directs entre de grandes entreprises et certains centres accrédités comme le Cirba.

éligibles pour le traitement ARV sur la base des critères médicaux en vigueur, ceci pour l'essentiel en raison d'anomalies dans leur bilan biologique (notamment des anémies) ; un peu plus du tiers (39,1 %) avait été mis sous traitement ARV ; le dernier tiers était soit en attente de subvention pour démarrer les ARV (25,6 %), soit en attente d'informations complémentaires, sans que nous en connaissions la teneur, pour décider ou non de la mise sous traitement (8,8 %).

Figure 1
Évolution des patients naïfs ayant effectué un bilan dans l'Initiative (août 1998–mars 2000)



Source : Retro-CI.

Selon les données fournies par Retro-CI fin mars 2000, plus de la moitié (52,6 %) des patients sous ARV dans l'Initiative, dont le revenu mensuel était inférieur à 150 000 FCFA, bénéficiaient des subventions les plus importantes (75 % ou plus) ; en revanche, c'est le cas de moins de la moitié des patients ayant les conditions cliniques les plus sévères à l'initiation du traitement (47,8 % des patients au stade sida, 45,2 % des patients à moins de 200 CD4/mm³). Ce qui suggère que l'actuelle combinaison de critères médicaux « larges » d'éligibilité, avec un système de subventions aux critères socio-économiques insuffisamment définis, ne permet pas vraiment de garantir la concentration des moyens sur les groupes de patients présentant les besoins les plus pressants. On notera

que plus de la moitié (55 %) des 2 144 patients ayant eu un bilan dans l'Initiative entre août 1998 et mars 2000 présentaient un taux de CD4 inférieur à $200/\text{mm}^3$ au moment de leur inclusion, ce qui donne une indication sur les conséquences que pourraient avoir des critères d'initiation du traitement ARV plus restrictifs.

Selon les données fournies par la coordination technique, l'évolution du nombre de patients traités par ARV dans l'Initiative est la suivante : 649 recensés fin mars 2000, 864 en août puis 1 013 en novembre de la même année. Ce qui indique une poursuite régulière des mises sous traitement, en dépit des difficultés multiples d'approvisionnement en ARV au cours de l'année 2000 décrites par ailleurs dans le chapitre 1. Cependant, entre mars et août 2000, la proportion de patients ne retournant pas dans l'Initiative après le bilan initial serait restée stable : de l'ordre de 43 %.

Regards critiques sur les processus de sélection des patients dans l'Initiative

Des observations conduites en mai-juin 1999 au CAT d'Adjamé¹², qui a accueilli près de 40 % des patients ayant fait un bilan initial dans l'Initiative, ainsi que les entretiens qualitatifs conduits auprès de patients (voir chapitre 4.2), comme leur recoupement avec les données d'une enquête quantitative auprès des patients (voir chapitre 4.1), suggèrent quelques pistes pour éclairer les processus qui peuvent conduire des personnes infectées par le VIH à renoncer d'entreprendre, ou de poursuivre, une démarche d'accès au traitement ARV.

¹² Observations faites au cours du suivi de patients réalisé par K. Delaunay (*Cf. supra*) et intervenues dans un contexte particulier, celui des suites du lancement du FSTI (à la mi-avril 1999), avec une orientation massive vers le CAT d'Adjamé de patients de l'essai Cotrimo-Ci, en vue de faire pression pour qu'ils aient accès à la subvention de 95 % qui leur était, dans les faits, refusée (ce que les patients apprenaient une fois sur place), alors qu'elle était accordée aux femmes ayant participé à des essais de prévention de la transmission mère-enfant.

Les bilans initiaux « sans suite » : les difficultés de la relation soignants / soignés

Les raisons qui peuvent conduire un nombre important de patients, ayant effectué un bilan dans l'Initiative, à ne pas lui donner suite en ne revenant pas chercher leurs résultats, peuvent pour partie tenir à des facteurs relevant des attitudes de ces patients eux-mêmes : prise de conscience que la fréquentation répétée d'un centre accrédité risque de les contraindre à dévoiler leur séropositivité à leur entourage ou à un environnement plus large alors qu'ils ne le souhaitent pas, notamment par crainte de la stigmatisation ; survenue d'un épisode morbide pour lequel la personne a préférentiellement recours à une structure de proximité plutôt qu'au médecin du centre accrédité avec qui elle vient juste de prendre contact dans le cadre de l'Initiative.

Mais, d'autres facteurs sont en rapport direct avec le fonctionnement de l'Initiative. Le cas factuel du report (parfois des reports successifs) de la date du rendez-vous d'évaluation, les résultats des analyses n'ayant pas pu être transmis à temps par Retro-Ci, ne constitue qu'un exemple extrême. Ce sont plus fondamentalement des difficultés liées à la construction de la relation entre le patient et l'équipe médicale qui sont en cause. Ces difficultés peuvent d'abord tenir à des contraintes matérielles et à une insuffisance de moyens. Les équipes médicales peuvent manquer de temps, ou leur effectif être trop limité, pour mettre en œuvre une proposition de mise sous traitement antirétroviral qui éclaire le choix du patient et le motive fortement à revenir, alors que la procédure de bilan de l'Initiative constitue souvent la première prise de contact entre le patient et l'équipe socio-médicale du centre accrédité. Les limites, déjà mentionnées, en termes de soutien psycho-social et de présence de représentants des associations dans les centres, aggravent la difficulté à offrir au patient un accueil individualisé. Le cas du CAT d'Adjamé est révélateur : un seul médecin est affecté à la cellule ARV de l'Initiative, assisté, dans le même bureau, d'un étudiant en médecine depuis le mois de juin 1999. Certes, l'équipe est renforcée par l'existence d'un service social dont le personnel prend en charge la conduite des entretiens préliminaires et l'administration de la partie démographique du questionnaire de bilan initial. Mais les deux assistants sociaux de ce

service effectuent ce travail pour l'Initiative en plus de leurs activités habituelles d'annonce du diagnostic de VIH chez les patients traités pour une tuberculose, et de suivi des séropositifs après guérison de leur tuberculose. Enfin, dans cette structure, comme dans d'autres, il n'y a plus de volontaires assurant le soutien psychosocial dans le cadre de l'Initiative.

Au-delà de l'insuffisante disponibilité matérielle des soignants, c'est le contenu même de la procédure de bilan, et la tension qu'elle crée entre la nécessité d'évaluer la capacité financière des patients à assumer une partie des coûts du traitement et la nécessité d'identifier ceux qui sont légitimement susceptibles de bénéficier d'une subvention, qui peut donner aux patients l'impression d'être soumis à des épreuves successives pour justifier d'un éventuel accès aux ARV, plutôt que de se voir proposer l'instauration d'un dialogue autour d'un projet thérapeutique à construire ensemble avec le prescripteur.

Des patients ayant participé à un essai de prophylaxie par cotrimoxazole ont ainsi pu se voir opposer différents arguments contradictoires d'accès aux ARV : d'une part, pour ceux qui n'avaient pas accès à la subvention maximale de 95 %, le financement de leur traitement devenait problématique ; d'autre part, quel que soit le niveau de subvention dont ils pourraient bénéficier, leur capacité à l'observance d'un traitement ARV était de toute façon remise en cause par leur participation antérieure à un essai, où ils avaient justement accédé à une prise en charge médicale totalement gratuite. En l'occurrence, le seul facteur prédictif d'observance considéré était celui de la capacité à consacrer des ressources au traitement ARV, au point d'occulter l'expérience qu'avaient pu acquérir ces patients dans le suivi d'un autre traitement au long court avec prise quotidienne. De même, on peut craindre que les femmes, et particulièrement les mères, pourtant prioritaires dans la mise en œuvre de l'Initiative, puissent de nouveau voir se retourner contre elles, pour l'accès à un traitement antirétroviral, tout ce qui avait accru leur vulnérabilité et fait d'elles des victimes de l'épidémie : leur faible autonomie financière, leur faible pouvoir à négocier l'utilisation du préservatif, ou la difficulté à informer le partenaire au sein du couple.

Face à une procédure dont les différentes étapes sont rarement

explicitées au départ, les patients sont souvent en quête de canaux alternatifs d'informations. Cette recherche est encore accentuée par le fait que, contrairement aux recommandations faites par l'OMS et l'Onusida de diffuser largement, par des messages clairs, les informations relatives à l'Initiative, les indications mentionnées par la presse lors du lancement d'août 1998 sont demeurées imprécises et n'ont été relayées par aucune stratégie de communication de la part des responsables de l'Initiative. Des discussions s'engagent aisément entre les patients qui attendent d'être reçus par l'équipe socio-médicale, et qui portent sur les chances de chacun de voir ses démarches aboutir ou non à une mise sous traitement. Il apparaît alors rapidement aux patients que différentes « catégories » sont distinguées dans les tarifs de traitement qui leur sont annoncés dès l'entretien préliminaire d'information, notamment lorsqu'il est question de la subvention qui rend le traitement le plus accessible financièrement. Au CAT, dans le contexte certes particulier des mois de mai-juin 1999¹⁵, parmi des consultants partageant souvent une condition commune « d'économiquement faibles », un sentiment d'injustice pouvait ainsi naître entre les « privilégiés » (pour reprendre un terme utilisé par les patients eux-mêmes), c'est-à-dire ceux qui bénéficieraient de tarifs les plus accessibles, et les « autres », ceux qui n'y auraient pas droit. Une représentation de l'accès à l'Initiative fondée sur une telle césure n'incitait probablement guère ceux et celles qui se savaient, ou se vivaient parmi les probables exclus de l'accès aux subventions, à poursuivre leurs démarches. C'était en particulier le cas de ceux qui apprenaient, dès les premières consultations, ne pas faire partie des « catégories prioritaires » tout en se considérant eux-mêmes comme « démunis ». L'accès au traitement subventionné était alors conditionné par leur capacité à mobiliser mensuellement une somme supérieure au salaire minimum ivoirien. Dans un tel contexte, les possibilités de rumeurs, plus ou moins fondées, pouvant circuler par l'intermédiaire des canaux informels de rencontres entre patients sur le lieu des centres accrédités, sont importantes. Ainsi, l'existence de listes de membres d'associations, déposées dans les centres accrédités, où figurent les noms de ceux qui peuvent bénéficier des subventions les plus élevées, a pu alimenter, dans

¹⁵ Cf. *supra*, note 12.

une population non informée des conditions précises de l'Initiative, des rumeurs d'arbitraire et de passe-droits. Ces rumeurs pouvaient aussi prendre corps dans le cercle même des patients *a priori* les plus « proches » de l'Initiative du fait de leur insertion antérieure dans les réseaux de prise en charge existants, constituant autant de canaux de circulation de l'information.

L'ensemble de ces observations plaident clairement pour que, à l'avenir, soient mieux différenciés, lors de l'inclusion dans l'Initiative, d'une part, les moments consacrés par l'équipe soignante – les médecins en particulier – à l'information des patients sur la nature d'un traitement antirétroviral, les avantages mais aussi les contraintes qu'ils peuvent en attendre, d'autre part, les procédures destinées à l'évaluation individuelle de la capacité financière du patient afin de l'orienter vers le système de subvention ou de solidarité adéquat. Mais, dans cette perspective, il paraît aussi indispensable de réviser le système de subventions lui-même.

Les inadéquations du système de subvention

Officialisée par les organisations des Nations unies lors de l'Initiative de Bamako, en septembre 1987, la politique dite de « *recouvrement des coûts* » est devenue la pierre de touche des stratégies suivies en matière de financement des dépenses dans le secteur public de la santé de la plupart des pays africains, dont la Côte d'Ivoire¹⁴. Même si les modalités précises de financement peuvent varier d'un pays ou d'une expérience à l'autre, le recouvrement des coûts, c'est-à-dire la participation financière directe des usagers à tout ou partie du coût des services de santé dont ils bénéficient, vise d'abord à dégager des ressources supplémentaires pour les systèmes publics de santé, dans un contexte de « *défaillances du système étatique* »¹⁵. Un second objectif proclamé voit dans cette politique un moyen d'inciter à une meilleure utilisation des ressources dans le système de santé lui-même : « *si les services de santé vendent leurs prestations,*

¹⁴ Dumoulin J, Kaddar M. Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne : rationalité économique et autres questions subséquentes. *Sciences Sociales et Santé* 1995 ; 11 (2).

¹⁵ Tizio S, Flori YA. L'Initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun. *Revue Tiers Monde* 1997 ; 38 (152) : 857-58.

ils devront payer leurs intrants et ils seraient alors attentifs à leurs choix »¹⁶. Enfin, la participation financière directe des usagers est également censée jouer un rôle de responsabilisation, voire d'éducation pour la santé, et même fournir « un moyen de modifier les déterminants comportementaux de l'état de santé »¹⁷. En mobilisant des ressources plus importantes pour le fonctionnement des structures publiques de santé, le recouvrement des coûts doit théoriquement améliorer leur gestion et la qualité des prestations qu'elles fournissent, empêchant par là même la fuite vers le secteur privé d'une partie de la « demande solvable ». Il est même *a priori* compatible avec un objectif égalitariste d'équité puisque les ressources épargnées par le budget de l'État, grâce à la contribution financière des ménages, peuvent en principe être consacrées à une subvention d'exonération de paiement pour les ménages les plus défavorisés. Le recouvrement des coûts n'exclut donc nullement des formes de gratuité des soins pour certaines catégories de la population. La Banque mondiale, elle-même, note que même dans les hypothèses les plus optimistes sur la « capacité et la propension à payer » les soins de santé dans les pays en développement, une proportion importante de la population continuera de requérir l'assistance¹⁸. L'une des commissions préparatoires à l'Atelier de consensus de juillet 1997 soulignait d'ailleurs qu'« un grand nombre de séropositifs n'ont de fait accès qu'aux services de santé leur offrant les prestations les moins coûteuses, voire gratuites »¹⁹.

L'orientation générale qui semble avoir dominé la conception initiale d'introduction des ARV en Côte d'Ivoire, dans le cadre de l'Initiative, a néanmoins considéré que de tels traitements ne sauraient être totalement gratuits dans un pays ayant opté pour la politique de recouvrements des coûts des soins de santé. Mais, à la différence de l'Ouganda où le gouvernement a fait le choix de ne soutenir directement l'Initiative qu'à travers la mise à disposition d'une infrastructure sanitaire et de

¹⁶ Dumoulin et Kaddar, *Op. cit.*, note 14.

¹⁷ Fournier P, Potvin L. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. *Sciences Sociales et Santé*, 1995 ; 13 (2).

¹⁸ Banque mondiale. L'ajustement en Afrique. Réformes, résultats, et chemin à parcourir. Washington DC : *Oxford University Press*, 1994.

¹⁹ Document de la Commission III (« Protocoles thérapeutiques, suivi accessibilité, compliance ») de l'Atelier national de consensus de juillet 1997.

personnel, laissant totalement au financement individuel ou du secteur privé la charge du coût des médicaments, les autorités ivoiriennes se sont refusées à ignorer toute considération d'équité distributive en mettant en place un Fonds pour subventionner les traitements ARV. Il s'agissait clairement, pour reprendre l'expression du Directeur exécutif du PNLs/MST/TUB, de « *soutenir et aider les plus pauvres* ». Précisons que les données fournies par Retro-CI quant aux caractéristiques socio-économiques des patients ayant effectué un bilan biologique dans l'Initiative entre août 1998 et fin mars 2000, montrent qu'ils sont 40 % à se déclarer totalement sans ressources et 45 % supplémentaires à disposer d'un revenu inférieur à 250 000 FCFA/mois, montant correspondant au coût mensuel minimal à plein tarif d'une trithérapie avec antiprotéase à cette date : le recours au système de subventions mis en place par l'État ivoirien apparaît donc bien comme une nécessité pour la majorité des patients. De fait, si les patients savent que l'accès à un traitement ARV est un moyen d'améliorer leur état de santé et leur qualité de vie, la plupart d'entre eux comprennent tout aussi rapidement que ce traitement, par son coût élevé (voir *figure 14*, chapitre 3.1), peut faire courir des risques à d'autres aspects de leur existence.

Il n'en reste pas moins que la catégorie dite des « démunis » est demeurée floue alors qu'elle est la seule permettant l'accès au système de subvention pour les personnes infectées par le VIH n'appartenant pas au « cercle » des associations et des essais. De plus, compte tenu des prix des bi- et trithérapies, l'attribution de subventions de l'ordre de 50 % et de 75 % laisse à la charge du patient des sommes équivalentes ou parfois supérieures au salaire minimum, ce qui suggère que les bénéficiaires de telles subventions ne sont pas nécessairement « les plus pauvres ». Ce que confirme le statut socio-économique plutôt plus élevé des patients dans l'Initiative par comparaison avec le reste des patients infectés fréquentant les structures de santé (voir chapitre 4.1). En dépit de son indéniable souci d'équité, les ambiguïtés relatives de l'actuel système de subventions ont donc pu contribuer à créer des situations difficiles à gérer pour les patients.

Pour les personnes n'ayant aucun revenu personnel ou n'ayant que de faibles ressources, la mise sous traitement antirétroviral nécessi-

tera la mobilisation de ressources familiales, passant par une confidentialité partagée qui n'est pas sans risque. De plus, si cette mobilisation est effective pour certains patients, elle est susceptible d'engendrer une totale dépendance vis-à-vis de l'entourage, ce qui peut fragiliser la continuité du traitement en cas de rupture de ces liens. Enfin, cette dépendance, en se perpétuant, peut devenir de plus en plus problématique à gérer et même se rompre, laissant alors le patient définitivement sans ressource.

A côté de patients dont l'accès à un traitement antirétroviral a pu s'appuyer sur des réseaux familiaux ou communautaires, se présente aussi le cas de personnes déclarant des niveaux convenables de revenus (fonctionnaires par exemple) mais pour lesquelles le coût des traitements demeure problématique, même dans l'hypothèse d'une subvention à 50 %. Ce coût peut en effet venir remettre en cause un certain nombre de charges liées à leurs revenus (par exemple, traites pour le remboursement de prêts contractés pour l'achat d'un terrain ou la construction d'une maison). Or le questionnaire démographique, sur lequel se fondent le médecin et le Comité de gestion pour donner suite ou non aux demandes de subvention des patients, ne rend pas compte de ce type d'éléments qu'une véritable enquête sociale, malheureusement trop rarement mise en œuvre, aurait permis d'identifier.

De surcroît, l'octroi de subventions strictement individuelles semble nuire, non seulement à l'accès effectif aux traitements, mais aussi à l'observance, voire à la prévention. Dans un contexte de transmission hétérosexuelle de l'infection, il pourrait être intéressant de réfléchir à la définition d'une subvention pour les couples, comme pour les familles ayant des enfants infectés par le VIH. Une telle approche a d'ailleurs été ébauchée par le FSTI à partir de l'été 2000. Elle pourrait favoriser l'information mutuelle des partenaires sur leur statut sérologique, ce à quoi devrait *a priori* inciter l'existence d'un traitement. Or, aujourd'hui, une personne peut accéder à un traitement qui ne l'incitera guère à parler de son infection à son/sa partenaire et qu'il prendra donc « en cachette », ou moyennant de multiples précautions afin de le rendre non identifiable, y compris au domicile. Le patient traité peut en effet craindre que si son (ou sa) partenaire s'avère aussi infecté(e), il sera fort difficile, sinon

impossible, pour le budget du ménage de financer en parallèle deux traitements. Quant aux couples où l'homme et la femme se sont mutuellement informés de leur statut sérologique et communiquent sur l'évolution de leur maladie et de leur prise en charge, la proposition de mise sous traitement de l'un des deux peut créer des tensions qui n'existaient pas auparavant : le choix de celui qui aura accès au traitement et inversement de celui qui devra attendre, étant donné les ressources mobilisables, peut créer un terrible dilemme. Ces situations difficiles sont également lourdes à gérer pour le médecin prescripteur qui peut ainsi être amené à renoncer à aborder le problème de l'information du partenaire avec le patient mis sous traitement, voire ne pas interroger celui-ci sur les conditions de prise des ARV dans le contexte domestique. La proportion plus élevée d'hommes traités dans l'Initiative que de femmes (voir chapitre 4.1) pourrait trouver dans ces phénomènes un élément d'explication.

L'Initiative, et c'est tout à son honneur, a fait naître un espoir d'accès à des traitements ARV chez des personnes appartenant à des catégories sociales peu favorisées et ne bénéficiant pas *a priori* du soutien de proches. Mais le système de subvention existant, de par l'imprécision de ses critères, et en l'absence d'une possibilité de totale gratuité pour les catégories les plus défavorisées²⁰, demeure en partie inadapté aux réalités de la société ivoirienne et aux conditions d'existence des groupes effectivement les plus démunis. Les mesures adoptées en janvier 2001, grâce au soutien du FSTI, vont dans le sens d'un rapprochement des niveaux de subvention entre les différentes catégories. En effet, depuis le début 2001, le FSTI a complété la subvention du Fonds national ivoirien de façon à ce que les « démunis » n'aient plus à payer que 30 000 FCFA pour une trithérapie et 20 000 FCFA pour une bithérapie, le FSTI réglant directement à la PSP la différence entre ce tarif octroyé aux patients et le montant initial de la subvention du Fonds national ivoirien.

Jusqu'à ce réaménagement, ce sont les associations de personnes vivant avec le VIH qui, bénéficiant d'une priorité pour l'obtention de la subvention maximale (de 75 % puis 95 %), sont apparues, pour bon nom-

²⁰ Possibilité qui est désormais ouverte puisqu'elle a été testée dans le cadre de l'expérience sénégalaise d'accès aux ARV.

bre de personnes en quête de traitement, comme la voie privilégiée pour bénéficier d'une prise en charge qui leur permette d'accéder aux ARV, certains prescripteurs orientant même une partie de leurs patients vers elles. Mais cet afflux a pu lui-même être générateur de tensions en leur sein, puisqu'il nourrit un certain clivage entre des militants anciens, souvent en situation précaire, dont beaucoup ne parviennent pas à être pris en charge eux-mêmes faute de ressources financières suffisantes pour couvrir les 5 % résiduels des frais de médicaments ARV après subvention (10 000 FCFA pour une trithérapie), et des membres récents, ayant pour leur part trouvé là les moyens d'accéder à un traitement (ou de le poursuivre) mais dont l'activité associative est parfois réduite. Parallèlement, l'importance de l'incitation représentée par une subvention à 95 % des ARV a pu contribuer à l'apparition de nouvelles associations. Ainsi, à l'Hôpital militaire d'Abidjan (HMA), *Espoir Fanci* a vu officiellement le jour courant 1999 et a déposé une liste d'une cinquantaine de noms pour bénéficier de la subvention de 95 % bien qu'elle n'ait eu aucune activité antérieure²¹. Si la diversification sociale des milieux dont sont issues les personnes infectées par le VIH prêtes à s'impliquer dans une activité associative ne peut que contribuer à dynamiser le combat contre l'épidémie, les tensions engendrées par l'attribution des subventions se sont encore accentuées courant 2000. Le plafond maximal de cinq cents personnes susceptibles de bénéficier de la subvention de 95 %, initialement fixé par les autorités, aurait été dépassé au vu des listes de noms établies par les associations pour une demande de traitement subventionné à 95 %. La coordination de l'Initiative a donc demandé, début 2000, aux associations de réviser une nouvelle fois leurs listes, et cette fois dans une optique expressément sélective : seulement trente noms pouvaient être ajoutés par association à ceux des personnes déjà sous traitement à tarif subventionné par leur intermédiaire, qu'il leur revenait par ailleurs de recenser. En mai de la même année, selon le coordonnateur de l'Initiative, seules 145 personnes étaient pourtant officiellement comptabili-

²¹ Comme l'expliquait l'assistant social de cette structure, aucune autre alternative que l'appartenance à une association (soit par l'obtention d'une subvention spécifique soit *via* un système d'assurance interne au corps des militaires) n'avait pu être trouvée pour élargir l'accès au traitement parmi les patients du HMA.

sées comme étant sous traitement à tarif subventionné à 95 %, soit un chiffre très nettement inférieur au plafond total. Cette situation a accentué, chez les militants, le souci que la plus grande transparence soit assurée dans l'attribution des subventions destinées aux membres d'associations. Elles ont ainsi été amenées, à l'automne 2000, à mettre en place un comité de vigilance des associations qui vérifie l'attribution des subventions à leurs membres et met à jour la liste des personnes subventionnées à 95 %.

Les tensions qui se développent, au sein des associations, comme entre leurs membres et les autres patients de l'Initiative, posent le problème de la pertinence du maintien de deux niveaux de subventions entre militants associatifs et patients considérés comme « démunis ». On peut se demander si l'amélioration de l'accès aux ARV et, plus largement, de l'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH ne passe pas par un double mouvement : d'une part, la refonte du système de subvention des patients sous ARV qui pourrait envisager la gratuité à certaines conditions et, en tout cas, aligner les subventions aux plus défavorisés sur les conditions les plus favorables (95 %) actuellement consenties aux membres des associations ; d'autre part, une meilleure mobilisation des mécanismes d'assurance existants (ou pouvant être développés) par le secteur des entreprises publiques et privées, dont l'intérêt financier de maintenir la capacité productive de leur personnel lorsqu'il est infecté par le VIH peut rencontrer les objectifs de santé publique²².

En l'état, la procédure d'inclusion dans l'Initiative, basée sur des critères biologiques peu sélectifs, laisse un poids important à des appréciations ou facteurs extra-médicaux dans la régulation effective de l'accès au traitement. Ceux-ci, mal définis, font ressortir les ambiguïtés initiales du schéma adopté en Côte d'Ivoire, en particulier dans la recherche de critères prédictifs de l'observance des traitements (voir chapitre 1). L'un des principaux soucis des médecins semble bien être d'anticiper, et donc de prévenir, tout risque de mauvaise utilisation des ARV qui porterait atteinte aux acquis potentiels de l'Initiative dans une perspective

²² Huard P, Aventin L. Les enjeux de la lutte contre le VIH/sida dans les entreprises en Afrique. *Revue Internationale des Sciences Sociales* 1999 ; n° 161.

de santé publique et dans sa valeur plus immédiate de projet pilote. Mais, étant donné les coûts des traitements et les niveaux de subvention existants, les médecins doivent pénétrer un domaine où leur évaluation ne peut être qu'approximative : celui de l'estimation de la capacité des patients à financer leur traitement. De sorte que des situations contradictoires voire paradoxales émergent parfois.

Lors du symposium organisé à la Conférence mondiale sur le sida de Durban en juillet 2000, présentant les résultats préliminaires de l'évaluation de l'Initiative, le Directeur exécutif de l'Onusida notait avec raison qu'« il est clair que l'annonce en 1997 de l'Initiative d'accès aux médicaments a suscité de fortes attentes qui ne pouvaient pas être complètement satisfaites par ce programme. En dépit de l'affirmation claire qu'il s'agissait d'une phase pilote, à petite échelle, beaucoup ont pu croire que ce programme résoudrait l'ensemble des problèmes d'accès aux médicaments ». Il n'en reste pas moins que l'enjeu est désormais pour l'Initiative ivoirienne, comme d'ailleurs pour les initiatives d'accélération de l'accès aux soins dans le domaine du VIH/sida qui se multiplient actuellement dans différents pays africains, d'acquérir une extension suffisante pour atteindre un impact significatif en termes de santé publique pour la population de leur pays.

Chapitre 3.1

L'impact de l'Initiative sur la disponibilité et l'accessibilité des médicaments

Anne JUILLET, Claude MALAVAL, Jean-Paul MOATTI

Introduction

Rendre largement accessible les traitements liés au VIH à tous les niveaux du système de santé dans les pays en développement de la phase pilote, tel était l'objectif de départ de l'Initiative Onusida. Cet objectif général impliquait de ne pas se limiter à la seule distribution de médicaments antirétroviraux dans un certain nombre de centres accrédités mais d'améliorer l'ensemble du circuit des médicaments destinés aux personnes infectées par le VIH en y incluant l'accès aux médicaments essentiels dans les formations sanitaires de premier échelon et à ceux contre les infections opportunistes dans les centres de suivi.

Afin d'évaluer l'impact de l'Initiative sur le circuit du médicament, nous nous sommes efforcés d'apporter des éléments de réponse sur les points suivants. Quel a été l'impact effectif de l'Initiative sur la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation rationnelle des médicaments destinés au traitement du VIH ? Quelles ont été les modifications introduites dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments ? Quelles ont été les évolutions des volumes de ventes et des prix ?

Matériel et méthodes

L'objectif de l'Initiative d'améliorer le circuit du médicament contre le VIH/sida intervenait dans un contexte où la Pharmacie de santé publique (PSP), grossiste-distributeur public, s'efforçait, depuis le début des années 1990, de mieux remplir ses missions et d'améliorer globalement la

situation du secteur public de santé en matière de médicaments essentiels pour l'ensemble des pathologies. Nous avons donc cherché à situer les évolutions constatées depuis la mise en place de l'Initiative par rapport aux tendances antérieures. Dans cette optique, nous avons souhaité comparer cette évolution à celle d'une catégorie de médicaments indépendants des traitements contre le sida et contre les infections opportunistes : les anti-hypertenseurs. Cette catégorie de médicaments a joué le rôle de « groupe témoin » puisqu'elle n'avait *a priori* pas été influencée par la mise en place de l'Initiative, ni par l'épidémie de VIH.

Par l'étude du circuit du médicament en général, des antirétroviraux (ARV) et d'un certain nombre d'autres médicaments destinés notamment aux traitements des infections opportunistes (MOP), nous avons donc pour objectif non seulement de déterminer les éventuelles modifications du circuit d'approvisionnement et de distribution de ces différentes catégories de médicaments, mais aussi et surtout de mettre en évidence l'évolution des volumes et des prix de vente de ces différentes catégories, depuis 1996.

Afin de mieux décrire l'évolution au cours du temps des prix des ARV, nous avons choisi d'analyser, d'une part, les prix des médicaments disponibles sur le marché ivoirien en 1996, et d'autre part ceux qui n'ont été introduits qu'à partir de 1997. Cette distinction devait permettre de noter les différences d'évolution des prix des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et ceux des inhibiteurs de protéase qui n'ont été introduits qu'à partir de 1997 (*tableau 3*). Quant au premier inhibiteur non nucléosidique, son introduction en Côte d'Ivoire date de l'année 2000.

L'analyse des trois catégories de médicaments détaillées dans le *tableau 3* a été réalisée aux différents niveaux du circuit d'approvisionnement et de distribution qui peut être décrit selon l'organigramme de la *figure 2* (p. 118).

Le rôle des différents acteurs intervenant dans le circuit du médicament a également été analysé. Toutefois, du fait de la faiblesse de la part de marché privé dans le total des ventes d'antirétroviraux (ARV) en Côte d'Ivoire, nous n'avons pas tenu compte dans notre analyse des deux grossistes-distributeurs privés d'ARV coexistant sur le marché ivoirien

avec la PSP (Copharmed qui a arrêté la distribution d'ARV en 1998 et Laborex qui n'a jamais vendu plus de 400 boîtes par mois).

Débutée en décembre 1999, cette étude s'est poursuivie jusqu'au mois de septembre 2000.

Tableau 3
Médicaments étudiés par catégorie

Catégorie	Dénomination	Année d'introduction sur le marché
ARV		
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse	AZT 100 mg	Avant 1996
	AZT 250 mg	1998
	AZT 10 mg/ml (enfant)	1999
	AZT 300 mg	2000
	ddI 50 mg	Avant 1996
	ddI 100 mg	Avant 1996
	ddI 25 mg (enfant)	1999
	ddI 2 g/100 ml (enfant)	1999
	ddI 4 g/200 ml (enfant)	1999
	d4T 30 mg	1997
	d4T 40 mg	1997
	d4T 1 mg/ml (enfant)	1999
	ddC 0,375 mg	1997
	3TC 150 mg	1998
	3TC 10 mg/ml (enfant)	1999
Combivir (AZT/3TC)	1999	
Inhibiteur non nucléosidique	Efavirenz 200 mg	2000
Inhibiteurs de protéase	Saquinavir 200 mg	1997
	Indinavir 400 mg	1997
	Indinavir 200 mg (enfant)	1998
	Nelfinavir 250 mg	1999
	Ritonavir 80 mg/ml (enfant)	1999
Ritonavir 100 mg	2000	
Médicaments pour les infections opportunistes (MOP)		
	Érythromicine 250 mg	Avant 1996
	Érythromicine 500 mg	Avant 1996
	Nystatine 0,5 MU	Avant 1996
	Nystatine 0,1 MU	Avant 1996
	Triméthoprime + sulfaméthoxazole 80/400	Avant 1996

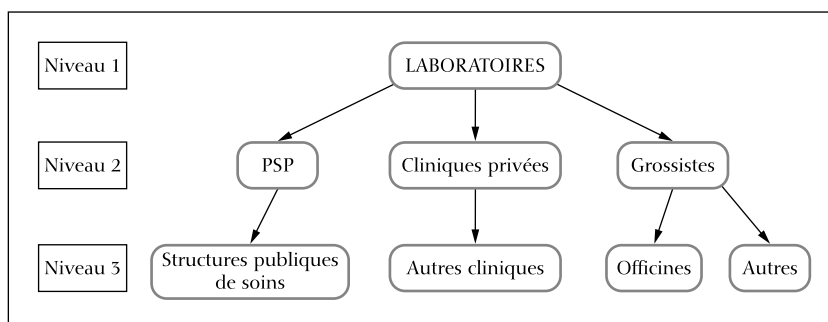
Tableau 3 (suite)

Médicaments pour les infections opportunistes (suite)	
Triméthoprim + sulfaméthoxazole 160/800	Avant 1996
Triméthoprim + sulfaméthoxazole 40/200	Avant 1996
Amphotéricine B 50 mg	Avant 1996
Péfloxacin 400 mg oral	Avant 1996
Péfloxacin 400 mg inj.	Avant 1996
Ciprofloxacine 250 mg	Avant 1996
Ciprofloxacine 200 mg inj.	1997
Ciprofloxacine 500 mg	1999
Anti-hypertenseurs	
Acébutolol 400 mg ou Bétaxolol 20 mg	Avant 1996
Captopril 25 mg ou Enalapril 5 mg	Avant 1996
Dihydralazine 25mg	Avant 1996
Méthyldopa 250 mg	Avant 1996
Furosémide 20 mg	Avant 1996
Furosémide 40 mg	Avant 1996
Furosémide 250 mg	Avant 1996
Hydrochlorothiazide 25 mg	Avant 1996
Spironolactone 50 mg	Avant 1996

Source : Évaluation de l'Initiative Onusida, Abidjan, 2000.

Figure 2

**Organigramme du circuit du médicament en Côte d'Ivoire
avant l'Initiative Onusida**



Dans toutes les structures étudiées, l'objectif était de déterminer et d'étudier :

- les différents clients, classés selon qu'ils appartenaient au secteur public (PSP, centres hospitaliers), au secteur privé (cliniques, grossistes,

officines), ou selon qu'il s'agissait de centres de l'Initiative (accrédités et de suivi) ou de centres hors Initiative ;

- pour chaque client, l'évolution de ses commandes ;
- pour chaque client, les types de médicaments vendus sous forme de spécialités ou de génériques ;
- pour chaque client, l'évolution des volumes de vente selon le type de médicaments ;
- l'évolution des prix de vente des médicaments entre les fournisseurs et leurs clients.

Au deuxième niveau du circuit (PSP), nous avons également étudié la gestion des stocks de médicaments, les éventuelles ruptures d'approvisionnement, et notamment la gestion et l'approvisionnement destinés aux structures sanitaires faisant partie de l'Initiative Onusida.

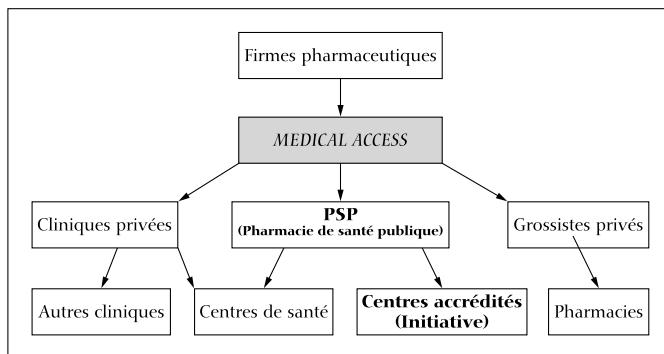
Résultats

Le circuit d'approvisionnement et de distribution des ARV

Initialement, conformément au schéma élaboré au plan international par Onusida (voir chapitre 1), l'Initiative prévoyait de modifier le circuit d'approvisionnement des ARV (figure 3). Il s'agissait d'établir une

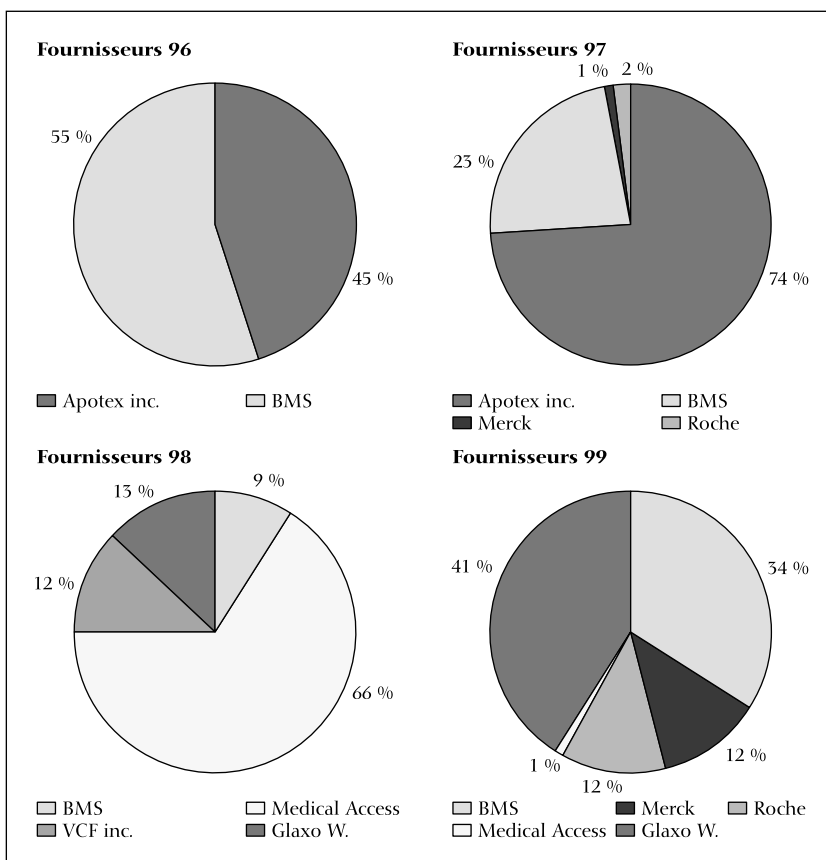
Figure 3

Schéma initialement prévu par l'Initiative pour l'approvisionnement en ARV



structure à but non lucratif « pour assurer la coordination des transactions financières sans compromettre la compétition internationale et l'ouverture aux règles du marché ». Toutes les firmes pharmaceutiques intéressées par l'Initiative étaient alors invitées à co-financer cette structure. En Côte d'Ivoire, cette structure intermédiaire, *Medical Access*, a été mise en place en août 1998.

Figure 4
Évolution des fournisseurs d'ARV de la Pharmacie de santé publique (1996–1999)

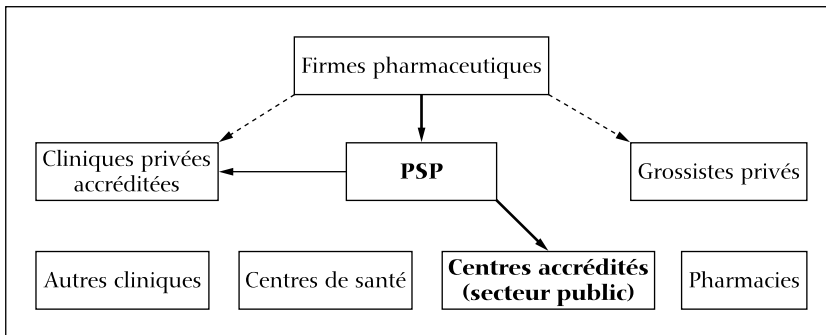


Face aux rapides mouvements d'entrée et de sortie des laboratoires pharmaceutiques sur le marché ivoirien au début de la période étu-

diée (1996–1997), *Medical Access* a effectivement joué un rôle important la première année de l'Initiative (1998) (figure 4). Mais très rapidement, les problèmes de gestion et les dysfonctionnements l'ont empêché de se maintenir sur le marché et l'ont fait disparaître du circuit d'approvisionnement en ARV dès la seconde année (1999).

Alors qu'en 1996, on ne pouvait compter que deux fournisseurs d'ARV, en 1999, on retrouve les principaux laboratoires pharmaceutiques producteurs d'ARV. En définitive, c'est bien la Pharmacie de santé publique (PSP), structure publique chargée de l'approvisionnement et de la distribution du médicament dans le secteur public, qui a joué le rôle de structure à but non lucratif assurant le contrôle du circuit d'approvisionnement et de distribution des ARV¹ pour l'ensemble des structures sanitaires (publiques et privées) du pays. La figure 5 illustre la situation qui prévaut de fait depuis 2000.

Figure 5
Circuit actuel de distribution des ARV en Côte d'Ivoire (2000–2001)



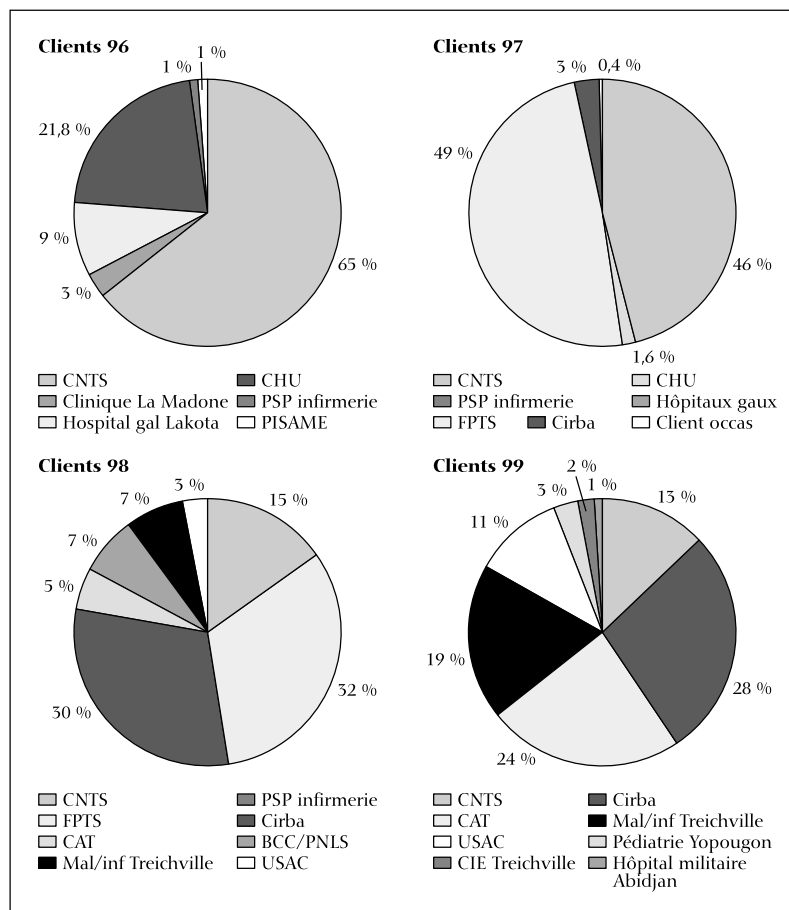
Cette évolution s'est accompagnée d'une rationalisation significative du circuit de distribution qui doit clairement être mise au crédit de l'Initiative. Alors qu'avant le lancement de celle-ci, la PSP distribuait des médicaments antirétroviraux à une multitude de centres², depuis 1999,

¹ La PSP revend sans aucune marge les ARV qu'elle achète par appel d'offres en début d'année aux centres accrédités par l'Initiative Onusida.

² Au cours des douze mois qui ont précédé le lancement effectif de l'Initiative, environ 50 %

les ARV ne sont quasiment plus distribués que dans huit centres accrédités⁵, comprenant d'ailleurs une clinique d'Abidjan, principale structure de prescription d'ARV dans le secteur sanitaire privé (Cirba).

Figure 6
Clients de la PSP pour les ARV entre 1996 et 1999



des ARV étaient distribués à des centres qui n'ont pas été retenus par la suite dans le processus d'accréditation mis en place dans le cadre de l'Initiative.

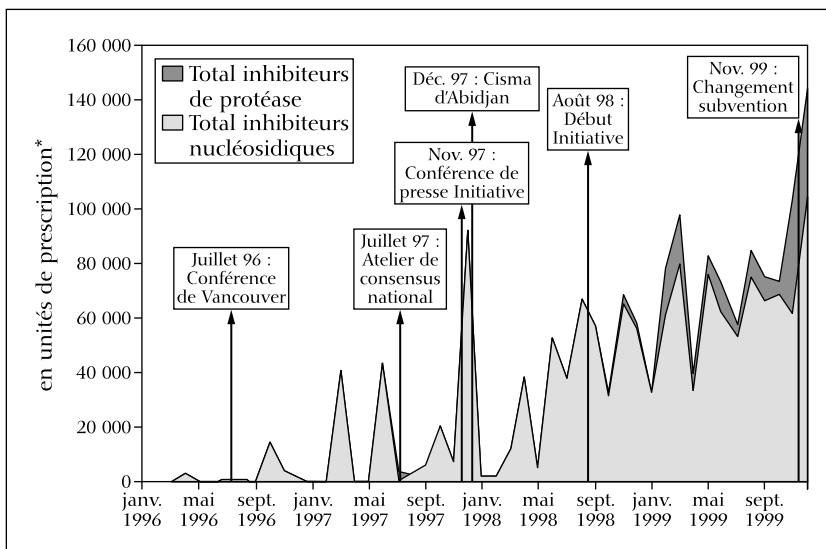
⁵ CAT d'Adjamé, Cirba, CNTS, Hôpital militaire, Service de pédiatrie du CHU de Yopougon, Service des maladies infectieuses du CHU de Treichville, USAC. Ces sept centres accrédités représentent 98 % des ventes d'ARV de la PSP en 1999. Le huitième centre accrédité de l'Initiative, PPH Cocody, est entré en fonction pour la distribution des ARV en 2000.

Évolutions des volumes de ventes

Hormis un pic de ventes d'ARV enregistré en décembre 1997 suite à la forte médiatisation de l'annonce initiale de l'Initiative lors de la X^e Conférence internationale sur le sida en Afrique (Cisma) qui s'est déroulée à Abidjan, les ventes mensuelles d'ARV étaient demeurées très limitées avant le démarrage effectif de l'Initiative en août 1998 (figure 7). Ce démarrage effectif a logiquement correspondu à un changement significatif des tendances et une augmentation régulière des volumes de ventes d'ARV dans le pays. On note également sur la figure 7 que l'augmentation de la part des inhibiteurs de protéase dans le total du volume des ARV a été concomitante, à partir de la fin de l'année 1999, de la mise en place du système de subventions publiques des trithérapies dans le cadre de l'Initiative.

Figure 7

Évolution des ventes d'ARV en Côte d'Ivoire



* Comprimés, gélules, doses de sirop.

Des données recueillies directement auprès de centres accrédités de l'Initiative confirment que des problèmes de fond entre la PSP, le ministère de la Santé et ces centres ont malheureusement abouti à des

épisodes de rupture en approvisionnement des médicaments ARV (voir chapitre 1). Précisons que ces problèmes n'ont pas affecté le taux d'incorporation des patients mis sous ARV dans le cadre de l'Initiative, mais qu'ils n'ont donné lieu à aucune recommandation ni aux patients ni aux cliniciens qui devaient faire face aux ruptures⁴.

L'évolution du volume des ventes est à rapprocher des efforts financiers croissants effectués par les pouvoirs publics ivoiriens (en dépit des difficultés soulignées au chapitre 1) pour le soutien à l'accès aux médicaments antirétroviraux. Le budget consacré à cet objectif est passé de 600 millions de FCFA en 1998 à 738 millions en 1999, puis à 1 milliard en 2000 et qu'il a été reporté pour l'exercice 2001. A cela, il faut ajouter les financements apportés par le FSTI, s'élevant à environ 250 millions de FCFA sur deux années (1999–2001) pour le soutien à l'Initiative Onusida, et à 750 millions de FCFA pour le soutien à la prévention de la transmission mère-enfant incluant notamment la prescription d'AZT aux femmes enceintes.

La *figure 8* indique cependant qu'au cours de la même période, les volumes de ventes des anti-hypertenseurs ont également augmenté régulièrement, suggérant une amélioration générale de l'accessibilité aux médicaments dans le pays.

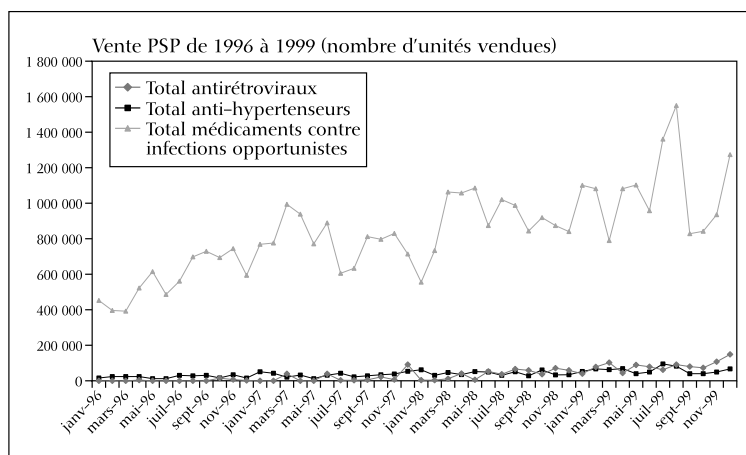
La *figure 8* met également en évidence une augmentation très significative du volume total des ventes pour les médicaments des infections opportunistes (MOP). Entre 1996 et 1999, le volume de vente pour cette catégorie de médicament a plus que doublé. Précisons toutefois, que cette tendance a débuté depuis le début de cette période, soit avant le lancement effectif de l'Initiative.

Évolution des prix

C'est en lançant des appels d'offres sur le marché international que la Pharmacie de santé publique procède pour acheter les

⁴ Dans certains cas, des combinaisons et des dosages sous-optimaux ont été prescrits plutôt que de stopper momentanément les traitements, ce qui aurait réduit les risques de résistance.

Figure 8
Évolution comparée des ventes de médicaments anti-hypertenseurs, ARV et pour le traitement des infections opportunistes par la PSP (1996–1999)



médicaments destinés au secteur public. Au début de chaque année⁵, en présence d'un représentant de la Direction de la pharmacie et du médicament (DPME), toutes les offres sont examinées pour chaque médicament. Pour pallier un éventuel défaut d'approvisionnement d'un fournisseur, des précautions sont prises par la PSP qui s'adresse systématiquement à un ou deux autres fournisseurs. Il faut également noter qu'à la différence de ce qui peut se produire pour d'autres pathologies et en relation avec l'Initiative, la PSP n'est légalement pas autorisée à prélever une marge de gestion en matière de prix des médicaments du VIH, les prix d'achat à la source auprès des fournisseurs devant être répercutés sans modifications auprès des centres acheteurs.

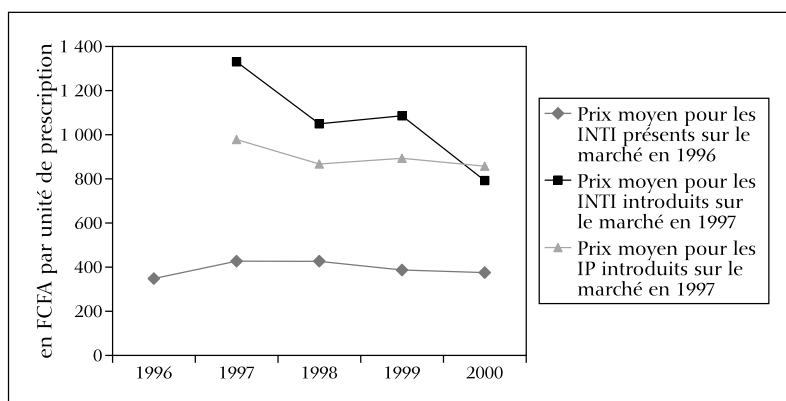
Entre 1997 et 2000, globalement, les prix moyens des inhibiteurs nucléosidiques (INTI) qui étaient déjà distribués avant 1996 (AZT, ddI), d'une part, et d'autre part des inhibiteurs de protéase ou IP (saquinavir,

⁵ C'est généralement en janvier de chaque année que les appels d'offres sont lancés. Pour l'année 2000, l'appel d'offres n'a pu être lancé qu'au mois de mars du fait des changements politiques intervenus en décembre 1999. Les prix d'achat et de vente par la PSP, de 1996 à 2000, sont présentés dans les *tableaux 4 et 5*, p. 131 et 132.

indinavir, nelfinavir, ritonavir) et des inhibiteurs nucléosidiques (d4T, ddC) introduits en 1997, diminuent respectivement de 12 %, 13 % et 40 %⁶. L'annonce de l'Initiative Onusida en décembre 1999 peut partiellement expliquer la diminution des prix des inhibiteurs nucléosidiques observée en 1998 comparativement à 1997, bloquant ainsi provisoirement la tendance à la hausse enregistrée entre 1996 et 1997. De nouvelles augmentations apparaissent cependant entre 1998 et 1999 (figure 9).

Figure 9

Prix PSP des ARV par type de médicament et selon les dates de mise sur le marché ivoirien



Une analyse plus détaillée montre que les diminutions les plus significatives sont à relier à la capacité de la PSP de mettre en compétition les firmes pharmaceutiques notamment grâce à la confrontation, chaque fois qu'elle est possible, avec les producteurs de médicaments génériques (figure 4). Alors que les diminutions de prix pour le d4T, pour lequel il n'existe qu'un fournisseur (BMS), varient sur la période en moyenne entre 5 et 11 % selon le dosage (50 ou 100 mg), on observe une diminution de 24 % entre 1996 et 2000 pour l'AZT du fait de la compétition introduite par les fabricants de génériques. En effet, jusqu'en 1997, Apotex, produc-

⁶ Les indices de prix à la consommation du poste santé des ménages ouvriers ivoiriens indique une évolution de 154,9 en janvier 1996 à 161,5 en janvier 2000 (indice 100 en janvier 1992) (INS).

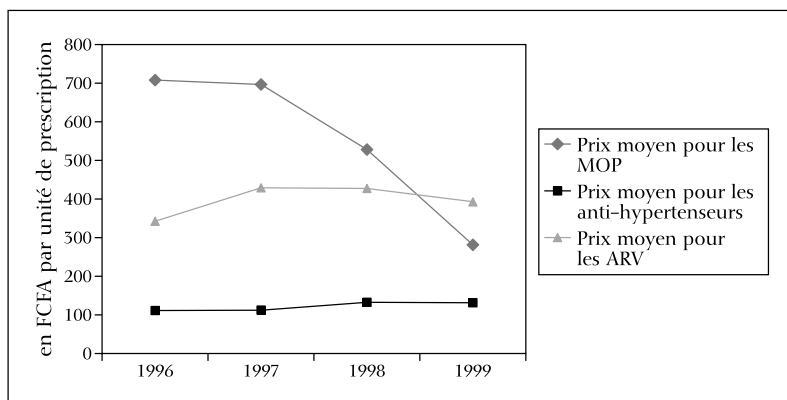
teur canadien de génériques, était le fournisseur de la zidovudine ; en 1998, VCF Inc. (Brésil) apparaît sur le marché, conduisant GlaxoWelcome à diminuer ses prix pour l'AZT 100 mg afin de rétablir sa position sur le marché en 1999 (figure 4). Enfin, en 2000, le générique espagnol vendu par Combinopharm évince de nouveau GlaxoWelcome du marché. De façon similaire, alors que jusqu'en 1999 BMS était le seul fournisseur de d4T, aucune diminution n'était alors observable. L'introduction du générique indien vendu par CIPLA en substitution du d4T de BMS a permis une diminution des prix de 39 % entre 1999 et 2000.

La diminution du prix des inhibiteurs de protéase pour lesquels il n'existait pas de substituts génériques dans la période étudiée est restée très faible entre 1998 et 2000, excepté pour le saquinavir vendu par Roche pour lequel on enregistre une diminution d'environ 23 % entre 1997 et 2000. Malgré les annonces faites en mai 2000 peu avant la Conférence internationale sur le sida de Durban, il n'y a pas eu de diminution constatée jusqu'en décembre 2000. Précisons surtout qu'aucune corrélation nette n'apparaît entre l'augmentation des volumes de ventes et la diminution des prix des ARV au cours des quatre années étudiées.

Par comparaison, sur la même période, la tendance pour les anti-hypertenseurs a été une augmentation moyenne de 17 %, suggérant que les efforts convergents de la politique de la PSP et de l'Initiative ont contrebalancé, pour les ARV, la tendance à la hausse du marché (figure 10).

Figure 10

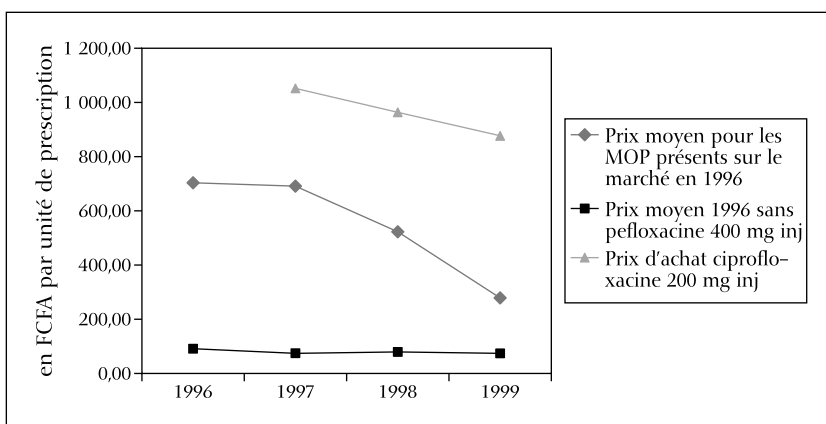
Évolution des prix d'achat des médicaments présents sur le marché ivoirien en 1996



Par ailleurs, parallèlement à l'augmentation déjà signalée des volumes de ventes (*figure 8*), on remarque une forte baisse (60 %) du prix des médicaments pour les infections opportunistes. Cette baisse est partiellement due à la diminution du prix des quinolones de seconde génération. Parce que la pefloxacine 400 mg est concurrencée par la ciprofloxacine depuis 1997, et a été introduite dans les algorithmes destinés aux traitements des MST depuis 1998, cette molécule a vu son prix chuter considérablement et explique en grande partie la diminution du prix moyen des médicaments pour les infections opportunistes. Cependant, une diminution de 15 % sur la période étudiée apparaît même quand ces deux molécules ne sont pas incluses dans l'analyse (*figure 11*).

Figure 11

Évolution des prix PSP des médicaments pour les infections opportunistes (1996/1999)

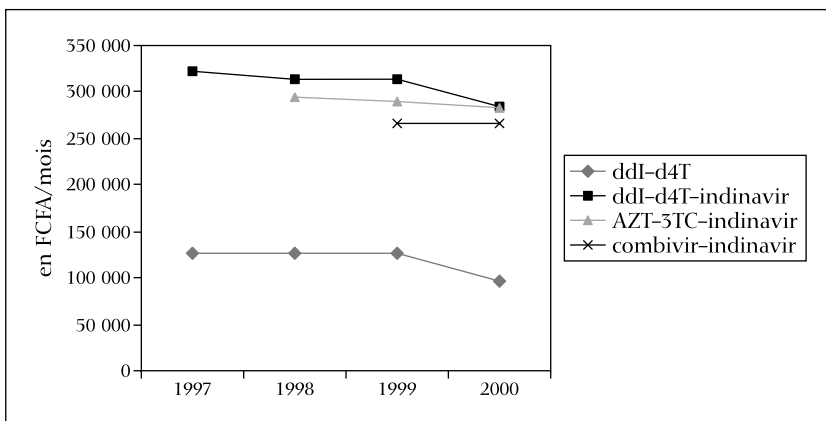


La diminution limitée des prix des ARV explique qu'en 2000 le coût moyen des régimes ARV les plus courants pour un adulte reste hors de portée financière pour une grande majorité des personnes infectées par le VIH en Côte d'Ivoire. Le coût mensuel moyen d'une bithérapie « ddi-d4T » est supérieur à 100 000 FCFA et converge vers une valeur qui se situerait entre 270 000 et 285 000 FCFA pour un régime thérapeutique incluant des inhibiteurs de protéase (ddi-d4T-indinavir/AZT-3TC-indinavir) (*figure 12*). Ceci est à comparer au salaire mensuel minimum garanti officiellement qui est inférieur à 50 000 FCFA et aux données de

Retro-CI montrant que 40 % des personnes infectées par le VIH se présentant au bilan initial pour entrer dans l'Initiative n'ont aucun revenu et que 45 % ont moins de 240 000 FCFA par mois.

Figure 12

Évolution des prix mensuels de bi- ou trithérapies courantes (1997-2000)



Conclusion

Cette étude montre que le circuit d'approvisionnement et de distribution des ARV a beaucoup évolué sur la période 1996-2000 et s'est nettement rationalisé. Le modèle prévu par l'Onusida qui supposait la création d'une structure intermédiaire à but non lucratif n'a pas su s'imposer sur le marché ivoirien dans la mesure où un circuit préexistant fonctionnait déjà dans le secteur public. C'est la Pharmacie de santé publique, unique grossiste-distributeur public, qui a su jouer ce rôle en devenant le distributeur prédominant d'ARV en Côte d'Ivoire. Le marché s'est également rationalisé dans la distribution finale des médicaments puisque l'Initiative a permis de limiter les centres de santé accrédités à délivrer des ARV. Dès le lancement de l'Initiative en août 1998, seuls huit centres étaient habilités à délivrer ces médicaments.

On a pu, par ailleurs, constater des augmentations significatives dans les volumes de prescriptions, non seulement pour les médicaments

destinés à la prophylaxie et au traitement des infections opportunistes, mais aussi pour les antirétroviraux.

Des diminutions significatives de prix ont été enregistrées pour les médicaments des maladies opportunistes.

Les diminutions de prix des ARV sont limitées ; de l'ordre de 40 % pour les inhibiteurs nucléosidiques et de 12 % pour les inhibiteurs de protéase. Elles sont principalement dues à la politique de la Pharmacie de santé publique qui utilise dans ses appels d'offres la mise en concurrence avec les médicaments génériques, que ceci se traduise en définitive ou non par des achats de génériques. Ceci souligne l'importance de la mise en concurrence pour obtenir des baisses de prix significatives. Il est intéressant de comparer la situation en Côte d'Ivoire à celle de l'Ouganda, autre pays pilote de l'Initiative où, dans la période étudiée, aucun recours à la concurrence par les génériques n'a été effectué et où les prix sont demeurés très supérieurs à ceux pratiqués dans l'Initiative en Côte d'Ivoire (*figure 13*). En revanche, les prix ivoiriens sont demeurés supérieurs à ceux pratiqués au Brésil qui dispose d'une capacité nationale de production de génériques des médicaments ARV.

Figure 13

**Comparaison des prix des antirétroviraux (par dose journalière)
en 2000 (Brésil, Côte d'Ivoire, Ouganda, USA)**

	Brésil	Ouganda	Côte d'Ivoire	USA
3TC (amivudine)	1,66	5,28	2,95	8,70
ddC (zalcitabine)	0,24	4,17	3,75	8,80
ddl (didanosine)	2,04	5,26	3,48	7,25
AZI/3TC	1,44	7,34	NA	18,78
AZT (zidovudine)	1,08	4,34	2,45	10,12
d4T (stavudine)	0,56	6,19	4,1	9,07

Source : Onusida.

Tableau 4
Prix des médicaments antirétroviraux à la Pharmacie de santé publique (PSP) par comprimé

Laboratoire	Nom de spécialité	Molécule	1996		1997		1998		1999		2000		
			achat	vente	achat	vente	achat	vente	achat	vente	achat	vente	
I N T I	BMS	Videx®	ddl 50 mg	355	402	296,03	296	299	300	298,66	300	298,66	500
			ddl 100 mg			596,84	597	597	600	596,85	600	563,85	nd
		Zérit®	d4T 30 mg			1 354,64	1 355	1 355	1 360	1 354,64	1 360		
			d4T 40 mg			1 405,89	1 406	1 406	1 410	1 405,9	1 410		
	CIPLA	générique	d4T 30 mg									857	nd
		générique	d4T 40 mg								1 044	nd	
	Apotex Inc.	générique	AZT 100 mg	352,42	425	390,4	390						
	VCF Inc.	générique	AZT 100 mg					380,95	309				
	Combino-pharm	générique	AZT 100 mg									267	nd
	Glaxo Wellcome	Rétrovir®	AZT 100 mg					309	309	278	278		
AZT 250 mg						762,59	767	707,97	767				
AZT 300 mg												688	nd
		Epivir®	3TC 150 mg					885	885	825,25	885	805	nd
		Combivir®	AZT 500 + 3TC 150							1 335,34	1 334	1 334	1 334
I P	Roche	Hivid®	ddC 375 mg			1 200	1 200	375	375	487,96	446	446	446
		Invirase®	Saquinavir 200 mg			877,8	878	698,94	552	741,4	745	677,27	nd
		Viracept®	Nelfinavir 250 mg							731,5	752	726,36	nd
	Abbot	Norvir®	Ritonavir 100 mg									471	nd
	MSD	Crivixan®	Indinavir 400 mg			1 091,4	1 091	1 040	1 040	1 037	1 037	1 037	1 037
INN		Stocrin®	Efavirenz 200 mg									1 474,59	nd

nd : non déterminé.

Tableau 5
Prix des médicaments antirétroviraux pédiatriques vendus à la Pharmacie de santé publique (PSP) par comprimé

	Laboratoire	Nom de spécialité	Molécule	1998		1999		2000	
				achat	vente	achat	vente	achat	vente
I N T I	BMS	Videx®	ddl 25 mg			149	149		
			ddl 2 g/100 ml			10 275	10 275		
			ddl 4 g/200 ml			20 545	20 545		
		Zérit®	d4T 1 mg/ml			18 700	18 700	18 700	18 700
	Glaxo Wellcome	Retrovir®	AZI 10 mg/ml			14 500	14 500	16 200	16 200
		Epivir®	3TC 10 mg/ml			14 000	14 000		
IP	MSD	Crivixan®	Indinavir 200 mg	520	520	520	520		
	Abbot	Norvir®	Ritonavir 80 mg/ml			39 045	39 045		

Source : Pharmacie de santé publique de Côte d'Ivoire.

Les différences éventuelles prix de vente/prix d'achat PSP ne sont pas liées à l'application de marges mais à des décalages entre dates d'achat sur le marché international et moments de la vente aux centres en Côte d'Ivoire.

Chapitre 3.2

L'échec de *Medical Access*

Karine DELAUNAY, Philippe MSELLATI, Claude MALAVAL

L'Initiative avait parmi ses objectifs, de créer un « *environnement favorable* » à une collaboration sur le long terme entre laboratoires pharmaceutiques et pourvoyeurs de soins des pays en développement par la mise en œuvre de « *mécanismes flexibles* » associant les parties intéressées des laboratoires aux patients. La mise en place, dans le contexte ivoirien, d'une structure intermédiaire, *Medical Access*, en tant que pièce maîtresse de cette collaboration, semble pourtant avoir été plus perturbatrice que régulatrice de l'approvisionnement rationnel en médicaments du VIH/sida.

La mise en place de *Medical Access*

Medical Access s'inscrivait dans le modèle onusien de mise en place de l'Initiative. Dès la réunion de juin 1997 à Genève qui rassemblait des représentants des laboratoires et ceux des quatre pays sélectionnés pour la phase pilote, fut retenue l'idée de créer, dans chaque pays concerné, une « *entreprise à but non lucratif* » pour l'approvisionnement en médicaments dans le cadre de l'Initiative.

Selon les documents de l'Onusida, devaient être membres de cette structure, les firmes pharmaceutiques désirant participer à l'Initiative et qui devaient, à ce titre, contribuer à ses dépenses de fonctionnement. Celle-ci, qui devait être de taille restreinte (un responsable et un secrétaire/assistant), avait pour fonction d'assurer les négociations avec les laboratoires pharmaceutiques, la passation des commandes et la distribution des médicaments, ainsi que le paiement des commandes aux laboratoires. Selon l'expression du responsable de *Medical Access* en Côte

d'Ivoire, désignation que prendra la structure dans ce pays, elle était donc appelée à être « *quasiment le maître d'œuvre* » de l'Initiative.

La première raison d'être d'un tel schéma prôné par l'Onusida était très certainement à rechercher dans la nécessité de trouver un compromis avec les firmes pharmaceutiques multinationales, productrices de médicaments antirétroviraux. En effet, celles-ci se refusaient par principe à afficher des « doubles prix » internationaux du médicament, distincts selon le niveau de développement économique des marchés concernés. La création d'une structure « intermédiaire », soutenue conjointement par les firmes, les organismes internationaux et les gouvernements des pays, devait donc permettre de mettre en place, dans le cadre de l'Initiative, un mécanisme de subvention pour la réduction des prix des médicaments au sein des pays concernés, tout en respectant formellement le principe défendu par les firmes sur le marché international (puisque le prix de base demeurait le même). Une seconde explication, complémentaire, est que ce modèle serait en concordance avec le mode de fonctionnement des organisations internationales, comme l'Onusida, qui disposent de moyens limités en personnel et sont donc amenées à « sous-traiter » certaines des tâches qui leur sont assignées : une structure intermédiaire permettait de déléguer les tâches de gestion de l'approvisionnement en médicament sur place tout en conservant un pouvoir de contrôle au niveau international, susceptible d'offrir certaines garanties contre d'éventuels risques de détournement, voire de corruption, dans le circuit du médicament.

Cette conception, qui intègre directement les firmes multinationales dans la structure censée négocier avec elles des baisses de prix de leurs spécialités, même si cette négociation est appuyée par les organisations du système des Nations unies, pose question sur la capacité d'obtenir effectivement des baisses de prix significatives sur la base de processus de négociations « à l'amiable ». Pour les pays concernés, elle pose le problème de l'adéquation de ce schéma avec le circuit du médicament existant préalablement et de la capacité de cette structure nouvelle à améliorer la fiabilité de l'approvisionnement en médicaments du VIH/sida.

En Côte d'Ivoire, le circuit du médicament, dans le secteur public,

était assuré par la Pharmacie de santé publique (PSP). Comme le souligne sa directrice, la PSP est « *organisée pour procéder aux appels d'offres et participer à la politique de recouvrement des coûts* » et elle a la charge « *de la gestion de la politique de médicaments essentiels* ». De plus, la PSP disposait d'une expérience en matière d'importation d'antirétroviraux depuis 1995, puisqu'elle assurait l'approvisionnement de deux structures (désormais intégrées à l'Initiative en tant que centres accrédités), le CNTS et le Cirba.

La situation ivoirienne différait donc de celle d'autres pays pilotes de l'Initiative, tels que l'Ouganda, où une structure équivalente à la PSP ivoirienne n'existait pas. Selon une vision assez généralement partagée par les acteurs rencontrés, « *Onusida a voulu calquer un schéma unique* » dans tous les pays retenus pour la phase pilote de l'Initiative, ce qui tendait à faire apparaître cette organisation intermédiaire nouvelle comme « *une succursale [ivoirienne] d'Onusida* ».

Cependant, les relations entre la PSP et l'organisation à but non lucratif promue par l'Onusida ne furent pas précisées dans les documents produits en 1997 dans le cadre de la préparation de l'Initiative, bien qu'elles aient fait l'objet de discussions. Ces relations ne furent pas non plus spécifiées dans le projet de statuts de la future *Medical Access*, alors encore désignée sous le terme d'« *Association pour la diffusion de traitements du sida en Côte d'Ivoire* », qui fut présenté au Comité consultatif de l'Initiative lors de sa première réunion, fin 1997. Dans l'arrêté présidentiel d'avril 1998, portant création des organes de gestion et de coordination de l'Initiative, l'existence d'une « *association à but non lucratif* » était évoquée, mais seulement comme « *intermédiaire* » pour la livraison de médicaments achetés par les pouvoirs publics. En revanche, cet arrêté spécifiait que la gestion des antirétroviraux devait être distincte de celle des autres médicaments. Outre que, pour en améliorer l'accessibilité, ces traitements faisaient seuls l'objet de la « *contribution* » du Fonds ivoirien de soutien aux traitements du sida, il était prévu, pour le règlement de leur vente, qu'un compte fût « *ouvert pour chaque centre accrédité à la PSP [...] et consacré aux seules opérations d'acquisition et de cession des médicaments antirétroviraux* »¹.

¹ La Commission II du groupe de travail préparatoire à l'Atelier national de consensus de juillet 1997 préconisait la création d'une « *structure spéciale de gestion des antiviraux à la PSP* », mais n'a pas été totalement suivie sur ce point.

Reste que, selon le Directeur exécutif du PNL/MST/TUB de l'époque, l'organisation à but non lucratif n'avait sa raison d'être, et ne pouvait persister en Côte d'Ivoire, que si elle s'avérait « *effectivement plus performante que les mécanismes antérieurs de négociation avec les firmes pharmaceutiques* ». C'était donc exclusivement du point de vue de la négociation des prix à la baisse avec les firmes qu'était justifiée, du point de vue des autorités ivoiriennes, la mise en place de *Medical Access*. Dans leur esprit, il restait entendu que l'approvisionnement et la gestion effective des médicaments continuaient de relever des attributions de la PSP. *Medical Access* (MA), fut constituée au cours du premier semestre 1998, son administrateur et gestionnaire ayant été recruté en juin de la même année *via* un cabinet de consultance de Dublin sous contrat avec l'Onusida-Genève.

Le rôle ambigu de *Medical Access* dès le premier approvisionnement (1998)

Pour le lancement de l'Initiative, en août 1998, MA a effectivement joué le rôle d'intermédiaire entre les laboratoires fabriquants et la PSP (voir *figure 4*, chapitre 3.1). Elle ne le fit cependant que de manière partielle. Assez logiquement, et aux dires des différents intervenants, les négociations de prix avec les firmes se sont déroulées au moins autant au niveau international (avec les maisons mères *via* l'Onusida et le cabinet de consultance mentionné ci-dessus) qu'au niveau local (avec les représentants en Côte d'Ivoire des mêmes entreprises). De plus, une firme telle que Merck Inc. Co., fabriquant l'indinavir (Crixivan[®]), s'est refusée à prendre part à la constitution de MA et a fait en sorte de ne pas faire intervenir cette structure dans ses livraisons à la PSP. Ce cas particulier suggère qu'il existait des possibilités de négociation du prix des antirétroviraux, politiquement et économiquement « acceptables » pour l'industrie pharmaceutique, sans nécessairement passer par son intégration directe dans une organisation intermédiaire à but non lucratif.

En outre, dans le contexte ivoirien, MA n'avait pas, légalement, le droit d'importer des ARV, puisqu'elle ne disposait pas du statut de grossiste en médicaments. Il fallut une autorisation exceptionnelle du mi-

nistère de la Santé pour qu'une transaction de gré à gré fût possible entre MA et la PSP. Si la caution onusienne donnait *a priori* confiance en MA aussi bien aux firmes qu'à la PSP, sa médiation n'était pas nécessairement vue comme favorable à un approvisionnement « *sécurisé à prix modérés* » : d'une part, les firmes ne disposaient pas avec MA des garanties financières qu'elles avaient avec une structure relevant du gouvernement ivoirien lui-même telle que la PSP ; d'autre part, la PSP préférait travailler directement avec les firmes plutôt qu'avec des intermédiaires, s'estimant, non sans raison sur la base de l'expérience antérieure, en mesure de régler les éventuels problèmes. La confiance en MA fut rapidement anéantie dès qu'il apparut que des unités livrées gratuitement à MA par le laboratoire Roche avaient été revendues et facturées à la PSP.

Cet épisode est complexe à analyser. Il ne le sera ici que pour souligner les dysfonctionnements intrinsèques qui ne pouvaient qu'apparaître en l'absence d'une définition des rôles entre l'organisation intermédiaire introduite par l'Onusida et le circuit existant du médicament. A l'origine, il était prévu que les firmes participant à l'Initiative contribueraient financièrement à l'activité de MA et donc à ses frais de gestion et de fonctionnement, ce que firent effectivement certaines d'entre elles. D'autres firmes partie prenantes ont, en revanche, considéré qu'elles n'étaient pas concernées par le budget de fonctionnement de MA, cette structure ayant été créée « *sous couvert d'Onusida qui devait prendre en charge ce budget* ». Cette position était clairement exprimée par le représentant en Côte d'Ivoire du laboratoire Roche. Cependant, selon le responsable de MA, le laboratoire Roche aurait accepté de livrer des unités gratuites d'ARV comme « *contribution "en nature" pour le fonctionnement de MA* ». Le représentant de Roche ne dément pas totalement ce fait, tout en insistant que ces unités gratuites, d'une valeur de 60 millions de FCFA (600 000 FF) devaient « *d'abord bénéficier aux malades mis sous traitement* ». Reste que la PSP n'a pas été tenue informée de l'existence d'unités gratuites dans les médicaments qui lui furent facturés par MA et que la procédure de re-facturation de ce « don » par MA apparut d'autant plus choquante à la PSP qu'elle-même revendait les antirétroviraux aux centres accrédités au prix d'achat, sans prendre aucune marge, c'est-à-dire en assumant les frais de transit et de transport. A la décharge de MA, cette facturation

aurait été effectuée moyennant réduction globale du prix des produits Roche.

Quelles que soient les responsabilités réelles dans cette affaire, elle témoignait de l'inadéquation de l'hypothèse « théorique » de l'Onusida, selon laquelle la mise en place d'une organisation à but non lucratif jouant un rôle d'intermédiaire était le moyen d'optimiser le circuit d'approvisionnement en médicaments.

La marginalisation de *Medical Access* dès sa seconde année d'existence (1999)

L'approvisionnement en ARV pour l'année 1999, première année de fonctionnement à plein de l'Initiative, fut pris en charge par la PSP dans le cadre de sa procédure habituelle d'appel d'offres. Dans ces circonstances, MA perdit sa position antérieure d'intermédiaire, conforme au schéma théorique de l'Onusida mais concédée à titre exceptionnel pour le démarrage de l'Initiative en cours de l'année précédente par les autorités ivoiriennes. En 1999, MA se retrouvait au niveau de fournisseur de médicaments et donc *de facto* en concurrence des représentants locaux des firmes pharmaceutiques. En effet, tandis que les laboratoires faisaient leurs propositions en réponse à l'appel d'offres de la PSP, MA faisait de même. Pour la PSP, il s'agissait là d'un abus de MA qui n'était pas habilité à répondre à un appel d'offres mais qui – ce faisant – entendait renforcer une position qui lui avait été exceptionnellement reconnue lors du premier approvisionnement. Pour le responsable de MA, il s'agissait au contraire « d'un verrouillage opéré par la PSP sur le circuit d'importation des médicaments », facilité par le fait que les centres accrédités étaient, à une exception près, des structures publiques. En tout état de cause, la procédure d'appel d'offres direct de la PSP aux firmes pharmaceutiques, conforme à la loi ivoirienne, s'avérait contradictoire avec le rôle d'intermédiaire normalement dévolu à MA par l'Onusida, et conduisait nécessairement à faire apparaître MA sur le même plan, et donc comme un concurrent, des laboratoires.

Pour les firmes, ce nouveau positionnement de MA apparut inacceptable puisque cette structure, dont elles étaient par ailleurs censées

être partie prenante, se trouvait alors en mesure de proposer, en réponse à un appel d'offres, des prix de leurs propres produits « inférieurs » à ceux qu'ils souhaitaient eux-mêmes pratiquer. Dans le cas des produits Roche, cela n'était possible, selon le représentant de ce laboratoire, qu'en utilisant les dons gratuits antérieurs « *pour nous concurrencer* ». C'est d'ailleurs ce qui conduisit ce laboratoire à informer la directrice de la PSP des livraisons d'unités gratuites faites à MA l'année précédente, et donc à faire éclater publiquement l'affaire de refacturation évoquée au paragraphe précédent. La PSP se vit officiellement signifier par la maison mère Roche qu'elle ne devait pas s'approvisionner par le biais de MA, sinon elle s'exposerait au risque de ne jamais recevoir ses médicaments.

Les laboratoires pharmaceutiques membres de MA, prenant acte de la situation nouvelle, adoptèrent logiquement une « *position unanime* » visant à évincer MA puisqu'ils ne se reconnaissaient plus dans cette structure. De fait, observe l'un de leurs représentants, « *les laboratoires ont recadré leur vision* » et consentirent à la PSP des prix inférieurs à ceux proposés à MA, ne serait-ce que par une réduction symbolique (de 0,5 FCFA [0,005 FF] par exemple). Dans ces circonstances, les laboratoires redevenaient « mieux disants » que MA, et la PSP pouvait légitimement écarter les propositions faites par MA, cela sans même avoir à faire intervenir les arguments légaux selon lesquels MA n'avait pas le statut de grossiste lui donnant le droit d'importer des médicaments.

Les membres du Comité de gestion de l'Initiative furent informés, début avril 1999, que MA n'avait « *pas remporté l'appel d'offres de la PSP pour l'année 1999 et qu'une nouvelle définition de son rôle devrait être envisagée* » ; de surcroît, « *l'arrivée d'un consultant Onusida pour aider à repositionner Medical Access-CI dans l'Initiative* » leur fut annoncée. Deux missions successives de l'Onusida eurent à traiter ultérieurement des rôles respectifs de la PSP et de MA dans le dispositif d'approvisionnement en médicaments de l'Initiative en Côte d'Ivoire. Elles entérinèrent le fait que « *la fonction de négociation des prix et d'approvisionnement en ARV qu'avait jusque là MA disparaît* ». L'activité du responsable de MA fut redéployée, courant 1999, sur l'appui à la gestion des centres accrédités par la collecte des doubles des ordonnances pour établir l'état des comptes avec la PSP. La structure *Medical Access* cessait d'exister en début d'année 2000.

Chapitre 4.1

L'accès aux traitements des patients vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire : une enquête quantitative

Anne JUILLET, Philippe MSELLATI, Marc SOUVILLE,
Johanne PRUDHOMME, Hortense AKA-DAGO AKRIBI,
Jean-Paul MOATTI

Introduction

En ayant choisi, à la différence par exemple du gouvernement ougandais, de prendre financièrement en charge – par l'intermédiaire du Fonds national de solidarité – une partie du coût des traitements antirétroviraux, les autorités politiques et sanitaires ivoiriennes posaient inévitablement les termes d'un débat sur les critères de choix des patients qui bénéficieraient de ces multithérapies, *via* un mécanisme de subvention publique couvrant de 50 % à 95 % du prix des ARV. Les critères médicaux d'éligibilité choisis pour envisager la mise sous traitement ARV dans le cadre de l'Initiative (CD4 < 500/ml et/ou charge virale > 10 000 copies/ml) concernaient *a priori* une très large fraction de la population infectée par le VIH dans le pays. En dehors de ces critères médicaux qui ont été rendus publics dès le début de l'Initiative, une enquête sociale, menée en parallèle du bilan clinique et biologique initial lors de l'inclusion dans l'Initiative, devait permettre d'évaluer les niveaux de ressources des patients afin d'identifier ceux pouvant bénéficier d'une subvention, et déterminer le montant de celle-ci.

En pratique, comme le rappellent les analyses du processus de décision dans l'Initiative (voir chapitre 2), cette enquête sociale s'est souvent réduite à la passation d'un questionnaire simplifié sur la situation socio-économique du patient. Ceci alors qu'aucune information précise

n'a jamais été rendue publique sur les critères retenus pour chaque niveau de subvention. Dans ce contexte d'absence de recommandations claires, et comme le confirment les entretiens réalisés par ailleurs auprès des professionnels concernés (voir chapitre 5.4), les équipes médicales ont de fait été conduites à procéder, plus ou moins spontanément, à des formes de présélection. Dans certains cas, les médecins ont peut-être renoncé à ne pas orienter vers l'Initiative des patients potentiellement éligibles en termes médicaux ; dans d'autres cas, ils ont sûrement été conduits à ne pas ouvrir de dossiers pour des patients venus solliciter un bilan dans le cadre de l'Initiative dans la mesure où il leur apparaissait que ces derniers ne seraient pas en mesure de mobiliser les ressources financières indispensables pour couvrir les dépenses restant à leur charge, même après obtention d'une subvention. Deux seuls cas de figure fixaient de façon claire les conditions d'attribution d'une subvention à 95 % : d'une part, celui des patients appartenant à une association de personnes vivant avec le VIH et figurant sur la liste soumise aux autorités par cette association, et d'autre part, celui des femmes ayant participé auparavant aux essais cliniques de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Dans ce contexte, nous avons souhaité décrire le profil des patients inclus dans l'Initiative, et notamment ceux mis sous traitement ARV, afin de les comparer au reste de la population de patients infectés bénéficiant ou non d'une autre forme de prise en charge médicale.

Matériel et méthodes

Une enquête transversale a été conduite dans six des centres accrédités pour la prescription des ARV, dans un centre de suivi de l'Initiative Onusida¹ et dans deux autres structures² de santé largement fréquentées par des personnes se sachant infectées par le VIH. Pendant la durée de l'enquête, un questionnaire administré en face à face par un

¹ SMI du CHU de Treichville, USAC, Hôpital militaire d'Abidjan (HMA), CAT d'Adjamé, CIRBA, Hôpital de jour de Bouaké, Service de pédiatrie du CHU de Yopougon.

² CAT de Bouaké, CAT de Treichville.

enquêteur, extérieur à l'équipe médicale du centre, était systématiquement proposé à tous les patients adultes se sachant infectés par le VIH depuis au moins deux mois et venus consulter dans la structure. Un consentement écrit était sollicité avant toute passation du questionnaire. L'enquête s'est déroulée dans chaque centre pendant une période de six semaines comprise entre décembre 1999 et avril 2000. Le questionnaire a été élaboré dans le but de recueillir des informations démographiques et socio-économiques, mais aussi des données sur les capacités physiques, l'état psychologique et le partage ou non du statut sérologique avec d'autres personnes. Ces données ont été complétées par des informations médicales et biologiques (numération des lymphocytes CD4 et CD8) obtenues d'une part auprès des médecins traitants, d'autre part grâce aux résultats de prélèvements sanguins réalisés avec le consentement des patients.

Par ailleurs, grâce au Projet Retro-CI des *Centers for diseases control* américains qui assure les analyses biologiques des prélèvements recueillis à l'inclusion des patients dans le processus de l'Initiative, nous avons pu obtenir pour les patients de notre échantillon qui avaient été inclus dans l'Initiative, leur numération lymphocytaire lors du bilan initial. Pour les patients dans l'Initiative qui étaient encore en attente d'un traitement ARV au moment de notre enquête, une mise à jour des traitements reçus en décembre 2000, soit neuf mois après notre enquête, a été effectuée.

Résultats

Pendant la durée de l'enquête, un total de 1 087 patients adultes infectés par le VIH, connaissant leur statut vis-à-vis de l'infection depuis plus de deux mois, ont fréquenté les centres de santé retenus. Parmi ces patients, 342 (31,5 %) ne se sont pas vus proposer de répondre au questionnaire par leur médecin traitant, soit pour des raisons logistiques, soit parce que la dégradation de leur état de santé ne leur permettait pas de participer dans de bonnes conditions à l'enquête. Ce sont donc au total 745 patients (68,4 %) qui se sont vus effectivement proposer le questionnaire, 711 (taux de réponse = 95,4 %) ont donné leur consentement à

cette étude. Lorsque des numérations de CD4/CD8 réalisées moins d'un mois avant la passation du questionnaire n'étaient pas disponibles dans le dossier médical, un prélèvement sanguin pour permettre un nouveau comptage des CD4/CD8 était proposé aux patients. Au total, 650 numérations lymphocytaires étaient disponibles au moment de l'enquête (91,4 % de l'échantillon de l'enquête).

Le *tableau 6* compare les caractéristiques, vérifiées à partir des dossiers médicaux des patients à qui l'enquête a été proposée, à celles des patients auxquels l'enquête n'a pas été proposée. Ce tableau compare également, parmi les patients qui se sont vus proposer l'enquête, les répondants aux non répondants. Si aucune différence significative n'est retrouvée entre répondants et non répondants, on notera par contre que les patients qui se sont vus exclure de la proposition de participer à l'enquête avaient tendance à être plus âgés, à appartenir aux catégories sociales les plus favorisées, mais à bénéficier dans une moindre proportion de traitements ARV.

Tableau 6
Caractéristiques des patients infectés par le VIH ayant répondu à l'enquête parmi l'ensemble des patients fréquentant les structures de santé concernées (n = 1 087)

	Questionnaire non proposé (1) n = 342	Questionnaire proposé (n = 745)		p* 1 versus 2 versus 3 (2 + 3)	p* 2 versus 3
		Refusé (2) n = 54	Accepté (3) n = 711		
Femmes	52,5 %	44,1 %	48,8 %	0,25	0,72
Hommes	47,5 %	55,9 %	51,2 %		
Âge moyen	36,6 ans	35,9 ans	35,0 ans	0,02	0,60
Écart-type	9,1	8,6	8,4		
Fonctionnaires, cadres ou chefs d'exploitation	30,6 %	26,5 %	17,5 %	0,000	0,27
Sous traitement ARV	12,6 %	32,3 %	23,1 %		

* Test du Chi-2.

Source : Évaluation de l'Initiative Onusida, 1999-2000, Abidjan.

L'analyse qui suit compare quatre groupes de patients en fonction

de leur statut à l'égard de l'Initiative et à l'accès aux traitements ARV : les patients bénéficiant déjà d'un traitement ARV dans le cadre de l'Initiative (n = 141 ; 19,8 %) ; les patients ayant déjà eu un bilan dans le cadre de l'Initiative, mais en attente de traitement ARV au moment de notre enquête (n = 101 ; 14,2 %) ; les patients bénéficiant de traitements ARV dans un circuit extérieur à l'Initiative (n = 23 ; 3,2 %) ; et enfin la majorité des patients ne bénéficiant d'aucun traitement ARV et qui ne sont pas inclus dans l'Initiative (n = 446 ; 62,7 %). Dans ce dernier groupe, le plus important en nombre, il est important de noter que moins du tiers des patients (29,6 %) déclarent avoir déjà entendu parler de l'Initiative d'accès aux traitements du VIH/sida du ministère de la Santé ivoirien et de l'Onusida.

Dans les *tableaux 7 à 10*, les quatre groupes de patients ont été comparés statistiquement en utilisant le test du chi-2 pour les variables qualitatives, un test-t ou un test Mann-Whitney pour les variables quantitatives.

Différences de caractéristiques socio-économiques

Globalement les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes dans notre échantillon (51,1 %). Parmi les patients dans l'Initiative, les femmes sont par contre proportionnellement plus nombreuses (55,0 %). Ceci peut sans doute s'expliquer par la priorité relative donnée aux femmes ayant participé aux essais de prévention mère-enfant et peut-être aussi par le fait qu'elles militent plus que les hommes dans les associations de personnes vivant avec le VIH. Quasiment tous les patients résident en Côte d'Ivoire (99 %) et en particulier dans les deux principaux centres urbains, Abidjan et Bouaké (85 %).

Le *tableau 7* (p. 146) montre clairement que la majorité des patients interrogés qui ne participent pas à l'Initiative et qui n'ont pas accès aux ARV se distinguent du reste de l'échantillon (patients inclus dans l'Initiative auxquels viennent s'ajouter ceux qui peuvent avoir accès aux ARV par leurs propres moyens). La plupart des indicateurs du *tableau 5* confirment de façon significative que ce groupe de patients n'ayant pas accès aux ARV se caractérise par un moindre niveau socio-économique et d'éducation ainsi que par des conditions matérielles de vie, notam-

ment au plan du logement, plus difficiles. De même, ils sont moins

Tableau 7

Caractéristiques socio-démographiques des patients traités ou non dans et hors l'Initiative ivoirienne (enquête 1999-2000, n = 711)

	Initiative		p (1 versus 2)	Hors Initiative		p (4 versus 1+2+3)	Total
	Traités (1)	Non traités (2)		Traités (3)	Non traités (4)		
Nombre de patients (% du total)	141 (19,8 %)	101 (14,2 %)		25 (5,2 %)	446 (62,6 %)		711 (100 %)
Sexe féminin	48,2 %	64,4 %	0,001	34,8 %	46,2 %	0,07	48,8 %
Âge moyen (écart-type)	57,2 (8)	52,7 (8)	0,01	58,3 (8)	54,6 (8)	0,1	55 (8)
Scolarisation secondaire ou supérieure	73,0 %	51,5 %	0,0006	69,6 %	35,6 %	0,000	46,4 %
Sans activité professionnelle*	27,7 %	44,5 %	0,0006	30,4 %	43,7 %	0,01	40,2 %
Fonctionnaire, cadre, ou chef d'exploitation	30,5 %	19,8 %	0,06	39,1 %	11,7 %	0,000	17,4 %
Nationalité étrangère	17,0 %	8,9 %	0,07	39,1 %	17,7 %	0,5	17,0 %
Patient étant chef de ménage	56,3 %	43,6 %	0,06	78,3 %	49,1 %	0,3	50,6 %
Taille moyenne du ménage (écart-type)	7,8 (5)	7,4 (4)	0,3	6,4 (4)	8,4 (18)	0,4	8,1 (18)
Propriétaire du logement	48,9 %	48,5 %	0,9	43,5 %	43,0 %	0,3	45,0 %
Logement en « cour commune »	27,7 %	33,7 %	0,3	43,5 %	61,0 %	0,000	50,0 %
Logement sans eau courante	7,8 %	12,9 %	0,2	4,3 %	42,1 %	0,000	30,0 %
Possède un réfrigérateur	72,7 %	59,4 %	0,03	60,9 %	29,2 %	0,000	43,2 %
Dort dans une pièce ventilée climatisée	85,8 %	71,3 %	0,006	78,3 %	53,4 %	0,000	63,1 %
A changé d'activité depuis le diagnostic VIH+	17,7 %	26,7 %	0,09	26,1 %	35,0 %	0,001	30,1 %
Bénéficie d'une assurance maladie (personnelle ou tiers)	36,2 %	29,7 %	0,3	21,7 %	10,3 %	0,000	18,6 %
Participation aux dépenses du ménage (moyenne en FCFA)*	107 947 (145 905)	55 462 (77 714)	0,001	115 252 (107 825)	45 920 (67 821)	0,001	61 470 (94 701)

* Ce qui n'exclut pas les activités dites informelles.

** 1 FF = 100 FCFA.

nombreux à bénéficier d'une couverture d'assurance pour leurs dépenses de maladie. Enfin, ces patients sont plus nombreux à avoir été contraints de changer d'activité professionnelle ou à y avoir renoncé depuis leur diagnostic de séropositivité.

A l'inverse, comme on pouvait le présupposer, les patients bénéficiant d'un traitement ARV en dehors de l'Initiative, et dont le ménage ou eux-mêmes assument donc la totalité des coûts de leur traitement⁵ ont un profil particulier. Ils ne représentent que 3 % des patients vus lors de cette enquête et 14 % du total des patients sous ARV. Ce sont surtout des chefs de ménage de sexe masculin, de niveau socio-économique plus favorisé et dont une proportion importante est de nationalité étrangère.

Du fait du caractère transversal de notre enquête, la comparaison des patients inclus dans l'Initiative selon qu'ils avaient déjà été mis sous traitement ARV au moment de notre enquête ou qu'ils étaient encore en attente, doit être relativisée. En effet, parmi les 101 patients de l'Initiative non encore traités au moment de notre enquête, le recueil de données postérieur – permis par le suivi de Retro-CI – fait apparaître que onze d'entre eux présentaient des CD4 supérieurs à 500/ml justifiant l'absence de traitement à ce stade en fonction des critères cliniques de l'Initiative, et qu'environ la moitié ($n = 41$) ont bénéficié ultérieurement d'un traitement ARV avant la fin de l'année 2000. Il faut néanmoins noter que les patients en attente de traitement dans le cadre de l'Initiative au moment de notre enquête se distinguent significativement de ceux déjà sous traitement ARV par une plus grande proportion de femmes et de personnes sans activité professionnelle, et ayant un moindre niveau d'éducation et de confort matériel ainsi qu'une moindre capacité financière. Cependant, ces patients, en attente de traitement dans l'Initiative, ont dans l'ensemble des conditions socio-économiques plus favorables que celles, déjà évoquées, des patients non traités par ARV et n'ayant pas été en contact avec l'Initiative.

Plus des deux tiers des patients de l'échantillon (67,6 %) déclarent recevoir une aide financière de leurs proches ou de l'entourage, et pour plus de la moitié des patients interrogés (51,6 %), cette aide concerne

⁵ Pour 2 de ces 25 patients, leur traitement est néanmoins directement pris en charge par leur entreprise.

notamment les dépenses de santé. Les patients « aidés » financièrement se retrouvent dans les mêmes proportions dans nos quatre groupes qu'ils soient ou non dans l'Initiative et traités ou non par ARV.

Le *tableau 8* montre qu'une majorité des patients traités dans l'Initiative (68,8 %) bénéficient d'une subvention publique. Cette proportion est significativement plus élevée pour ceux dont les traitements sont des trithérapies, ce qui correspond à l'évolution de l'Initiative depuis la décision d'octobre 1999 d'introduire la trithérapie comme traitement de référence (voir chapitre 1).

Tableau 8
Niveau de subvention des patients pour un traitement ARV dans l'Initiative (enquête 1999–2000, n = 141)

	Bithérapie⁴	Trithérapie ou +	Total
Nombre	57	84	141
Gratuit	0 %	1,2 %	0,7 %
Prise en charge à 95 %	7,0 %	51,2 %	33,3 %
Prise en charge à 75 %	29,8 %	8,3 %	17,0 %
Prise en charge à 50 %	14,0 %	20,2 %	17,7 %
Plein tarif	49,1 %	19,0 %	31,2 %

Source : Évaluation de l'Initiative Onusida, 1999–2000, Abidjan.

Logiquement, du fait du mécanisme de subventions, les dépenses de médicaments ARV restant à la charge des patients traités dans le cadre de l'Initiative (médiane = 38 000 FCFA par mois et moyenne = 73 000 FCFA) sont très inférieures à celles que doivent déboursier les patients traités hors Initiative entièrement à leurs frais (médiane = 160 000 FCFA, 164 000 FCFA en moyenne). On notera également que la durée sous traitement ARV est relativement récente (6 mois en moyenne) pour les patients traités dans le cadre de l'Initiative, alors que les patients traités hors Initiative ont une ancienneté de mise sous antirétroviraux

⁴ En supposant, comme nous l'avons montré dans les chapitres 2 et 3, que pour les traitements par bithérapie et trithérapie les plus fréquentes en Côte d'Ivoire, le coût moyen mensuel respectif est dans un cas inférieur à 100 000 FCFA et dans l'autre cas situé entre 270 000 et 285 000 FCFA.

de l'ordre de 20 mois en moyenne, ce qui indique qu'une partie d'entre eux bénéficiait déjà de ces médicaments par le circuit privé avant même l'introduction de l'Initiative en août 1998. En revanche, les délais moyens entre l'annonce du diagnostic de séropositivité et la date de démarrage d'un traitement ARV étaient identiques (respectivement 15 et 16 mois en moyenne) que les patients soient traités dans ou hors Initiative.

Différences d'état de santé

Parmi les 650 patients pour lesquels nous disposons d'une numération des lymphocytes CD4 au moment de notre enquête, aucune différence significative n'apparaît entre les quatre groupes en termes de niveau de CD4 (*tableau 9*). On constate notamment que, tant parmi les patients traités, que parmi ceux qui ne le sont pas, près de la moitié présente une immunodépression avancée (< 200 CD4/ml). Il faut cependant noter que s'agissant des patients traités dans l'Initiative, leur taux moyen de CD4 (185 ± 132) était plus faible lors du bilan à l'inclusion (selon les données de Retro-CI) qu'au moment de notre enquête, ce qui souligne logiquement l'impact du traitement ARV.

En moyenne, les patients de notre échantillon se savent infectés par le VIH depuis moins d'un an. Dans l'ensemble, les patients ne bénéficiant pas de traitements ARV ont pris connaissance de leur séropositivité de façon plus récente que les patients traités. Ceci suggère la nécessité d'un processus d'apprentissage et d'accumulation d'information pour être en mesure d'engager des démarches pouvant se traduire en définitive par un accès aux traitements ARV (*tableau 9*). Néanmoins, alors que leur niveau de CD4 ne diffère pas de ceux du reste de l'échantillon et qu'ils ont même tendance à présenter un plus grand nombre de signes cliniques de la maladie (stades sida, 3 ou 4), la majorité des patients qui sont hors Initiative ne semblent également pas bénéficier d'une prise en charge minimale adaptée, comme en témoigne la proportion limitée (moins du tiers) d'entre eux sous prophylaxie par cotrimoxazole (*tableau 9*). La poursuite de la prophylaxie par cotrimoxazole parmi les patients bénéficiant déjà d'une mise sous traitement antirétroviral peut continuer à susciter débat dans le contexte africain. Cependant, les recommandations récentes insistent, en l'absence d'accès aux ARV, pour

Tableau 9
Caractéristiques d'état de santé des patients traités ou non dans et hors l'Initiative ivoirienne
(enquête 1999–2000, n = 711)

	Initiative		p (1 versus 2)	Hors initiative		p (4 versus 1+2+5)	Total
	Traités (1)	Non traités (2)		Traités (5)	Non traités (4)		
	n = 141	n = 101		n = 25	n = 446		n = 711
Patients ayant eu une mesure des CD4 au moment de l'enquête	135 (95,7 %)	99 (98,0 %)	0,5	19 (82,6 %)	397 (89,0 %)	0,005	650 (91,4 %)
Moyenne des CD4 (écart-type)	240 (193)	224 (227)	0,5	229 (273)	276 (263)	0,03	260 (243)
Patients à moins de 200 CD4	48,1 %	57,6 %	0,2	47,4 %	48,6 %	0,6	49,8 %
Stade clinique supérieur à 2	39,2 %	46,0 %	0,5	52,5 %	57,2 %	0,000	51,9 %
Sous prophylaxie cotrimoxazole	51,1 %	54,4 %	0,5	39,1 %	24,9 %	0,000	34,9 %
Délai depuis le diagnostic de séropositivité (moyenne en mois)	26 (26)	21 (26)		35 (32)	10 (17)	0,000	18 (22)
Déclare une dégradation de son état de santé par rapport à l'année précédente	17,7 %	39,6 %	0,000	26,1 %	36,8 %	0,000	33,0 %
A eu un épisode morbide dans les deux derniers mois	63,8 %	79,2 %	0,001	21,7 %	62,5 %	0,4	63,8 %

qu'une telle prophylaxie soit prescrite aux adultes présentant une infection à VIH symptomatique (stade 2, 3, 4) et/ou présentant un taux de CD4 inférieur ou égal à $500/\text{mm}^3$ (Onusida, 2000) (voir chapitre 5.2). Si de telles recommandations étaient suivies, la proportion de patients sous cotrimoxazole parmi les patients non traités par ARV dans notre échantillon devrait être supérieure à 90 %, que ceux-ci soient hors Initiative ou en attente de traitement dans l'Initiative.

Enfin, on notera que l'absence de traitements ARV s'accompagne d'une perception subjective dégradée de leur état de santé pour plus du tiers des patients concernés qu'ils soient ou non dans l'Initiative. De façon non surprenante, les patients sous ARV sont significativement beaucoup moins nombreux à se plaindre d'une dégradation de leur état de santé en dépit d'une persistance non négligeable d'épisodes morbides.

Différences dans les comportements sexuels à risque

Les patients de notre échantillon ne se distinguent pas par leur statut matrimonial : 39 % d'entre eux sont mariés, 36 % sont célibataires, 11 % sont veufs, 6 % sont divorcés et 8 % vivent en union libre sans différences statistiquement significatives selon les groupes d'accès au traitement ARV et à l'Initiative. De même, ils déclarent dans les mêmes proportions avoir un partenaire principal au moment de notre enquête. Le *tableau 10* (p. 153) montre cependant que cette similitude de situation s'accompagne de différences notables de comportements, tant en matière de prise de risque de transmission sexuelle du VIH, que de partage avec des tiers de l'information sur leur statut sérologique. En particulier, les personnes non traitées et qui n'ont pas été en contact avec l'Initiative, soit la majorité des patients infectés, sont très peu nombreux, et dans des proportions significativement moindres que le reste de l'échantillon, à déclarer connaître le statut sérologique vis-à-vis du VIH de leur partenaire ; de même, ils sont moins nombreux à avoir partagé l'information sur leur séropositivité avec un proche. Tout se passe comme si la confrontation avec la démarche d'accès au traitement ARV s'accompagnait nécessairement d'une plus grande ouverture sur l'environnement en termes de levée du secret de l'infection (voir chapitre 4.2) : c'est ce que suggère également le fait que, parmi les personnes incluses dans l'Ini-

tiative, celles qui n'ont pas encore accédé au traitement ARV sont aussi beaucoup moins nombreuses à avoir informé leur partenaire principal de leur statut sérologique, et également moins nombreuses à utiliser un préservatif avec ce partenaire (une telle utilisation pouvant justement « signifier » un aveu « indirect » à leur partenaire).

Le *tableau 10* révèle également des différences importantes en matière de comportements sexuels. Les patients non traités, en particulier ceux qui n'ont pas été en rapport avec l'Initiative, tendent majoritairement à être abstinentes notamment du fait de la dégradation de leur état de santé. Mais, ils ont aussi tendance, dès lors qu'ils ont des relations sexuelles, à prendre plus de risques en ayant plus fréquemment des rapports non protégés, y compris avec des partenaires sexuels « occasionnels ».

Conclusion

Cette enquête transversale auprès d'un échantillon « tout venant » de patients infectés par le VIH recrutés dans des structures de santé, relevant ou non de l'Initiative, est à notre connaissance l'une des premières de ce type en Afrique. En dépit des limites intrinsèques à toute approche transversale, elle contribue aussi à l'évaluation de l'Initiative en permettant de comparer les patients bénéficiant de l'Initiative au reste de la population infectée, du moins celle qui fréquente des structures médicales de prise en charge et qui a déjà connaissance de sa séropositivité.

A la date du 31 mars 2000, qui correspond à la fin de notre période d'enquête, selon les statistiques officielles du projet Retro-CI, 649 patients s'étaient vus prescrire des médicaments antirétroviraux dans le cadre de l'Initiative⁵. Notre enquête a donc pu recueillir des informations sur le quart environ de cette population. Lorsque l'on compare les 141 patients de notre échantillon qui sont sous ARV dans l'Initiative à l'ensemble des patients sous antirétroviraux dans l'Initiative, on remarque des

⁵ Djomand G, Roels T, Chorba T. *HIV drug access Initiative. Preliminary report. August 1998-March 2000*, Satellite meeting on the Unaided Drug Access Initiative, Durban, South Africa, 9 July 2001, 22 p.

Tableau 10
**Comportements sexuels chez les patients traités ou non dans et hors l'Initiative ivoirienne
 (enquête 1999–2000, n = 711)**

	Initiative		p	Hors initiative		p	Total
	Traités (1)	Non traités (2)	(1 versus 2)	Traités (3)	Non traités (4)	(4 versus 1+2+3)	
	n = 141	n = 101		n = 25	n = 446		n = 711
A un partenaire principal	70,9 %	61,4 %	0,1	78,3 %	61,9 %	0,1	64,1 %
Ne connaît pas le statut sérologique du partenaire principal*	51,4 %	65,2 %	0,09	66,7 %	84,1 %	0,000	74,4 %
A informé son partenaire principal de son statut VIH+	56,7 %	40,7 %	0,04	50,0 %	45,1 %	0,5	47,7 %
A divulgué son statut sérologique à au moins un proche	95,0 %	85,1 %	0,008	95,6 %	55,1 %	0,000	68,6 %
Sexuellement actif au cours des 6 derniers mois	55,2 %	56,4 %	0,6	73,9 %	41,7 %	0,000	47,7 %
A utilisé systématiquement un préservatif avec son partenaire principal**	77,5 %	46,3 %	0,0004	47,1 %	46,9 %	0,009	53,6 %
A utilisé systématiquement un préservatif avec des partenaires occasionnels***	63,3 %	60,0 %	0,8	100 %	46,6 %	0,05	53,0 %

* Parmi les 456 patients ayant déclaré avoir un partenaire principal.

** Parmi les 305 patients sexuellement actifs ayant un partenaire principal au cours des 6 derniers mois.

*** Parmi les 115 patients sexuellement actifs ayant eu des partenaires occasionnels au cours des 6 derniers mois.

différences quant au sexe (48,2 % *versus* 42,4 % de femmes) et à l'âge (37,2 ans en moyenne dans notre étude *versus* 34,3 ans). De plus, alors que 88,5 % des patients de notre échantillon sous ARV dans l'Initiative ont un niveau de scolarisation inférieur ou égal au secondaire, ils sont 71,0 % dans ce cas parmi les patients de l'ensemble de l'Initiative qui sont sous ARV. Il semblerait donc que notre étude sous-représente le groupe des patients « aisés » ayant eu accès aux traitements ARV, qui sont généralement des hommes actifs ayant un niveau d'étude supérieur. C'est ce que suggère également la moindre propension des médecins participant à notre enquête de proposer la passation du questionnaire à ces mêmes groupes plus « aisés », sans doute perçus comme plus sourcilieux quant au risque de remise en cause de la confidentialité dans le cadre d'une enquête de ce type.

Le premier constat, banal mais important, qui ressort de notre enquête, c'est qu'en dépit des progrès permis par l'Initiative, même dans l'univers de patients infectés par le VIH connaissant leur statut sérologique et fréquentant des structures sanitaires (dans lesquelles l'Initiative est soit directement implantée, soit devrait être largement connue), il subsiste un écart important entre les patients bénéficiant effectivement d'un traitement ARV (23,1 % dans l'échantillon total et 27,4 % si l'on se limite aux patients ayant moins de 500 CD4/mm³) et ceux qui « devraient » l'être sur la base des critères médicaux d'éligibilité officiellement mis en avant par l'Initiative elle-même (87 % si l'on s'en tient au seul critère de moins de 500 CD4/mm³). Même si des critères d'initiation du traitement ARV moins étendus (par exemple 200 CD4/mm³) étaient appliqués, nos données montrent qu'on se retrouverait dans une situation exactement similaire : 23 % seulement de patients ayant moins de 200 CD4 étaient traités au moment de l'enquête.

Les progrès qui restent à accomplir en matière de prise en charge thérapeutique sont encore plus criants en matière de prévention et de traitement des infections opportunistes, en particulier chez la majorité des patients qui n'ont pas encore accès aux antirétroviraux. Compte tenu du faible coût d'un traitement prophylactique par le cotrimoxazole (moins de 1 000 FCFA par mois) et des recommandations cliniques consensuelles qui préconisent son introduction à un stade précoce de

l'histoire naturelle de la maladie, l'immense majorité des patients de notre échantillon aurait dû se trouver d'ores et déjà sous cette prophylaxie, ce qui est loin d'être le cas. Des déterminants autres que des contraintes purement économiques expliquent donc cette carence relative en matière de prophylaxie. Comme le suggère l'enquête menée en parallèle auprès du personnel soignant (voir chapitre 5.2), une amélioration de leur formation apparaît comme indispensable. On peut également se demander, même si les données quantitatives de notre enquête ne permettent pas directement de se prononcer sur cette interprétation, si la focalisation sur les antirétroviraux ne conduit pas dans certains cas à « décourager » les personnes atteintes de rechercher d'autres traitements, certes moins efficaces sur le fond, mais néanmoins utiles dans l'attente d'accès aux antirétroviraux.

Il est indéniable, comme le suggère la comparaison des patients mis sous ARV dans le cadre de l'Initiative avec la petite minorité de ceux qui ont accès aux ARV dans le cadre d'un circuit purement privé antérieur à l'Initiative, que celle-ci a permis une extension de l'accès aux traitements, non seulement en nombre mais en termes d'élargissement social des patients bénéficiant des ARV. Nos données démontrent cependant la persistance de fortes inégalités socio-économiques d'accès aux médicaments antirétroviraux. Les patients inclus dans l'Initiative se différencient du reste de la population infectée par le VIH fréquentant les structures de soins par leur niveau socio-économique globalement plus élevé.

Même dans le cadre de l'Initiative, ceux qui ont accès aux antirétroviraux sont plus souvent des hommes plus âgés et des chefs de ménage ayant été jusqu'au secondaire ou au delà. Tout se passe comme si l'affirmation de critères de priorité pour l'accès aux subventions maximales (95 %) dans le cadre de l'Initiative pour les femmes ayant participé à des essais cliniques dans le cadre prénatal et pour les membres d'associations de personnes vivant avec le VIH, n'était pas suffisante pour compenser totalement l'impact des barrières socio-économiques et socio-culturelles dans l'accès aux ARV. Ceci n'est d'ailleurs pas surprenant dès lors qu'outre les critères purement médicaux, l'appréciation de la capacité du patient à faire face aux contraintes du traitement ARV (y

compris en terme de capacité financière à assumer en continu la part du coût des médicaments restant à sa charge) constitue un élément explicite dans les décisions des équipes médicales et sanitaires pour orienter les patients vers l'Initiative, et pour donner suite aux demandes des patients ayant entamé une démarche vers celle-ci.

Compte tenu des éléments dont nous disposons quant au recrutement dans l'Initiative, il nous est difficile de faire la part, dans la persistance constatée des inégalités sociales d'accès aux ARV, entre les facteurs d'offre (les processus implicites ou explicites de « présélection » et de « sélection » des patients susceptibles d'accéder aux ARV par les soignants et le degré effectif de prise en compte de critères socio-économiques dans ces processus) d'une part, et les facteurs de demande d'autre part. S'il est clair qu'un manque d'information sur l'existence même de l'Initiative et sur les modalités concrètes permettant d'y accéder est pour partie à l'origine d'une limitation de la demande de traitement exprimée par la majorité des patients (les deux tiers des patients de notre échantillon non traités par ARV et n'ayant pas eu de contact avec l'Initiative n'en connaissant même pas l'existence), il est difficile d'estimer jusqu'à quel point s'exerce également une « auto-sélection » des patients et un découragement de leur part devant les difficultés qu'ils anticipent dans l'hypothèse où ils se lanceraient dans une démarche d'accès aux ARV. Le lien observé dans notre échantillon entre l'accès au traitement ARV et une plus grande ouverture quant à la communication à des tiers du statut sérologique, confirmé par ailleurs dans les entretiens menés auprès de patients (voir chapitre 4.2), suggère en tout état de cause l'importance de la mobilisation de l'environnement social proche dans la dynamique qui peut permettre au patient de parvenir en définitive à bénéficier des ARV.

En l'absence de système de protection sociale généralisé en Côte d'Ivoire^{6,7}, une majorité de patients infectés par le VIH, qu'ils aient ou

⁶ Ette J, Ette H, Jean-Baptiste E, et al. *Les coûts des prestations et systèmes de protection sociale*, PSA/CEPRASS/MSP, document ronéotypé, 1995, Abidjan, 145 p.

⁷ Ortiz C, Juillet A, Ouattara A. Les mutuelles de santé peuvent-elles être une réponse au problème d'accès aux soins en milieu urbain ? Le cas d'Abidjan. Colloque international sur le « Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie » (CERDI), Clermont-Ferrand (France), décembre 2000 [communication orale].

non accès aux ARV, sollicitent l'aide de tiers pour leurs dépenses de santé. Devant le caractère permanent des dépenses dans le contexte des traitements de l'infection par le VIH, on peut s'interroger sur la pérennité d'une telle aide, le plus souvent de nature familiale. Le développement de prises en charge collectives, de type assurance maladie ou mutuelles, semble nécessaire pour atteindre un tel objectif y compris dans les couches de la population infectée bénéficiant d'un certain pouvoir d'achat. Il faut noter que parmi les patients de notre échantillon inclus dans l'Initiative, la proportion de ceux bénéficiant directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers, d'une mutuelle ou d'une assurance couvrant le risque maladie (33,5 %) est plus du double de celle observée (15,5 %) dans une enquête de 1998 auprès de la population générale adulte d'Abidjan⁸.

Les analyses préliminaires de ce volet d'enquête quantitative auprès des patients infectés par le VIH convergent avec les résultats obtenus et présentés par ailleurs dans l'évaluation de l'Initiative, pour souligner la nécessité de différencier les sources et les formes de financement de la demande, dans l'objectif de faciliter l'accès aux traitements du VIH/sida dans un contexte comme celui de la Côte d'Ivoire. Elles soulignent la vacuité des positions dogmatiques en ce domaine : qu'il s'agisse, au nom d'une interprétation unilatérale de la politique dite de « recouvrement des coûts » dans les structures sanitaires, de refuser par principe toute forme de gratuité de la fourniture des médicaments et des services de santé y compris dans les groupes de patients infectés les plus démunis (sous le prétexte qu'il faudrait que les patients « paient pour participer véritablement à leurs traitements ») ; ou qu'il s'agisse, à l'inverse, de refuser toute forme de complémentarité entre financements public et privé, alors qu'il s'avère possible au travers de mécanismes d'assurance ou de solidarité interne aux entreprises de mobiliser une demande solvable dans certains groupes de population pour la mise sous traitement des personnes atteintes.

De même, ces résultats confortent les constats, faits par ailleurs

⁸ Perrin H. Le paiement des soins par les usagers : un système de santé équitable ? Analyse de sensibilité de la demande de soins à Abidjan (Côte d'Ivoire). Colloque international sur le « Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie » (CERDI), Clermont-Ferrand (France), décembre 2000 [communication orale].

dans d'autres volets de l'évaluation, que la mise sous traitement antirétroviral dans le cadre de l'Initiative est l'aboutissement d'un processus prolongé, et encore semé d'embûches pour l'ensemble des patients, qui dépend de l'évolution de leur état de santé, de leur niveau d'information sur les différents recours possibles, ainsi que de leur plus ou moins grande capacité à se soumettre avec succès à des procédures administratives lourdes, en particulier lorsque l'octroi d'une subvention publique est la condition pour disposer des moyens financiers suffisants permettant d'accéder aux traitements.

Chapitre 4.2

L'accès aux traitements des patients vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire : une enquête qualitative

Djénéba COULIBALY-TRAORÉ, Laurent VIDAL

Présentation de l'étude

Dans le cadre de l'évaluation de l'Initiative, il a été décidé de porter une attention particulière aux effets de ce programme sur les conditions de mise sous traitement des patients infectés par le VIH, tout en s'efforçant d'obtenir une image précise des caractéristiques socio-économiques et médicales de ces patients. Cela suppose de comparer les caractéristiques, attitudes et perceptions des patients infectés par le VIH qui sont sous traitement antirétroviral (ARV) avec celles des patients qui ne bénéficient pas de ces traitements, qu'ils soient ou non pris en charge dans une structure de référence de l'Initiative (centre « accrédité » ou « de suivi »). Une vaste enquête par questionnaires a donc été réalisée à cet effet (voir chapitre 4.1). Parallèlement à cette étude quantitative, nous avons porté un regard de type qualitatif auprès de patients qui appartiennent à chacune des trois catégories mentionnées précédemment (patients, sous ARV ou non, suivis dans un centre accrédité de l'Initiative ; patients suivis dans un centre non accrédité et ne bénéficiant donc pas d'un traitement ARV). De façon complémentaire à l'enquête quantitative, ces entretiens qualitatifs visaient à mieux cerner l'ensemble du processus de mise sous traitement ARV : circonstances du dépistage, annonce du statut sérologique, conseils en matière de prévention de la transmission du VIH et, éventuellement, stratégies développées pour accéder à un traitement.

Dans cette optique, deux centres ont été retenus pour la conduite des entretiens et les observations : un centre accrédité de l'Initiative (l'Unité de soins ambulatoires et de conseil - USAC, du CHU de Treichville) au sein duquel 10 patients sous ARV et 9 patients qui ne le sont pas ont été rencontrés ; un centre hors Initiative (le Centre antituberculeux de Treichville, CAT) où 10 autres patients qui ne sont pas sous ARV ont été contactés. Ces personnes étaient toutes informées de leur statut sérologique depuis au moins deux mois. Un à trois entretiens approfondis ont été effectués, le plus souvent dans un lieu extérieur à la structure de soins et fixé à la convenance de la personne rencontrée. De plus, il était prévu dans notre protocole d'étude de solliciter l'accord des patients interrogés pour rencontrer un membre de leur entourage qui soit informé de leur statut sérologique ainsi qu'éventuellement du type de traitement qu'ils suivaient. Ce regard croisé (patient/membre de l'entourage) nous paraissait nécessaire pour évaluer les modalités d'implication de la famille dans le suivi du traitement ARV. Seulement 12 patients sur 29 ont donné leur accord pour qu'un proche de leur choix soit rencontré ; les autres ont refusé. Parmi ces 17 personnes ayant refusé, se trouvent les 11 patients (10 du CAT et une de l'USAC) qui ont par ailleurs déclaré lors des entretiens n'avoir informé personne de leur séropositivité. Sur les 29 personnes rencontrées, 18 ont informé au moins un proche de leur séropositivité (il s'agit toujours de patients rencontrés dans le centre accrédité de l'USAC : soit les 12 ayant accepté que l'on rencontre un proche et 6 ayant refusé). Ces 18 personnes (7 hommes et 11 femmes) ont 37 ans en moyenne et vivent en majorité seules (10 célibataires, 5 en couple et 3 veuves) (*tableau 11*).

Les six patients de l'USAC qui, bien qu'ayant informé un proche, ont néanmoins préféré qu'il ne soit pas rencontré, ont exprimé des craintes que la confidentialité des entretiens avec ce proche ne soit pas totalement effective. Et cela, en dépit de notre proposition que les entretiens se déroulent dans un lieu choisi par le patient et qui puisse garantir que le contenu de l'entretien ne soit pas accessible à un tiers. Ces refus révèlent en eux-mêmes la réserve qui guide les choix des patients infectés par le VIH en matière de discussion avec un tiers et posent un certain nombre de questions : quelle est la nature exacte de l'information qu'ils

ont fourni au proche auquel ils affirment avoir révélé leur statut sérologique ? Quel niveau de confiance placent-ils en ce dernier quant à sa capacité à garder confidentielles les informations qui seraient inévitablement échangées lors de l'entretien avec un chercheur ? Cette difficulté à rencontrer un proche de la personne séropositive constitue en tout état de cause une illustration assez juste de la délicate gestion du partage de l'information sur le statut sérologique^{1,2} : même dans le cadre d'un protocole de recherche où un effort particulier a été fait pour garantir la confidentialité et le consentement éclairé, certains des patients qui ont accepté des entretiens avec les chercheurs craignent qu'une partie des informations alors échangées ne soient divulguées à un tiers, à leur insu, que ce soit par le proche « informé » ou par le chercheur.

Principaux résultats

En définitive, des entretiens ont pu être réalisés avec 29 patients, 12 de sexe masculin et 17 de sexe féminin (*tableau 11*). Ces patients sont d'un âge moyen de 34 ans (de 22 à 54 ans). Dix-sept vivent seuls, 8 vivent en couple et 4 femmes sont veuves. Dix de ces patients sont au chômage, deux sont élèves et un étudiant. Dix ont une activité leur permettant d'avoir un revenu régulier (fonctionnaire en activité, informaticien, chauffeur, « boy », blanchisseur, veilleur de nuit, femmes de ménage). Cinq ont une activité « libérale » (dans la couture ou le commerce) qui ne leur garantit pas un revenu régulier. Enfin, une femme interrogée est fonctionnaire à la retraite. Alors que douze patients avaient donné leur accord pour que l'on rencontre un de leur proche, seuls 4 proches ont pu être effectivement contactés : la non disponibilité de ces personnes et le manque de temps d'une étude pour laquelle la collecte était limitée dans la durée expliquent cette situation. Les quatre proches rencontrés sont deux hommes et deux

¹ Vidal L. *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*. Paris, Anthropos-Economica, 1996 : 217 p.

² Hassoun J. *Le vécu des femmes malades du sida à Abidjan : vers un nouveau positionnement du chercheur*, Doctorat de démographie sociale, Université Paris X - Nanterre, 1997 : 388 p.

Tableau 11

Caractéristiques des patients infectés par le VIH interrogés (USAC et CAT de Treichville)

Âge	Sexe	Situation matrimoniale	Profession	Raison du test initial du VIH	Personne informée du statut sérologique	Centre de soins	Sous ARV	Entretien avec un proche
45	F	veuve	chômage	symptômes	parents	USAC	oui	oui
25	F	seule	femme ménage	symptômes	amis	USAC	oui	non
42	M	couple	informaticien	symptômes	partenaire	USAC	oui	oui
28	F	seule	chômage	symptômes	parent	USAC	oui	oui
33	M	seul	commerçant	connaître	partenaire	USAC	oui	oui
37	M	seul	chômage	symptômes	amis	USAC	oui	non
43	F	couple	commerçant	test partenaire	partenaire	USAC	oui	oui
54	F	veuve	retraîtée	symptômes	parent	USAC	oui	non
34	F	seule	juriste	grossesse	partenaire	USAC	oui	oui
48	F	veuve	femme ménage	grossesse	parent	USAC	oui	non
33	M	seul	chômage	symptômes	parent	USAC	non	oui
22	F	seule	élève	employeur	parent	USAC	non	oui
46	M	couple	chômage	symptômes	partenaire	USAC	non	oui
27	F	seule	chômage	symptômes	parent	USAC	non	non
29	F	seule	étudiante	test partenaire	partenaire	USAC	non	oui
46	M	couple	veilleur	test partenaire	amis	USAC	non	oui
49	M	couple	fonctionnaire	symptômes	partenaire	USAC	non	non
29	F	seule	chômage	grossesse	parent	USAC	non	oui
35	M	couple	boy	employeur	non	USAC	non	non
22	F	seule	élève	tuberculose	non	CAT	non	non
22	F	veuve	vendeuse	connaître	non	CAT	non	non
28	M	seul	chauffeur	connaître	non	CAT	non	non
38	F	couple	vendeuse	connaître	non	CAT	non	non
27	M	seul	couturier	tuberculose	non	CAT	non	non
33	M	couple	agent sécurité	tuberculose	non	CAT	non	non
30	F	seule	chômage	symptômes	non	CAT	non	non
29	F	seule	chômage	symptômes	non	CAT	non	non
35	M	seul	contractuel	tuberculose	non	CAT	non	non
22	F	seule	chômage	tuberculose	non	CAT	non	non

femmes, partenaires des patients pour trois d'entre eux et parent (le frère du mari de la sœur aînée de la patiente) pour le quatrième.

Démarches pour le test de dépistage

Les raisons qui ont conduit les patients rencontrés à réaliser leur test de dépistage du VIH sont variées. Un problème de santé (paludisme, diarrhées, dermatoses, zona, furoncles ou tuberculose) est à l'origine de la démarche de test pour 17 d'entre eux. Quatre personnes ont réalisé leur test parce qu'elles désiraient simplement « *connaître leur statut sérologique* ». Trois femmes l'ont effectué dans le cadre d'un projet de recherche alors qu'elles étaient enceintes. Enfin, deux patients ont passé un test à la demande de leur employeur et trois suite à la réalisation du test chez leur partenaire principal. Par ailleurs, seuls trois des 29 patients rencontrés avaient préalablement informé un tiers de la réalisation de ce test de dépistage.

Les circonstances précises de réalisation du test ne sont pas non plus généralisables. Nos entretiens révèlent que des tests continuent à être réalisés à l'insu du patient : dans notre série, deux personnes l'ont été au cours d'une hospitalisation. Lorsque le test est effectué avec l'accord de la personne, ce qui est effectivement le cas pour la plupart des patients interrogés, celle-ci rapporte néanmoins un certain nombre d'expressions dans la proposition de test qui ne contiennent aucune référence explicite au sida ou à l'infection à VIH. Les soignants expliqueraient ainsi aux patients qu'à travers cet examen ils souhaitent savoir « *de quoi tu souffres exactement* » ou « *si tu as autre chose* », ou encore voir « *ce qui ne va pas exactement* » ou « *si ton sang est propre* ». Autant les patients rencontrés se rappellent en général avec précision les termes utilisés pour la proposition de test, autant le coût du test est resté peu mémorisé : la principale explication fournie pour cet « oubli » est alors la diversité des dépenses engagées durant cette période.

Pendant l'attente du résultat sérologique, deux séries d'attitudes se repèrent parmi les patients interrogés, qui diffèrent sensiblement selon l'état de santé du patient au moment de la réalisation du test. A l'anxiété de la personne, présentant déjà des signes de maladie et qui « *avait pensé au sida* » quand son état de santé a commencé à se dégrader,

répond l'attitude des personnes qui estimaient bien se porter (« *je ne me faisais même pas de souci parce que pour moi je n'avais pas le sida, je ne pensais pas à ça parce que je pensais que j'étais en forme, je pensais à toutes les maladies sauf au VIH* » dit ainsi l'un des patients, une femme de 22 ans, célibataire, élève, prise en charge au CAT, sans traitement ARV ; « *mon patron ne m'avait pas dit que c'est l'examen de sida* », raconte un homme de 35 ans, marié, « boy », pris en charge à l'USAC mais pas sous traitement ARV, « *donc je ne pensais pas à quelque chose, je voulais seulement qu'on me dise ce qui ne va pas puisque avant cette maladie, je ne tombais pas malade* »).

L'annonce de la séropositivité

Effectuée par un médecin ou une assistante sociale, l'annonce de la séropositivité n'est pas toujours destinée au patient lui-même. Dans deux cas, c'est une tierce personne qui a été informée la première du diagnostic. Ce fut notamment le cas d'une jeune femme qui a appris qu'elle était infectée par le VIH à l'Église, par le pasteur, lui-même informé par sa grande sœur qui l'avait appris par le médecin prescripteur du test. Voici le récit qu'elle fait de cette annonce très particulière : « *c'est dans l'Église que le pasteur a dit qu'il y a une femme dans cette salle à qui on a donné le sida en sorcellerie, et qu'il fallait prier pour elle. Quand il a dit ça, ma sœur m'a dit d'aller vers lui pour qu'il me présente et qu'on prie pour moi, parce que c'est de moi qu'il s'agissait. Je tremblais, je ne savais pas ce qu'il fallait faire car on ne m'avait rien dit auparavant. Mais comme je suis croyante et que les frères en Christ ont beaucoup prié pour moi, je suis restée calme* » (femme célibataire de 27 ans, sans travail, prise en charge à l'USAC mais pas sous ARV). Dans ces situations d'annonce indirecte, il est important de relever la nature des liens qui existent entre le médecin et le tiers qui sera le premier informé. Dans un autre cas similaire, la démarche de test avait été faite volontairement, mais la patiente a été informée par sa sœur qui se trouvait être une amie du médecin prescripteur du test.

Si le canevas du processus d'annonce est relativement identique pour tous les patients (l'annonce est suivie de conseils en matière de prévention, de soins et d'alimentation), sa forme et ses termes précis varient. Certains patients regrettent ainsi ne pas avoir été suffisamment préparés à une annonce qu'ils ont trouvé brutale (« *on m'a mal annoncé le*

résultat », « ça m'a choqué », « je n'ai pas aimé la manière dont on m'a annoncé le résultat »). Les termes de l'annonce évoquent souvent de la part des soignants l'atteinte du sang (« ton sang n'est pas bon », « ton sang est sale »), ou diverses déclinaisons de l'infection à VIH (« tu es séropositif », « tu as le sida », « tu as le virus du sida dans ton sang mais tu n'as pas le sida »).

La quasi-totalité des patients nous ont dit avoir reçu des conseils de prévention, principalement l'utilisation du préservatif pour tous les rapports sexuels. Viennent ensuite la consigne de traiter rapidement toutes les maladies, la nécessité d'un partage circonstancié et ciblé de la sérologie avec autrui, ainsi que l'importance d'avoir des repas équilibrés.

Partage de l'information sur le statut sérologique

Contrairement aux patients du CAT (dont aucun est sous traitement), tous ceux de l'USAC, à l'exception d'un seul, ont informé soit un ou plusieurs amis (3), soit un parent (8) (mère, oncle, sœur, frère, enfant, cousin, neveu), soit leur partenaire (7) de leur statut sérologique. Le seul patient suivi dans le centre accrédité de l'Initiative qui n'a pas partagé son résultat, et ne souhaite pas le faire, est polygame et craint la réaction que pourraient avoir ses épouses si elles apprenaient de quoi il souffre exactement (« je ne veux pas qu'elles soient au courant parce que les femmes de maintenant, si elles savent que tu es comme ça, tout le quartier va apprendre »). Âgé de 35 ans, et travaillant comme « boy », il craint aussi que ses épouses ne l'abandonnent. L'expérience vécue par un employé de maison s'inscrit dans un type de crainte similaire : son employeur lui a demandé de faire le test et a informé sa femme de la séropositivité de leur employé. Elle s'est alors plainte de son rythme de travail et a manifesté le désir de le renvoyer.

La majorité des patients qui ont informé une personne de leur séropositivité reconnaissent avoir bénéficié d'un soutien même si celui-ci s'est révélé être essentiellement moral, et plus rarement matériel et financier, de la part de leurs parents ou amis, ce qui s'est trouvé confirmé lors des entretiens avec les proches. Ces patients ont donc reçu des conseils pour mieux accepter leur nouvel état de santé et parfois une aide matérielle ou financière pour l'achat de leurs médicaments en général, et même, dans certaines circonstances, des antirétroviraux. C'est

le cas de deux patientes, dont l'une continue au moment de notre entretien de bénéficier de cette aide fournie par un ami. L'autre a été aidée jusqu'à ce qu'elle trouve un emploi lui permettant, avec la subvention dont elle bénéficie dans le cadre de l'Initiative, de payer elle-même ses médicaments.

Plusieurs patients font néanmoins état de fortes réactions de rejet, comme cette jeune femme dont la mère informée par ses soins a ensuite divulgué le statut sérologique à son entourage, tant à Abidjan que dans son village d'origine : elle est, depuis, mise à l'écart, mange et dort seule. Plus fréquemment, des proches, informés du statut sérologique d'un parent, restent dans le déni, refusant d'admettre qu'il ou elle puisse avoir le VIH ou le sida alors que le patient demeure apparemment bien portant.

Connaissances de traitements liés à l'infection par le VIH

Très peu de patients mentionnent l'existence de médicaments utilisés pour le traitement des infections opportunistes. Seul le nom d'un tradipraticien connu revient fréquemment dans leurs propos. Les patients qui ont eu recours à la médecine dite traditionnelle nous ont tous dit avoir été déçus par son inefficacité : une guérison « totale » leur avait souvent été promise alors qu'en réalité ces médicaments n'ont contribué tout au plus qu'à surmonter un problème ponctuel, une diarrhée par exemple. Ceci alors que chez le guérisseur mentionné ci-dessus par exemple, le traitement coûte de 25 000 à 30 000 FCFA par mois. Les rares patients qui ont eu recours à des traitements traditionnels et qui en sont satisfaits disent qu'il s'agissait de traitements des MST et non du sida. Plus généralement, la majorité des patients (23, dont 8 du CAT) pensent qu'il n'existe pas véritablement de traitement du sida aussi bien moderne que traditionnel. Notons que quatre patients (dont deux de l'USAC) estiment quant à eux que « *la prière peut guérir du sida* ».

S'agissant des connaissances à l'égard des traitements ARV, trois groupes distincts de patients peuvent être identifiés :

- les patients qui n'ont jamais entendu parler de ces traitements (8). Ce sont en majorité les patients du CAT (6) mais deux patients de

l'USAC, pourtant centre accrédité de l'Initiative, sont également dans ce cas et affirment ne pas savoir « où trouver ces traitements » ;

- ceux qui en ont effectivement entendu parler mais qui ne savent pas non plus où ces médicaments sont disponibles (5) ;

- ceux qui sont informés de l'existence de ces traitements et d'au moins un lieu d'approvisionnement. Il s'agit de 16 des patients rencontrés à l'USAC.

Les principales sources d'information sur les ARV sont les médias (télévision et radio) et le corps médical (médecins, assistants sociaux et plus rarement infirmiers). Trois patients disent avoir été informés initialement par un parent, un ami ou leur partenaire, en particulier dans le cas où ce dernier, infecté par le VIH, a été le premier à connaître son statut sérologique.

Le coût des traitements ARV mentionné par les patients varie de 100 000 à 500 000 FCFA par mois. Trois d'entre eux se contentent de dire que ce sont des médicaments qui coûtent très cher, sans plus de précision. A l'exception des patients sous traitement ARV ou qui se préparent à l'être, les personnes infectées par le VIH rencontrées ne connaissent pas de façon précise les prix pratiqués par l'Initiative Onusida, l'existence de cette Initiative étant elle-même peu connue. Finalement - et il convient d'insister sur ce point - quel que soit le prix estimé de ces médicaments, tous les patients interrogés les jugent « trop chers », et donc inaccessibles sans subvention de l'État ou sans aide d'un tiers. Néanmoins, ceux qui sont au courant du mécanisme de subvention de l'Initiative pensent que déboursier 5 000 ou 10 000 FCFA par mois peut être envisageable, même si la gratuité totale leur paraît préférable. Les patients sous ARV, à l'exception des militants associatifs, même s'ils apprécient les différentes diminutions de prix dont ils bénéficient, à travers les diverses formes de subvention prévues dans l'Initiative, ignorent presque toujours leur origine. Les patients traités ne connaissent pas l'existence de l'Initiative et encore moins son fonctionnement. Ils pensent soit que « c'est le médecin » qui leur octroie cette réduction, soit que « c'est l'État ivoirien » - sans plus de précision.

Ceux qui connaissent les traitements ARV estiment qu'ils permettent à une personne séropositive ou à un malade du sida de se maintenir

en forme, de soulager ses maux ou d'empêcher le virus de se multiplier dans le sang. Ils soulignent cependant tous, de façon convergente, que ce sont « *des médicaments qui ne guérissent pas* », ce qui les amène à souhaiter qu'un véritable remède soit trouvé, le plus rapidement possible.

Notons enfin que les lieux d'approvisionnement en ARV cités sont presque toujours uniquement l'USAC et le CHU de Treichville, c'est-à-dire le lieu même où les patients sont suivis. Deux patients seulement, membres des associations de personnes vivant avec le VIH, nous ont cité de façon exhaustive les centres accrédités où sont disponibles les ARV. Les patients du CAT n'ont quant à eux aucune idée des lieux de soins où ils pourraient se procurer des ARV.

D'autres patients, informés de leur existence, affirment ne pas s'intéresser à ces nouveaux traitements parce que non seulement ils sont chers mais que justement ils « *ne guérissent pas* » et doivent être pris toute la vie. Nous avons ainsi le cas d'un patient qui était sous traitement ARV depuis 1998, et qui l'a arrêté parce que, selon lui, « *ça ne sert à rien* ». Il nous a expliqué que, lorsqu'il ne prenait pas ce traitement, il allait mieux car en temps normal il pesait 85 kg, mais « *avec le sida* », il est descendu à 75 kg. C'est alors qu'il a commencé une bithérapie. Quatre mois après le début de ce traitement, son état continuait de se dégrader. Il a décidé d'arrêter, et après deux semaines d'interruption, son médecin lui a proposé de le mettre sous trithérapie. Il a beaucoup hésité avant de commencer, mais il a fini par accepter sur l'insistance de ses parents qui financent son traitement. Malheureusement, après quatre mois de traitement, il avait continué de maigrir : il a été hospitalisé pour – dit-il – une diarrhée, des vomissements et de la fièvre. Il attribue au traitement la dégradation de son état de santé. Ce patient, âgé de 33 ans, marié et travaillant comme agent de sécurité, a donc décidé de ne plus jamais prendre d'ARV qui constituent, pour lui, « *une manière d'escroquer les pauvres malades que nous sommes, car c'est pas un traitement, je préfère prier et je suis sûr que Dieu va m'aider à y arriver, à guérir de cette maladie* ». Il se contente donc de la prophylaxie par cotrimoxazole, traite ses infections opportunistes et juge que son état s'est nettement amélioré depuis qu'il a arrêté les ARV (il constate avoir repris du poids).

Les pratiques de soins et leurs contextes

Vingt-deux des vingt-neuf patients rencontrés, du fait d'épisodes de maladies à répétition, ont à un certain moment de leur traitement utilisé un médicament traditionnel et/ou moderne. Pour certains, les frais liés à ces traitements sont élevés même s'ils arrivent difficilement à en quantifier le coût. Bien que tous pensent que les médicaments traditionnels sont sans effet réel, il arrive qu'ils y recourent de nouveau sur l'insistance d'un parent ou d'un ami. Lorsqu'il est salarié, le patient prend lui-même en charge ses frais de santé, sinon la famille ou le conjoint sont sollicités. Une des personnes rencontrées a perdu son travail durant sa maladie. Elle bénéficie de l'aide d'un collègue qui est devenu un ami : il lui paie ses ordonnances médicales et le loyer de la maison où il vit avec sa famille. Un autre bénéficie de l'aide de son oncle qui paye ses hospitalisations et achète tous les médicaments qu'on lui prescrit. Cependant, il n'a jamais abordé franchement le problème de l'aide pour l'achat des ARV alors qu'il estime son oncle capable de lui payer ce type de traitement. Il souhaiterait plutôt avoir une activité lucrative libérale afin d'être autonome pour acheter lui-même ses médicaments, sans avoir à solliciter quiconque. Dans cette optique, il cherche à bénéficier d'une subvention de l'Initiative afin de pouvoir acquérir les ARV sans risque de ruptures dans le paiement de son traitement.

La plupart des patients rencontrés n'ont pas connu de changement dans leur activité professionnelle. Cependant, la fatigue liée à l'infection par le VIH amène certains d'entre eux à souhaiter avoir une activité adaptée à cette contrainte : il leur paraît de plus en plus difficile de se conformer aux horaires réguliers de bureau.

Parmi les deux arrêts de l'activité professionnelle identifiés, nous avons le cas d'une jeune femme, commerçante, qui arrivait à subvenir à ses dépenses sans l'aide d'autrui et qui est aujourd'hui sans ressources. Il lui faut dorénavant solliciter l'aide de certaines personnes (des amis, une tante...), notamment pour acheter ses médicaments ARV pour lesquels elle bénéficie d'une subvention et qui lui reviennent à 10 000 FCFA par mois. Une autre personne, en revanche, au départ sans travail, a trouvé un emploi qui lui permet de se prendre en charge.

Ceux qui ont un emploi salarié n'ont jamais essayé, pour leur part,

de mobiliser des ressources familiales. Quand ils veulent se mettre sous ARV, ils font plutôt appel aux mécanismes d'aides de leur entreprise. Ce type de prise en charge permet ainsi à un patient qui bénéficie d'une subvention de 75 % pour une trithérapie antirétrovirale, et qui devrait donc payer son traitement 88 000 FCFA, de ne déboursier lui-même « que » la moitié de ce montant. Mais ce système de solidarité par l'entreprise peut s'avérer complexe et lent à obtenir : un patient n'a pu encore bénéficier de cette prise en charge complémentaire de son entreprise, demandée depuis deux ans, et n'était toujours pas sous traitement au moment de nos entretiens.

D'autres patients adhèrent à une association de personnes atteintes dans l'objectif avoué de bénéficier d'une prise en charge de 95 % des coûts du traitement ARV, puisque l'appartenance à une association est un des critères permettant l'accès au niveau maximal de subventions de l'Initiative. Cette démarche n'aboutit d'ailleurs pas toujours car les listes déposées par ces associations auprès des structures sanitaires ne sont pas systématiquement prises en compte dans des délais raisonnables. L'intérêt de ces patients pour les associations est donc essentiellement financier : ils admettent volontiers ne pas souhaiter s'investir dans leur activités car ils craignent la plupart du temps une rupture de la confidentialité sur leur état sérologique, redoutent d'être reconnus ou filmés lors de témoignages qu'ils seraient amenés à effectuer.

La plupart des patients sous ARV rencontrés avaient commencé ce traitement avant l'obtention effective d'une subvention. Pour parvenir à la mise sous traitement, les patients ont donc été conduits à mettre en place différents mécanismes et stratégies de mobilisation de ressources financières. Certains ont sollicité un proche, comme cette jeune femme (âgée de 33 ans, célibataire, juriste de formation), aidée par ses parents : *« ma mère et ma sœur me donnaient 100 000 F chaque mois (pendant 3 mois) et moi-même je complétais pour acheter mon traitement »*. Ces stratégies de recherche de moyens financiers se repèrent aussi chez ceux qui ont en définitive bénéficié d'une subvention importante, de 70 % à 95 %. Telle femme (veuve, âgée de 48 ans, travaillant comme femme de ménage) aura utilisé ses économies : *« pour m'acheter mes médicaments, car comme je n'ai plus d'emploi, j'ai presque épuisé les économies que j'avais réalisées »*. Par ailleurs, nous

avons rencontré deux patients qui, bien que bénéficiant d'une subvention de l'Initiative pour l'achat de ces médicaments, pensent à des mécanismes de soutien par les proches pour pouvoir assurer leur traitement dans le long terme et de façon continue. C'est le cas d'une patiente (âgée de 25 ans, femme de ménage) qui bénéficie de l'aide d'un ami qui lui paie sa bithérapie depuis le début : elle ne l'a pas informé de la réduction du prix dont elle bénéficie (25 000 FCFA au lieu de 100 000 FCFA) car ainsi, dit-elle, *« je mets de côté cet argent afin de pouvoir m'acheter moi-même mes médicaments si, un jour, pour une raison ou une autre, je ne peux bénéficier de l'aide de ce monsieur »*.

Ceux qui sollicitent une personne pour les aider dans l'achat des ARV, l'ont tous informée du motif de cette demande, qu'il s'agisse d'un responsable ou du médecin de leur entreprise, d'un parent ou d'un ami. Une femme d'origine congolaise (veuve, âgée de 45 ans) a informé ses compatriotes de son traitement et pense que cela l'aide à respecter les heures de prises des médicaments, que ces derniers peuvent lui rappeler. Elle pense qu'elle tire profit de leur soutien précisément parce qu'elle ne leur a rien caché de sa situation : *« tous mes compatriotes savent que je suis sous traitement du sida... ceux que je fréquente depuis que je connais mon statut le savent. Je pense que les malades qui se cachent suscitent un mythe autour de leur traitement, ce qui peut entraîner des questions et des remarques. Il faut vivre le plus naturellement possible avec ce traitement puisque c'est un traitement à vie. Même si tu dois te cacher, tu vas le faire jusqu'à quand ? Je me sens soutenue puisque mes sœurs m'envoient de l'argent pour l'achat de mes médicaments, mes compatriotes m'aident beaucoup avec des cadeaux de nourritures [...] Et je me sens vraiment bien »*.

Ceci étant, les personnes sollicitées n'ont pas toujours répondu favorablement aux demandes d'aide matérielle. C'est le cas d'une jeune fille (âgée de 28 ans, diplômée en communication, en quête d'emploi) et qui, parallèlement à la subvention, attendait de recevoir de l'aide de sa sœur aînée, à qui elle avait pris soin d'expliquer son état de santé ainsi que les mécanismes de subvention de l'Initiative Onusida : *« C'est la subvention qui a traîné un peu parce que les gens ne voulaient pas accepter notre deuxième liste. Il fallait se battre pour faire accepter ça. Ensuite mon médecin m'avait trouvé une subvention de 50 %. Ma sœur avait dit qu'elle allait m'aider à commencer le traitement, mais par mesure de prudence, j'ai voulu aller jusqu'au bout pour avoir*

la subvention, comme ça, si après il y a des problèmes d'aide, je peux bien me débrouiller pour acheter mes médicaments moi-même sans l'aide de quelqu'un. Ma sœur qui avait promis de m'aider, quand elle est repartie en Suisse où elle vit, ne m'a expédiée que 30 000 F seulement 3 mois après son départ, et c'est tout, alors que je lui écrivais souvent pour lui dire ce qui se passe, où j'en étais dans mes courses [démarches]... J'ai décidé de ne plus rien demander à quelqu'un de ma famille ».

Récapitulons, pour conclure sur ce point, les divers facteurs qui se combinent de fait pour réduire l'accès aux ARV des patients pourtant informés de leur existence : l'attente d'une subvention par le biais des associations de personnes vivant avec le VIH, la recherche de ressources nécessaires pour l'achat des ARV par d'autres voies (assurances d'entreprise, etc.) et l'ignorance sur la disponibilité effective du traitement ainsi que l'absence d'information sur leurs prix réels.

Prévention

La plupart des patients rencontrés ne nous ont pas signalé de changement dans leurs relations avec leur conjoint ou partenaire du fait de leur état sérologique : ainsi, parmi les 18 patients de l'USAC qui ont informé un tiers, trois seulement font état de difficultés avec leur partenaire. Un patient nous a ainsi expliqué que depuis qu'il a informé sa femme de son statut sérologique, il a remarqué que, dorénavant, « *c'est elle qui décide* » du moment des rapports sexuels et de leur protection. De plus, comme il est au chômage, « *c'est elle qui s'occupe des dépenses de la maison* ». Un autre déclare avoir des « *problèmes* » avec sa femme. Après avoir appris sa séropositivité, il a demandé à sa compagne de réaliser un test. Celle-ci s'est révélée non infectée et, depuis, elle « *exige* » l'usage des préservatifs ou refuse les rapports sexuels. Une autre patiente raconte que dès qu'elle a annoncé son statut à son fiancé, une dispute s'en est suivie et ils ont rompu. Elle a actuellement des difficultés pour refaire sa vie de couple car elle se sent toujours obligée d'informer celui qui vient vers elle de sa séropositivité ; or les hommes qu'elle a rencontrés jusque là n'ont jamais accepté l'utilisation du préservatif. Elle se demande aussi comment un couple peut accepter d'utiliser des préservatifs à vie et comment alors envisager d'avoir des enfants.

Deux patients ont évoqué l'utilisation du préservatif comme

moyen de prévention auquel ils recouraient déjà avant même leur diagnostic de séropositivité, la contraception semblant être leur principale motivation. Une fois testés et informés de leur statut sérologique, tous les patients ont reçu comme conseil d'utiliser des préservatifs. Cependant certains reconnaissent explicitement ne pas suivre ce conseil. Lorsque le préservatif est utilisé, il arrive que cette utilisation soit justifiée par d'autres problèmes de santé que le VIH : *« j'utilise des préservatifs avec mon partenaire que je connais depuis à peu près 6 mois, comme j'ai souvent des candidoses vaginales ; donc je profite de ce traitement pour le contraindre à utiliser des préservatifs. Mais c'est de plus en plus difficile et je le prépare à une annonce de mon statut en lui parlant de temps en temps du sida. Comme il parle de plus en plus de mariage et d'enfant, je pense qu'il faudra que je l'informe »*, nous explique cette jeune femme de 28 ans, sans emploi. Le préservatif a en effet été présenté pendant longtemps, à travers les campagnes de prévention en Côte d'Ivoire, comme devant être utilisé lors de rapports occasionnels, ou avec des personnes « en qui on n'a pas confiance ». D'où la difficulté de le proposer au seul motif avoué de vouloir éviter la transmission du VIH : les patients infectés par le VIH mentionnent par conséquent comme « raisons valables » pour proposer et utiliser le préservatif le fait de souffrir d'une MST ou de vouloir adopter une contraception. Certains insistent sur le risque de rupture du préservatif et évoquent même l'idée que son usage entraîne des douleurs au cours des rapports sexuels.

Chez les personnes qui se sentent affaiblies physiquement et moralement, l'abstinence est préconisée par les personnels de santé. Les patients adoptent ce moyen de prévention en ajoutant alors qu'ils comptent ici sur l'*« aide de Dieu »*. Il s'agit de personnes qui ne vivent pas en couple et qui expliquent alors à leur partenaire habituel que, pour des motifs religieux, ils préfèrent ne plus avoir de relations sexuelles. La mise en pratique de l'utilisation des préservatifs au sein des couples constitués où l'un des partenaires est infecté soulève, de son côté, des difficultés où peuvent se conjuguer lassitude, non disponibilité du préservatif, et image de l'autre : *« Franchement, les médecins nous ont dit d'utiliser des préservatifs, mais nous on n'a pas pu le faire. C'était difficile de respecter ça tout le temps parce qu'il y a des moments, on veut avoir des rapports et on n'a pas de préservatifs sur nous. Il faut aller les acheter et ce n'est pas facile. Or à l'hôpital, on*

ne nous donne pas les préservatifs gratuitement. En plus je me disais que c'est être méchant d'utiliser des préservatifs avec une femme avec qui j'ai eu des enfants, si aujourd'hui elle a eu le sida, parce qu'elle m'a fait des enfants, il ne faudrait pas que je sois égoïste » (homme de 46 ans, marié, veilleur de nuit, pris en charge à l'USAC mais pas sous ARV). Par ailleurs, quand bien même le partenaire n'a pas fait son test, il estimera être lui aussi infecté car il a toujours eu jusqu'alors des rapports non protégés avec son conjoint / partenaire dont le statut sérologique positif est désormais connu. Enfin, pour des couples qui se sont rencontrés postérieurement au diagnostic d'infection à VIH de l'un des deux partenaires, se pose le problème du partage de l'information sur le statut sérologique qui peut conditionner l'utilisation du préservatif (« *c'est difficile d'imposer le préservatif à quelqu'un qui ne comprend rien, qui n'est pas informé de ton résultat* »). Alors, de peur de se voir attribuer la responsabilité de la contamination, les patients craignent de prendre l'initiative de cette annonce. On est donc en présence de couples où la question de l'infection à VIH est occultée.

Notons que le sentiment religieux peut entraîner des préjugés négatifs sur la prévention par le préservatif, mais aussi sur le traitement. C'est ce qu' illustre, parmi d'autres, ce propos : « *je suis religieux et je me suis dit que Dieu va me protéger comme il l'avait déjà fait pour moi [lorsqu'il a souffert d'un zona] et qu'il allait me guérir de cette sale maladie* ».

Discussion et conclusion

Une première analyse d'ensemble des données de terrain permet de souligner deux séries d'éléments, selon que l'on s'intéresse au processus de dépistage dans son ensemble ou à l'accès aux traitements ARV.

On peut constater tout d'abord que les propositions de test et l'annonce d'une séropositivité ne mentionnent pas systématiquement le VIH ou le sida : des métaphores sont encore assez souvent utilisées par les soignants. Cette pratique n'est pas nouvelle⁵ et tend à être nettement condamnée par les soignants les plus impliqués dans la prise en charge du VIH et dans le « conseil » aux personnes séropositives (les expériences

⁵ Vidal L. *Op. cit.*

des personnels des centres SAS – solidarité action sociale – à Bouaké et Bobo-Dioulasso, sont à cet égard exemplaires⁴). Ce type d'« information » délivrée au patient n'est en aucune façon une annonce véritable de la séropositivité et oblige les soignants qui interviennent ultérieurement dans la prise en charge à reprendre toute la procédure de conseil post-test et, ce faisant, à contester la présentation de la maladie préalablement effectuée par un collègue.

Les patients rencontrés à l'USAC et au CAT de Treichville font aussi état de cas d'annonces à un tiers, à leur insu. Déjà largement décrite^{5,6}, cette pratique apparaît, de nos jours et dans ce contexte précis d'accès aux traitements ARV, à la fois dangereuse et inutile. Le danger, naturellement, est lié à l'absence de consentement du patient pour un tel partage de l'information : son destinataire ne sera pas celui qu'aurait éventuellement choisi le patient, et ses réactions peuvent être non seulement imprévisibles mais surtout négatives. Raisons pour lesquelles les personnes infectées par le VIH se montrent extrêmement soucieuses de pouvoir contrôler l'information sur leur statut sérologique^{7,8}. Mais il s'agit aussi d'attitudes médicales largement « inutiles » dans la mesure où, cette étude tend à le montrer, les patients sont de plus en plus souvent conduits à informer des tiers de leur statut sérologique : c'est le cas de la quasi totalité des patients de l'USAC rencontrés qui ont, contrairement à ceux du CAT, une possibilité d'accès direct aux ARV. Avant d'attribuer formellement le partage plus fréquent de l'information sur le statut sérologique à la mise sous ARV, une étude resterait néanmoins à mener dans les centres hors Initiative comme le CAT de Treichville sur le processus d'annonce, ses modalités concrètes et les réactions des patients face à celui-ci. D'ores et déjà – et sans préjuger du fait que c'est à ce

⁴ Delcroix S, Floury D. *Faire face ensemble. Le soutien psychosocial aux personnes affectées par le VIH/sida en Afrique. L'expérience des centres SAS-solidarité action sociale*. Paris, Sidaction, Département ministériel de la coopération française, Centres SAS, 2000 : 240 p.

⁵ Vidal L. *Op. cit.*

⁶ Desclaux A, Raynaud C. *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara*. Paris, Karthala, 1997 : 326 p.

⁷ Vidal L. Le temps de l'annonce. Séropositivités vécues à Abidjan. *Psychopathologie africaine* 1994 ; 2(26) : 265-82.

⁸ Vidal L. *Op. cit.*

niveau là de la prise en charge que le CAT de Treichville rencontre des difficultés – on peut noter que dans le centre SAS de Bouaké, en 1999, lors de leur première année de suivi, 67 % des patients, qui pour la plupart n'ont pas accès aux ARV, ont informé un proche⁹. Dans un contexte comparable de conseil soutenu à destination des patients qui viennent de connaître leur séropositivité, et hors tout traitement ARV, en Tanzanie, 86 % des patients ont partagé avec un proche leur statut sérologique¹⁰. Aussi bien dans ces deux études que dans la nôtre, la personne alors informée n'est majoritairement pas cependant le conjoint ou le partenaire : en Tanzanie ce sera d'abord un membre de la famille, de la même génération et du même sexe que la personne séropositive. Ces précisions sur le statut de la personne informée permettent de pondérer la portée du partage de l'information : subsiste en effet, d'une part, le problème de la prévention dans le couple et de la négociation du préservatif si le partenaire n'est pas la personne qui a été informée et, d'autre part, la question de la peur du rejet par le conjoint que cette attitude traduit.

L'étude du devenir des patients ayant informé un proche, qu'il s'agisse du conjoint ou d'un membre de la famille, montre que la peur initiale ne se confirme que rarement dans sa forme brutale de l'abandon du patient. Ce cas de figure extrême demeurant rare¹¹ souligne la crainte de la famille d'être « indexée » si elle adopte une telle attitude envers un malade, mais reste néanmoins plus fréquent chez les femmes que chez les hommes ; en revanche, des comportements de mise à l'écart à l'intérieur même de la famille sont observables, qui peuvent amener le patient à quitter son milieu familial. Echéance que tous les patients souhaitent éviter, notamment ceux qui désirent pérenniser leur mise sous ARV. Le fait que le soutien dont ils font état, émanant de leur famille, soit d'abord « moral » (conforme par ailleurs à l'expérience des centres SAS) n'exclut pas des aides financières : l'originalité de la démarche de certains patients renvoie à la nécessité de pouvoir disposer, dans le temps

⁹ Delcroix S, Flourey D. *Op. cit.*

¹⁰ Lie G, Biswalo P. HIV-positive patient's choice of a significant other to be informed about the HIV-test result : findings from an HIV/AIDS counselling programme in the regional hospitals of Arusha and Kilimanjaro, Tanzania. *AIDS Care* 1996 ; 3 (8) : 285-96.

¹¹ Delcroix S, Flourey D. *Op. cit.*

et non pas uniquement ponctuellement, de l'argent nécessaire au paiement régulier du traitement ARV.

Sur cette question du coût du traitement, nous constatons une claire correspondance entre l'expérience des patients sous ARV et les perceptions de ceux qui n'en bénéficient pas (qu'ils n'aient pu les obtenir ou qu'ils n'aient pas essayé) : les ARV sont perçus comme des médicaments chers. Jugement sur les ARV qui rejoint celui des soignants (voir chapitres 5.4 et 6) mais aussi celui de patients accueillis par les centres SAS de Bouaké. Ceux d'entre eux qui ont entamé les démarches de mise sous traitement ARV (le bilan initial) font rapidement l'expérience qu'une trithérapie, même subventionnée et revenant à 10 000 FCFA par mois, reste largement inaccessible dans la mesure où les patients de Bouaké doivent se déplacer tous les mois à Abidjan pour obtenir leurs médicaments, ce qui revient à doubler le coût réel de leur accès à ces traitements. Les patients d'Abidjan, à l'instar de ceux de Bouaké, montrent par ailleurs que l'Initiative reste mal connue : ceux qui ne sont pas sous ARV ignorent les lieux de prescription des traitements ainsi que leurs différents coûts possibles, alors que ceux effectivement sous traitement ne connaissent pas vraiment le mécanisme de subvention. Le manque d'information sur le processus de mise sous ARV et susceptible d'éclairer sa lenteur peut déboucher, comme nous le savons¹², sur des attitudes de défiance vis-à-vis du système d'accès aux traitements dans son ensemble.

La question que l'on ne peut aujourd'hui éviter de se poser est donc de savoir jusqu'à quel point la demande, l'intérêt et l'implication des patients pour ces traitements (il n'est qu'à se rappeler les stratégies qu'ils mettent en œuvre pour observer leurs traitements et pérenniser les financements nécessaires) ne vont pas se trouver émoussés à moyen et long terme par les contraintes créées par le système mis en vigueur par l'Initiative pour l'accès aux ARV.

¹² Delaunay K. Accès aux traitements antirétroviraux : un suivi de patients. In : Vidal L, Msellati P, eds. *Op. cit.* 2000 : 98-153.

Chapitre 5.1

Introduction aux enquêtes auprès des soignants de Côte d'Ivoire

Marc SOUVILLE, Annabel DESGRÉES DU LOÛ, Philippe MSELLATI,
Laurent VIDAL, Jean-Paul MOATTI

Un des objectifs de l'Initiative était d'améliorer la prise en charge globale des personnes infectées par le VIH/sida, ce qui passe par un suivi médical adapté, la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes, la mise sous traitement antirétroviral lorsque c'est possible et nécessaire, et enfin un soutien psychosocial adéquat. Tous ces aspects de la prise en charge dépendent fortement des connaissances, attitudes et pratiques des différents professionnels de santé concernés. Il était primordial d'évaluer tout d'abord de quelle information disposent les différentes catégories de professionnels de santé sur la prise en charge du VIH/sida, et en particulier jusqu'à quel point cette information demeure ou non restreinte aux seuls médecins prescripteurs d'ARV ? Les différences éventuelles entre les pratiques de prise en charge en fonction du niveau des structures dans la pyramide sanitaire (centres accrédités à prescrire des ARV, centres de suivi de l'Initiative, autres structures) constituaient une autre préoccupation. Il était en particulier important de déterminer dans quelle mesure une prophylaxie et un traitement des infections opportunistes ainsi qu'un véritable soutien psychosocial étaient disponibles, de façon décentralisée, dans l'ensemble des structures de santé, y compris la grande majorité d'entre elles qui ne sont pas habilitées à délivrer des traitements.

Les chapitres 5.2 jusqu'à 5.5 présentent l'ensemble des informations recueillies auprès des soignants par un dispositif combinant enquête quantitative et qualitative. Elles concernent les connaissances et attitudes des médecins face aux traitements selon leur degré d'implication dans la prise en charge de patients infectés par le VIH (voir chapitre 5.2) ; les connaissances et attitudes de l'ensemble des soignants vis-

à-vis de la prophylaxie par cotrimoxazole (voir chapitre 5.3) ainsi que des accidents d'exposition au sang (voir chapitre 5.4). Enfin, le chapitre 5.5 présente les résultats détaillés de l'enquête qualitative menée auprès des soignants dans une partie des services concernés.

Les méthodes de l'enquête quantitative

Une enquête transversale a été conduite à Abidjan de décembre 1999 à février 2000 dans sept services de santé directement impliqués dans l'Initiative (dont six des sept centres alors accrédités pour les ARV)¹, cinq autres services hospitaliers ou centres anti-tuberculeux² et quatre structures de santé « périphériques »³. Préalablement à l'enquête, des réunions d'information ont été organisées afin de sensibiliser les soignants à l'importance de cette recherche.

La totalité des soignants des services participant à l'enquête étaient invités à remplir de façon anonyme un auto-questionnaire. Pour les soignants autres que les médecins, en cas de difficultés spécifiques (analphabétisme ou autres), une procédure autorisait l'enquêteur à interroger le soignant afin de remplir le même questionnaire. Les personnels n'exerçant que des tâches administratives étaient exclus de l'univers de l'enquête. Pour certaines catégories de personnel (infirmiers, sages-femmes, assistantes sociales et aide-soignants), dès lors que leur nombre dans l'unité de soins excédait vingt personnes, un tirage au sort (de un sur deux) était effectué à partir de la liste exhaustive des personnels concernés⁴.

Le questionnaire était rendu anonyme. Il a été adapté au contexte

¹ Service des maladies infectieuses du CHU de Treichville (MIT), Unité de soins ambulatoires et de conseil (USAC), Centre anti-tuberculeux d'Adjamé (CATA), Service de pédiatrie du CHU de Yopougon, Hôpital militaire d'Abidjan, Cirba et Hôpital de jour de Bouaké.

² Service de pneumophtisiologie du CHU de Treichville, Centres anti-tuberculeux de Bouaké et de Treichville, Services de médecine interne et de pneumologie du CHU de Bouaké.

³ Formations sanitaires urbaines de Abobo Nord, Abobo Sud, Marcory et Hôpital général de Port-Bouët.

⁴ Deux services (service de pédiatrie de Yopougon et service de médecine interne de Bouaké) rentraient dans ce cas de figure.

du système de santé ivoirien à partir de questionnaires élaborés pour différentes populations de médecins français^{5,6,7}. Il comprenait 300 items portant notamment sur :

- les caractéristiques socio-démographiques, professionnelles et personnelles des soignants ;
- leur expérience en matière de prise en charge du VIH ;
- leurs attitudes et pratiques en matière de dépistage du VIH et de conseil aux patients ;
- leurs attitudes et pratiques personnelles face aux risques d'infection et aux accidents d'exposition au sang ;
- leurs connaissances en matière de prise en charge du VIH ;
- leurs attitudes vis-à-vis des personnes atteintes par le VIH/sida ;
- leurs opinions concernant un certain nombre de problèmes d'éthique ou de santé publique.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS 9.0. Toutes les analyses présentées dans les chapitres suivants sont des analyses univariées comparant des groupes de répondants (test du chi-2 ou de Fisher).

⁵ Landman R, Kertenian I, Perrin V, Huard P, Moatti JP, et le groupe PAMPA. Attitudes thérapeutiques pour l'infection à VIH : incertitudes scientifiques et variabilité - Enquête nationale 1998 auprès des médecins prescripteurs d'antirétroviraux. *Presse Med* 1999 ; 28 (17) : 899-907.

⁶ Moatti JP, Souville M, Obadia Y, Morin M, Sebbah R, Gamby T, Gallais H, Gastaut JA. Ethical dilemmas in care for HIV infection among french general practitioners. *Health Policy* 1995 ; 31 : 197-210.

⁷ Obadia Y, Souville M, Morin M, Moatti JP. French general practitioners' attitudes toward therapeutic advances in HIV care : results of a national survey. *Int J STD AIDS* 1999 ; 10 : 243-9.

Chapitre 5.2

Les attitudes des médecins de Côte d'Ivoire face aux traitements du VIH/sida dans le contexte de l'Initiative

Marc SOUVILLE, Philippe MSELLATI, Claude MALAVAL, Goze TAPE,
Jean-Paul MOATTI

Introduction

Quoique moins nombreuses que celles qui ont pu être conduites dans les pays du Nord par le passé^{1,2}, plusieurs recherches se sont efforcées d'investiguer les attitudes, représentations et pratiques des soignants africains face au VIH/sida et aux patients qui en étaient atteints³⁻⁸. Cependant, du fait de la diffusion encore très limitée des thérapeutiques antirétrovirales, à notre connaissance, aucun travail de recherche n'a été

¹ Horsman JM, Sheeran P. Health care workers and HIV/AIDS : a critical review of the literature. *Soc Sci Med* 1995 ; 41 : 1555-67.

² Morin M, Obadia Y, Moatti JP et le Groupe sida-MG Marseille. *La médecine générale face au sida*. Paris, Éditions Inserm, 1997, 156 p.

³ Adelekan ML, Jolayemi SO, Ndom RJ, Adegboye J, Babatunde S, Tunde-Ayimode M, Yusuff O, Makanjuola AB. Caring for people with AIDS in a Nigerian teaching hospital : staff attitudes and knowledge. *AIDS Care* 1995 ; 7 (suppl 1) : S63-72.

⁴ Fransman D, McCulloch M, Lavies D, Hussey G. Doctors' attitudes to the care of children with HIV in South Africa. *AIDS Care* 2000 ; 12 (1) : 89-96.

⁵ Rogstad KE, Tesfaledet G, Abdullah MS, Ahmed-Jushuf IH. Knowledge of HIV transmission and risk behaviour in Kenyan health care workers. *Int J STD AIDS* 1995 ; 4 (4) : 200-3.

⁶ Gruenais ME, Vidal L. Médecins, malades et structures sanitaires. Témoignages de praticiens à Abidjan et Brazzaville. *Psychopathologie africaine* 1994 ; XXVI (2) : 247-64.

⁷ Diarra J, Msellati P, Brissac M, Gardon J, Rey JL. Sida et personnel soignant en Côte d'Ivoire. *Med Trop* 1996 ; 56 : 529-65.

⁸ Vidal L, Msellati P. Qu'est ce que traiter le sida en Afrique ? In : Gruenais ME, Pourtier R, eds. *La santé en Afrique, anciens et nouveaux défis*. La Documentation Française, Afrique contemporaine 2000 ; 195 : 91-104.

publié sur les modifications introduites par la diffusion de ces traitements pour les médecins d'Afrique sub-saharienne. Du fait de l'Initiative, la Côte d'Ivoire est un des premiers pays africains où un nombre non négligeable de médecins engagés dans la prise en charge de patients infectés par le VIH sont confrontés à ces traitements, dont la complexité et les incertitudes qui continuent de les caractériser, ont inmanquablement provoqué une assez grande variabilité d'attitudes parmi les cliniciens du Nord^{9,10}.

L'enquête auprès des personnels soignants, dont la méthodologie générale a été présentée dans le chapitre 5 introductif, nous a permis dans le sous-échantillon des médecins travaillant dans des centres accrédités par l'Initiative, et donc habilités à prescrire des ARV, comme de leurs collègues travaillant dans des centres périphériques susceptibles d'orienter certains de leurs patients vers un traitement ARV, d'interroger les relations entre les connaissances et les attitudes de ces médecins d'une part, leur degré d'expérience et d'activité avec la pathologie VIH d'autre part. Surtout, l'enquête s'est déroulée de décembre 1999 à la fin du premier trimestre 2000, soit immédiatement après la décision de l'Initiative d'adopter la trithérapie comme traitement de choix des patients mis sous ARV (voir chapitre 1). Il a donc été possible de saisir, sur le vif, les opinions et les attitudes de ces médecins, parmi les plus directement concernés par l'Initiative, face aux traitements ARV en général, et à leurs conditions d'initiation en particulier.

Résultats

Parmi les 150 médecins exerçant dans les douze services concernés (*tableau 12*), 123 ont accepté de répondre, de façon complète, au questionnaire proposé (taux de réponse : 82,0 %).

⁹ Obadia Y, Souville M, Morin M, Moatti JP. French general practitioners' attitudes toward therapeutic advances in HIV care: results of a national survey. *Int J STD AIDS* 1999 ; 10 : 243-9.

¹⁰ Gerbert B, Bronstone A, Clanon K, Abercrombie P, Bangsberg D. Combination antiretroviral therapy: health care providers confront emerging dilemmas. *AIDS Care* 2000 ; 12 : 409-21.

Le *tableau 12* montre que près des deux tiers des médecins interrogés (65,0 %) exercent dans un centre accrédité et peuvent donc être amenés à prescrire des ARV. Près de la moitié d'entre eux (47,2 %) appartiennent à des structures sanitaires dont une partie essentielle de l'activité est tournée vers la prise en charge de patients infectés par le VIH. Il est donc logique que près de la moitié des médecins de notre échantillon (45,5 %) aient une activité importante en matière de VIH/sida, caractérisée par le suivi régulier de plus de vingt patients infectés au cours de l'année écoulée.

Tableau 12

Répartition des médecins enquêtés selon la structure de soins dans laquelle ils exercent (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

Services enquêtés (*)	%	Effectif des répondants (n = 123)
Centres accrédités de l'Initiative		
1. Service des maladies infectieuses et tropicales (MIT) (*)	25,6	29
2. Centre anti-tuberculeux d'Adjamé (CATA) (*)	8,9	11
3. Hôpital militaire d'Abobo (HMA)	4,9	6
4. Pédiatrie de l'Hôpital de Yopougon	19,5	24
5. Unité de soins ambulatoires et de conseil (USAC) (*)	3,3	4
6. Cirba (*)	4,9	6
Centres non accrédités de l'Initiative		
7. Hôpital de jour de Bouaké (*)	0,8	1
8. PPH de Treichville	6,5	8
9. Service de médecine générale de Bouaké	16,3	20
10. Centre anti-tuberculeux de Bouaké (CAT Bouaké)	1,6	2
11. Centre anti-tuberculeux de Treichville (CAT Treichville) (*)	5,7	7
12. PPH de Bouaké	4,1	5
Total	100,0	123

(*) Services dans lesquels la proportion de patients pris en charge pour une infection à VIH diagnostiquée et connue dépasse 40 % de la file active.

Les relations entre l'expérience de prise en charge du VIH, les connaissances et les attitudes

Le *tableau 13* montre que les médecins ayant l'activité de prise en charge du VIH/sida la plus développée appartiennent à des services à

Tableau 13
Caractéristiques des médecins interrogés en fonction de leur expérience dans la prise en charge de patients atteints par le VIH (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

% de médecins présentant les caractéristiques suivantes	A pris en charge plus de 20 patients VIH⁺ au cours des 12 derniers mois			
	Total %	Oui 45,5 % (n = 56)	Non 54,5 % (n = 67)	(p)²
Âge < 40 ans	70,7 %	58,9 %	80,6 %	0,007
Sexe masculin	71,5 %	75,0 %	68,7 %	NS
Marié	56,9 %	60,7 %	53,7 %	NS
A une pratique religieuse régulière	62,6 %	58,9 %	65,7 %	NS
A un diplôme de spécialité en infectiologie ou pneumologie	20,5 %	30,4 %	11,9 %	0,057
Exerce dans un service « spécialisé » dans le VIH ¹	47,2 %	73,2 %	25,4 %	0,000
Exerce dans un centre accrédité de l'Initiative	65,0 %	71,4 %	59,7 %	NS
A plus d'un quart de patients VIH ⁺ dans sa clientèle	45,5 %	73,2 %	22,4 %	0,000
A déjà suivi une formation spécialisée sur le VIH/sida	56,1 %	73,2 %	41,8 %	0,000
A déjà réalisé au moins une procédure invasive sur un patient infecté par le VIH	62,6 %	80,4 %	47,8 %	0,000
Fait toujours lui-même l'annonce du diagnostic de séropositivité VIH à ces patients	44,7 %	62,5 %	29,9 %	0,000
A déjà fait une sérologie VIH pour lui-même	46,5 %	57,1 %	37,5 %	0,022
A déjà fait une sérologie hépatite B pour lui-même	33,3 %	42,9 %	25,4 %	0,052
Déclare être d'accord que « le port de gants au cours d'actes invasifs sur des patients infectés par le VIH est une protection suffisante » ³	61,8 %	71,4 %	53,7 %	0,028
Déclare ne pas être d'accord qu'« un professionnel de santé qui propose le test VIH risque de faire fuir ses patients » ⁴	57,7 %	67,9 %	49,3 %	0,029
Connait « personnellement » (en dehors de ses patients) plusieurs personnes infectées par le VIH	69,9 %	85,7 %	56,7 %	0,000

¹ Services avec patients connus pour être infectés par le VIH représentant plus de 40 % de la file active.

² Test du Chi-2.

³ Modalités de réponse : « tout à fait » ou « plutôt » d'accord.

⁴ Modalités de réponse : « plutôt pas » ou « pas du tout » d'accord.

forte clientèle de patients infectés par le VIH (ce qui ne recoupe pas tout à fait l'appartenance à un centre accrédité de l'Initiative) et tendent à avoir une expérience pratique plus approfondie de cette prise en charge. Ils sont aussi plus jeunes, plus nombreux à avoir acquis une spécialité d'infectiologie ou de pneumologie au cours de leurs études de médecine, et sont plus susceptibles d'avoir déjà suivi des formations spécifiquement consacrées au traitement du VIH/sida. Ils semblent personnellement plus concernés par le risque de contracter le VIH/sida, soit pour des raisons personnelles (ils sont plus nombreux à connaître des personnes infectées en dehors de leurs activités professionnelles de soignants), soit de par une plus grande conscience de leur exposition à des risques de contamination professionnelle, ce dont témoigne la proportion significativement plus importante de ceux ayant effectué des sérologies VIH et hépatite B pour eux-mêmes. Ils gardent néanmoins une attitude mesurée face au risque de contamination dans l'exercice de leur métier : ils sont plus nombreux à considérer comme suffisante la protection offerte par les gants chirurgicaux en cas d'acte invasif pratiqué sur un patient infecté par le VIH ; et ils semblent plus sereins quant aux répercussions de leur engagement dans la prévention et la prise en charge du VIH sur l'ensemble de leur clientèle (ils sont plus nombreux à ne pas être d'accord avec l'affirmation selon laquelle « un professionnel de santé qui propose le test VIH risque de faire fuir ses patients »). De même, les médecins avec la plus grande activité en matière de VIH se distinguent du reste de l'échantillon par une meilleure mise à jour de leurs connaissances et de leurs informations sur cette pathologie et ses traitements (*tableau 14*).

En revanche, les attitudes mesurées sur une échelle classiquement utilisée pour repérer d'éventuelles tendances au rejet et à l'intolérance à l'égard de ces patients semblent exprimer un consensus massif de l'ensemble des soignants en faveur de la compassion et de la non stigmatisation¹¹ (*tableau 15*). Néanmoins près de la moitié de l'échantillon insiste sur la charge économique que représentent les malades du sida (ils « coûtent cher à la société »). Une minorité, cette fois significativement plus

¹¹ Kelly JA, Lawrence JSS, Smith SV HH, Cook DJ. Stigmatization of AIDS patients by physicians. *Am J Publ Health* 1986 ; 77 : 789-91.

Tableau 14

Connaissances sur les traitements du VIH/sida des médecins interrogés en fonction de leur expérience dans la prise en charge de patients atteints par le VIH

(Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

% de médecins donnant la réponse « exacte » ¹ aux questions concernant	A pris en charge plus de 20 patients VIH ⁺ au cours des 12 derniers mois			
	Total %	Oui 45,5 % (n = 56)	Non 54,5 % (n = 67)	(p) ²
La mise systématique sous cotrimoxazole des patients infectés par le VIH ³	54,5 %	71,4 %	40,3 %	0,000
La posologie du cotrimoxazole pour la prophylaxie des infections opportunistes chez un adulte VIH ⁺ de poids moyen ⁴	70,7 %	87,5 %	56,7 %	0,000
Les principaux effets secondaires du cotrimoxazole ⁵	36,6 %	48,2 %	26,9 %	0,012
La prescription systématique d'AZT en prophylaxie pour les femmes enceintes VIH ⁺	67,5 %	78,6 %	58,2 %	0,015
Le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel	81,3 %	92,9 %	71,6 %	0,002
La conduite à tenir face à un patient avec 350 CD4/mm ³ , sous AZT-3TC depuis trois semaines et qui présente une pneumonie grave ⁶	35,8 %	50,0 %	23,9 %	0,002
Les combinaisons d'ARV admises pour initier une bithérapie ⁷	40,7 %	58,9 %	25,4 %	0,000
Les principaux effets secondaires de l'AZT ⁸	57,7 %	80,4 %	38,8 %	0,000

¹ Au sens de conforme à l'état des connaissances scientifiques ou des recommandations cliniques en vigueur dans l'Initiative au moment de l'enquête.

² Test du Chi-2.

³ Tous les patients VIH symptomatiques ou en dessous de 200 CD4/mm³.

⁴ 800 mg/jour en une prise ou 400 mg/2 fois par jour.

⁵ Hématologiques, dermatologiques et hépatiques.

⁶ Pas de changement du traitement ARV et prescription d'une antibiothérapie adaptée.

⁷ AZT-DDI ou AZT-3TC étaient les deux seules bonnes réponses dans la liste des cinq combinaisons proposées.

⁸ Au moins trois cités parmi les cinq effets secondaires suivants : anémie, atteintes hépatiques, neuropathies périphériques, migraine, nausées et vomissements (dans une liste proposée de onze items possibles).

Tableau 15
Attitudes des médecins interrogés face à un patient atteint du VIH/sida en fonction de leur expérience dans la prise en charge de patients atteints par le VIH
 (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

% de répondants « <i>plutôt</i> » ou « <i>tout à fait</i> » d'accord avec les qualificatifs suivants pour un malade du sida	A pris en charge plus de 20 patients VIH ¹ au cours des 12 derniers mois ¹			(p) ¹
	Total (%)	Oui (45,5 %)	Non (54,5 %)	
• Il a besoin de sympathie et de solidarité	94,5 %	92,9 %	95,5 %	NS
• Il souffre beaucoup	84,6 %	82,1 %	86,6 %	NS
• Il est responsable de ce qui lui arrive	5,7 %	5,4 %	6,0 %	NS
• Il est dangereux pour les autres	25,2 %	33,9 %	17,9 %	0,034
• Il coûte cher à la société	49,6 %	51,8 %	47,8 %	NS
• Il a droit au meilleur traitement médical possible	96,7 %	94,6 %	98,5 %	NS

¹ Test du Chi-2.

importante chez les médecins qui ont une plus grande expérience de prise en charge, les associent même à une notion de dangerosité pour les autres. Le degré d'investissement dans la prise en charge du VIH ne provoque pas de divergence au sein des médecins interrogés quant aux opinions concernant la diffusion des traitements ARV en Côte d'Ivoire (tableau 16). Cependant, si la nécessité d'élargir les conditions d'accès aux traitements ARV par le recours à la gratuité pour certaines catégories de patients provoque un très large consensus, la question de l'alignement des critères de mise sous traitement ARV entre la Côte d'Ivoire et le Nord n'est pas loin de diviser l'échantillon en deux camps, d'importance sensiblement équivalente.

La variabilité des attitudes sur les conditions d'initiation d'un traitement ARV

Deux questions spécifiques portaient d'une part sur le niveau de CD4 à partir duquel le médecin interrogé considérait comme souhaitable d'initier un traitement ARV chez des patients naïfs, d'autre part sur le type de traitement à prescrire en première intention. La combinaison

des réponses à ces deux questions permet de distinguer trois groupes de répondants, d'importance à peu près égale, se positionnant différemment face aux recommandations proposées par l'Initiative qui, rappelons le, avaient été modifiées peu de temps avant l'enquête en faveur de l'initiation d'une trithérapie à partir d'un niveau de CD4 inférieur à 500/mm³. Un premier groupe (30,9 %) apparaît totalement adhérer à cette nouvelle recommandation en préconisant la prescription d'une « trithérapie précoce » dès un niveau de CD4 compris entre 250 et 500/mm³ ; un second groupe (34,1 %) apparaît plus nuancé puisqu'il n'envisage le recours à la trithérapie que plus « tardivement » (pour les patients avec des CD4 < 250/mm³) même s'il est prêt à prescrire une bithérapie pour les patients compris entre 250 et 500 CD4/mm³ ; enfin, le tiers restant de l'échantillon (35,0 %) n'est pas en mesure de se prononcer clairement sur les critères d'initiation d'un traitement ARV.

Tableau 16

**Opinions des médecins interrogés sur les traitements
antirétroviraux selon leur expérience dans la prise en
charge
de patients atteints par le VIH**

(Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

% de répondants « plutôt » ou « tout à fait » d'accord avec les opinions suivantes	A pris en charge plus de 20 patients VIH⁺ au cours des 12 derniers mois¹	
	Oui (45,5 %) (56)	Non (54,5 %) (67)
« Un beaucoup plus grand nombre de patients infectés par le VIH devraient bénéficier d'un traitement ARV »	96,4 %	91,0 %
« Les traitements ARV devraient être gratuits pour les patients les plus gravement malades »	69,6 %	71,6 %
« Pendant la grossesse, les femmes enceintes devraient bénéficier d'un traitement ARV gratuit »	85,7 %	88,1 %
« Grâce aux traitements ARV, les malades du sida vivent plus longtemps »	91,0 %	
« En Côte d'Ivoire, les critères de mise sous traitement ARV des patients infectés par le VIH devraient être les mêmes qu'en France »	55,4 %	53,7 %

¹ Aucune différence significative entre les deux groupes au sens du test de Chi-2.

Le troisième groupe, celui des médecins qui ne parviennent pas à se prononcer sur les critères d'initiation des ARV, recoupe assez largement ceux ayant une moindre activité et expérience en matière de VIH/sida (*tableau 17*). Ils se distinguent logiquement du reste de l'échantillon par un moindre niveau de connaissances et de formation à cette pathologie (*tableau 18*), ainsi qu'une moindre aisance à pratiquer le conseil et l'annonce du diagnostic de séropositivité avec ces patients (*tableau 19*). Les deux autres groupes, qui se différencient par leur attitude quant au seuil de CD4 justifiant l'initiation d'une trithérapie, ont une maîtrise identique des connaissances sur la prise en charge du VIH/sida. Leur divergence d'attitude thérapeutique semble plutôt tenir à des parcours et à des styles de pratiques professionnelles différents ainsi qu'à des caractéristiques individuelles « extra-professionnelles ».

Le premier groupe, qui est en faveur d'une trithérapie « précoce », comprend, dans une proportion significativement plus importante, des spécialistes en infectiologie et pneumologie, des médecins ayant participé à des formations sur le VIH (dont les responsables de ces deux spécialités tendent à assurer une partie essentielle), ou ayant la plus forte activité en matière de VIH (plus de 20 patients en consultation par semaine) (*tableau 17*) ; ils ont aussi une attitude de protection plus systématique face à un éventuel risque de contamination professionnelle (puisque'ils utilisent toujours des gants, même avec des patients de sérologie inconnue).

Le deuxième groupe, à l'attitude plus nuancée à l'égard de la trithérapie, puisqu'il n'envisage de la prescrire qu'en dessous de 250 CD4/mm³, compte un plus grand nombre de femmes, de personnes mariées et qui ont une pratique religieuse régulière (catholique dans plus de 60 % des cas et musulmane dans 20 %) (*tableau 17*). Les médecins de ce groupe, se recrutent pour l'essentiel dans des centres accrédités de l'Initiative, et semblent avoir une pratique plus marquée par des approches de type soins « communautaires ». En témoigne leur plus grande propension à adresser des patients infectés par le VIH au milieu associatif (*tableau 17*), ou à pratiquer le conseil lors de la consultation d'annonce d'un diagnostic de séropositivité (*tableau 19*) ; dans leurs conseils aux patients infectés, ils sont significativement plus nombreux à recommander

Tableau 17

Attitudes face à l'initiation d'un traitement antirétroviral et caractéristiques des médecins interrogés (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 125)

Caractéristiques des médecins (% dans l'échantillon total)	1		2		3	
	Trithérapie « précoce » (> 250 CD4) (n = 38)	(p) 1 versus 2 (*)	Trithérapie « tardive » (≤ 250 CD4) (n = 42)	(p) 2 versus 3 (*)	Ne se prononcent pas (n = 43)	(p) 1 versus 3 (*)
Âge < 40 ans (70,7 %)	65,8 %	NS	69,0 %	NS	76,7 %	NS
Sexe masculin (71,5 %)	84,2 %	0,04	64,3 %	NS	67,4 %	0,07
Marié (56,9 %)	44,7 %	0,04	66,7 %	NS	58,1 %	NS
Pratique régulièrement une religion (60,2 %)	52,6	0,04	73,8 %	0,04	53,5 %	NS
A un diplôme de spécialité en infectiologie ou pneumologie (20,3 %)	31,6 %	0,06	14,3 %	NS	16,3 %	0,09
Exerce dans un service « spécialisé » dans le VIH (47,2 %)	47,4 %	0,10	64,3 %	0,00	30,2 %	0,09
Exerce dans un centre accrédité de l'Initiative (65,0 %)	52,6 %	0,00	88,1 %	0,00	53,5 %	NS
A déjà suivi une formation spécialisée sur le VIH (56,1 %)	73,7 %	0,06	54,8 %	NS	41,9 %	0,00
Prescrit des tests VIH ⁺ plusieurs fois par semaine (50,4 %)	65,8 %	NS	54,8 %	0,05	32,6 %	0,00
A suivi régulièrement plus de 20 patients VIH ⁺ au cours de l'année (45,5 %)	52,6 %	NS	54,8 %	0,02	30,2	0,04
A eu plus de 20 patients VIH ⁺ en consultation dans la dernière semaine (14,6 %)	26,3 %	0,09	11,9 %	NS	7,0 %	0,02
Met certains de ses patients VIH en contact avec une association de lutte contre le sida (33,3 %)	28,9 %	0,03	52,4 %	0,00	18,6 %	NS

(*) Test du Chi-2.

Tableau 18
Attitudes face à l'initiation d'un traitement antirétroviral et connaissances sur les traitements du VIH/sida des médecins interrogés (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

% de médecins donnant la réponse « exacte » ¹ aux questions concernant (% dans l'échantillon total)	1		2		3	
	Trithérapie « précoce » (> 250 CD4) (n = 38)	(p) ⁷ 1 versus 2	Trithérapie « tardive » (≤ 250 CD4) (n = 42)	(p) ⁷ 2 versus 3	Ne se prononcent pas (n = 43)	(p) ⁷ 1 versus 3
La mise systématique sous cotrimoxazole des patients infectés par le VIH ² (62,6 %)	71,1 %	NS	69,0 %	0,05	48,8 %	0,04
La posologie du cotrimoxazole pour la prophylaxie des infections opportunistes chez un adulte VIH ⁺ de poids moyen ³ (70,7 %)	81,6 %	NS	78,6 %	0,01	55,5 %	0,00
La prescription systématique d'AZT en prophylaxie pour les femmes enceintes VIH ⁺ (67,5 %)	78,9 %	NS	76,2 %	0,01	48,8 %	0,01
Le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel (81,3 %)	81,6 %	NS	90,5 %	0,05	72,1 %	0,09
La conduite à tenir face à un patient avec 350 CD4/mm ³ , sous AZT-3TC depuis trois semaines et qui présente une pneumonie grave ⁴ (55,8 %)	42,1 %	NS	47,6 %	0,00	18,6 %	0,02
Les combinaisons d'ARV admises pour initier une bithérapie ⁵ (49,6 %)	57,9 %	NS	59,5 %	0,01	32,6 %	0,02
Les principaux effets secondaires de l'AZT ⁶ (57,7 %)	57,9 %	NS	69,9 %	0,03	46,5 %	NS

¹ Au sens de conforme à l'état des connaissances scientifiques ou des recommandations cliniques en vigueur dans l'Initiative au moment de l'enquête.

² Tous les patients VIH symptomatiques ou en dessous de 200 CD4/mm³.

³ 800 mg/jour en une prise ou 400 mg/2 fois par jour.

⁴ Pas de changement du traitement ARV et prescription d'une antibiothérapie adaptée.

⁵ AZT-ddi ou AZT-3TC étaient les deux seules bonnes réponses dans la liste des cinq combinaisons proposées

⁶ Au moins trois cités parmi les cinq effets secondaires suivants : anémie, atteintes hépatiques, neuropathies périphériques, migraine, nausées et vomissements (dans une liste proposée de onze items possibles).

⁷ Test du Chi-2.

Tableau 19
Croisement entre les attitudes face à l'initiation d'un traitement antirétroviral et les pratiques en matière de dépistage et de risque de contamination professionnelle du VIH chez les médecins interrogés (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 125)

% de médecins déclarant les pratiques suivantes (% dans l'échantillon total)	1 Trithérapie « précoce » (> 250 CD4) (n = 58)		2 Trithérapie « tardive » (≤ 250 CD4) (n = 42)		3 Ne se prononcent pas (n = 43)	
		(p) 1 versus 2		(p) 2 versus 3		(p) 1 versus 3
Fait toujours lui-même l'annonce du diagnostic de séropositivité VIH à ces patients (79,7 %)	89,5 %	NS	90,5 %	0,01	60,5 %	0,00
Fait toujours un conseil lors de l'annonce du diagnostic de séropositivité VIH (68,3 %)	68,4 %	0,05	88,1 %	0,00	48,8 %	0,00
Conseille l'abstinence sexuelle à ses patients VIH ⁺ (52,0 %)	42,1 %	0,04	64,5 %	NS	4,8 %	NS
Utilise toujours des gants avec des patients de statut sérologique inconnue (72,4 %)	89,5 %	0,00	61,9 %	NS	67,4 %	0,02
Prendrait immédiatement des ARV en cas de piqûre avec du matériel contaminé (30,1 %)	39,5 %	NS	35,7 %	0,04	16,3 %	0,02
A déjà fait une sérologie VIH pour lui-même (53,7 %)	47,4 %	NS	54,8 %	0,08	37,2 %	NS
Est vacciné contre l'hépatite B (54,5 %)	60,5 %	NS	61,9 %	0,05	41,9 %	0,07

l'abstinence sexuelle (*tableau 19*), dont on a vu qu'elle était effectivement répandue chez les patients non traités par ARV (voir chapitre 4.1).

Les deux groupes se différencient également par leur plus ou moins grande tendance à aligner leur pratique sur celle en vigueur chez les cliniciens du Nord : ceux qui sont favorables à la trithérapie précoce sont plus nombreux à envisager de renoncer à la prophylaxie systématique par cotrimoxazole chez des patients sous ARV du fait de l'efficacité attendue de ceux-ci pour protéger contre les infections opportunistes (43,1 % *versus* 33,8 % ; $p = 0,07$). À l'inverse, la prise en compte des contraintes économiques qui pèsent sur leurs prescriptions semble plus explicite chez les médecins qui sont favorables à une trithérapie plus tardive : ils sont respectivement 61,9 % à penser qu'un malade du sida « coûte cher à la société » contre 42,1 % seulement ($p = 0,06$) chez les partisans de la trithérapie précoce, et 64,3 % seulement (contre 86,8 % ; $p = 0,02$) à souhaiter qu'« un beaucoup plus grand nombre de patients bénéficient d'un traitement ARV ».

Discussion

Près des deux tiers (65 %) des médecins ayant répondu à cette enquête exercent dans des centres accrédités par l'Initiative pour prescrire des traitements antirétroviraux. Notre échantillon regroupe des soignants qui, au quotidien en Côte d'Ivoire, sont parmi ceux qui ont le plus d'expérience dans la prise en charge du VIH. On ne retrouve pas parmi ces médecins, de réticence, voire d'hostilité, à prendre en charge ces patients, comme cela a pu être observé ailleurs sur le continent africain^{12,13,14}, et ceci en dépit d'une forte conscience du risque de contamination professionnelle parmi ces soignants (voir chapitre 5.5). Si elle n'est

¹² Fransman D, *et al. Op. cit.*, note 4.

¹³ Laraqui Hossini CH, Tripodi D, Rahhali AE, Bichara M, Betito D, Curtes JP, Verger C. Connaissances et attitudes du personnel soignant face au sida et au risque de transmission professionnelle du VIH dans deux hôpitaux marocains. *Santé* 2000 ; 10 : 315-21.

¹⁴ Connell AL. Paediatricians and paediatric registrars' attitudes towards treating HIV-infected children - an exploratory study. 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa, 9th-14th July 2000 [Abstract#MoPeE2969].

en rien représentative du niveau général des connaissances, des attitudes et des pratiques face au VIH/sida de l'ensemble des médecins exerçant en Côte d'Ivoire (voir chapitre 6), l'enquête donne en revanche une image fidèle (attestée par un taux de réponse de plus de 80 %) d'un des premiers groupes de médecins maniant sur une échelle significative des antirétroviraux en Afrique.

La mise en place de l'Initiative d'accès aux médicaments a permis un élargissement, même s'il est encore limité, de l'accès aux thérapeutiques contre le VIH. Dans ce contexte, une mobilisation importante et croissante des professionnels de santé et plus particulièrement des médecins paraît essentielle. Comme l'atteste notre enquête en Côte d'Ivoire, les médecins prenant en charge des personnes infectées par le VIH en grand nombre sont globalement bien informés quand aux traitements ARV, à la prophylaxie des infections opportunistes et à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. On retrouve d'ailleurs, comme dans la quasi-totalité des études du même type menées auprès des professionnels de santé de par le monde^{15,16}, une corrélation nette entre une plus grande expérience dans la prise en charge du VIH/sida d'une part, et une meilleure connaissance ainsi qu'un meilleur respect des recommandations de bonnes pratiques cliniques en vigueur concernant cette pathologie d'autre part. Cependant, près du tiers de l'échantillon, pourtant recruté dans les centres accrédités de l'Initiative ou dans des centres susceptibles de leur adresser des patients pour une mise sous traitement ARV, n'était pas véritablement en mesure de se prononcer sur les conditions d'initiation d'un tel traitement et présentait des lacunes non négligeables en matière de connaissances sur ces traitements. Cela semble corroborer les observations qualitatives faites par ailleurs auprès de soignants (chapitre 5.5) quant au caractère encore trop confidentiel de l'information et de la formation sur les ARV, en particulier au-delà du cercle restreint des praticiens ayant tendance à « spécialiser » leur activité dans le domaine du VIH. Il apparaît donc indispensable, comme la nécessité

¹⁵ Barbour RS. The impact of working with people with HIV/AIDS : a review of the literature. *Soc Sci Med* 1994 ; 39 (2) : 221-232.

¹⁶ Kitahata MM, Koepsell TD, Deyo RA, Maxwell CL, Dodge WT, Wagner EH. Physicians' experience with the acquired immunodeficiency syndrome as a factor in patient's survival. *N Engl J Med* 1996 ; 348 : 285-95.

en a déjà été maintes fois soulignée ailleurs en Afrique¹⁷, que l'information sur le VIH soit diffusée beaucoup plus largement chez les soignants massivement confrontés à des patients infectés, même en dehors d'une prise en charge spécifique du traitement ARV du VIH.

Si les attitudes ouvertement discriminatoires semblent étrangères à la grande majorité des médecins interrogés, il faut souligner le paradoxe apparent que c'est parmi les médecins ayant la plus grande expérience de patients infectés par le VIH que se recrute la minorité la plus importante qui considère les patients comme potentiellement « dangereux pour les autres ».

Ce résultat est contraire à ce qui a été observé en France et dans les autres pays du Nord^{18,19}. Il faut sans doute rattacher cette inquiétude plus grande d'une partie des médecins ivoiriens les plus expérimentés quant aux risques de contamination avec les difficultés qu'éprouvent ces patients à partager leur diagnostic de séropositivité avec leurs proches.

L'enquête met également en lumière que peu de temps après la décision de l'Initiative (octobre 1999) de privilégier la trithérapie comme traitement de choix pour l'ensemble des patients médicalement éligibles pour les ARV (< 500 CD4/mm³, selon les recommandations en vigueur), cette attitude ne faisait pas véritablement consensus parmi les médecins les plus directement concernés par la prescription ou l'orientation vers les ARV. Certes, les divergences constatées doivent être relativisées en pratique, puisque plus des deux tiers de l'échantillon se déclaraient prêts à prescrire une trithérapie en dessous de 250 CD4/mm³, et que la majorité des patients infectés par le VIH fréquentant les structures de santé enquêtées semble de toute façon se trouver en dessous de ce niveau immunologique (voir *tableau 7* du chapitre 4.1). Il n'en reste pas moins que les conditions de démarrage d'un traitement ARV font débat parmi ces professionnels, comme d'ailleurs les conséquences de ce démarrage sur le reste de la prise en charge (notamment en matière de prophylaxie des infections opportunistes).

¹⁷ Anonymous. Impact of HIV on delivery of health care in sub-Saharan Africa : a tale of secrecy and inertia. *Lancet* 1995 ; 345 : 1315-7.

¹⁸ Kelly JA, et al. *Op. cit.*, note 11.

¹⁹ Barbour RS. *Op. cit.*, note 15.

La diversité des attitudes thérapeutiques est assez générale dans les maladies graves et il n'est donc guère surprenant de retrouver une telle variabilité dans le domaine du sida où l'évolution rapide des connaissances impose leur actualisation intensive, tant au niveau des instances d'expertises qu'au plan individuel pour la formation des praticiens. Trois explications alternatives sont classiquement avancées pour rendre compte d'une variabilité des attitudes et pratiques médicales face à des situations cliniques similaires. La première repose sur l'idée que la diffusion d'une nouvelle thérapeutique en pratique clinique est un processus multi-étapes au cours duquel le prescripteur acquiert de l'information sur la nouvelle molécule, est persuadé de l'expérimenter et se décide à l'adopter pour un nombre croissant de patients ; dès lors un tel processus d'apprentissage obéit inévitablement à des rythmes différents selon les catégories de praticiens^{20,21}. Une deuxième explication postule que les pratiques des prescripteurs évoluent en fonction d'une combinaison complexe de facteurs hétérogènes que sont leurs caractéristiques individuelles et professionnelles, les profils de leurs patients, leurs relations de proximité avec des confrères et d'autres professionnels de santé, ou les contextes organisationnels dans lesquels ils exercent^{22,23}. Enfin, une troisième explication, dite « d'incertitude professionnelle », estime que la variabilité des attitudes et pratiques médicales est d'autant plus forte qu'il n'existe pas de véritable consensus scientifique et clinique sur les stratégies thérapeutiques optimales, ce qui tendrait à donner un poids déterminant aux traditions et aux cultures de spécialités médicales « subjectives » des différents praticiens²⁴.

²⁰ Hillman BJ. Physician's acquisition and use of new technology in an era of economic constraints. In : Gelinjs AC, ed. *Technology and health care in an era of limits*. National Academy Press, Washington DC, 1992 : 135-49.

²¹ Avorn JC, Hartley R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behaviour of physicians. *Am J Med* 1982 ; 75 : 4-8.

²² Herzlich C, Bungener M, Paicheler G, Roussin P, Zuber MC. Cinquante ans d'exercice de la médecine libérale en France. *Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*. Paris : Éditions Inserm-Doin, 1993.

²³ Casparie AF. The ambiguous relationship between practice variations and appropriateness of care : an agenda for further research. *Health Policy* 1996 ; 35 : 247-65.

²⁴ Wennberg JE, Barnes B, Zubkoff M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Soc Sci Med* 1982 ; 16 : 811-24.

En Côte d'Ivoire, comme d'ailleurs en France^{25,26}, ces trois types d'explications semblent bien combiner leurs effets pour différencier les attitudes et points de vue des médecins les plus directement concernés par la prescription d'antirétroviraux pour le traitement de l'infection à VIH. Cependant, le contexte de limitation des ressources, caractéristique des systèmes de santé sur fonds publics d'un pays en développement comme la Côte d'Ivoire, tend à exacerber les dilemmes que la confrontation à ces traitements fait peser sur la pratique clinique.

Habituellement, en Côte d'Ivoire, en dehors même de l'infection par le VIH, les médecins affirment fortement une référence commune à l'éthique médicale hippocratique traditionnelle, qui les conduit à ne pas se soucier du coût des interventions médicales qui leur apparaissent nécessaires et à revendiquer le droit d'exercer une médecine « *dégagée des contingences financières* »²⁷. Dès le début de l'épidémie de VIH/sida, celle-ci a mis à l'épreuve, et ce dans tous les pays touchés au Nord comme au Sud, les normes éthiques et déontologiques universellement reconnues dans la pratique médicale²⁸. Dans le cadre de systèmes d'assurance maladie assurant une couverture universelle de la population, et par exemple dans le cas français de totale gratuité des soins pour les personnes infectées par le VIH, l'éthique hippocratique peut poser problème pour les politiques de maîtrise des dépenses de santé voulues par les gouvernements ; mais elle tend de fait à prendre un sens « égalitariste » de défense du droit de tous les patients « au meilleur traitement possible », indépendamment de toute considération économique de richesse et de « capacité à payer »²⁹. Dans le contexte ivoirien de pénurie relative des moyens, la référence à cette même éthique, peut sans doute, indépendamment de la volonté des praticiens qui y sont légitimement attachés,

²⁵ Obadia Y, *et al. Op. cit.*, note 9.

²⁶ Landman R, Kertenian I, Perrin V, Huard P, Moatti JP et le groupe PAMPA. Attitudes thérapeutiques pour l'infection à VIH : incertitudes scientifiques et variabilité – Enquête nationale 1998 auprès des médecins prescripteurs d'antirétroviraux. *Presse Med* 1999 ; 28 (17) : 899-907.

²⁷ Gobatto I. *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*. Paris, L'Harmattan, « Santé et sciences humaines », 1999 ; 305 p.

²⁸ Gruenais ME, Vidal L. *Op. cit.*, note 6.

²⁹ Moatti JP, Le Corroller AG. Réflexions économistes sur l'éthique médicale. *Journal d'Économie Médicale* 1996 ; 14 : 67-78.

favoriser une certaine impuissance face aux conséquences sur l'accès aux soins des inégalités économiques qui prévalent dans la société. Comme on l'a vu aux chapitres 1 et 2, les contraintes de moyens qui pèsent sur l'Initiative suscitent de vives tensions chez les soignants qui se retrouvent de fait en première ligne dans un processus de sélection des patients qui les confronte à la prise en compte de critères socio-économiques.

La grande majorité des médecins interrogés dans notre enquête ont indirectement exprimé leur malaise face à cette situation difficile en adhérant largement au souhait d'une extension de la gratuité des traitements ARV à des catégories plus larges de patients qu'actuellement (voir chapitre 5.5). En même temps, l'idée que les critères de jugement médical doivent être « identiques » à ceux pratiqués au Nord, en dépit de la différence de contexte, semble diviser les médecins interrogés, une faible majorité se dégageant en faveur de cette approche. Mieux, parmi les praticiens les plus expérimentés en matière de VIH/sida, ceux qui s'avèrent plus nuancés quant à des critères immunologiques « précoces » d'éligibilité « médicale » à la trithérapie sont manifestement ceux qui ont la conscience la plus aiguë des contraintes de ressources qui doivent être surmontées pour accélérer l'accès du plus grand nombre à ces progrès thérapeutiques. La recherche d'algorithmes de traitements et de suivi adaptés aux conditions des pays en développement en termes de ratios coût/efficacité, plutôt que la reproduction mécanique des « standards » de soins existant au Nord⁵⁰, est sans doute une des voies possibles pour mieux concilier le souci d'efficacité médicale maximale et de réalisme dans l'utilisation des moyens disponibles.

⁵⁰ Ces standards ne sont d'ailleurs pas forcément optimaux dans les pays du Nord eux-mêmes comme en témoigne l'évolution actuelle, plus « prudente », des recommandations sur les critères d'initiation des multithérapies.

Chapitre 5.3

Prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole chez les patients infectés par le VIH en Côte d'Ivoire : connaissances et pratiques des médecins et des personnels soignants

Hermann BROU, Annabel DESGRÉES DU LOÛ, Marc SOUVILLE

Contexte

L'infection à VIH/sida est devenue l'une des premières causes de mortalité chez les adultes dans les villes telles qu'Abidjan où le taux de prévalence de l'infection est d'environ 14 %. Or, il est estimé que 30 à 70 % des décès chez les patients séropositifs sont dus à des complications qui font suite à l'apparition d'infections opportunistes¹. Les pratiques préventives contre ces infections peuvent donc déboucher sur une amélioration de la qualité et de l'espérance de vie des personnes séropositives². Dans les pays du Nord, il existe diverses prophylaxies pour prévenir ou traiter ces maladies opportunistes. Depuis la fin des années 1980, le cotrimoxazole (association de triméthoprim + sulfaméthoxazole) est utilisé avec succès dans la prophylaxie primaire des infections opportunistes comme la pneumocystose (infection la plus fréquemment rencontrée dans les régions du Nord) et la toxoplasmose. En dépit des

¹ Kadio A, et al. *Cotrimoxazole en prophylaxie primaire des infections opportunistes chez les patients infectés par le VIH en Côte d'Ivoire*. Rapport final, 1^{re} Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse, 19 février 1999, Abidjan, Côte d'Ivoire.

² Onusida. *Maladies opportunistes liées au VIH : Actualisation*. Collection Meilleures Pratiques de l'Onusida, Genève, mars 1999.

arguments en faveur du spectre antiparasitaire et antibactérien du cotrimoxazole sur d'autres infections opportunistes, cette chimioprophylaxie n'était utilisée en Afrique, jusqu'à récemment, que chez des patients déjà très immunodéprimés et pas de façon systématique. En effet, l'efficacité du cotrimoxazole n'avait été prouvée que sur la prévention de la pneumocystose, infection opportuniste considérée comme à faible prévalence chez les patients africains infectés par le VIH, et il n'existait aucune donnée prouvant l'intérêt d'une telle prophylaxie en prévention des maladies opportunistes les plus fréquentes en Afrique comme la tuberculose, la candidose, l'isospore, les salmonelloses, la toxoplasmose¹⁻³.

Depuis 1998, deux essais cliniques réalisés en Côte d'Ivoire^{4,5}, ont démontré l'impact positif du cotrimoxazole sur la survie des personnes infectées par le VIH. L'une⁴ de ces deux études (un essai randomisé comparant le cotrimoxazole à un placebo) a concerné une population d'adultes consultant dans les formations sanitaires urbaines à un stade précoce de l'infection à VIH-1. Parmi les 545 patients inclus dans cet essai (sujets aux stades 2 et 3 de la classification de l'OMS), l'étude a montré une réduction significative de la morbidité dans le groupe mis sous cotrimoxazole. La probabilité de ne pas faire d'événement grave (événement conduisant à l'hospitalisation et/ou au décès) à 12 mois de suivi a été de 63,7 % dans le groupe cotrimoxazole contre 45,8 % dans le groupe placebo. Des analyses complémentaires⁶ ont montré également, après 9 mois de suivi, une amélioration transitoire de l'état nutritionnel plus importante des patients sous cotrimoxazole.

³ Ledru E, *et al.* Prévention de la dénutrition et des infections opportunistes chez les patients infectés par le VIH en Afrique de l'Ouest : une démarche réaliste, nécessaire, préalable aux antirétroviraux. *Cahiers Santé d'études et de recherches francophones* vol. 9 n° 5, septembre-octobre 1999, pp. 295-300.

⁴ Anglaret X, *et al.* Early chemoprophylaxis with trimethoprim-sulphamethoxazole for HIV infected adults in Abidjan, Côte d'Ivoire : a randomised trial. *Lancet* 1999 ; 353 : 1463-8.

⁵ Wiktor SZ, *et al.* Efficacy of trimethoprim-sulphamethoxazole prophylaxis to decrease morbidity in HIV infected patients with tuberculosis in Abidjan, Côte d'Ivoire : randomised controlled trial. *Lancet* 1999 ; 353 : 1469-75.

⁶ Castetbon K, *et al.* Nutritional effect early chemoprophylaxis with cotrimoxazole in HIV-infected adults in Abidjan, Côte d'Ivoire. XIth International Conference on AIDS and STDs in Africa, 12-16 september 1999, Lusaka, Zambia [Oral presentation 15BT5-1].

En Côte d'Ivoire, les résultats de ces deux essais ont conduit, en février 1999, la Société ivoirienne de pathologie infectieuse et tropicale (SIPIT) à organiser, à Abidjan, une conférence de consensus sur l'utilisation du cotrimoxazole en prophylaxie primaire des infections opportunistes chez les personnes infectées par le VIH. Cette conférence a abouti à la mise en place d'un schéma de chimioprophylaxie (primaire) prenant en compte les réalités locales, entre autres la non disponibilité aisée de la numération des lymphocytes CD4. La réunion a permis de dégager les bénéfices de l'utilisation à large échelle d'une telle prophylaxie : réduction de la morbidité et de la mortalité, de la charge de travail pour le personnel soignant et les bénévoles engagés dans la prise en charge des personnes infectées, et diminution des dépenses hospitalières du fait du coût relativement peu élevé du cotrimoxazole (11 000 FCFA/an) et de la survenue rare d'effets secondaires.

Suite à ces premières recommandations, l'Onusida et l'OMS ont réuni, en mars 2000, à Harare des experts internationaux (cliniciens, responsables de programmes nationaux de lutte contre le sida, et autres acteurs de la lutte contre le VIH/sida en Afrique) pour émettre également un avis sur le sujet. En dépit de données encore limitées, et dans le contexte africain où l'accès aux traitements antirétroviraux demeure très peu diffusé, des recommandations ont été adoptées pour l'utilisation systématique de la prophylaxie par cotrimoxazole chez les personnes vivant avec le VIH, cette prophylaxie étant désormais considérée comme devant faire partie de la prise en charge minimale indispensable dans les pays d'Afrique. Les critères suivants ont été définis pour le protocole de prescription systématique du cotrimoxazole en prophylaxie primaire⁷ : un comprimé de cotrimoxazole forte (800/160 mg) par jour, ou deux comprimés de cotrimoxazole adulte (400/80 mg) par jour, doivent être administrés (en dehors de toute contre-indication connue) à tous les adultes séropositifs présentant une infection à VIH symptomatique (stade 2, 3, 4) ou/et présentant un taux de CD4 inférieur ou égal à 500/mm³. La prophylaxie doit être également proposée aux femmes enceintes de plus de trois mois et aux nourrissons de plus de six semaines

⁷ Onusida. *Utilisation de la prophylaxie au cotrimoxazole chez les adultes et chez les enfants vivant avec le VIH/SIDA en Afrique : Recommandations et questions opérationnelles*. Genève, 2000.

nés de mères séropositives. Elle doit être poursuivie en continu, ce qui nécessite un suivi régulier des patients. L'arrêt n'est recommandé qu'en cas de non tolérance et dans le cas des enfants, si le diagnostic d'infection à VIH est infirmé à l'âge de 15 mois. Enfin, une des recommandations de la conférence d'Harare insistait sur la nécessité de sensibilisation, en particulier la formation et l'éducation à la prescription et au suivi de cette prophylaxie, de l'ensemble des professionnels de santé.

Aujourd'hui en Côte d'Ivoire, le cotrimoxazole est disponible à des prix accessibles (environ 11 000 FCFA/an) si l'on rappelle que le salaire moyen est d'environ 40 000 FCFA/mois. Alors qu'à la différence des traitements antirétroviraux, la barrière financière pour l'achat du médicament est limitée dans le cas du cotrimoxazole, qu'en était-il, un an après le consensus d'Abidjan de février 1999, de l'application de ces recommandations sur le terrain ?

Méthodes

Nous présentons ici les résultats d'une enquête sur l'utilisation prophylactique du cotrimoxazole par le personnel soignant dans la prévention ou le traitement des infections opportunistes liées au VIH. Cette enquête a été menée dans 15 structures sanitaires réparties entre Abidjan et Bouaké : 6 centres accrédités pour l'Initiative⁸, 5 centres « périphériques »⁹ mais directement liés à l'Initiative, et 4 autres formations sanitaires périphériques de la ville d'Abidjan¹⁰. Les données sur le personnel soignant ont été recueillies par autoquestionnaire auprès des médecins et par questionnaire administré en face à face auprès du personnel paramédical (ou par autoquestionnaire en cas de non disponibilité pour l'entretien en face à face de ce personnel). L'enquête a été exhaustive auprès des médecins. Pour le personnel paramédical, l'enquête a été exhaustive dans les structures comptant un nombre réduit de ce personnel ($n < 20$)

⁸ SMIT, USAC, Cirba, Hôpital militaire, CAT Adjamé, Pédiatrie CHU/Yopougon.

⁹ PPH CHU/Treichville, CAT Treichville, Hôpital de jour de Bouaké, Médecine générale CHR/Bouaké, CAT Bouaké.

¹⁰ FSU Abobo Nord et Abobo Sud, FSU Marcory, Hôpital général Port-Bouët.

et a concerné un échantillon tiré au sort (un sur deux) dans les structures qui en comptaient plus.

Le questionnaire comprenait notamment quatre questions sur la connaissance de la chimioprophylaxie par cotrimoxazole (critères de mise sous traitement et posologie). Deux scores de connaissance de l'usage prophylactique du cotrimoxazole chez les patients infectés par le VIH ont été construits, l'un caractérisant la connaissance des critères de sélection des patients pour la prophylaxie, et l'autre la connaissance de la posologie du cotrimoxazole. Le premier score a été obtenu à partir des réponses à la question « *Dans quels cas met-on les patients infectés par le VIH sous Bactrim® (cotrimoxazole) ?* ». Six réponses non exclusives étaient proposées (tableau 21) : on a attribué les valeurs 1 à chaque « bonne » réponse et 0 à chaque « mauvaise » réponse et par addition, on obtient un score variant de 0 à 6. Le score de connaissance de la posologie a été construit de façon identique à partir des réponses à la question « *Chez un adulte de poids moyen, quelle est la posologie du cotrimoxazole que vous utilisez en prophylaxie des infections opportunistes ?* ». Cinq réponses étaient proposées (tableau 22). Le score de connaissance de la posologie du cotrimoxazole varie donc de 0 à 5. Dans chaque cas, plus le score est élevé, mieux l'individu maîtrise les modalités de prescription du cotrimoxazole en prophylaxie chez les personnes infectées par le VIH. Les comparaisons sont faites à l'aide des test de Chi-deux et de comparaisons de moyennes.

L'analyse a été conduite en distinguant trois groupes : les structures sanitaires à forte activité de prise en charge de patients infectés par le VIH (définies comme celles ayant dans leur file active une proportion de patients infectés supérieure à 30 % ; ce qui ne recoupe pas exactement les centres accrédités de l'Initiative), les structures sanitaires à activité VIH moins importante (moins de 30 % de patients VIH⁺) mais cependant liées directement à l'Initiative, et enfin les formations sanitaires urbaines non spécifiquement dévolues à la prise en charge du VIH/sida et non directement concernées par l'Initiative. Les structures à forte activité VIH représentent 55 % des centres liés à l'Initiative. Cette distinction est faite dans le double souci de déterminer, d'une part les différences dans leur pratique professionnelle entre les professionnels de santé fréquemment en contact avec des patients séropositifs et ceux des structures où l'ac-

tivité sur l'infection à VIH est moins importante, et d'autre part, de comparer les structures directement concernées par l'Initiative d'accès aux ARV et les structures périphériques, en ce qui concerne l'information sur la prophylaxie par cotrimoxazole.

Résultats

De décembre 1999 à mars 2000, 442 professionnels de santé dont 145 médecins et 297 personnels non médecins (infirmier(e)s, sages-femmes, aides soignants, assistantes sociales et techniciens de laboratoire) ont été enquêtés (*tableau 20*). Un peu plus de la moitié (53 %) de ces professionnels de santé ont plus de cinq ans d'exercice dans leur activité actuelle et 48 % ont déjà suivi une formation spécifique sur le VIH (cours, ateliers, congrès...). Si environ deux soignants sur trois, depuis le début de l'épidémie en Côte d'Ivoire, ont pris en charge des personnes infectées par le VIH, ou en connaissent en dehors du cadre professionnel, seulement un soignant sur dix est engagé personnellement dans des activités d'associations d'aide aux personnes infectées par le VIH. Le fait de participer directement à la prise en charge de patients infectés par le VIH ainsi que l'engagement personnel dans des associations de lutte contre l'infection à VIH augmentent avec l'intensité des activités VIH de la structure sanitaire dans laquelle exerce le soignant.

L'enquête montre qu'un an après le consensus d'Abidjan sur le cotrimoxazole, seule une minorité de médecins (6 %), mais la moitié (50 %) des soignants non médecins, n'avaient jamais entendu parler de cette chimioprophylaxie (*tableau 21*). Si 88 % des médecins assurent être bien informés sur cette prophylaxie, seulement 37 % des professionnels non médecins le confirment. Sur ce degré d'information, des différences significatives apparaissent parmi le personnel paramédical selon la catégorie professionnelle, le nombre d'années d'activité et l'implication personnelle face à l'infection à VIH (*tableau 22*). Ainsi, les personnels soignants non médecins totalisant moins de 5 ans d'exercice dans leur activité actuelle, ayant pris en charge ou soigné des personnes séropositives ou ayant suivi une formation spécifique sur le VIH, de même que

Tableau 20

Répartition du personnel soignant enquêté par type de structure selon les caractéristiques professionnelles

	Services à activité VIH forte (n = 132)	Services à activité VIH moindre (n = 168)	Centres péri-phériques (n = 142)	Ensemble des services et centres (n = 442)
Médecins	44 %	38 %	16 %	33 %
Médecine générale	7 %	9 %	5 %	7 %
Pneumologie/infectiologie	31 %	9 %	0	12 %
Pédiatrie	5 %	6 %	3 %	7 %
Autres médecins	1 %	14 %	8 %	7 %
Personnels soignants non médecins	56 %	62 %	84 %	67 %
Infirmier	32 %	25 %	34 %	29 %
Sage-femme	0	9 %	43 %	17 %
Autre personnel	24 %	30 %	7 %	21 %
Ancienneté dans l'activité actuelle				
Moins de 5 ans	71 %	40 %	34 %	47 %
5 ans et plus	29 %	60 %	66 %	53 %
A déjà soigné ou pris en charge des PvVIH	85 %	67 %	38 %	63 %
A suivi une formation spécifique sur le VIH ⁽¹⁾	53 %	39 %	54 %	48 %
Participe aux activités d'associations d'aide aux PvVIH	15 %	5 %	6 %	8 %
Connaît personnellement au moins une PvVIH	76 %	63 %	54 %	64 %

⁽¹⁾ En pourcentage de oui.

PvVIH : personne vivant avec le VIH.

ceux concernés personnellement par le VIH du fait, soit d'un engagement dans une association d'aide aux séropositifs, soit de la connaissance d'une personne séropositive dans l'entourage personnel sont les plus nombreux à être au fait de la prophylaxie par cotrimoxazole. Les sages-femmes sont nettement moins informées (21 %) que les infirmiers (48 %) et les autres personnels paramédicaux (34 %). Chez les médecins, outre

la connaissance d'une personne séropositive en dehors du cadre professionnel, le service dans lequel exerce principalement l'enquêteur différencie significativement la probabilité d'être informé sur la prophylaxie par cotrimoxazole : les services de pneumologie ou d'infectiologie rassemblent les médecins les plus informés (96 %).

Tableau 21

Connaissances sur la prophylaxie par cotrimoxazole

	Médecins	Personnels soignants
Avez-vous entendu parler de la prophylaxie par cotrimoxazole (Bactrim®) chez les patients infectés par le VIH ?	(n = 145)	(n = 297)
Non, pas du tout	6 %	50 %
Oui, peut-être	6 %	15 %
Oui, tout à fait	88 %	37 %
Dans quel cas met-on les patients infectés par le VIH sous cotrimoxazole ? ⁽¹⁾ (en pourcentage de « oui »)		
Dans tous les cas dès que l'on sait que la personne est séropositive	39 % (50/128)	56 % (82/147)
Tous les patients VIH ⁺ qui ont des signes cliniques ⁽²⁾	81 % (105/128)	77 % (111/144)
Tous les patients VIH ⁺ qui sont en dessous de 200 CD4/mm ³ ⁽²⁾	69 % (86/124)	52 % (75/140)
Tous les patients VIH ⁺ qui ont une thérapie antirétrovirale	27 % (52/120)	42 % (61/144)
Dès leur naissance, tous les enfants dont la mère est VIH ⁺	17 % (21/121)	30 % (41/139)
Autres cas	8 % (10/124)	11 % (15/142)

⁽¹⁾ Question posée uniquement à ceux qui ont entendu parler du cotrimoxazole.

⁽²⁾ Réponses conformes au consensus d'Abidjan.

On note logiquement une meilleure connaissance de la prophylaxie dans les structures à forte activité VIH, tant chez les médecins que chez le personnel paramédical (*tableau 22*) (chez les médecins, les différences sont statistiquement significatives à 10 %). On note cependant que même dans les services à forte activité VIH, une part importante des personnels non médecins (de l'ordre de 40 % ou plus) continue d'ignorer cette prophylaxie. Si les proportions de professionnels informés sont plus élevées chez les médecins (entre 78 et 95 %), il est à noter cependant que

22 % des médecins exerçant dans les centres périphériques n'en ont « jamais » ou seulement « vaguement » entendu parler.

Tableau 22

Connaissance de la prophylaxie par cotrimoxazole chez les personnes infectées par le VIH selon les caractéristiques professionnelles des soignants

Question : « Avez-vous déjà entendu parler de la prophylaxie par Bactrim chez les patients infectés par le VIH ? »

En pourcentage de réponses « Oui, tout à fait »	Médecins		Personnels soignants	
Type de structure				
Services à activité VIH forte	95 % (55/58)		58 % (43/74)	
Services à activité VIH moindre	86 % (55/64)		31 % (32/104)	
Centres périphériques	78 % (18/23)	p = 0,083	29 % (34/119)	p = 0,0
Médecins				
Médecine générale	74 % (23/31)		-	
Pneumologie/infectiologie	96 % (54/56)			
Autres médecins	88 % (51/58)	p = 0,008		
Personnels soignants non médecins				
Infirmier	-		48 % (62/129)	
Sage-femme			21 % (16/76)	
Autres soignants non médecins			34 % (31/92)	p = 0,0
Ancienneté dans l'activité actuelle				
Moins de 5 ans	91 % (76/84)		44 % (55/125)	
5 ans et plus	85 % (52/61)	p = 0,434	31 % (54/172)	p = 0,029
A déjà soigné ou pris en charge des PvVIH				
Non	82 % (18/22)		18 % (26/142)	
Oui	89 % (110/125)	p = 0,293	54 % (83/155)	p = 0,0
A suivi une formation spécifique sur le VIH				
Non	85 % (51/60)		27 % (45/169)	
Oui	91 % (77/85)	p = 0,310	50 % (64/128)	p = 0,0
Participe aux activités d'associations d'aide aux PvVIH				
Non	88 % (111/128)		33 % (91/277)	
Oui	100 % (17/17)	p = 0,222	90 % (18/20)	p = 0,0
Connait personnellement au moins une PvVIH				
Non	69 % (20/29)		28 % (36/131)	
Oui	93 % (108/116)	p = 0,001	44 % (73/166)	p = 0,004

p : Test du Chi-2, significatif si $p < 0,05$.

PvVIH : personne vivant avec le VIH.

Tableau 25

Connaissance de la posologie du cotrimoxazole en prophylaxie chez les personnes adultes infectées par le VIH par les médecins ayant entendu parler de cette prophylaxie

Question : « Chez un adulte de poids moyen, quelle est la posologie du cotrimoxazole que vous utilisez en prophylaxie des infections opportunistes ? »

En pourcentage de « oui »	Services à activité VIH forte	Services à activité VIH moindre	Centres périphériques	p⁽²⁾	Ensemble des services et centres
800 + 160 mg/jour ⁽¹⁾	91 % (49/54)	64 % (28/44)	78 % (14/18)	0,005	78 % (91/116)
400 + 80 mg/jour	25 % (12/52)	12 % (5/41)	11 % (2/18)	0,292	17 % (19/111)
400 + 80 mg/2 fois par jour ⁽¹⁾	25 % (12/52)	33 % (14/42)	6 % (1/18)	0,068	24 % (27/112)
1 600 + 320 mg/jour	4 % (2/52)	19 % (8/42)	11 % (2/18)	0,060	11 % (12/112)
5 comprimés à 800 + 160 mg/1 fois par semaine	8 % (4/52)	10 % (4/40)	0 % (0/18)	0,393	7 % (8/110)
« 800 + 160 mg/jour » ou « 400 + 80 mg/2 fois par jour »⁽¹⁾	89 % (50/56)	60 % (36/60)	75 % (15/20)	0,001	75 % (101/136)

⁽¹⁾ Bonne réponse conforme aux recommandations.

p : test du Chi-2, significatif si p < 0,05.

Parmi les soignants qui se déclarent au courant de la prophylaxie, l'enquête révèle de plus une information assez mal maîtrisée quant aux modalités précises de prescription du cotrimoxazole. Deux médecins sur cinq et un soignant non médecin sur deux pensent que la prescription doit être systématique dès lors qu'un diagnostic d'infection à VIH a été posé (*tableau 21*), ceci alors que les réponses attendues sont la prescription du cotrimoxazole à tous les patients infectés par le VIH qui sont symptomatiques et tous ceux qui sont en dessous de 200 CD4/mm³. Nous avons choisi ce seuil, différent de celui retenu par le consensus d'Abidjan car il est reconnu depuis de nombreuses années par tous comme un niveau d'immunodépression rendant la prophylaxie par le cotrimoxazole impérative. L'analyse des scores relatifs aux modalités de prescription de la prophylaxie par cotrimoxazole (critères de sélection des patients VIH+ et régime du médicament) montre les différences de connaissance des recommandations sur les modalités de prescription selon certaines caractéristiques professionnelles (*tableau 24*). En ce qui concerne les critères de sélection des patients, le score moyen obtenu est de 3,9 (écart-type : 1,5) pour l'ensemble des professionnels de santé enquêtés. Seulement 21 % des médecins et 7 % des personnels non médecins ont obtenu le score maximum (6) qui correspond à une connaissance complète des recommandations du consensus d'Abidjan. Le score moyen relatif à ces critères est de 4,2 (écart-type : 1,6) pour les médecins et 3,7 (écart-type : 1,4) pour les soignants non médecins ($p = 0,01$). Ce score moyen varie non seulement en fonction des catégories professionnelles considérées (médecins et non médecins), mais il est aussi fonction de la structure sanitaire. Dans l'ensemble, les soignants des structures à activité VIH faible, mais directement liées à l'Initiative, maîtrisent moins bien les critères de sélection (score compris entre 3,3 et 3,6) que leurs collègues des structures à activité VIH forte et, ce qui est étonnant, que ceux exerçant dans des centres périphériques. Ce paradoxe est attribuable au fait que, dans les structures liées à l'Initiative mais à faible activité VIH, seul un petit nombre de médecins participe à la prise en charge des personnes infectées, tandis que l'ensemble des autres médecins ne se sent pas concerné par le problème du VIH.

S'agissant de la posologie du médicament, le consensus sur la prophylaxie par cotrimoxazole recommande un comprimé fort (800 + 160 mg) par jour chez l'adulte séropositif en dehors de toute contre-indication connue. Dans l'enquête, seuls les médecins ont été interrogés sur cette question et parmi ceux ayant entendu parler de la prophylaxie, 75 % ont répondu par l'affirmative quant à la prescription d'une dose de 800 + 160 mg/jour (ou 400 + 80 mg/2 fois par jour) chez l'adulte séropositif de poids moyen (tableau 24).

Tableau 24

Scores de connaissance des modalités de prescription du cotrimoxazole en prophylaxie chez les personnes infectées par le VIH pour les médecins et personnels soignants ayant entendu parler de cette prophylaxie (n = 285)

Score pour la (les)...	Services à activité VIH forte	Services à activité VIH moindre	Centres péri-phériques	Ensemble des services et centres
Critères de sélection pour la prophylaxie par cotrimoxazole chez les personnes infectées par le VIH	(n = 105)	(n = 105)	(n = 77)	(n = 285)
<i>(Médecins et autres personnels soignants)</i>				
Connaissance maximale (6)	18 %	12 %	10 %	14 %
Connaissance moyenne (4-5)	56 %	41 %	56 %	50 %
Connaissance minimale (<4)	26 %	47 %	34 %	36 %
Score moyen (écart-type)	4,3 (1,3)	3,5 (1,8)	4 (1,3)	3,9 (1,5)
Posologie du cotrimoxazole en prophylaxie des infections opportunistes chez l'adulte infecté par le VIH	(n = 56)	(n = 60)	(n = 20)	(n = 136)
<i>(Médecins uniquement)</i>				
Connaissance maximale (5)	13 %	7 %	0 %	8 %
Connaissance moyenne (3-4)	71 %	43 %	75 %	60 %
Connaissance minimale (<3)	16 %	50 %	25 %	32 %

Score moyen (écart-type)	3,5 (1,2)	2,5 (1,8)	3,2 (1,3)	3,0 (1,6)
--------------------------	-----------	-----------	-----------	-----------

n = effectif.

Le score moyen relatif à la connaissance de la posologie lors de la prophylaxie est de 3 (écart-type : 1,6) avec à peine 8 % de médecins obtenant le score maximum de 5 (*tableau 25*). Cette proportion de soignants ayant une connaissance complète des recommandations en matière de posologie du cotrimoxazole atteint 13 % dans les structures sanitaires à activité VIH forte, diminue de moitié dans les structures à activité VIH moins importante (7 %), et s'avère nulle dans les centres de santé périphériques. Comme dans le cas des critères de sélection, c'est dans les structures sanitaires directement liées à l'Initiative, mais à activité VIH moins importante, qu'on enregistre la plus forte proportion de scores très faibles (50 % de scores < 3). On observe ainsi trois situations :

- dans les structures à activité VIH forte, la plupart des médecins (71 %) connaissent globalement la posologie du cotrimoxazole, mais seul un petit nombre d'entre eux (13 %) connaissent parfaitement les recommandations quant à sa posologie ;

- dans les centres périphériques non concernés par l'Initiative, les trois quarts des médecins connaissent globalement le principe de la prescription du cotrimoxazole en prophylaxie, mais aucun médecin ne la connaît parfaitement ;

- enfin dans les structures liées à l'Initiative mais à activité VIH moins importante, seul un petit nombre de médecins connaît parfaitement cette posologie tandis que la moitié des médecins a une très mauvaise information à ce sujet.

Discussion et conclusion

Le constat fait un an après le consensus d'Abidjan semble montrer que la diffusion des recommandations est loin d'avoir été réalisée de façon complète auprès des professionnels de santé concernés. Si les médecins semblent globalement informés de cette prophylaxie, ce n'est pas le cas des soignants non médecins : le personnel paramédical demeure peu informé sur cette prophylaxie, et ceci quelle que soit la structure sanitaire. Pourtant, infirmiers, aides soignants et sages-femmes constituent le premier (et parfois le seul) contact du malade avec le service de santé. Leurs connaissances en matière de prise en charge du VIH jouent

Tableau 25

Scores moyens de connaissance des critères de sélection des patients VIH⁺ et de la posologie pour la mise sous prophylaxie par cotrimoxazole, selon les caractéristiques professionnelles des soignants

Caractéristiques professionnelles	Connaissance des critères de sélection des patients (score max = 6)		Connaissance de la posologie (score max = 5)
	Médecins	Personnels soignants	Médecins
Type de structure	<i>p</i> = 0,001	<i>p</i> = 0,078	<i>p</i> = 0,001
Services à activité VIH forte	4,7 (56)	3,8 (49)	3,5 (56)
Services à activité VIH moindre	3,6 (60)	3,3 (45)	2,5 (60)
Centres périphériques	4,4 (20)	3,8 (57)	3,2 (20)
Médecins	<i>p</i> = 0,210		<i>p</i> = 0,189
Médecine générale	4,2 (27)		2,8 (27)
Pneumologie/infectiologie	4,4 (55)		3,3 (55)
Autres médecins	3,9 (54)		2,8 (54)
Personnels soignants non médecins		<i>p</i> = 0,281	
Infirmier		3,8 (80)	
Sage-femme	-	3,9 (30)	
Autres soignants non médecins		3,4 (59)	
Ancienneté dans l'activité actuelle	<i>p</i> = 0,115	<i>p</i> = 0,398	<i>p</i> = 0,130
Moins de 5 ans	4,3 (80)	3,6 (71)	3,2 (80)
5 ans et plus	3,9 (56)	3,8 (78)	2,8 (56)
A déjà soigné ou pris en charge des PvVIH	<i>p</i> = 0,511	<i>p</i> = 0,780	<i>p</i> = 0,374
Non	4,4 (18)	3,6 (49)	2,7 (18)
Oui	4,1 (118)	3,7 (100)	3,1 (118)
A suivi une formation spécifique sur le VIH	<i>p</i> = 0,307	<i>p</i> = 0,375	<i>p</i> = 0,609
Non	4,3 (55)	3,6 (73)	2,9 (55)
Oui	4,0 (81)	3,8 (76)	3,1 (81)
Participe aux activités d'associations d'aide aux PvVIH	<i>p</i> = 0,921	<i>p</i> = 0,276	<i>p</i> = 0,805
Non	4,2 (119)	3,6 (130)	3 (119)
Oui	4,1 (17)	4,0 (19)	2,9 (17)
Connaît personnellement au moins une PvVIH	<i>p</i> = 0,708	<i>p</i> = 0,119	<i>p</i> = 0,165
Non	4,0 (24)	3,4 (54)	2,6 (24)
Oui	4,2 (112)	3,8 (95)	3,1 (112)
Ensemble	4,2 (136) ⁽¹⁾	3,7 (149) ⁽¹⁾	3,0 (136)

⁽¹⁾ *p* = 0,008.

p : test de comparaison de la moyenne, significatif si $p < 0,05$.
Entre parenthèses, les effectifs.
PvVIH : personne vivant avec le VIH.

donc un rôle non négligeable dans l'orientation des personnes infectées vers la consultation adéquate. Quand bien même les soignants connaissent cette prophylaxie primaire, ils ont une mauvaise connaissance de la posologie exacte. Ceci dénote, entre autres, l'absence de pratique de cette prophylaxie dans leur activité médicale.

On note également une différence entre les structures quant à l'information sur la prophylaxie par cotrimoxazole. La même hiérarchisation est observée selon le type de structure, tant dans la connaissance des critères de sélection des patients que dans la connaissance de la posologie du médicament : les soignants des structures qui ont une intense activité VIH, en particulier les médecins, sont (sans surprise) les mieux informés sur les modalités du protocole de la prophylaxie. Dans les structures sanitaires périphériques, les médecins sont informés de la prophylaxie mais pas toujours de façon précise. Dans ces structures, être au fait de cette prophylaxie tient beaucoup plus à un engagement personnel qu'à une formation professionnelle¹¹. Dans les structures à activité VIH peu intense, mais pourtant directement liées à l'Initiative, seul un petit nombre de médecins « spécialisés dans le VIH » est informé de la prophylaxie primaire par cotrimoxazole. Les autres, qui se sentent sans doute peu concernés par la prise en charge du VIH, sont peu ou pas du tout au fait de cette prophylaxie. Et pourtant deux soignants sur trois dans ces services ont déjà été confrontés à la prise en charge des patients séropositifs.

Si la relation entre une expérience plus fréquente de prise en charge et un niveau de connaissances sur l'infection à VIH plus conforme à l'état du savoir et de la science biomédicale a été universellement constaté dans la plupart des enquêtes sur le sujet menées auprès de professionnels de santé¹²⁻¹⁴, elle pose un problème particulièrement aigu

¹¹ Vidal L, Msellati P, et al. *Les thérapies antirétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie*. Rapport final, ANRS, AC 12, Abidjan, juin 2000.

¹² Horsman JM, Sheeran P, et al. Health care workers and HIV/AIDS : a critical review of literature. *Soc Sci Med* 1995 ; 41 (11) : 1555-67.

¹³ Obadia Y, Souville M, Moatti JP, et al. Attitudes et expérience des médecins généralistes français face à l'infection à VIH. *Presse Med* 1997 ; 26 : 860-6.

¹⁴ Kitahata, Morin M, Koepsell, et al. Physicians' experience with the acquired immunodeficiency syndrome as a factor in patient's survival. *N Engl J Med* 1996 ; 348 : 283-95.

dans le contexte de l'Initiative en Côte d'Ivoire, où beaucoup de centres de santé du pays ne sont pas habituellement dévolus à la prévention et à la prise en charge de l'infection à VIH. D'où la nécessité, si l'on veut effectivement promouvoir un meilleur accès à la prise en charge médicale de l'infection à VIH, de diffuser auprès de l'ensemble des professionnels de santé, y compris ceux et celles qui n'ont encore qu'une expérience limitée en ce domaine, les recommandations sur la prophylaxie primaire du cotrimoxazole. Une telle diffusion large de l'information et des recommandations est indispensable pour que la prophylaxie par cotrimoxazole devienne rapidement une intervention de santé publique utile, « faisant partie de la prise en charge de toute personne infectée par le VIH au stade intermédiaire ». C'est l'objectif que s'est d'ailleurs donné le PNLIS ivoirien en concevant et diffusant deux affiches concernant l'usage du cotrimoxazole chez l'adulte et chez l'enfant.

Pour le Directeur exécutif de l'Onusida, c'est une urgence de contribuer à prévenir les infections opportunistes chez les personnes infectées par le VIH, sur un continent – l'Afrique – où les antirétroviraux sont encore hors de portée de la majorité des gens en raison de leur coût élevé¹⁵. L'utilisation du cotrimoxazole est une possibilité offerte pour améliorer la qualité de vie de millions d'Africains infectés par le VIH qui ne doit pas être négligée.

¹⁵ Onusida/OMS. Communiqué de presse suite à la conférence de consensus à Harare (29-31 mars 2000) sur l'utilisation du cotrimoxazole dans la prévention des infections opportunistes en Afrique. Genève, avril 2000.

Chapitre 5.4

Perceptions et pratiques face aux accidents d'exposition professionnelle au sang du personnel soignant

Philippe MSELLATI, Hermann BROU, Marc SOUVILLE,
Rigobert AKA KAKOU, Annabel DESGRÉES DU LOÛ

Depuis le début de l'épidémie de VIH, les personnels soignants sont en première ligne dans la prise en charge de l'infection, en particulier au stade sida de la maladie. Dans les pays du Nord, après une phase initiale marquée par le recours à des méthodes de sur-protection face aux risques de contamination par le VIH, des mesures collectives et des directives ont été élaborées sur la base des mesures ordinaires de protection vis-à-vis des accidents d'exposition au sang¹. Dans les pays industrialisés, le nombre de contaminations professionnelles par le VIH, au delà de la difficulté de leur authentification et du drame individuel qu'elles représentent, reste faible. En France, au 30 juin 1998, quarante-deux cas d'infections professionnelles par le VIH étaient recensés depuis le début de l'épidémie².

Dans les pays en développement, en particulier ceux où l'épidémie présente des taux de prévalence élevés dans la population générale, la situation est plus difficile. D'une part, la prévalence du VIH atteint fréquemment plus de 40 % des malades hospitalisés dans un service donné. D'autre part, du fait du dénuement des structures de santé, les produits les plus élémentaires permettant d'appliquer les mesures d'hygiène face aux produits sanguins manquent trop souvent, en particulier dans les structures les plus périphériques. Le risque professionnel d'ex-

¹ CDC. Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health care and public safety workers. *MMWR* 1989 ; 38 : 95-110.

² Lot F, de Benoist AC, Abiteboul D. Infections professionnelles par le VIH en France chez le personnel de santé. Le point au 30 juin 1998. *Bull Epidemiol Hebd* 1999 ; 18 : 69-70.

position au VIH pour le personnel soignant^{5,4} a d'ailleurs souvent été mis en avant afin d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur le manque de moyens élémentaires de protection dans l'ensemble des services de soins⁵.

En Côte d'Ivoire, si les représentations du VIH ont été étudiées assez tôt chez les soignants⁶, il faut attendre les années 1990 pour que des études s'intéressent aux accidents d'exposition au sang et que des directives soient élaborées au niveau de la médecine du travail en milieu hospitalier⁷. Comme dans d'autres régions d'Afrique⁸, les enquêtes antérieures avaient montré une forte perception du risque de contamination chez le personnel soignant et une crainte réelle devant le dénuement des services de santé en terme de protection⁹.

La possibilité de prendre en charge médicalement les accidents d'exposition au sang, possiblement infectants par le VIH, par le biais d'une thérapie antirétrovirale de vingt-huit jours a permis, en Côte d'Ivoire, de relancer le débat sur les mesures de protection vis-à-vis des risques de contamination professionnelle^{10,11}. L'accès gratuit à une telle prophylaxie en cas d'exposition professionnelle des soignants à du sang

⁵ Mann JM, Francis H, Quinn TC, *et al.* HIV seroprevalence among hospital workers in Kinshasa. *JAMA* 1986 ; 256 : 3099-102.

⁴ Lepage P, Van de Perre P. Nosocomial transmission of HIV in Africa : what tribute is paid to contaminated blood transfusions and medical injections ? *Infect Control Hosp Epidemiol* 1988 ; 9 : 200-3.

⁵ Van de Perre P, Diakhate L, Watson-Williams J. Prevention of blood-borne transmission of HIV. *AIDS* 1997 ; 11 (suppl B AIDS in Africa) : S89-98.

⁶ Gruenais ME, Vidal L. Médecins, malades et structures sanitaires. Témoignages de praticiens à Abidjan et Brazzaville. *Psychopathologie africaine* 1994 ; XXVI (n° 2) : 247-64.

⁷ Mansila Abouatier EC, Agnero NDY Gnagne, Adiko EF. Protection du personnel soignant : cas de la tuberculose, de l'hépatite B et du SIDA. Premières journées nationales de lutte contre le sida. Abidjan, Côte d'Ivoire, 16-18 novembre 1992 [Résumé CO58].

⁸ Gumudoka B, Favot I, Berege ZA, Dolmans WMV. Occupational exposure to the risk of HIV infection among health care workers in Mwanza Region, United Republic of Tanzania. *Bull WHO* 1997 ; 75 : 133-40.

⁹ Diarra J, Msellati P, Brissac M, Gardon J, Rey JL. Sida et personnel soignant en Côte d'Ivoire. *Med Trop* 1996 ; 56 : 259-65.

¹⁰ Doumbia S, Tarantola A, Diarra-Nama A, N'Dri A, Bouvet E et le GERES. Risque et perception du risque exposant au sang chez des soignants d'Abidjan. XI^e Conférence sur le sida et les MST en Afrique. 12-16 septembre 1999, Lusaka, Zambie [Résumé 15ET4-5].

¹¹ Eholie SP, Kakou A, Ekpini ER, *et al.* Assessment of practices and knowledge about acci-

provenant d'un patient infecté n'a cependant été introduit dans le cadre de l'Initiative qu'en novembre 1999, au moment où cette enquête a été réalisée.

Dans l'enquête menée par questionnaire auprès des soignants, une série de questions étaient consacrées spécifiquement aux accidents d'exposition au sang et aux représentations et pratiques face à ces accidents.

Les services dans lesquels exercent les soignants interrogés sont distingués selon l'importance de leur activité dans la prise en charge du VIH, respectivement entre unités de soins « à forte activité liée au VIH » (prévalence du VIH comprise entre 40 % et 100 % dans la file active, et statut des patients vis-à-vis du VIH connu dans la majeure partie des cas¹²), unités à « moindre activité VIH » (prévalence du VIH inférieure à 40 % et/ou statut des patients vis-à-vis du VIH inconnu de façon majoritaire¹³), et services de soins périphériques (formations sanitaires urbaines où la majorité des patients a un statut vis-à-vis du VIH inconnu des soignants).

Résultats

Parmi les 441 répondants (taux de réponse = 91,1 %), 39 % déclaraient avoir pris en charge plus de dix patients infectés par le VIH, au cours des 12 derniers mois. Au total, 167 questionnaires ont été distribués aux médecins des services enquêtés et 144 ont été remplis (taux de réponse : 86 %). Chez les autres personnels de santé, sur 317 questionnaires distribués, 297 sont revenus complets (taux de réponse : 94 %).

Parmi les 144 médecins ayant répondu à l'enquête, 57 travaillent dans des unités de soins à forte activité liée au VIH, 64 dans des unités de soins à activité VIH moindre et 23 dans des services de soins péri-

dental occupational exposures to blood among health care workers in Abidjan, Côte d'Ivoire. XIII^e International AIDS Conference, Durban, South Africa, 9-14 July 2000. [ThPpC1455].

¹² SMIT, USAC, CATA, CATT, CATB, CIRBA et Hôpital de jour de Bouaké.

¹³ Service de pédiatrie du CHU de Yopougon, Hôpital militaire d'Abidjan, et Service de pneumophtisiologie du CHU de Treichville, Services de maladies infectieuses et de pneumologie du CHU de Bouaké.

phériques. Ce groupe de répondants est composé de 97 hommes et de 47 femmes d'âge moyen de 37 ans. Vingt-trois (16 %) exercent leur profession depuis moins d'un an, 60 (42 %) depuis un à cinq ans, 29 (20 %) depuis six à dix ans et 32 (22 %) depuis plus de dix ans. Plus de la moitié (59 %) ont reçu une formation spécifique sur le VIH et 12 % participent personnellement à une activité associative en relation avec le VIH.

Parmi les 297 soignants non médecins ayant participé à l'enquête, 129 sont infirmiers, 76 sages-femmes, 46 aides-soignants, 29 assistantes sociales et 17 « autres personnels ». Soixante-quatorze travaillent dans des unités de soins à forte activité liée au VIH, 104 dans des unités de soins à activité VIH moindre et 119 dans des services de soins périphériques. Ces personnes se répartissent comme suit : 121 hommes et 176 femmes d'un âge moyen de 39 ans. Trente-huit (13 %) exercent leur profession depuis moins d'un an, 83 (28 %) depuis un à cinq ans, 69 (23 %) depuis six à dix ans et 103 (35 %) depuis plus de dix ans¹⁴. Moins de la moitié (43 %) ont reçu une formation spécifique sur le VIH et 7 % seulement participent à une activité associative en relation avec le VIH.

Parmi les médecins, les actes médicaux exposant aux infections transmises par voie sanguine tels qu'une piqûre avec du matériel souillé par du sang sont fréquents. Selon le type d'activité VIH du service (forte, moindre et périphérique), ils sont respectivement 43 %, 36 % et 39 % à s'être piqués au moins une fois avec du sang de patient de statut sérologique inconnu ($p = 0,79$) ; 14 %, 6 % et 4 % à s'être piqués avec du sang de patients dont le statut infecté par le VIH était connu ($p = 0,23$). Chez les autres personnels soignants, ils sont respectivement 30 %, 32 % et 56 % à s'être piqués avec du matériel souillé par du sang de patient dont le statut vis-à-vis du VIH est inconnu selon le type d'activité du service et cette différence est très significative ($p < 0,0001$). La tendance est apparemment inverse avec une fréquence plus grande d'accidents d'exposition avec le sang de patients connus pour être infectés par le VIH dans les structures à forte ou à moindre activité VIH (23 % et 13 %) que dans les formations périphériques (3 %), mais le statut sérologique des patients demeure le plus souvent inconnu dans ces dernières structures ($p = 0,0002$).

¹⁴ Quatre personnes interrogées n'ont pas répondu à cette question.

Lorsque l'on interroge les médecins sur le risque de contamination par le VIH lors d'une piqûre avec une aiguille utilisée avec un patient infecté par le VIH, ils sont, selon le type d'activité des services, respectivement 41 %, 25 % et 26 % à estimer correctement ce risque à moins de 1 % ($p = 0,16$). Chez les autres personnels soignants, la proportion de personnes estimant correctement le risque auquel ils sont exposés est beaucoup plus faible et sans relation directe avec le type d'activité des services où ils exercent. Ils sont 8 %, 10 % et 6 % seulement à le considérer comme inférieur à 1 % ($p = 0,58$). Au total, 32 % des médecins et 8 % des autres personnels soignants déclarent une estimation correcte des risques liés à une piqûre et la différence entre les deux groupes est très significative ($p < 0,0001$).

Les médecins déclarent porter des gants de façon systématique pour pratiquer des actes invasifs dans des proportions équivalentes selon l'activité des services (69 %, 75 % et 78 %) ($p = 0,59$). Lorsque le statut sérologique positif pour le VIH du patient est connu, ils sont respectivement 78 %, 88 % et 78 % à porter systématiquement des gants ($p = 0,39$).

Les autres personnels soignants déclarent porter des gants de façon systématique pour des actes invasifs dans 80 %, 74 %, et 68 % des cas lorsque le statut des patients vis-à-vis du VIH est inconnu ($p = 0,20$). Ils sont 84 %, 76 % et 82 % à le faire lorsque le statut VIH⁺ du patient est connu ($p = 0,34$).

Les pratiques des médecins et des autres personnels soignants en ce qui concerne leur propre recours au dépistage du VIH, de l'hépatite B ainsi que leur pratique de la vaccination de l'hépatite B sont décrites dans le *tableau 26*. Au total, 45 % des médecins enquêtés déclarent avoir réalisé au moins une fois une sérologie pour le VIH contre 32 % seulement des autres personnels soignants ($p < 0,01$). Les médecins et les autres personnels soignants des services à activité VIH importante sont statistiquement plus nombreux à avoir réalisé un test VIH pour eux-mêmes que leurs collègues des autres services.

En ce qui concerne le dépistage de l'hépatite B, 37 % des médecins et 20 % des autres soignants l'ont réalisé, la différence étant encore une fois significative ($p < 0,001$). En revanche, il n'y a pas de différence entre

les médecins ou les personnels soignants selon le type d'activité vis-à-vis du VIH des services où ils travaillent (*tableau 26*).

De même si les médecins (56 %) déclarent plus fréquemment être vaccinés contre l'hépatite que les autres personnels soignants (43 %) ($p = 0,01$), il n'y a pas de différence parmi les médecins et parmi les personnels soignants selon le type d'activité vis-à-vis du VIH des services où ils travaillent (*tableau 26*).

Tableau 26

Pratique des tests de dépistage du VIH, de l'hépatite B et de la vaccination vis-à-vis de l'hépatite B chez les personnels soignants, Côte d'Ivoire 1999–2000

	Type de service sanitaire	Médecins n = 144	p	Personnels n = 297	p
A fait un test de dépistage vis-à-vis du VIH	Services à activité VIH forte	60 %		43 %	
	Services à activité VIH moindre	34 %	0,02	30 %	0,05
	Formations périphériques	39 %		27 %	
A fait un test de dépistage vis-à-vis de l'hépatite B	Services à activité VIH forte	40 %		18 %	
	Services à activité VIH moindre	28 %	0,09	19 %	0,66
	Formations périphériques	52 %		23 %	
Est vacciné contre l'hépatite B	Services à activité VIH forte	59 %		41 %	
	Services à activité VIH moindre	50 %	0,48	50 %	0,17
	Formations périphériques	61 %		38 %	

Le *tableau 27* décrit les attitudes que les soignants interrogés déclarent en cas d'accident d'exposition au sang d'un patient connu comme infecté par le VIH. Plus des deux tiers (72 %) des médecins déclareraient

Tableau 27
**Pratiques des personnels soignants en cas d'accident
d'exposition professionnelle, Côte d'Ivoire 1999–2000**

	Type de service sanitaire	Méde- cins n = 144	p	Personnels n = 297	p
Piqûre avec une aiguille utilisée avec patient VIH*					
Déclarerait un accident de travail	Services à activité VIH forte	74 %	0,90	72 %	0,52
	Services à activité VIH moindre	70 %		67 %	
	Formations périphériques	74 %		61 %	
Réaliserait une sérologie VIH au moment de l'accident	Services à activité VIH forte	67 %	0,54	65 %	0,37
	Services à activité VIH moindre	56 %		55 %	
	Formations périphériques	57 %		56 %	
Réaliserait une sérologie VIH six semaines plus tard	Services à activité VIH forte	70 %	0,09	79 %	0,25
	Services à activité VIH moindre	72 %		70 %	
	Formations périphériques	48 %		68 %	
Désinfecterait à l'eau de javel pure	Services à activité VIH forte	71 %	0,008	82 %	0,66
	Services à activité VIH moindre	78 %		77 %	
	Formations périphériques	44 %		78 %	
Prendrait des ARV immédiatement	Services à activité VIH forte	47 %	< 0,001	18 %	0,62
	Services à activité VIH moindre	16 %		14 %	
	Formations périphériques	35 %		19 %	

un accident du travail (sans différences statistiquement significatives selon le type d'activité du service). 66 % des autres personnels soignants

feraient cette déclaration d'accident de travail, là encore sans différences statistiquement significatives selon le type d'activité du service ($p = 0,32$). La proportion de médecins et des autres personnels déclarant un accident de travail dans ces circonstances n'est pas différente.

De même, il existe une proportion similaire de médecins (61 %) et des autres personnels soignants (58 %) qui réaliseraient une sérologie VIH au moment de l'accident ($p = 0,59$). Il existe globalement le même pourcentage de déclaration en ce qui concerne l'intention d'effectuer une 2^e sérologie VIH six semaines plus tard.

En revanche, la pratique de désinfection d'une plaie avec de l'eau de javel pure est moins fréquente chez les médecins (69 %) que chez les autres personnels de santé (79 % ; $p = 0,05$). Parmi les médecins, ceux exerçant dans un service périphérique sont 44 % à déclarer cette pratique contre 78 et 71 % dans des services à activité VIH respectivement faible et forte ($p = 0,008$). Chez les autres personnels soignants, quelque soit le service, ils sont plus de 77 % à utiliser ce mode de désinfection sans différences selon l'activité du service.

La prise de médicaments antirétroviraux aux fins de prophylaxie des accidents professionnels d'exposition au sang n'est envisagée que par 31 % des médecins et 17 % des autres personnels soignants ($p < 0,001$). Elle est nettement plus souvent évoquée par les médecins des services à activité VIH forte (47 %) que par les services à activité VIH moindre (16 %). En périphérie, 35 % des médecins l'évoquent. Chez les autres personnels soignants, il n'y a pas de différences quant à cette pratique selon l'activité du service ($p = 0,66$).

Discussion

Cette enquête permet d'avoir une description des pratiques de soignants en Côte d'Ivoire concernant les accidents d'exposition professionnelle au sang. Elle a volontairement été limitée aux soignants des structures les plus impliquées dans la prise en charge de patients infectés par le VIH au sein de l'Initiative et, à titre de comparaison, dans des services plus périphériques. Elle n'est pas représentative de l'ensemble des pratiques des soignants de Côte d'Ivoire et aurait plutôt tendance à

sur-représenter les soignants les plus concernés par le risque d'accident d'exposition professionnel : une partie d'entre eux exercent, en effet, dans des services où la majorité des patients sont connus comme infectés par le VIH, ce qui est loin d'être le cas dans les services de santé classiques en Côte d'Ivoire¹⁵.

Plus de 30 % des personnels soignants et des médecins déclarent un accident d'exposition au sang avec des patients dont le statut vis-à-vis du VIH est inconnu. En 1985, 68 % des infirmières dans un hôpital de Kinshasa, Zaïre, rapportaient de tels accidents¹⁶. En ce qui concerne le matériel souillé par du sang contenant du VIH, les personnels des services les plus actifs vis-à-vis du VIH sont ceux qui déclarent le plus d'accidents. Cependant, la faible proportion des personnels exposés en périphérie reflète plus probablement le faible nombre de patients dont la sérologie VIH est connue plutôt qu'une absence d'exposition au risque.

Le risque de transmission du VIH par une piqûre est bien documenté et il est estimé de l'ordre de 0,3 % par accident avec du sang contenant du VIH¹⁷. Dans notre échantillon, seuls 32 % des médecins et moins de 10 % des autres soignants appréhendent correctement ce risque, la plupart le surestimant nettement. Cette surestimation peut relever pour partie d'une méconnaissance des données scientifiques existantes, mais elle révèle aussi certainement des peurs plus profondes et une difficulté à gérer, dans la pratique professionnelle, la résurgence du risque épidémique majeur¹⁸. Des recherches antérieures nombreuses ont attesté de cette difficulté des personnels soignants face au VIH, tant en Afrique^{19,20}

¹⁵ Vidal L, Msellati P (coord.). *Les thérapies anti-rétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie*. Rapport final, juin 2000, ANRS.

¹⁶ Mann JM, et al. *Op. cit.*, note 5.

¹⁷ Gerberding JL. Prophylaxis for occupational exposure to HIV. *Ann Intern Med* 1996 ; 125 : 497-501.

¹⁸ Zuger A, Miles S. Physicians, AIDS, and occupational risk. Historic traditions and ethical obligations. *JAMA* 1987 ; 258 : 1924-8.

¹⁹ Desclaux A. Des infirmières face au sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso. In : Becker C, Dozon JP, Obbo C, Touré M, eds. *Vivre et penser le sida en Afrique*. Paris, Dakar : Codesria-Khartala-IRD, 1999 : 541-58.

²⁰ Effa-Heap G. The attitude of nurses to HIV/AIDS patients in a Nigerian University Tea-

qu'en France²¹. L'enquête qualitative présentée dans le chapitre 5.5 la confirme. De plus, ce risque de contamination sanguine (transfusion, injections...) a été mis en avant dans différentes campagnes d'information en Afrique pour inciter tant la population générale que les soignants à adopter des mesures systématiques d'hygiène et de protection. Cependant, ce risque n'est pas quantifié de façon précise dans ces campagnes de prévention ce qui peut objectivement inciter une partie des personnels de santé, comme de la population générale, à le surestimer²².

En matière de protection contre le risque de contamination professionnelle, le port de gants est une pratique de routine largement majoritaire, quel que soit le statut sérologique des patients et le type de service où les soignants exercent : notons toutefois qu'il n'est pas plus fréquent chez les médecins des services à activité VIH forte, y compris lorsque le statut sérologique positif pour le VIH des patients est connu. En revanche, les soignants, en particulier les non médecins, restent une minorité, en dehors des services à forte activité VIH à avoir eu recours à un test VIH pour eux-mêmes. Ce constat rejoint les observations montrant une meilleure maîtrise du risque dans les services où le VIH est identifié et reconnu que dans ceux où il est notoire qu'un nombre significatif de patients puisse être infecté mais sans que le statut sérologique de la plupart d'entre eux soit connu. Le fait que la sérologie et la vaccination concernant l'hépatite B soient par contre pratiquées dans la même proportion par les soignants, quelle que soit l'activité des services vis-à-vis du VIH, vient conforter cette hypothèse.

Il est néanmoins inquiétant de noter que la moitié des personnels soignants ne sont pas vaccinés contre l'hépatite B, dont la prévalence est très élevée en Afrique, alors que le risque de transmission est beaucoup plus élevé que celui du VIH et qu'un vaccin efficace est disponible. Il est nécessaire que des campagnes de sensibilisation soient menées sur ce thème auprès des soignants et que, si possible, le coût de la vaccination

ching Hospital. In : Becker C, Dozon JP, Obbo C, Touré M, eds. *Vivre et penser le sida en Afrique*. Paris, Dakar : Codesria-Khartala-IRD, 1999 : 527-59.

²¹ Moatti JP, Souville M, Obadia Y, et al. Ethical dilemmas in care for HIV infection among French general practitioners. *Health Policy* 1995 ; 35 : 197-210.

²² Vidal L. La transmission : le sida et ses savoirs. *L'Homme* 1999 ; 150 : 59-85.

soit pris en charge par le ministère de la Santé afin de protéger ses personnels de ce risque « évitable ».

L'attitude des soignants en cas d'accident d'exposition reflète là encore la crainte qui entoure ces accidents comme la perception d'un risque majeur de contamination. Plus de 60 % des soignants déclarent qu'ils feraient immédiatement une sérologie après une exposition accidentelle au sang d'un patient connu pour être infecté par le VIH et ils sont 70 % et plus qui désinfecteraient la plaie à l'eau de javel pure, ce qui va au delà des conseils habituels en terme de conduite face à un tel accident. La prophylaxie par recours aux médicaments antirétroviraux en cas d'exposition professionnelle reste peu évoquée même si près de la moitié des médecins des services à forte activité VIH, et donc les plus susceptibles de prescrire des ARV à leurs patients, s'efforceraient d'y avoir recours dans cette situation. Le faible taux de demande pour une telle prophylaxie, en particulier chez les soignants autres que les médecins, reflète probablement une perception des antirétroviraux comme étant financièrement inaccessibles plutôt qu'une méconnaissance de leur intérêt thérapeutique dans le contexte d'un accident professionnel.

L'accès aux antirétroviraux, dans le cadre de l'Initiative ainsi que l'évaluation des attitudes des personnels de santé vis-à-vis des patients infectés par le VIH ont participé à la réflexion sur la prophylaxie des accidents d'exposition au sang en Côte d'Ivoire et au choix de la gratuité de la prophylaxie pour les soignants depuis novembre 1999. La tenue d'un atelier sur ce thème à Abidjan en juillet 2000 illustre bien ce besoin d'approfondir la formation des personnels de santé concernant les accidents d'exposition au sang, à tous les niveaux du système de santé. Par ailleurs, la mise en place d'un service de prise en charge de ces accidents, avec possibilité de faire dans un délai très court un bilan de l'accident, une sérologie VIH et une mise sous traitement antirétroviral de 28 jours, paraît essentielle afin d'aider les soignants à mieux connaître le risque potentiel auquel ils s'exposent et à les prendre en charge plus efficacement.

Chapitre 5.5

Les professionnels de santé d'Abidjan et Bouaké face à l'Initiative : une enquête qualitative

Laurent VIDAL, Clémence ESSE, Dakouri GADOU, Gabin KPONHASSIA

Contexte, objectifs et méthode

Les réflexions préliminaires à la mise en place d'un système favorisant l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) en Côte d'Ivoire ont d'emblée souligné deux difficultés majeures : la première renvoyait à la capacité du patient à observer correctement son traitement, et la seconde à la possibilité pour le système de santé d'organiser et de pérenniser l'accueil des patients, leur information et leur suivi médical, notamment en cas de mise sous traitement antirétroviral. Chacune de ces difficultés est en effet susceptible de compromettre l'efficacité de l'Initiative Onusida. Parallèlement à l'organisation technique de l'accès aux ARV (disponibilité des médicaments et du matériel pour les examens biologiques), les comportements des professionnels de santé en présence de ces nouvelles opportunités de traitements sont à cet égard essentiels à comprendre. L'enjeu dépasse la seule évaluation des connaissances des soignants en matière d'ARV : mesurer la façon dont se construisent et se diffusent ces connaissances et se pencher sur les pratiques de prise en charge de l'infection à VIH incluant (ou non) la perspective d'une mise sous ARV, c'est aussi indirectement contribuer à l'analyse des conditions de suivi de ces traitements par les patients. En somme, à travers les attentes et les incertitudes des soignants, ce sont aussi les démarches des patients qui se trouveront éclairées.

Dans ce cadre général, l'ensemble du volet de l'évaluation de l'Initiative Onusida consacré aux professionnels de santé se propose de répondre aux questions suivantes :

- quelles sont les connaissances de ces professionnels en matière de prise en charge de l'infection à VIH, notamment par ARV ? Comment ont-elles été acquises ?

- quelles sont les attitudes de ces professionnels face aux personnes infectées par le VIH qui effectuent une démarche de mise sous ARV ou qui sont déjà sous traitement ?

- quelles pratiques en matière de conseil ou de soins ces professionnels développent-ils ?

- comment s'organise le travail des professionnels impliqués dans la prise en charge de patients sous ARV ? La charge de travail et les relations entre catégories de soignants ont-elles évolué du fait de la diffusion des traitements ARV ?

Répondre à ces questions supposait le couplage de deux démarches, l'une quantitative et l'autre qualitative, de recueil de l'information. Ainsi, à titre d'exemple, les connaissances des types de traitement existant et disponibles, ou celles des conditions biologiques et cliniques de mise sous ARV, nécessitent d'être évaluées de la façon la plus large possible, auprès d'un échantillon important de soignants. On se situe ici dans un registre d'enquête quantitative où l'utilisation d'un questionnaire est la méthode la plus appropriée. En revanche, lorsqu'il s'agit de comprendre quelles sont les attentes et les craintes des soignants, comment ils perçoivent l'évolution de leur charge de travail, organisent leurs rapports avec leurs collègues ou encore jugent les réactions de leurs patients, la structure d'un entretien peut faciliter le recueil d'informations. L'interprétation des entretiens qualitatifs s'avérera d'autant plus pertinente que ceux-ci auront été associés en parallèle à une observation du fonctionnement de la structure sanitaire où travaillent ces professionnels de santé.

La première démarche de recueil de données s'est concrétisée par la réalisation d'une enquête, par le biais d'un auto-questionnaire proposé aux soignants de neuf structures sanitaires (dont 6 centres accrédités de l'Initiative) dont il est rendu compte dans le chapitre 5.2. Les résultats et les premiers éléments d'analyse présentés dans ce texte concernent la seconde démarche, par entretiens et observations. Six structures de soins ont été l'objet de cette étude sociologique qualitative :

trois centres accrédités de l'Initiative, un centre de suivi et deux centres « hors » Initiative, c'est-à-dire qui ne délivrent pas d'ARV et ne suivent pas de patients sous ARV. Situées à Abidjan (4) et Bouaké (2), ces six structures offrent par conséquent *a priori* une image contrastée du rapport des soignants aux traitements ARV, qu'ils soient concernés au plus près dans leur activité quotidienne (dans les centres accrédités), liés au système de l'Initiative (le centre de suivi), ou au contraire plus distants (les deux centres qui ne font pas partie de l'Initiative). Chacun des trois sociologues mobilisés pour cette étude a travaillé dans deux structures, à raison de 2 à 3 semaines de présence dans chacune d'elles entre février et mars 2000. Au total, 50 entretiens ont été réalisés, dont 17 avec des médecins et 33 avec des infirmiers, sages-femmes, laborantins ou bénévoles d'associations de personnes vivant avec le VIH (tableau 28).

Tableau 28

Enquête par entretiens auprès des soignants de Côte d'Ivoire impliqués dans la prise en charge du VIH/sida (répartition par centre et caractéristiques des soignants rencontrés)

	USAC	CAT Adjamé	Pédiatrie Yopougon	CAT Treichville	Hôpital de jour Bouaké	CAT Bouaké	To- tal
Médecin	4	5	3	5	2	2	17
Infirmier	2	3	4	2	1	2	14
Assist. social	4	2	-	3	-	2	11
Laborantin	-	-	-	2	-	1	3
Sage-femme	-	-	2	-	-	-	2
Bénévole	-	-	1	-	1	-	2
Aide-soignant	-	-	-	-	1	-	1
Total	10	8	10	10	5	7	50

Le guide d'entretien était conçu de façon à recueillir des informations sur l'itinéraire professionnel du soignant, les formations suivies sur l'infection à VIH et les ARV, les connaissances sur les ARV et leur partage avec des collègues. L'entretien s'efforçait également d'aborder l'évolution, depuis la diffusion des ARV, des pratiques de prise en charge de l'infection à VIH, les changements perçus par les soignants dans les at-

titudes des patients et de leurs accompagnants (en matière de test, d'annonce, de demande et de suivi du traitement). Enfin, les appréciations des soignants relatives à l'évolution de leur travail, avant et pendant l'arrivée des ARV, notamment dans leurs relations avec les autres soignants de la structure sanitaire, étaient recueillies au cours de l'entretien.

Ces différents thèmes ont été abordés au cours d'un ou de deux entretiens avec chacun des soignants interrogés. La présence du chercheur dans les centres a permis de mettre en parallèle à ces entretiens les discussions informelles avec les soignants ainsi que l'observation de l'accueil des patients. Les éléments d'analyse proposés ci-dessous sont conçus comme un bilan partiel d'un regard, de type qualitatif, porté sur des connaissances, des appréciations, des pratiques et des attentes de soignants, concernés de façon variable par la mise en place de traitements ARV dans le cadre de l'Initiative Onusida.

Constats et analyse

Deux axes de réflexion principaux permettent d'organiser les données recueillies. Le premier a trait au vaste domaine des connaissances des soignants. Nous entendons par là non seulement ce qu'ils savent de l'infection à VIH et des traitements par ARV, mais aussi les différents processus ayant permis l'élaboration, l'enrichissement et le partage de ces connaissances. Le second axe de réflexion concerne les pratiques des professionnels de santé, c'est-à-dire les stratégies qu'ils mettent en œuvre pour prendre en charge un patient infecté par le VIH ainsi que les relations qu'ils nouent avec ce dernier et avec les autres soignants.

Des formations spécifiques et ciblées

De façon générale, nous constatons que, même si les formations reçues sur l'infection à VIH, ou les ARV en particulier, ne constituent pas la seule source d'enrichissement des connaissances des soignants, leur rôle à cet égard demeure prépondérant. Ces formations sont néanmoins demeurées ponctuelles, et n'ont concerné qu'une minorité de soignants. Elles se déroulent le plus souvent en dehors des lieux de soins, lors de

séminaires organisés en dehors des structures de santé à l'extérieur d'Abidjan (dans des villes de l'intérieur du pays ou en France). Logiquement, compte tenu de la récente mise en place des ARV, les formations concernant l'infection à VIH en général ont touché un plus grand nombre de soignants que celles relatives aux seuls ARV. Telle qu'elle ressort des entretiens effectués, la formation-type aux pratiques de conseil, aux traitements des affections opportunistes ou à la prise en charge par ARV regroupe, pendant quelques jours, en dehors de toute structure sanitaire et notamment de celles où exercent les personnels qui ont été conviés, quelques professionnels par structure. De plus, ces professionnels sont presque toujours exclusivement des médecins. Ainsi, à l'USAC, seuls deux médecins sur les dix professionnels rencontrés ont reçu une formation sur les ARV. Ils sont aussi deux sur dix (un médecin et une infirmière) au CAT de Treichville. Lorsque, comme en Pédiatrie au CHU de Yopougon, les formations sur l'infection à VIH ont concerné un plus grand nombre de soignants, elles restent ponctuelles. L'absence de répétition de ces formations est d'autant plus fortement relevée par les soignants de l'ensemble des structures que tous expriment une forte demande de formation sur le VIH comme sur les ARV.

La faible proportion de soignants non médecins formés aux questions relatives aux ARV, mais aussi, quoique dans une moindre mesure, à la prise en charge générale du VIH, en particulier dans les centres « accrédités » (exemples du Service de pédiatrie du CHU de Yopougon et de l'USAC), va à l'encontre d'une conception de la « prise en charge » censée associer l'ensemble des soignants, de l'accueil du patient à son suivi psychologique ou social, en passant par la proposition de test, l'annonce et la mise sous traitement. Nous reviendrons plus loin sur ces pratiques de prise en charge. Remarquons d'ores et déjà que les soignants non médecins critiquent fortement le caractère « excessivement ciblé », sur des catégories de soignants et des centres bien déterminés, des formations dont ils souhaiteraient pouvoir eux aussi bénéficier.

Une circulation sélective de l'information

Une première remarque générale s'impose à l'écoute des propos de soignants non-médecins : l'information sur les ARV circule fort peu

en dehors du seul cercle des prescripteurs d'ARV dans les centres accrédités, ou de celui des seuls médecins dans les autres structures. Ces derniers bénéficient par exemple de réunions spécialisées, comme celles qu'organise le projet Retro-CI à l'intention des prescripteurs d'ARV. Les professionnels non-médecins doivent se contenter des réunions de staff, au sein de leurs structures, qui d'ailleurs ne sont pas organisées de façon régulière. Aussi, s'informent-ils par leurs propres moyens, en essayant par exemple d'obtenir directement de la documentation auprès du PNLS. Une autre démarche volontaire consiste à rechercher l'information auprès des médecins eux-mêmes. Mais cette démarche est alors nécessairement tributaire de la disponibilité des uns et des autres (« *sur les ARV, je n'ai fait aucune formation ; souvent je m'informe auprès des médecins, mais la charge de travail fait qu'on ne peut pas vraiment échanger entre nous* », remarque une assistante sociale d'un centre accrédité). Comme en matière de formation, ces démarches spontanées des soignants témoignent de leur volonté de mieux connaître l'infection à VIH et la prise en charge par ARV. Les éventuelles lacunes d'informations voire de connaissances qui sont susceptibles d'être constatées parmi les professionnels, en particulier non médecins, ne peuvent donc être imputées à un désintérêt *a priori* des non prescripteurs pour les ARV.

Le dilemme des soignants : comment connaître les ARV sans en avoir la pratique ?

Compte tenu des remarques précédentes, fort logiquement, les soignants des centres accrédités et, parmi eux les médecins, sont les professionnels qui possèdent les connaissances les plus complètes sur les ARV. Nous entendons ici par connaissances des informations précises sur le type de traitement dont il s'agit, les critères de mise sous traitement en vigueur ou encore la disponibilité des ARV. Ainsi, à titre d'exemple, le seuil biologique en dessous duquel les patients sont médicalement « éligibles » pour un traitement antirétroviral (500 lymphocytes CD4 par mm³) dans le cadre de l'Initiative est plus fréquemment mentionné à l'USAC, centre accrédité, qu'au CAT de Treichville.

Quels que soient les soignants, un critère de mise sous traitement ARV est cependant systématiquement mentionné : celui de la capacité

du patient à pouvoir payer, dans le long terme, un traitement jugé cher. Certains disent explicitement qu'il faut « être riche » pour bénéficier des ARV ; d'autres, pragmatiques, estiment qu'une épargne mensuelle de 20 000 FCFA (200 FF) est indispensable. Dans le cadre d'une Initiative qui propose des mécanismes de subvention, donc d'accès à un traitement ARV à un coût moindre, il est remarquable de constater que – y compris chez les médecins prescripteurs bien au fait des critères médicaux de mise sous traitement – l'argument économique de la capacité à payer est mis en avant de façon récurrente et centrale dans le processus de choix des patients à mettre sous traitement. « *Il faut être riche, c'est-à-dire capable de pouvoir acheter régulièrement ses médicaments* », estime un médecin d'un centre accrédité, alors qu'un assistant social travaillant dans le même service précise pour sa part que « *les conditions économiques sont les plus déterminantes, parce que le traitement coûte cher* ».

S'il y a donc un consensus de fait sur l'idée générale que ces traitements demandent de réelles capacités financières de la part des patients, la question de leur efficacité fait l'objet d'appréciations très variables. Si certains médecins affirment clairement que l'efficacité des trithérapies est supérieure à celle des bithérapies, d'autres conditionnent leur efficacité à un démarrage précoce du traitement. Ceci étant, la grande majorité des soignants, y compris les médecins des centres « hors Initiative », ne se prononcent pas clairement sur l'efficacité comparée des différentes combinaisons thérapeutiques, en partant d'un principe d'expérience simple : ils ne prescrivent pas d'ARV, ou ne suivent pas de patients sous ARV, et se déclarent donc « dans l'incapacité de se prononcer » sur l'efficacité réelle de ces traitements. C'est ce qu'explique cette assistante sociale : « *le CAT de Treichville n'est pas un centre accrédité, on n'a donc pas de malade sous traitement, c'est pourquoi je ne peux pas dire si les ARV sont efficaces ou non* ». L'acquisition de connaissances médicales est ici avant tout conçue comme le résultat d'une pratique individuelle, et non comme la mise en forme intellectuelle d'informations pouvant être acquises par d'autres sources que l'expérience directe du professionnel.

Les soignants témoignent de cette approche « pragmatique » des traitements ARV sur d'autres points que leur efficacité : ils justifient le fait de ne pas connaître leur coût exact, ou bien les critères biologiques

ou cliniques de mise sous traitement ou enfin leur disponibilité (dans telle ou telle structure) « *parce qu'ils n'utilisent pas* » ces traitements ou « *parce qu'ils ne font pas partie d'un centre accrédité* » de l'Initiative. Un médecin dira par exemple : « *je ne peux rien dire sur leur disponibilité car je suis dans un centre de suivi* » ; et un infirmier : « *je ne connais pas les antirétroviraux car je n'en ai jamais vu.* »

Ce « pragmatisme » de la connaissance nous paraît emblématique des difficultés de l'Initiative à diffuser l'information sur les ARV à des structures sanitaires qui ne font pas partie des centres accrédités et à des catégories de soignants qui ne suivent pas en continu des patients sous ARV. Une autre difficulté rencontrée par l'Initiative – et illustrée par ailleurs par d'autres volets de l'Évaluation – se trouve confirmée par la mention de l'existence de ruptures de stock dans les centres accrédités et de la lenteur de la procédure de mise sous traitement ARV¹. Ce constat, aisé à effectuer en discutant avec des patients ou des soignants, se double alors de l'évocation par des médecins de tentatives de « contourner » la procédure officielle – longue et fastidieuse – de mise sous ARV. Il s'agit ici pour le patient de demander au médecin de lui délivrer immédiatement les médicaments qu'il est financièrement en mesure d'acheter, sans attendre l'examen de son dossier par le Comité de gestion de l'Initiative. Face à ce désir d'avoir accès le plus rapidement possible aux ARV et compte tenu de la longueur de la procédure, certains soignants en viennent à limiter les propositions de mise sous ARV qu'ils pourraient être amenés à faire aux patients infectés (« *il m'arrive d'encourager des malades à se mettre sous ARV mais la longueur de la procédure me bloque parfois* », remarque un infirmier de l'hôpital de jour de Bouaké).

¹ Ce sont là deux des principales faiblesses de l'Initiative, que l'équipe de l'évaluation détaille dans deux rapports : Delaunay K, Dozon JP, Kponhassia G, et al. *Évaluation de l'Initiative Onusida - ministère ivoirien de la Santé d'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Volet 1 : Analyse des processus décisionnels de mise en place de l'Initiative (1996-1999)*. ANRS, 2000, 116 p. ; Msellati P, Delaunay K, Juillet A, et al. *Socio-economic and behavioral evaluation of the UNAIDS-Ministry of health (MOH) Initiative on Drug Access for HIV infection in Côte d'Ivoire. Preliminary report*, ANRS, 2000, 22 p.

Des demandes récurrentes face au risque de contamination professionnelle

Si les connaissances des soignants sont, en quelque sorte, inégalement réparties suivant les personnes et les structures, elles ont une caractéristique commune liée à la possibilité d'avoir accès à des ARV dans le pays, même s'ils ne savent pas toujours ni où, ni à quelles conditions. La quasi-totalité des soignants interrogés partagent en effet la revendication commune d'avoir accès gratuitement aux ARV en cas de contamination professionnelle par le VIH ou, plus rarement, de disposer d'une structure spécialisée dans la prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) à laquelle il leur serait possible de s'adresser en cas de problème. Aussi bien les personnels de santé de centres accrédités que ceux de structures ne prenant pas en charge de patients sous ARV expriment cette demande. Une telle exigence se greffe sur une demande ancienne, qui – elle – est antérieure à l'arrivée des ARV dans le cadre de l'Initiative : disposer de plus de matériel de prévention de la transmission du VIH (gants, seringues à usage unique...). De même que cette demande a précédé les ARV, les craintes liées à la contamination durant le travail ne sont pas récentes.

Dans l'exercice de leur travail, les soignants des centres antituberculeux ont ainsi toujours eu « *plus peur* » de la tuberculose que du VIH. Au point où ils instaurent une distance physique avec le malade (par crainte de recevoir des projections de salive), naturellement mal perçue par ce dernier. Dans les autres structures, fort classiquement, ce sont les infirmiers qui se sentent le plus à risque. En somme, quelle que soit la structure, la perception de la crainte de contamination par le VIH dans le travail n'a pas changé depuis l'arrivée des ARV, que le soignant connaisse avec précision les conditions d'accès à ces traitements et leurs avantages thérapeutiques ou qu'il les ignore. En revanche, le sentiment de peur alimente dorénavant le souhait de pouvoir bénéficier gratuitement d'un traitement ARV en cas de nécessité.

Les évolutions contrastées des pratiques de dépistage et de mise sous ARV

Rappelons tout d'abord que les pratiques en matière de conseil préventif et de dépistage du VIH dans les villes où a été menée cette étude sont extrêmement variées : le fait d'avoir choisi des structures qui, toutes, « prennent en charge le VIH », qu'elles fassent ou non partie de l'Initiative, n'atténue pas ce constat. D'un centre accrédité à l'autre, d'une structure hors Initiative à l'autre, le conseil pré et post-test n'est pas effectué de la même façon. L'expérience des structures dans ce domaine est parfois ancienne (comme au CAT d'Adjamé), ou plus récente (à Bouaké). Il ne faut donc pas perdre de vue l'histoire du conseil dans ces différentes structures (qui reste à décrire) pour mieux situer les évolutions que mentionnent les soignants. Ce contexte du dépistage doit ensuite être rapporté à ce qu'offre chaque structure en matière de prise en charge par les ARV en cas de diagnostic positif.

Prenons le cas du CAT d'Adjamé qui possède une solide expérience dans le domaine du conseil. Les tâches sont nettement réparties : l'assistante sociale annonce le résultat sérologique et le médecin prend le relais pour l'éventuelle mise sous traitement. C'est aussi un des centres accrédités qui traite le plus grand nombre de patients par ARV. Dans ce centre, les soignants ont intégré à leur propre pratique de conseil ce qu'ils appellent de leur propre chef une « *note d'espoir* », que ce soit au moment de la proposition initiale du test de dépistage ou lors de l'annonce de la séropositivité. En d'autres termes, le service social qui s'occupe du conseil a une expérience suffisamment longue, tant des difficultés de l'annonce pour le personnel de santé lui-même, que de la douleur et du choc du patient qui apprend sa séropositivité, pour juger nécessaire de mentionner systématiquement l'avancée que peut représenter l'éventualité d'un traitement ARV. Précisons que les soignants qui évoquent ce message d'espoir destiné aux patients ne sont en général pas des médecins. Les médecins qui dans leur majorité n'interviennent pas directement au moment du conseil ont, plus que les autres soignants, tendance à ne pas inciter leurs patients à envisager un traitement ARV. Non qu'ils ignorent ou sous-estiment le bénéfice clinique des ARV : ils ont simplement « plus » intégré que les autres catégories de soignants la

complexité du processus de mise sous traitement et, surtout, les difficultés de sa pérennisation compte tenu de son coût. Précisons que cette intégration dans la pratique de la contrainte économique se traduit par une tentative d'évaluation précise, de la part des soignants de l'USAC par exemple, des revenus nécessaires au patient avant même d'envisager de déposer un dossier de demande de subvention pour un traitement ARV.

Concrètement, au CAT d'Adjamé par exemple, un patient peut dans un premier temps, après l'annonce de sa séropositivité, recevoir un message d'encouragement de la part des assistants sociaux, puis se retrouver en présence d'une information difficile à accepter lors de la consultation médicale (s'entendre dire qu'il ne peut envisager un traitement ARV compte tenu de son coût et de ses capacités financières insuffisantes).

Comme au CAT d'Adjamé, les CAT de Treichville et de Bouaké, l'USAC et l'Hôpital de jour de Bouaké ont investi les assistants sociaux du rôle d'annoncer la séropositivité. Les centres accrédités sont aidés dans cette tâche par les bénévoles d'associations de personnes atteintes, suivant d'ailleurs en cela les recommandations de l'Initiative Onusida. Ce cas de figure général se traduit toutefois de façon variable dans la pratique des soignants. Concrètement, alors que l'assistante sociale du CAT de Bouaké voit son travail de conseil, et notamment d'annonce, reconnu par ses collègues comme une « expertise », sa collègue de l'Hôpital de jour estime au contraire que les médecins se sont « déchargés » sur elle de cette tâche délicate : elle n'en tire aucune reconnaissance et donc aucune satisfaction particulière. Au Service de pédiatrie du CHU de Yopougon, contrairement au CAT d'Adjamé ou à l'USAC, les soignants ne font état d'aucun changement dans leur pratique du conseil depuis l'avènement des ARV et de l'Initiative. De fait, les pédiatres de ce service n'incitent guère les parents à mettre leur enfant infecté sous ARV et concentrent plutôt leurs efforts sur le traitement des affections opportunistes. Finalement, dans ce service, du dépistage aux soins, les pratiques des soignants témoignent d'une certaine cohérence dans la volonté de ne pas « promouvoir » les ARV (pas de « message d'espoir » et un faible nombre d'enfants effectivement mis sous ARV).

Avec l'annonce de la séropositivité en tant que telle et l'évocation des perspectives thérapeutiques, il est un autre moment important dans la prise en charge du patient : les recommandations sur l'information à donner aux proches, et plus spécifiquement au partenaire sexuel. La mise en place de l'Initiative Onusida ne semble pas avoir directement influencé les pratiques actuelles des soignants dans ce domaine, y compris leurs évolutions au regard de situations décrites il y a quelques années².

C'est le cas lorsque les soignants de l'USAC ou du CAT d'Adjamé demandent systématiquement à leurs patients d'informer leur partenaire de leur séropositivité ou les incitent à prendre contact avec une association de personnes vivant avec le VIH. C'est aussi le cas avec un discours – encore peu fréquent il y a quelques années – qui s'inscrit dans une forme de « norme éthique ». Nous pensons ici aux propos des soignants qui affirment ne plus informer un proche du malade « à l'insu de ce dernier », quand bien même des demandes en ce sens de l'entourage s'exprimeraient. Il s'agit d'une réelle avancée car nous savons que, dans un passé récent, de nombreux soignants, non seulement informaient le conjoint ou un membre de la famille à l'insu du patient, mais revendiquaient explicitement la nécessité de cette pratique. Ceci étant, il convient d'être prudent et se donner la possibilité, dans des études ultérieures, de mesurer l'ampleur de ce changement éthique *déclaré* dans la pratique effective des soignants. A titre d'exemple, des soignants du CAT d'Adjamé, lors de leurs visites au domicile des patients, sont inévitablement conduits à s'entretenir avec leur entourage, leur demandant souvent d'être « tolérant » envers le malade. Comment se nouent pratiquement ces relations entre le soignant et l'entourage du « tuberculeux séropositif » ? Quelles spécificités recèle ce message à destination des proches, par rapport à celui délivré lors des habituelles visites à domicile pour la prise en charge et le contrôle de la tuberculose ? Il importera aussi de situer cet éventuel changement éthique dans les pratiques de soignants d'autres structures, moins à la « pointe » de la prise en charge du VIH que celles où nous avons réalisé cette étude.

Il existe enfin des conditions de prise en charge, notamment dans

² Collignon R, Gruénais ME, Vidal L. L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique. *Psychopathologie africaine* 1994 ; XXVI : 2.

les centres accrédités, qui méritent une attention particulière si l'on veut améliorer l'accès aux ARV. Il s'agit là encore de constats anciens, et qui ne sont pas propres à l'accès à ces traitements : la longueur de l'attente et la difficile orientation du patient dans la structure. A l'USAC, nous avons pu constater que la durée de l'attente crée un engorgement de la structure (les patients manquent par exemple d'endroits pour s'asseoir et patienter). Une autre conséquence de la forte fréquentation de cette structure est le manque de lits pour l'hospitalisation de jour. Dans un autre centre accrédité, le CAT d'Adjamé, nos observations ont plus particulièrement révélé la difficile orientation des patients, qui, ne serait-ce que pour le traitement de la tuberculose, doivent passer par quatre ou cinq services différents. Que le circuit du patient soit complexe est une chose, qu'il ne lui soit révélé que progressivement, d'une étape à l'autre comme c'est actuellement le cas, mérite certainement une réflexion en matière d'organisation et de logistique hospitalières.

Les réactions des patients et de leur entourage : craintes et interrogations

Une présentation de la prise en charge de patients infectés par le VIH serait à notre sens incomplète si elle ne s'arrêtait pas sur les descriptions et les appréciations par les soignants des attitudes de leurs patients. Elles concernent principalement trois moments qui suivent l'annonce de la séropositivité au VIH. Tout d'abord, les soignants signalent la permanence de réactions très négatives à cette annonce, comprenant des menaces de suicide, des marques d'abattement, des propos auto-culpabilisateurs ou des réactions de déni (« à l'annonce du résultat du test, il y a certains patients qui ne peuvent retenir leur émotion, ils pleurent, ils ne croient pas au résultat », constate un médecin). Les soignants ajoutent cependant que, grâce à l'évolution du contenu de leurs pratiques de conseil, une sérologie positive pour le VIH est dans l'ensemble « mieux acceptée que par le passé ».

Ensuite, le souhait systématique du soignant que le patient informe son (ou ses) partenaire(s) se heurte à des refus fréquents. « Ils disent toujours qu'ils ne sont pas prêts, qu'ils attendent encore un peu » rapporte un médecin de l'USAC. Un troisième et dernier constat, là encore habituel

aux dires des soignants, concerne la pression fréquemment exercée par les personnes qui accompagnent le patient dans la structure afin de connaître la nature de sa maladie, et notamment le résultat de ses examens. De l'entourage qui « *veut savoir* », au médecin qui souhaite que – au sein de cet entourage – « *le partenaire sexuel sache* », en passant par le patient qui s'oppose à une divulgation immédiate de son statut, se nouent autour de la connaissance du statut sérologique des intérêts différents dont la confrontation peut rapidement prendre un tour conflictuel. L'existence des ARV ne permet pas, à l'heure actuelle, de résoudre ces contradictions dans l'accès à l'information : au contraire, le fait que les soignants, les patients ou les membres de leur entourage qui, connaissant l'existence des ARV, mentionnent comme principal handicap de ces traitements leur coût élevé, tend plutôt à exacerber les craintes et les demandes divergentes des patients et de leur entourage quant à l'information sur le statut sérologique.

Une charge de travail en augmentation, mais un lien incertain avec les ARV

Essayer de convaincre un patient infecté par le VIH de l'importance d'informer son partenaire est une des tâches qui allongent la durée des consultations médicales de prise en charge du VIH. Consultations plus longues (ne serait-ce qu'au moment de l'annonce du diagnostic sérologique) et plus fréquentes : cela fait déjà de nombreuses années que les soignants impliqués dans la prise en charge de patients infectés par le VIH font état – en ces termes – d'une augmentation continue de leur charge de travail. Il conviendrait d'ajouter la mention, pour les uns, d'un afflux ponctuel de personnes désireuses de se tester après la journée mondiale consacrée au sida chaque 1^{er} décembre et, pour les autres, de l'augmentation de leur file active de patients infectés qu'ils attribuent à la « *qualité* » de la prise en charge dans leur service par comparaison aux autres offres de soins dans la ville (soignants de l'Hôpital de jour du CHU de Bouaké). Des soignants de l'USAC et du CAT d'Adjamé estiment plus simplement que l'accroissement de leur charge de travail résulte de

l'augmentation du nombre de personnes atteintes dans la population générale.

A ces constats, qui ne relient pas directement la surcharge ressentie de travail à la disponibilité des traitements ARV, répondent des arguments qui, au contraire, effectuent explicitement ce lien. Dans ces mêmes structures, la durée de la consultation précédant la mise sous ARV (estimée à 45 minutes) explique pour certains l'encombrement du service et donc l'intensité accrue du travail des équipes soignantes. D'autres, comme à l'Hôpital de jour, évoquent un « afflux » de patients désireux d'accéder à un traitement antirétroviral, qui aurait été particulièrement sensible dans les mois qui ont suivi le lancement de l'Initiative. Le point le plus important à relever est sans doute, qu'au-delà des explications données à cette augmentation de la charge de travail, ce sont les médecins plus que les autres soignants qui en font état. Cela nous semble devoir être rapproché des précédents constats d'une formation et d'une information sur les ARV, plus riches et régulières chez les médecins, dont les contenus sont par ailleurs faiblement partagés avec les autres catégories de soignants. En d'autres termes, et sous réserve d'explorations complémentaires, une conclusion provisoire consisterait à dire qu'étant moins concernés par les ARV que les médecins (parce que moins informés sur leur maniement, leurs implications...), les personnels de santé non médecins relient rarement l'augmentation de leur charge de travail à l'introduction et à la diffusion de ces traitements.

Indépendamment de l'explication qui lui est donnée, la quantité toujours plus importante de travail à fournir, compte tenu de l'absence de nouvelles affectations de personnels, débouche sur des attitudes contrastées. D'un côté, certains soignants estiment que le surcroît de travail nécessite, pour y faire face, une amélioration de la collaboration entre collègues de la structure : par exemple, un infirmier pris par le temps orientera un de ses patients vers un autre infirmier. De l'autre, certains soignants jugent au contraire que l'augmentation de la charge de travail impose de se « concentrer » et donc de se replier sur son propre travail, en évitant des échanges et des collaborations avec d'autres soignants qui constitueraient une « perte de temps ».

Discussion et perspectives

Prenant place dans un programme d'évaluation, cette étude s'est volontairement focalisée sur des structures impliquées par l'Initiative Onusida dans la mise en place des traitements ARV. Deux CAT (de Treichville et de Bouaké) dans lesquels nous avons travaillé ne sont cependant ni des centres accrédités, ni des centres de suivi de l'Initiative, mais peuvent toutefois être considérés comme des centres spécialisés dans la prise en charge de l'infection à VIH. Par conséquent, le tableau que nous dressons des connaissances et des pratiques de soignants doit être ramené à sa juste mesure : celle de structures parmi les plus concernées par la prise en charge de l'infection à VIH (qu'elle comprenne ou non un accès aux ARV).

La majorité des constats effectués dans les paragraphes précédents illustrent un processus que l'on pourrait qualifier de « réduction » et de « limitation », qui caractérise à la fois la réponse des soignants à l'introduction d'une Initiative d'accès aux traitements (y compris ARV) et l'Initiative en tant que telle.

Ce processus renvoie d'abord au fait que les soignants, y compris les médecins qui ont la charge de prescrire des ARV, en arrivent à « réduire » les caractéristiques des traitements ARV à leur coût et, par voie de conséquence, leur accès pratique à un problème économique : les soignants tendent à se transformer en évaluateurs des capacités financières à payer de leurs patients. Relevé dans le cadre de l'analyse des démarches de mise sous traitement ARV en Côte d'Ivoire³ et s'inscrivant dans une démarche plus globale qui donne un poids croissant aux arguments « non-médicaux » dans la décision de prescrire ou non des ARV⁴, cette pratique rappelle celle de médecins des pays du Nord qui, en matière de décision de proposer ou d'effectuer un test de dépistage du VIH, mobilisent des logiques qui ne relèvent plus d'un registre mé-

³ Delaunay K. Accès aux traitements antirétroviraux : un suivi de patients. In : Vidal L, Mselati P, eds. *Les thérapies antirétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie*. Rapport final, ANRS, 2000 ; pp. 98-153.

⁴ Bogart LM, Kelly JA, Catz SL, Sosman JM. Impact of medical and nonmedical factors on physician decision making for HIV/AIDS antiretroviral treatment. *AIDS* 2000 ; 25 : 396-404.

dical *stricto sensu*⁵. Michel Setbon évoque à cet égard les « évaluations sauvages » du statut sérologique des patients admis dans des services d'urgence en France, pour lesquels un test est systématiquement effectué alors qu'une éventuelle intervention chirurgicale n'attendra de toute façon pas les résultats du test avant d'être pratiquée. On peut également penser aux « arguments profanes » des médecins qui, plutôt que de justifier la systématisation de la proposition de test aux femmes enceintes par son intérêt pour le contrôle de l'infection à VIH, la défendent en constatant simplement que le taux de refus est très faible dans le cadre de la surveillance prénatale comprenant déjà de nombreux examens « obligatoires » en France⁶. Lorsque le médecin argumente ou engage une démarche qui sort de ses prérogatives médicales, on doit alors se poser la question de sa capacité à traiter, en plus des incertitudes diagnostiques et pronostiques inhérentes à son travail⁷, des « incertitudes morales » pour lesquelles tous ne sont pas formés et qui reviennent à évaluer – nous retrouvons là la problématique de la mise sous ARV – « une préférence ou une aversion relative entre différents risques [pour le patient] »⁸.

Ce processus de « réduction » et de « limitation » renvoie, en second lieu, au fait que les formations sur les ARV ont été en général restreintes aux seuls médecins des centres accrédités : elles ont peu bénéficié aux non médecins ainsi qu'à l'ensemble des soignants des structures qui ne font pas partie des centres accrédités. Or, même s'il s'agit d'une Initiative « pilote » limitée dans le temps et dans l'espace, les patients – eux – sont bien sûr susceptibles de s'adresser, au moins dans un premier temps, à d'autres structures que celles qui sont labellisées par l'Initiative⁹. Faute d'y rencontrer des soignants informés sur l'accès aux

⁵ Setbon M. Sida et dépistage à l'hôpital, entre désordre et régulation. *Rev Fr Soc* 1992 ; 32 : 189-211.

⁶ Rey D, Carrieri MP, Obadia Y, Pradier C, Moatti JP. Interest and limits of mandatory HIV prenatal screening : the South-Eastern France experience 1992-1996. *Br J Obstet Gynaecol* 1998 ; 105 : 269-74.

⁷ Christakis N. The ellipsis of prognosis in modern medical thought. *Soc Sci Med* 1997 ; 3 (44) : 301-15.

⁸ Paillet A. D'où viennent les interrogations morales ? Les usages rhétoriques des innovations par les pédiatres réanimateurs français. *Sciences Sociales et Santé* 2000 ; 2 (18) : 45-66.

⁹ Delaunay K. *Op. cit.*, note 3.

ARV, les patients ne pourront être aidés dans leur démarche de recherche d'un traitement ARV. Rappelons que si l'information sur les ARV reste limitée et confinée à quelques soignants par structure et ne diffuse pas aux diverses catégories de personnels, cela ne provient en aucun cas d'un refus de ceux-ci, puisque tous continuent d'exprimer une forte demande de formation dans ce domaine.

Cet accès inégal des soignants à l'information – et non plus seulement à la formation – ainsi qu'à la connaissance sur l'infection à VIH se confirme lorsqu'on étend l'analyse à des structures « périphériques » (pour la Côte d'Ivoire¹⁰ et pour le Nigeria¹¹). Il illustre une nouvelle fois les hiatus entre catégories de soignants, ou plus exactement entre médecins d'un côté et autres soignants de l'autre, que diverses études et témoignages, focalisés aussi bien sur les médecins^{12,15} que sur les infirmiers¹⁴, sont déjà venus étayer : les médecins regrettent fréquemment la dévalorisation de leur travail et s'estiment « sous-utilisés », les autres soignants, pourtant fréquemment dispensateurs de soins et au contact quotidien des malades, se trouvent difficilement associés tant à l'information sur le patient, qui relève du secret médical, qu'aux orientations des Programmes nationaux de lutte contre le sida qui demeurent décidées quasi exclusivement par des médecins.

Troisième illustration du processus de « réduction » : les soignants, et en particulier les médecins, réduisent l'Initiative à des contraintes que l'on qualifiera d'extra-médicales, dans la mesure où elles ne renvoient pas directement à leur activité de praticien : ruptures de stocks de médicaments, durée de l'examen des demandes de subvention. Ce proces-

¹⁰ Desgrées du Loû A, Chevallier-Schwartz M, Coulibaly-Traoré D. Les traitements du sida : connaissance et utilisation. In : Vidal L, Msellati P, eds. *Les thérapies antirétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie*. Rapport final, Paris, ANRS, 2000 ; pp. 73-97.

¹¹ Adelekan ML, Joyalemi SO, Ndom RJE, et al. Caring for people with AIDS in a Nigerian teaching hospital : staff attitudes and knowledge. *AIDS Care* 1995 ; 7 (suppl 1) : 63-71.

¹² Gobatto I. *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*. Paris : L'Harmattan, « Santé et Sciences humaines », 1999 ; 303 p.

¹⁵ Badaka M. Profession : médecin. *Afrique Contemporaine* 2000 ; 195 : 250-8.

¹⁴ Desclaux A. Identités et rôles professionnels à l'épreuve du sida. Des infirmiers au Burkina Faso. In : *Des professionnels face au sida. Évolution des rôles, identités et fonctions*. Paris, ANRS, « collection sciences sociales et sida », 1998 ; pp. 33-41.

sus de « réduction » de l'Initiative à ces dysfonctionnements – bien réels – est en soi instructif de la perception des difficultés de cette Initiative dans la communauté des soignants. Enfin, nous mentionnerons le fait que les soignants rapportent *ipso facto* leurs connaissances sur l'efficacité des ARV à l'existence – ou non – d'une pratique clinique personnelle des ARV : la connaissance est réduite à une pratique. Si cette attitude venait à être confirmée dans d'autres activités médicales que la seule prise en charge par les ARV, nous serions alors en présence d'une conjonction entre connaissance et pratique, bien éloignée de la caractéristique de la formation des médecins qui « incorpore [...] de nombreuses connaissances fondamentales qui ne s'intègrent que partiellement à la recherche et à l'expérience cliniques, ou aux activités de diagnostic subsumées sous les catégories médicales normalisées »¹⁵.

Cette approche en quelque sorte « hyper-pragmatique » des ARV peut-elle s'expliquer par le caractère innovant de ces traitements ? Isabelle Baszanger, à propos des innovations thérapeutiques dans les soins palliatifs¹⁶, rappelle par exemple que les soignants qui les « pratiquent », non seulement les « connaissent », mais s'appuient également sur une « conviction personnelle » et un « appel à la confiance ». A cet égard, si « connaître » c'est « pratiquer », alors « pratiquer » n'est pas seulement « connaître ». C'est bien ce que semblent indiquer les profils des soignants qui prennent en charge l'infection à VIH, rencontrés dans le cadre d'une autre étude : au-delà de leur formation et de la possibilité de travailler dans un service où la prise en charge du VIH est possible, ils manifestent fréquemment un engagement (soutien aux associations de personnes atteintes) et une implication personnelle (expérience de la maladie dans le proche entourage)¹⁷. L'importance de ces déterminants extra-professionnels dans l'engagement actif pour la prise en charge de personnes infectées par le VIH avait déjà été constatée dans la plupart

¹⁵ Cicourel A. Raisonement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 1985 ; 60 : 79-88.

¹⁶ Baszanger I. Entre traitement de la dernière chance et palliatif pur : les frontières invisibles. *Sciences Sociales et Santé* 2000 ; 2 (18) : 67-93.

¹⁷ Desgrées du Loù A. *Op. cit.*, note 10.

des enquêtes sur ce thème auprès des médecins de ville des pays du Nord¹⁸.

Une explication complémentaire de cet hyper-pragmatisme qui contredit, au moins partiellement, les fondamentaux du savoir et de la pratique biomédicales, peut aussi être recherchée dans l'exacerbation des dilemmes éthiques que suscite, dans le contexte des pays pauvres, l'introduction des ARV. En effet, il s'est avéré très tôt dans le développement de l'épidémie, et d'ailleurs de façon universelle, que l'infection à VIH rassemblait une « constellation unique » d'éléments inquiétants ou embarrassants pour la pratique médicale¹⁹ et que l'éthique médicale traditionnelle, d'inspiration hippocratique, était relativement désarmée face à la résurgence massive de ce risque épidémique²⁰. On a vu par exemple comment l'introduction des ARV exacerbait la tension déjà présente entre l'altruisme professionnel caractéristique de l'éthique médicale, et les inquiétudes (légitimes) des soignants quant à leur propre risque de contamination professionnelle. On peut penser que la pression qu'exerce sur la pratique la nécessité de « choisir » – dans un contexte de rareté forte des ressources et de régulation de cet accès *via* la mise en place de l'Initiative – les patients qui auront la « chance » d'accéder aux ARV, met à mal la norme d'autonomie, au sens de « droit d'exercer son contrôle sur son propre travail », où se trouve l'un des fondements de la « profession » médicale²¹. Le choix de la mise sous ARV contraint en quelque sorte les prescripteurs, voire les soignants non prescripteurs qui doivent néanmoins prendre ou non la responsabilité d'orienter les patients vers l'Initiative, d'internaliser le contrôle exercé par une autorité extérieure (en l'occurrence le dispositif de gestion publique de l'Initiative). L'invocation de l'absence d'expérience pratique des traitements ARV peut alors apparaître comme un moyen « commode » de contour-

¹⁸ Morin M, Obadia Y, Moatti JP, Groupe MG-Sida, Marseille. *La médecine générale face au sida*. Paris : Éditions Inserm, Questions en santé publique, 1997 ; 156 p.

¹⁹ Taylor KM, Eakin JM, Skinner HA, Kelner M, Shapiro M. Physicians' perception of personal risk of HIV infection and AIDS through occupational exposure. *J Can Med Assoc* 1990 ; 145 : 495-500.

²⁰ Zuger A, Miles S. Physicians, AIDS and occupational risk. Historic traditions and ethical obligations. *J Can Med Assoc* 1987 ; 258 : 1924-8.

²¹ Freidson E. *La profession médicale*. Paris : Éds Payot (trad. fr.), 1984, 365 p.

ner un problème difficile à gérer, et même, constituer une barrière pour qu'ils s'engagent plus activement dans la collecte et la diffusion d'information sur ces traitements.

A travers ces notions de réduction et de limitation, c'est en définitive une insuffisance d'ouverture de l'Initiative que nous voulons souligner : insuffisance d'ouverture aux autres soignants, aux autres structures et aux autres enjeux (avantages et inconvénients) de la mise sous ARV. De ce fait, comme nous le remarquions précédemment, se trouvent posés les termes d'un dilemme : comment mettre en œuvre un programme « pilote » qui ne crée pas ou qui ne se fonde pas sur de telles limitations et de telles réductions, sachant :

- qu'une plus large implication et information de l'ensemble des personnels de santé est la condition d'une prise en charge efficace de l'infection à VIH ;

- que cette Initiative découle du constat que la prise en charge thérapeutique de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire est un problème de santé publique et un défi social, et non une situation ponctuelle et localisée ;

- que cette Initiative est censée poser les bases d'un accès plus large aux ARV, or les tendances observées au repliement et à la « réduction » des connaissances et des pratiques nous semblent augurer de difficultés plus graves encore dans l'hypothèse d'une seconde phase qui serait celle d'une généralisation de l'accès à ces traitements.

Un préalable pour sortir de ce dilemme consisterait à admettre que limiter l'accès effectif aux ARV à quelques structures (ce qui est le propre d'un projet pilote), non seulement n'exclut pas, mais au contraire, doit aller de pair avec une action d'envergure en direction de tous les soignants et de toutes les structures que les patients infectés par le VIH sont inévitablement amenés à côtoyer lors de leur démarche pour le test, le conseil, la recherche d'un traitement et enfin lors de leur suivi médical, psychologique ou social. Le caractère pilote d'une intervention ne saurait occulter le fait que le problème qu'elle se propose d'aborder, et peut-être de contrôler, a une double dimension de santé publique et sociale. D'une façon générale, cela suppose de prendre en compte « l'ordre social des choses » dont tout essai ou toute intervention thérapeutique ciblée est

le produit²². Concrètement, il est par exemple impératif de se pencher sur les politiques et les pratiques (ou les absences de politiques et de pratiques) d'accès au test dans un contexte où les pratiques de dépistage demeurent justement rares, tant chez les patients que chez les soignants²³ : la mise en place de traitements susceptibles d'améliorer l'ensemble du processus de prise en charge ne peut ignorer ce premier et essentiel volet que constitue la connaissance du statut sérologique²⁴⁻²⁶.

L'« ordre social des choses » est aussi constitué par une « culture » médicale du « non disponible »²⁷ qui, certes, n'est pas nouvelle dans les systèmes de soins des pays en développement, mais qui exige une attention particulière si l'on souhaite implanter des innovations thérapeutiques. Les innovations qui comprennent des nouveaux traitements entraînent aussi de nouvelles relations aux patients : ce sont les soignants eux-mêmes qui le montrent clairement, lorsqu'ils évoquent la difficulté pour les patients à informer leur partenaire, les demandes en ce sens de l'entourage ou l'ambiguïté de leur message d'espoir relatif aux ARV, compte tenu du fait que ces traitements demeurent difficilement accessibles. Il convient alors de préparer les soignants à ce nouveau « travail d'écoute », qu'ils ne rejettent pas *a priori* mais pour lequel ils ne sont pas toujours formés²⁸. Ceci de façon à tendre vers une relation qui accepte à la fois un degré de « contrôle médical » et de « ré-

²² Marks H. *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1999)*. Le Plessis Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, « Les empêcheurs de penser en rond », 1999 ; 352 p.

²³ Desgrées du Loù A. *Op. cit.*, note 10.

²⁴ ANRS/IMEA. *Initiative Internationale : « place des antirétroviraux dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH en Afrique »*. ANRS/IMEA, 1997 ; 73 p.

²⁵ Vidal L. L'annonce aux malades. Contextes et significations à partir d'exemples ivoiriens. In : Desclaux AC, Raynaud C, eds. *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique du sud du Sahara*. Paris : Karthala, 1997 ; pp. 27-35.

²⁶ Desclaux A, Raynaud C. *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara*. Paris : Karthala, 1997 ; 326 p.

²⁷ Soyinka F. Most physicians in Africa usually work in a culture of « NA » which means « not available » – no water, no drug, no electricity, no oxygen. Physician's dilemma in the management of HIV/AIDS in Africa. In : Becker C, Dozon JP, Obbo C, Touré M, eds. *Vivre et penser le sida en Afrique*. Paris : Codesria/Karthala/IRD, 1999 ; pp. 265-71.

²⁸ Delaunay K. *Op. cit.*, note 3.

sistance » des patients²⁹ – par exemple autour des enjeux d'observance des traitements^{50,51}.

Les innovations induites par l'arrivée de nouveaux traitements concernent enfin l'organisation de la prise en charge dans les structures sanitaires par la mobilisation des soignants non médecins et des membres bénévoles d'associations. Dans le contexte de pénurie – et tout au moins d'insuffisances de moyens – évoqué précédemment, le manque de personnel et la charge accrue de travail (qui appellent en eux-mêmes une réflexion et des solutions) doivent inciter à redoubler d'efforts pour établir une communication entre les soignants, qui est précisément mise à mal par ce contexte. Le fait que cette situation de non (ou de faible) communication pré-existe à l'arrivée des ARV ne doit pas servir d'alibi à la passivité dans ce domaine. Engager une réflexion, et des mesures concrètes, pour améliorer la collaboration entre acteurs du système de soins, tant dans chaque structure qu'entre les structures (ce qui implique inévitablement de consacrer des ressources aux échanges d'informations et de savoir-faire) manifesterait, au plan des responsables de l'Initiative en Côte d'Ivoire, une volonté de ne pas ignorer les contextes et les déterminants d'actions qui, aussi « ciblées » soient-elles sur une population limitée de malades, ne trouvent leur véritable raison d'être qu'à l'échelle de la santé publique.

²⁹ Gicourel A. *Op. cit.*

⁵⁰ Lerner BH. From careless conspuives to recalcitrant patients : the historical construction of noncompliance. *Soc Sci Med* 1997 ; 45 (9) : 1425-31.

⁵¹ O'Connor B. *Healing traditions. Alternative medicine and the health professions*. Philadelphia : University of Philadelphia Press, 1995 : 161 p.

Chapitre 6

Attitudes par rapport au sida, accès au dépistage et connaissances des traitements du VIH à Abidjan dans le contexte de l'Initiative

Annabel DESGRÉES DU LOÛ, Nicola DE BÉCHON

Introduction

L'inquiétude suscitée par cette maladie peut modifier les attitudes face à l'épidémie de sida en dehors du cercle restreint des soignants et des patients directement impliqués dans le processus de mise à disposition des ARV. Elle peut infléchir les comportements face à la prévention et au dépistage du VIH, le fait de se découvrir séropositif étant moins perçu comme une « annonce de mort » inéluctable.

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons réalisé plusieurs types d'enquêtes : en 1999, un état des lieux de l'accès au dépistage du VIH a été mené dans tout le secteur sanitaire public d'Abidjan. En 1999 et en 2000, des enquêtes ont été menées dans quatre structures de santé dites « périphériques », implantées dans divers quartiers d'Abidjan. Dans ces structures, une enquête a été conduite auprès du personnel soignant (142 personnes interrogées) pour appréhender les connaissances et les pratiques des professionnels de santé face à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de l'infection par le VIH/sida, dans des structures non spécifiquement impliquées dans la lutte contre le VIH/sida. Parallèlement, une enquête a été menée auprès de consultant(e)s de ces dispensaires (510 personnes interrogées entre 1999 et 2000, 307 consultants de médecine générale et 203 femmes enceintes venues en consultation prénatale) sur leurs connaissances et attitudes par rapport à l'épidémie de sida, les modes de prévention adoptés, les pratiques de

dépistage et leurs connaissances des médicaments disponibles¹. Bien que ces consultants ne constituent pas un échantillon représentatif de la population abidjanaise puisqu'ils ont été recrutés par l'intermédiaire de leur venue dans des structures sanitaires, il s'agit d'un groupe d'hommes et de femmes de profils socio-démographiques divers, issus de trois des quartiers les plus populaires et les plus peuplés d'Abidjan. Les réponses qu'ils/elles ont apportées aux différentes questions posées donnent des renseignements utiles sur la nature des attitudes face au risque d'infection, aux personnes séropositives, au dépistage et aux traitements du sida dans un groupe de la population générale abidjanaise, qui n'est ni plus ni moins confronté à l'épidémie que le reste de la population. Nous présentons ici une synthèse des principaux résultats, de façon à brosser le tableau du contexte abidjanais dans lequel s'est implantée l'Initiative d'accès aux traitements du sida.

Une population consciente du risque de sida

Dans une population où la prévalence du VIH est estimée à 14 % (prévalence observée chez les femmes enceintes²), on peut s'interroger sur le niveau de perception du risque d'être infecté par ce virus. Il semble que la population dans son ensemble se sente concernée par la maladie car la perception du risque est forte et ce, quels que soient les caractéristiques socio-démographiques des personnes. A titre indicatif, dans l'enquête française sur les attitudes par rapport à l'épidémie de sida menée en 1998, 20 % des enquêtés déclaraient avoir déjà craint d'être contaminés par le virus du sida³, alors que dans notre enquête, 63 % des consultants de médecine générale et 49 % des femmes enceintes ont

¹ En 2000, l'enquête a été plus approfondie (questionnaires plus détaillés). Les tableaux présentés dans cet article ont donc été établis essentiellement à partir des résultats de l'enquête menée en 2000. Pour les résultats complets des deux enquêtes, on se rapportera à Vidal L et Msellati P (Coord.). *Les thérapies anti-rétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie*. Rapport final. ANRS, juin 2000.

² Sylla-Koko F, Anglaret X, Traore-Anaky MF, et al. Séroprévalence de l'infection par le VIH dans les consultations prénatales d'Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995. *Médecine et Maladies Infectieuses* 1997 ; 27 : 1-2.

³ Grémy I, Beltzer N, Echevin D. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France. Évolutions 1992-1994-1998*. ORS ANRS, avril 1999.

connu cette crainte. Les personnes âgées de 20 à 24 ans ont tendance à être plus inquiètes que les personnes les plus instruites (tableau 29).

Tableau 29
Proportion de personnes ayant déjà craint d'avoir été contaminées, février 2000

	Consultants (n = 254) % (effectif total)	Femmes enceintes (n = 153) % (effectif total)
Sexe	p* = 0,8	
Homme	64 % (121)	
Femme	63 % (133)	
Âge	p = 0,2	
15-19 ans	49 % (37)	p = 0,3 35 % (28)
20-24 ans	70 % (70)	61 % (59)
25-29 ans	62 % (69)	49 % (33)
30-34 ans	60 % (37)	41 % (32)**
35 ans et plus	68 % (40)	
Niveau d'instruction	p = 0,2	
Non scolarisé	58 % (33)	p = 0,3 16 % (33)
Primaire	55 % (71)	48 % (50)
Secondaire et plus	68 % (150)	58 % (50)
Statut matrimonial	p = 1	
En union	62 % (96)	p = 0,6 46 % (121)
Non en union	64 % (152)	57 % (30)
Connait une personne VIH⁺	p = 0,2	
Oui	68 % (57)	p = 0,2 40 % (20)
Non	61 % (197)	50 % (133)
Ensemble	63 %	49 %

* Test du Chi-2.

** Concerne les 30 ans et plus.

Chez le personnel soignant, le risque de contamination par le VIH lors d'un acte médical est très fortement perçu, et même largement sur-évalué. Des questions sur les accidents d'exposition au sang ont révélé que seuls 15 % des médecins et 2 % du personnel soignant non médecin évaluent correctement le risque de contamination par le VIH en cas de piqûre avec une aiguille ayant été utilisée pour un patient séropositif (risque < 0,1 %). Un médecin sur dix et un infirmier ou une sage-femme

sur deux pensent que ce risque est de 100 %. Or les accidents d'exposition au sang sont fréquents : les professionnels de santé à Abidjan sont donc extrêmement inquiets face à ce risque d'infection par le VIH, auxquels ils sont inévitablement exposés, et sur lequel ils demeurent mal informés (voir chapitre 5.4). Hormis ce cadre des accidents d'exposition au sang chez les professionnels de santé, la connaissance générale des modes de transmission et des moyens de prévention est relativement bonne dans la population, avec toutefois la persistance de croyances erronées (un cinquième des enquêtés continuent à penser que le virus peut éventuellement se transmettre en mangeant dans le même plat, ou en buvant dans le même verre qu'une personne infectée), et de fortes disparités selon les caractéristiques socio-démographiques. La qualité des connaissances en matière de risque de transmission du VIH et de prévention est fortement liée au niveau d'instruction des enquêtés. On observe, par ailleurs, que les jeunes âgés de 20 à 30 ans ont tendance à être mieux informés que les autres (tableau 30).

Tableau 30

Score de connaissance sur les modes de transmission du VIH, février 2000 (sur une échelle de 0 à 9)

(voir p. 266 pour la définition du score)

	Consultants (n = 254)	Femmes enceintes (n = 155)
Sexe	p* < 0,01	
Homme	7,6	-
Femme	6,5	
Âge	p = 0,03	p = 0,3
15-19 ans	6,7	5,6
20-24 ans	7,4	6,5
25-29 ans	7,3	6,0
30-34 ans	7,1	5,7**
35 ans et plus	6,2	
Niveau d'instruction	p < 0,01	p < 0,01
Non scolarisé	4,9	5,0
Primaire	6,6	6,0
Secondaire et plus	7,7	7,2
Ensemble	7,0	6,0
Écart-type	(2,0)	(2,2)

* Test de comparaison de moyenne.

** Concerne les 30 ans et plus.

Le score de tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH mesuré selon les mêmes modalités que dans l'enquête française, est similaire à celui observé en France. Les individus les plus instruits et les 20-24 ans présentent les meilleurs scores de tolérance. En revanche, ce score est plus faible chez les femmes que chez les hommes (*tableau 31*).

Tableau 31
**Score de tolérance à l'égard des personnes séropositives
 pour le VIH, février 2000 (sur une échelle de 0 à 12)**
 (voir p. 266 pour la définition du score)

	Consultants (n = 254)	Femmes enceintes (n = 153)
Sexe	p* < 0,01	
Homme	8,4	-
Femme	7,2	
Âge	p = 0,07	p = 0,02
15-19 ans	8,0	2,7
20-24 ans	8,7	5,6
25-29 ans	7,8	4,9
30-34 ans	7,4	5,5**
35 ans et plus	6,6	
Niveau d'instruction	p < 0,01	p < 0,01
Non scolarisé	5,7	2,9
Primaire	6,6	4,2
Secondaire et plus	8,8	7,5
Ensemble	7,8	4,9
Écart-type	(3,8)	(4,5)

* Test de comparaison de moyenne.

** Concerne les 30 ans et plus.

Ainsi, en 1999, quinze ans après le début de l'épidémie dans la ville d'Abidjan, l'Initiative Onusida d'accès aux traitements du sida prend place dans une ville dont la population est lourdement touchée (une femme enceinte sur sept est infectée par le VIH) et consciente du risque élevé d'infection par le VIH. Les personnes interrogées se sentent donc

directement concernées par cette épidémie, et sont plutôt bien informées sur les modes de transmission et de protection.

Une prévention insuffisante, un dépistage rare

Si le niveau de connaissances et de perception du risque vis-à-vis de l'épidémie de VIH est relativement bon dans cette population, nous allons voir que cela ne se traduit pas par des pratiques de prévention appropriées.

Pratiques de prévention

Lorsqu'on interroge les consultants sur les modes de prévention qu'ils utilisent face au risque d'infection par le VIH, deux types de prévention sont cités : la fidélité en premier lieu (60 % des enquêtés), puis l'utilisation de préservatifs (51 % des enquêtés). Le fait de demander un test de dépistage à son partenaire n'est cité que par 1 % des répondants. L'utilisation de préservatifs est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (65 % contre 38 %), tandis que la fidélité est plus souvent citée comme moyen de prévention par les femmes que par les hommes (71 % contre 48 %). L'utilisation de préservatifs est plus fréquente chez les jeunes et chez les personnes les plus instruites. Cependant, ces chiffres ne concernent qu'une utilisation épisodique du préservatif. Toutes les enquêtes spécifiques sur ce sujet menées à Abidjan dans d'autres échantillons de population montrent que l'utilisation systématique du préservatif est rare, même chez les personnes qui ne sont pas en couple : en 1997, au cours d'une enquête menée à Yopougon, quartier d'Abidjan, seulement 4 % des femmes et 9 % des hommes ont déclaré utiliser régulièrement le préservatif⁴. Dans une enquête sur les comportements sexuels menée auprès de jeunes de 15 à 19 ans dans toute la Côte d'Ivoire

⁴ Toure L, Kamagate Z, Guillaume A, Desgrées du Loù A. *Planification familiale et santé de la reproduction à Yopougon*. Rapport d'enquête, Études et Recherches ENSEA n° 22, 66 p. + annexes, 1997.

en 1998, seulement 35 % des garçons et 32 % des filles ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel⁵.

A Abidjan, si la crainte de l'infection par le VIH est forte, cela n'engendre pas pour autant un recours important au préservatif, la fidélité étant considérée par les deux tiers de la population comme une prévention suffisante (sans doute par défaut, parce que l'utilisation du préservatif est problématique en particulier chez les couples stables). Pourtant, dans une population où environ une personne sur sept est infectée par le VIH, la fidélité, même lorsqu'elle est effective, n'est pas suffisante pour protéger contre le risque d'infection, d'autant que, comme nous allons le voir, la plupart des personnes infectées ne se savent pas séropositives.

Accès au dépistage du VIH à Abidjan

Une offre limitée

Malgré les efforts du Programme national de lutte contre le sida pour fixer un prix standard et accessible à la population pour le test de dépistage du VIH (1 000 FCFA) et rendre celui-ci disponible dans l'ensemble des structures sanitaires, l'enquête menée en 1999 révèle une offre très limitée à Abidjan en matière de test de dépistage, hormis dans les structures spécifiques de prise en charge du VIH et dans les programmes ciblant des populations particulières (centres anti-tuberculeux par exemple).

En effet, en 1999, les réactifs de test de dépistage du VIH ne sont généralement pas disponibles dans les structures sanitaires publiques périphériques (sauf cas particulier), essentiellement pour des raisons budgétaires : le prix fixé pour les réactifs étant en dessous du coût réel de ces réactifs, ceux-ci ne peuvent être acquis par les formations sanitaires sans subvention de l'État ou d'un bailleur de fonds. Certains bailleurs (la Coopération française en particulier) fournissent des subventions de départ pour « amorcer la pompe », comptant sur le principe de « recouvrement des coûts » auprès des consultants pour que les struc-

⁵ Zanou B, Nyankawindemera A, Toto JP, et al. *Enquête de surveillance de comportements relatifs aux MST/sida en Côte d'Ivoire (BSS Octobre 1998)*. Rapports (4 tomes) ENSEA, Impact, USAID, SFPS, octobre 1999.

tures se réapprovisionnent par la suite. Cette opération s'est soldée par un échec, imputable en partie à des problèmes de gestion, mais aussi au manque d'implication des structures sanitaires pour l'activité de dépistage du VIH. Peu de médecins proposent à leurs patients de réaliser un test de dépistage, par crainte d'annoncer une éventuelle séropositivité, ou parce qu'ils estiment que le sida est l'affaire des structures spécialisées : eux mêmes n'ont ni le temps ni la formation pour prendre en charge ce problème de santé. Bien souvent, des médecins nous ont répondu que face à une suspicion d'infection par le VIH, ils adressent le patient à une structure spécialisée dans le dépistage et la prise en charge du VIH. En particulier, le dépistage systématiquement proposé dans certaines situations (dépistage prénuptial, dépistage chez les jeunes commençant une activité sexuelle) est quasiment inexistant.

Ainsi, dans le secteur public à Abidjan, le test de dépistage n'est disponible à un coût modéré que dans les structures spécialisées dans la prise en charge du VIH, dans le cadre de projets de recherche (essais cliniques ou cohortes), ou dans un nombre restreint de structures spécifiques. Dans la majorité des autres structures sanitaires urbaines, le test n'est plus disponible en 1999, et dans les quelques structures où il l'est, les prix sont généralement plus élevés que le prix fixé par le PNLS, et donc peu accessible aux populations desservies par ces structures. Ainsi, alors que les moyens techniques se simplifient actuellement dans le domaine du dépistage du VIH, l'accessibilité du test se dégrade d'année en année à Abidjan hors des structures spécialisées. Ce phénomène ne peut qu'amplifier la tendance déjà très forte des personnels de santé à exclure la proposition de test dans leur activité quotidienne.

Une pratique rare

Seule une personne sur dix parmi les consultants enquêtés a fait le test de dépistage du VIH (*tableau 32*). Cette proportion est encore plus faible chez les femmes enceintes venues en consultation prénatale : une sur vingt. Les hommes, les célibataires, les individus les plus instruits sont plus nombreux à faire ce test (*tableau 33*).

Tableau 32
Proportion d'enquêtés ayant fait le test de dépistage du VIH selon l'année d'enquête et le groupe enquêté

	Consultants (effectif)	Femmes enceintes (effectif)
Février 1999	13 % (103)	6 % (50)
Février 2000	9 % (254)	5 % (153)

Tableau 33
Proportion de personnes ayant effectué le test de dépistage du VIH selon le sexe, l'âge, le niveau d'instruction et l'état matrimonial. Consultants – février 2000 (n = 254)

	% ayant fait le test
Sexe	p* = 0,08
Homme	13 %
Femme	6 %
Âge	p = 0,05
15-19 ans	0 %
20-24 ans	9 %
25-29 ans	12 %
30-34 ans	8 %
35 ans et plus	18 %
Niveau d'instruction	p = 0,04
Non scolarisé	3 %
Primaire	4 %
Secondaire et plus	13 %
Statut matrimonial	p < 0,001
En union	5 %
Non en union	11 %
Ensemble	9 %

* Test du Chi-2.

Parmi les personnes qui n'ont pas fait le test, plus des deux tiers déclarent souhaiter le faire. La principale raison pour laquelle ces personnes ne l'ont pas fait est « la peur de se découvrir infecté », avec toutes ses conséquences : crainte de mourir sans possibilité d'être soigné, mais aussi crainte de se voir rejeté(e) par l'entourage. Ceci est en contradiction

avec le bon score de tolérance observé par ailleurs vis-à-vis des personnes séropositives. Il semble que les enquêtés s'affirment tolérants face aux personnes séropositives, mais ne comptent guère sur la tolérance de leur entourage au cas où eux-mêmes seraient séropositifs. Dans une moindre mesure, des raisons matérielles sont invoquées pour expliquer l'absence de dépistage (méconnaissance des lieux où le dépistage est proposé et de son coût).

La moitié des répondants qui déclarent avoir fait un test du VIH ont entrepris cette démarche sur les conseils d'un tiers (médecin, mais aussi membre de la famille ou ami). Les raisons les plus fréquemment évoquées sont une maladie (21 %), le désir d'être fixé sur son statut par « simple précaution » (54 %), ou encore une grossesse ou un désir de grossesse (17 %).

Ces résultats confirment, dans le contexte particulier d'Abidjan, une des difficultés majeures de la prévention de la transmission du VIH et de la prise en charge des personnes infectées sur le continent africain : seule une petite minorité des personnes infectées par le VIH se savent séropositives. Notre étude montre que cette situation tient certes à la réticence des consultants à effectuer la démarche de dépistage, mais aussi à la difficulté d'accès à ce test. Cette difficulté matérielle est renforcée par des facteurs propres à l'offre de soins, en particulier le manque d'habitude des médecins des formations sanitaires urbaines à prescrire ce test.

Connaissance des traitements du sida dans la population

Seulement un tiers (35 %) des consultants enquêtés ont entendu parler de l'existence de nouveaux médicaments pour la prise en charge de l'infection par le VIH. Le niveau de connaissance est fortement lié au niveau d'instruction (45 % des individus d'instruction secondaire sont informés contre 25 % des individus non scolarisés ou scolarisés jusqu'au primaire). Dans cette minorité éduquée, l'information est relativement bonne sur le type d'action des antirétroviraux (on obtient un score de connaissance⁶ de 8,6 sur 10). Cependant une proportion non négligeable

⁶ Pour la définition du score de connaissance, voir p. 266.

de ces personnes informées (un cinquième) pense que, grâce à ces nouveaux traitements, les personnes infectées ne peuvent plus transmettre le virus.

En ce qui concerne les modalités pratiques d'accès aux traitements, les connaissances sont encore plus pauvres : les 89 personnes enquêtées en 2000 qui ont entendu parler de traitements du sida, soit ne savent pas où l'on peut se procurer ces traitements, soit citent des lieux (pharmacies, CHU, associations) sans pouvoir faire référence aux centres accrédités, soit pensent que ces traitements ne sont accessibles qu'à l'étranger. Parmi elles, seule une personne sur quatre donne une approximation correcte du prix de ces traitements. On rencontre là une insuffisance de l'Initiative : l'information sur l'existence et la fonction des centres accrédités, cœur de son dispositif, n'a pas été diffusée largement ; elle concerne certains milieux spécifiques (associations, milieu médical engagé dans la lutte contre le sida...).

Enfin, parmi les individus informés de l'existence de nouveaux traitements du sida, la majorité (64 %) pensent que l'existence de ces traitements ne réduit pas l'inquiétude suscitée par cette maladie car ils les considèrent comme inaccessibles. A la question « pensez vous que vous pourriez vous procurer ces traitements pour vous même ? », 62 % en 1999 et seulement 19 % en 2000 des consultants interrogés répondent par l'affirmative. Il semble que d'une année sur l'autre, la population ait pris conscience du coût élevé de ces traitements (relativement à son niveau de vie) et de leur accès difficile. On retrouve là un paradoxe souligné par les enquêtes qualitatives (voir chapitre 4.2) : malgré la vocation affichée de l'Initiative de « rendre accessibles les traitements du sida », ces traitements sont perçus par la majorité de la population comme de plus en plus inaccessibles : à l'obstacle de la distance (ces traitements n'existent que dans les pays du Nord) s'est substitué l'obstacle financier (ces traitements ne sont que pour les riches).

Les professionnels de santé des structures sanitaires urbaines périphériques, pour leur part, ont quasiment tous entendu parler de l'arrivée des traitements du sida en Côte d'Ivoire, généralement par le biais des médias, et dans une moindre mesure au cours de formations spécifiques sur le VIH. Il n'y a pas eu d'information officielle émanant de

l'administration sanitaire sur l'annonce, la mise à disposition, les lieux et les conditions de délivrance de l'ensemble des traitements anti-rétroviraux. Si l'information d'une « arrivée des traitements du sida en Côte d'Ivoire » a été globalement diffusée, en revanche, en ce qui concerne les aspects plus pratiques (accessibilité et conditions de ces traitements), les professionnels de santé de ces structures périphériques se sentent mal informés et donc peu concernés. Seuls les soignants engagés personnellement dans ce domaine sont bien informés, car ils recherchent activement une information qui ne leur est pas donnée *de facto*.

Dans les discours recueillis auprès de ces professionnels de santé, l'existence de ces nouveaux traitements est présentée comme un espoir d'amélioration, qui « devrait faciliter », dans les années à venir, la proposition du test de dépistage en consultation. Mais en l'an 2000, le manque d'information autour de ces nouveaux traitements et la réputation d'inaccessibilité qui les entoure (inaccessibilité financière en particulier) ne permet pas aux personnels soignants de s'y référer pour proposer plus facilement le test de dépistage aux patients vus en consultation. Ainsi, entre 1999 et 2000, nous n'avons décelé aucun changement dans la prescription du test de dépistage dans les formations sanitaires urbaines enquêtées. Par conséquent, notre hypothèse de départ sur la possible influence de l'Initiative, qui en facilitant la démarche de dépistage, serait suivie d'une augmentation de la proposition du dépistage par les médecins, ne se vérifie pas.

Sur la prophylaxie par cotrimoxazole des infections opportunistes, les enquêtes montrent que, malgré le consensus établi en 1999 à Abidjan, l'information à ce sujet a été peu diffusée dans les formations sanitaires urbaines et, en pratique, la prise en charge des patients infectés par le VIH par cette prophylaxie n'existe que de façon exceptionnelle dans les formations sanitaires enquêtées (voir chapitre 5.3).

Conclusion

Le seconde enquête, réalisée en 2000, dix-huit mois après le démarrage de l'Initiative, ne révèle aucune modification majeure dans les attitudes par rapport au sida ou dans les pratiques de prévention et de

dépistage. L'Initiative prend place dans une ville où la population est consciente du risque d'infection par le VIH, globalement bien informée sur les modes de protection et de prévention, et tient un discours relativement tolérant sur les personnes séropositives. Sur tous ces aspects, les indicateurs sont similaires à ceux observés en France⁷. Cependant on ne constate pas l'adoption de comportements de prévention adéquat : l'utilisation du préservatif au cours des relations sexuelles reste rare, et la fidélité reste considérée comme le meilleur moyen d'être protégé du risque de sida. On retrouve là une situation déjà décrite dans les autres études menées dans la ville d'Abidjan^{8,9}, situation courante dans les villes africaines, même fortement touchées par l'épidémie de sida⁹.

Par ailleurs, très peu de personnes font la démarche de dépistage du VIH, et le dépistage « préventif », en particulier au début d'une relation sexuelle, est quasiment inexistant. Cette faible activité de dépistage dans la ville d'Abidjan, dont nous avons montré qu'elle tient autant à la réticence de la population face au risque de se découvrir séropositif, qu'aux lacunes de l'offre fournie en matière de dépistage, doit être prise en compte au moment où l'on parle d'accès aux traitements du sida, puisque le dépistage est la première étape obligée de la prise en charge des personnes séropositives. La prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole, qui fait partie des objectifs de l'Initiative d'accès aux traitements du sida, ne pose pas de problème technique particulier et peut être réalisée dans les structures sanitaires urbaines non spécialisées dans la prise en charge du VIH, mais à la condition expresse que le dépistage puisse être effectué dans ces mêmes structures, à un coût et dans des conditions accessibles aux patients.

L'information sur les nouveaux traitements a globalement atteint les professionnels de santé, mais elle reste une information très générale, délivrée essentiellement au travers des médias. Peu de professionnels de santé, dans les structures non directement concernées par l'Initiative d'accès aux traitements du sida, savent effectivement où adresser leurs

⁷ Grémy I. *Op. cit.*, note 5.

⁸ Zanou B. *Op. cit.*, note 5.

⁹ Dozon JP et Vidal L. eds. *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Paris : Orstom éditions, 1995, 299 p.

patients infectés par le VIH pour qu'ils bénéficient de tels traitements, et connaissent encore moins les conditions pratiques de mise sous traitement (stade de l'infection, coût du traitement). Parallèlement, cette information reste peu diffusée dans l'ensemble de la population. Les mieux informées sont les personnes les plus instruites, mais même parmi celles-ci, l'information n'atteint qu'un individu sur deux. Par ailleurs, chez ceux qui en ont entendu parler, l'attitude face à ces nouveaux traitements est ambivalente : ces traitements constituent un espoir mais semblent de plus en plus inaccessibles (entre 1999 et 2000). La faible diffusion de l'information dans la population générale, couplée au sentiment d'inaccessibilité des traitements chez les personnes qui en ont entendu parler, réduit l'impact de l'Initiative dans la population générale. Ainsi, on n'observe pas pour l'instant à Abidjan, dix-huit mois après le démarrage de l'Initiative, de modifications des comportements face à l'épidémie de sida, en particulier en matière de démarche de dépistage.

Annexe : définition des scores utilisés

Score de connaissance sur les modes de transmission du VIH

Score établi à partir de la question suivante :

Le virus du sida peut-il être transmis dans chacune des circonstances suivantes ? (répondre oui ou non pour chaque item)

- *Lors de rapports sexuels non protégés*
- *En recevant du sang*
- *En se coupant avec un objet tranchant déjà utilisé*
- *En partageant le plat d'une personne contaminée*
- *En buvant dans le verre d'une personne contaminée*
- *Par une piqûre de moustique*
- *De la mère contaminée à l'enfant*
- *En donnant du sang*
- *En étant hospitalisée dans le même service qu'une personne contaminée*

Le score a été calculé en attribuant 1 point à chaque bonne réponse et 0 à chaque mauvaise réponse. Il varie donc de 0 à 9.

Score de tolérance vis-à-vis des personnes VIH⁺

Score établi à partir de la question suivante :

Si vous saviez qu'une personne est séropositive, accepteriez vous de ?

- *Continuer à la fréquenter*
- *Travailler avec elle*
- *Aller manger avec elle*
- *Dormir dans la même pièce*
- *Laisser vos enfants ou petits-enfants avec elle*
- *Avoir des relations sexuelles avec elle en utilisant des préservatifs*

Il y avait trois réponses possibles pour chaque item : oui, non, peut-être. Le score a été calculé en attribuant deux points pour un « oui », un point pour un « peut-être », et 0 point pour un « non ». Il varie donc de 0 à 12.

Score de connaissance des traitements du sida

Score établi à partir de la question suivante :

Grâce à ces nouveaux traitements,

- *Les personnes VIH⁺ sous traitement ne peuvent plus transmettre le virus*
- *Le virus du sida disparaît du sang*
- *Le virus est toujours présent mais le malade est soulagé*
- *Les malades du sida vivent plus longtemps*
- *On guérit définitivement du sida*

Pour chaque item, l'enquêté avait le choix entre *d'accord, pas d'accord, ni d'accord ni pas d'accord*. Le score a été calculé en affectant 2 points aux bonnes réponses, 0 aux mauvaises réponses, et un point aux réponses « ni d'accord ni pas d'accord ». Il varie donc de 0 à 10.

Chapitre 7.1

Synthèse et recommandations

Jean-Paul MOATTI, Laurent VIDAL, Philippe MSELLATI

L'évaluation, pour quoi faire ?

L'évaluation d'un programme de santé comme l'Initiative pose la question générale de la réalisation de ses objectifs en termes de santé publique. Elle pose également la question du caractère optimal ou non des stratégies suivies dans la perspective de leur généralisation à d'autres contextes que ceux où l'expérience a pu se dérouler. L'évaluation doit s'efforcer de juger du bien-fondé de la stratégie mise en œuvre, en l'occurrence l'Initiative Onusida, à partir de trois critères.

Un critère d'efficience

La question est ici de savoir si les ressources allouées à l'Initiative sont effectivement utilisées de façon à obtenir le maximum de résultats, en termes d'amélioration de l'accès aux traitements et surtout d'amélioration de l'état de santé et de bien-être des populations infectées par le VIH. Bien évidemment, un objectif d'efficience passe par la réalisation d'un certain nombre d'objectifs d'efficacité technique. Par exemple dans le cas de l'Initiative, la vérification de l'efficacité des résultats virologiques, immunologiques et cliniques obtenus par la diffusion des traitements antirétroviraux¹, l'amélioration de la disponibilité des différents

¹ Ce volet proprement médical de l'évaluation pour la « cohorte » de patients mis sous traitement ARV dans l'Initiative n'entrait pas dans les attributions de l'ANRS dans le cas de l'Initiative en Côte d'Ivoire. Les données fournies par le projet Retro-CI, soutenu par le CDC américain, confirment cependant la bonne efficacité thérapeutique des traitements dans le contexte de l'Initiative, avec 50 % de patients naïfs à l'inclusion mis sous trithérapie ayant une charge virale indétectable à 4 mois de suivi et une survie de 86 % à 18 mois pour l'ensemble des patients traités dans l'Initiative.

types de médicaments du VIH/sida aux différents niveaux du système de santé (*availability*) ainsi que leur usage rationnel (*rational use*) visent notamment à éviter la diffusion de virus résistants aux thérapeutiques existantes qui mettrait en danger l'efficacité de celles-ci au plan des populations. Mais, un objectif d'efficience ne peut se limiter à de tels objectifs « techniques » ; il doit s'efforcer de mesurer plus largement l'impact de l'Initiative sur la prise en charge globale des personnes infectées, et sur l'amélioration de leur survie et de leur qualité de vie qui peut en découler, et de mettre ces gains individuels et collectifs en relation avec les efforts (les ressources matérielles et humaines consommées) consentis pour y parvenir. L'efficience implique inévitablement de comparer (si possible explicitement) les coûts (au sens large pour la société) et les avantages de l'Initiative avec des usages alternatifs de ces mêmes ressources (par exemple pour d'autres aspects de la politique de lutte contre l'épidémie de sida, d'autres programmes de santé publique ou d'autres interventions visant à satisfaire les besoins sociaux de la population).

Des critères d'équité

L'équité peut elle-même se décliner à deux niveaux (équité horizontale et équité verticale) liés entre eux mais pouvant impliquer des débats différents.

- Un critère d'équité horizontale renvoie au principe selon lequel des cas identiques doivent être traités de façon semblable. Dans le cas de l'Initiative Onusida, ce type d'équité signifie qu'à situation médicale similaire (par exemple à même stade de l'infection à VIH), aucun critère qui fasse appel à la nature intrinsèque de la personne (sexe, race, milieu et relations sociales) ne devrait intervenir pour le choix dans l'accès aux traitements du VIH qui, en Côte d'Ivoire, constituent des biens soumis à une très forte contrainte de rareté. Une société peut néanmoins décider de « nuancer » ce principe d'équité horizontale en donnant la priorité à certains groupes de population dès lors que la justification de cette priorité apparaît socialement légitime (par exemple dans le cas des traitements ARV du VIH aux femmes enceintes, au nom de la préservation des générations futures, ou aux militants d'associations de personnes atteintes, au nom de leur dévouement particulier au combat collectif

contre l'épidémie, ou aux personnels de santé, etc.). Mais il est alors quasi inévitable que ces choix suscitent des débats éthiques et idéologiques de la part de certains secteurs de la société et puissent s'avérer discutables.

- De plus, doit être prise en compte l'équité verticale qui concerne la façon dont la société peut souhaiter traiter différemment des individus différents et pratiquer par exemple une « discrimination positive », afin de réduire les écarts d'état de santé entre les plus démunis et les autres. Les différentes conceptions de la justice sociale et de l'éthique peuvent particulièrement s'opposer sur le degré de correction des écarts (de santé, de revenu, de bien-être) qu'il est possible ou souhaitable d'obtenir.

Dans le cas de l'Initiative, le souci de réduire les écarts d'accès aux traitements entre personnes infectées par le VIH selon qu'elles vivent dans les pays du Nord ou du Sud, et entre les groupes de populations infectées dans les pays du Sud eux-mêmes, correspond à un objectif assez radicalement égalitariste d'amélioration de l'équité verticale. Cela passe inévitablement par une augmentation globale de la « capacité à payer » les traitements dans ces pays (*affordability*) et une distribution mieux répartie de cette capacité dans la population de chacun de ces pays.

La réalisation de ces objectifs d'équité peut passer par différents mécanismes : baisse des prix des médicaments sur le marché international et/ou sur les marchés des pays du Sud concernés d'une part, formes diverses de subventionnement solidaire de la demande de médicaments et de soins pour les groupes dont la solvabilité n'est pas suffisante d'autre part. Il est important de noter que ces formes de « solvabilisation » de la demande dans un objectif d'équité peuvent être variées (subventions publiques par l'État ; mécanismes collectifs d'assurance sous forme publique, mutualiste ou relevant des entreprises privées ; aides internationales ; dons...). Dans tous les cas, il est important de vérifier si ces mécanismes sont cohérents entre eux, s'ils fonctionnent bien en faveur des plus défavorisés (et donc qu'ils ne sont pas « détournés » au profit de secteurs de la population qui avaient déjà la capacité de contribuer financièrement à leurs propres soins), et s'ils n'ont pas des effets « pervers » qui remettraient en cause l'efficacité globale du programme évalué.

Un critère de légitimité

Les processus de décision au travers desquels les ressources sont réparties (en l'occurrence les traitements du VIH/sida) sont-ils socialement acceptables et acceptés ? Cette question renvoie notamment aux relations entre autorités publiques, nationales et internationales, professionnels de santé, industriels et personnes vivant avec le VIH (directement ou au travers de leurs organisations) ainsi qu'au degré de consensus réel, obtenu ou non, dans le cadre de l'Initiative.

Les résultats du volet socio-économique et comportemental de l'évaluation présentés dans cet ouvrage contribuent à identifier des dysfonctionnements qu'il est indispensable de corriger si l'Initiative veut avoir réellement une chance de démontrer son efficacité, son respect de l'équité et sa légitimité. Les responsables ivoiriens se sont déjà efforcés de corriger certains des dysfonctionnements en dépit d'une situation politique difficile depuis début 2000. On peut d'ailleurs espérer que la stabilisation actuelle dans le pays et l'intérêt affiché pour la lutte contre le sida par le nouveau gouvernement accélérera la mise en œuvre des adaptations nécessaires de l'Initiative.

Apports et limites de l'Initiative en Côte d'Ivoire

Les éléments apportés par l'évaluation et détaillés dans cet ouvrage, conduisent à souligner les points suivants.

Les objectifs

Il existe une nécessité de réaffirmer les objectifs de l'Initiative quant à l'amélioration de la prise en charge globale de l'infection à VIH dont l'accès aux traitements antirétroviraux est une composante importante mais non unique.

Si, dès le lancement de l'Initiative, au plan international comme en Côte d'Ivoire, les objectifs généraux affichés par l'Onusida ont toujours concerné l'amélioration de l'accès aux traitements aux différents niveaux du système de soins, il est indéniable que la focalisation initiale des partenaires ivoiriens sur l'accès spécifique aux traitements antirétro-

viriaux dans les centres spécialisés de référence (par ailleurs légitime dans un contexte où les pays du Sud se voyaient menacés d'être interdits d'accès aux progrès thérapeutiques diffusés largement dans les pays riches du Nord) a pu entretenir une attention insuffisante aux autres volets de l'Initiative, en premier lieu la promotion de l'accès aux traitements des infections opportunistes mais aussi l'amélioration de la prise en charge psycho-sociale des personnes atteintes. Il est donc urgent de faire un bilan de l'accès aux traitements des infections opportunistes en Côte d'Ivoire et de vérifier dans quelle mesure, à la fois, des améliorations du dépistage/diagnostic suivies de mise en route des prophylaxies, et la diffusion des traitements ARV, ont été susceptibles de réduire l'incidence de ces infections.

L'alignement sur les critères médicaux

L'alignement de l'Initiative ivoirienne sur les critères médicaux d'éligibilité les plus « larges » pour l'initiation d'un traitement ARV ($CD4 \leq 500/\text{mm}^3$ et $CV > 10\,000$ copies/ml), prônés par des recommandations élaborées dans le contexte des pays du Nord, contexte totalement différent en matière de ressources disponibles, a créé d'emblée une tension extrêmement difficile à gérer entre les besoins potentiels de traitements et les moyens disponibles pour les satisfaire. Cette situation n'a pu que contribuer à donner un poids déterminant à des critères « extra-médicaux » de type socio-économique (capacité à payer) dans le mécanisme de sélection des patients pouvant avoir accès aux traitements ARV par l'intermédiaire de l'Initiative. Ajoutons à cela que le processus concret de décision tend à faire précéder l'évaluation proprement médicale par celle de critères socio-économiques. Dès lors, les équipes médicales se voient de fait chargées d'une sélection « sociale » des patients pour l'accès aux traitements, pour laquelle elles sont peu préparées et qui risque à terme de soulever de graves difficultés éthiques ; cela rendra par ailleurs difficile le respect des objectifs d'équité. Ainsi, avec les critères actuels, il est possible que des patients à un stade beaucoup plus avancé de l'infection se voient ainsi refuser une subvention pour des raisons d'incapacité financière alors que des patients moins gravement atteints se voient subventionnés. Cette situation serait clairement contraire à l'ob-

jectif d'équité horizontale d'égalité des chances d'accès au traitement à besoin médical identique. L'évaluation souligne également l'importance des processus de « découragement » ou de non-orientation de patients vers l'Initiative, en amont de la consultation de bilan initial et immédiatement après celle-ci, ce pour des raisons de capacité à participer financièrement au coût du traitement. Ceci suggère que, s'il est indéniable que l'Initiative peut effectivement permettre l'accès aux antirétroviraux de personnes qui en seraient normalement exclues, le degré d'amélioration de l'équité verticale en faveur des personnes les plus économiquement démunies demeure incertain et sujet à débat.

Le nombre limité de patients inclus dans l'Initiative (environ un millier fin 2000), au regard des 4 000 initialement prévus mais aussi des besoins, ainsi que le passage de la bithérapie à la trithérapie, ont accentué l'aspect expérimental (dans tous les sens du terme) de l'Initiative au détriment du projet pilote de santé publique. Cela risque de faire dériver la logique de l'Initiative d'un projet pilote de santé publique, visant à modifier les conditions d'accès aux traitements à l'échelle de la population ivoirienne infectée par le VIH dans son ensemble, vers ce qui ne serait plus qu'une expérimentation limitée de la faisabilité de la mise sous trithérapie dans un contexte africain. La relance annoncée de l'objectif de plusieurs milliers de patients (de l'ordre de 3 000) courant 2001 est un premier pas dans la réaffirmation des objectifs de santé publique de l'Initiative.

La complexité et la lenteur du dispositif de mise sous traitement

Le délai de mise sous traitement, depuis le bilan initial, est long et assez mal compris des patients qui le jugent opaque. De plus, la mise sous traitement souffre de l'absence de soutien psychosocial ; les volontaires des associations théoriquement mobilisés pour cette tâche n'ont de surcroît perçu qu'épisodiquement l'indemnité promise, ce qui a fortement contribué à les démobiliser.

Ajoutons enfin que la procédure d'octroi d'une subvention semble inutilement bureaucratique. Cette procédure devrait pouvoir être simplifiée afin que les délais d'attente soient raccourcis, en même temps que les critères sociaux d'accès aux subventions doivent être mieux dé-

finis et que la possibilité d'élargissement des subventions les plus importantes (95 %), voire de la gratuité complète des ARV, pour certains groupes particulièrement défavorisés, puisse être envisagée.

La pérennité financière incertaine du système en place

L'absence de contribution financière directe de l'Onusida (absence annoncée clairement dès l'origine, conformément à la vocation de cette organisation du système des Nations unies) implique de mieux planifier les disponibilités financières dont pourront disposer, à moyen terme, pour subventionner les traitements du VIH/sida, tant le Fonds ivoirien de solidarité que le Fonds de solidarité thérapeutique international.

Medical Access, structure mise en place conformément au schéma originellement souhaité par l'Onusida, n'a pas assuré sa fonction d'intermédiaire entre les laboratoires et les centres accrédités dans l'approvisionnement en médicaments. Sa suppression s'est avérée justifiée devant le rôle efficace joué pour l'approvisionnement en médicaments par la Pharmacie de santé publique (PSP). Il faut s'efforcer de résoudre de façon durable les difficultés de trésorerie, qui ont alimenté à plusieurs reprises des « crises » entre la PSP et les centres accrédités où s'effectuent les prescriptions ; la première jouant de fait un rôle de « banque » pour les seconds, rôle précisément remis en cause par les retards de remboursement par les centres des avances consenties par la PSP (ces difficultés ayant créé à plusieurs reprises, en 1999 et 2000, des ruptures dans la continuité de l'approvisionnement en ARV).

Surtout, la politique ivoirienne, relayant les efforts internationaux allant dans le même sens, pour poursuivre la pression à la baisse des prix des médicaments du VIH/sida (ARV compris), doit continuer de combiner les négociations avec les compagnies fabriquant des spécialités sous brevets avec une mise en concurrence, par l'intermédiaire d'appels d'offres, incluant la possibilité d'utilisation accrue de génériques.

Une multiplication de points de tension au cours des dix-huit derniers mois, au sein et autour de l'Initiative

Ces points de tension se repèrent dans les relations :

- entre les différents acteurs du système de diffusion des médicaments (tensions entre la PSP et *Medical Access*, entre la PSP et les centres accrédités, la PSP étant *de facto* l'interlocutrice des centres accrédités ; entre les associations de personnes atteintes et les responsables de l'Initiative, les premières se plaignant des lenteurs, opacités et blocages du système en particulier en ce qui concerne un accès équitable aux traitements) ;
- entre les différentes associations comme entre les membres de chacune des associations (certains ayant eu accès aux trithérapies, beaucoup d'autres n'y ayant pas encore eu accès).

Des éléments de diagnostic

En dépit des difficultés (financières, organisationnelles et pratiques), l'Initiative ivoirienne conserve un puissant pouvoir de mobilisation, au point que nombre d'actions menées dans le domaine de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans le pays, y compris lorsqu'elles sont antérieures à son lancement ou ne se situent pas directement dans le système mis en place par l'Initiative, se retrouvent sous sa bannière. Elle conserve un caractère exemplaire en comparaison de la situation des autres pays africains touchés par la pandémie qui n'en bénéficient pas encore. La présentation des résultats intermédiaires de l'évaluation par l'ANRS et Retro-CI, lors de la Conférence mondiale sur le sida de Durban en juillet 2000, et l'intérêt qu'elle a suscitée, confirme largement cette exemplarité.

En dépit des problèmes de trésorerie et de financement, mentionnés plus haut, l'expérience de l'Initiative en Côte d'Ivoire a commencé de démontrer la faisabilité de l'introduction des traitements antirétroviraux dans le contexte africain, et a permis une augmentation significative des volumes de prescriptions de traitements des infections opportunistes, ceci sans que semblent s'être développés des circuits parallèles qui remettraient en cause une utilisation rationnelle de ces thérapeutiques.

L'Initiative – dans son principe initial de rendre accessibles les médicaments de l'infection à VIH/sida – est donc légitimement l'objet d'un large consensus et d'une forte adhésion au plan national ivoirien. Ce consensus est néanmoins menacé actuellement par les tensions que les difficultés pointées dans l'évaluation ne peuvent manquer de susciter. On peut craindre une désillusion des espoirs suscités par l'Initiative dans l'ensemble de la population vivant avec le VIH et dans la population générale, si celle-ci ne passe pas à un palier supérieur (notamment en termes de nombre de personnes traitées) dans un avenir proche.

Jusqu'en juillet 2000, les efforts tant de l'Onusida que des autorités ivoiriennes se sont heurtés à l'absence d'une dynamique internationale susceptible, d'une part de faire pression sur les firmes pharmaceutiques pour faire baisser les prix des antirétroviraux en présence d'un marché peu concurrentiel, d'autre part de mobiliser des fonds susceptibles d'aider au « subventionnement » effectif des traitements. Une telle dynamique de baisse des prix et d'élargissement des financements des organismes internationaux, Banque mondiale comprise, pour les traitements du VIH/sida semble aujourd'hui susceptible d'émerger, en dépit des conflits en retour qu'elle ne manque pas de susciter (introduction début 2001 d'une plainte du gouvernement américain contre le Brésil devant l'Organisation mondiale du commerce, action de justice intentée par 36 firmes pharmaceutiques contre la loi sur le médicament adoptée par le gouvernement sud-africain et finalement retirée) (voir chapitre 7.2). La Côte d'Ivoire, du fait de l'expérience accumulée dans l'Initiative, est particulièrement bien placée pour exploiter ces nouvelles opportunités au bénéfice de sa population infectée par le VIH.

A partir des différents constats de l'évaluation, des recommandations principales ont été formulées par l'équipe ANRS, dont certaines rejoignent des préoccupations déjà exprimées par les responsables concernés, et dont une partie significative est d'ores et déjà appliquée ou en cours d'application. Les recommandations sont résumées dans l'encadré ci-dessous.

Pour l'Onusida, il est important :

- de relancer la réflexion sur les protocoles cliniques mis en œuvre dans le cadre de l'Initiative afin de proposer des recommandations aux partenaires des pays concernés et d'aider ceux-ci à faire leurs choix, compte tenu à la fois de ce qui est progressivement établi dans la littérature scientifique sur les stratégies thérapeutiques et des moyens en médicaments dont ils peuvent effectivement disposer dans le cadre de l'Initiative ;
- de renforcer les initiatives visant à compenser les conséquences du caractère fortement oligopolistique du marché des antirétroviraux au plan international, peu favorable à la négociation des prix des innovations à la baisse, et à obtenir la poursuite des baisses de prix de ces médicaments tenant compte de l'urgence de santé publique dans les pays en développement.

Ces initiatives impliquent d'approfondir les négociations constructives, pays par pays, avec les firmes multinationales mais en les appuyant sur un contexte qui pourrait être rendu plus favorable :

- par l'incitation à une plus grande concurrence de la part de médicaments génériques, notamment ceux pouvant être produits à moindre coût dans des pays du Sud disposant d'une industrie pharmaceutique nationale ;
- par l'échange systématique entre pays d'informations sur les prix et les volumes d'achats de médicaments ;
- par une intervention dans les négociations sur les droits de propriété intellectuelle au plan international - accords TRIPS - visant à maintenir ouverte la possibilité pour les pays ayant à faire face à des « urgences nationales » comme l'épidémie de VIH/sida d'acheter et produire des génériques de médicaments couverts par des brevets, et de recourir à l'obligation d'accord de licences (*compulsory licensing*) de la part des firmes titulaires de ces brevets² ;
- de réaliser rapidement des évaluations coût-efficacité visant à identifier les indications médicales où l'initiation d'un traitement ARV est susceptible de produire le maximum de résultats sanitaires ainsi que les combinaisons thérapeutiques permettant d'atteindre ces résultats au moindre coût ;
- d'inclure dans les négociations avec les partenaires des pays des projets pilotes une aide en formation de personnels qualifiés permettant de leur donner les moyens effectifs d'informer au mieux les patients et de clarifier le mécanisme d'accès concret aux traitements dans le cadre de l'Initiative, ce qui leur est très difficile compte tenu de leurs charges de travail actuelles.

Au plan des autorités ivoiriennes, il est important :

- de rediscuter, de façon concertée entre l'Onusida et les responsables ivoiriens, les critères cliniques d'initiation du traitement ARV, en prenant appui sur l'évolution de la littérature scientifique internationale et en tenant clairement compte des ressources mobilisées et mobilisables pour la mise en œuvre de l'Initiative ;
- de mieux définir les critères socio-économiques d'accès en s'efforçant de mieux les « objectiver » en n'excluant pas, par exemple au nom d'un attachement dogmatique aux politiques dites de « recouvrement des coûts », la possibilité de la gratuité des médicaments pour certaines catégories de population particulièrement démunies et en s'efforçant de définir un barème clair d'évaluation des revenus familiaux conditionnant l'accès aux différents niveaux de subventions.

² L'Onusida a d'ailleurs pris une claire position en ce sens à l'occasion de la Conférence de Seattle de l'Organisation mondiale du commerce, 30 novembre-3 décembre 1999.

- de garantir et de maintenir les engagements financiers du Fonds ivoirien de solidarité et de confirmer la part de l'effort global en matière de lutte contre le sida qui doit être consacrée à l'amélioration de l'accès aux traitements par le biais de l'Initiative ;
- de résoudre les difficultés chroniques de trésorerie, ce qui passe par une révision du système de décaissement entre la Pharmacie de santé publique et les centres accrédités et par un renforcement de la cellule de coordination de l'Initiative ;
- d'améliorer le système de commandes et de distribution des ARV afin d'assurer la continuité de l'approvisionnement des centres accrédités ;
- d'adapter les moyens matériels de l'Initiative à l'extension prévue du nombre de patients sous ARV en renforçant le personnel dédié à cette tâche dans les centres accrédités et en envisageant l'ouverture de nouveaux centres accrédités à l'intérieur du pays ;
- de réformer le système d'attribution des subventions en vue de le simplifier (à la fois quant aux procédures de sélection des demandes et de décaissement des fonds et du point de vue des niveaux de subvention, la notion de « démunis » étant trop imprécise et la subvention correspondante paraissant inadaptée aux réalités) et en vue de prendre en considération non plus seulement des individus (considérés comme isolés) mais les ménages concernés ;
- de mieux coupler évaluation médicale et évaluation socio-économique dans le circuit de décision conduisant à l'accès éventuel au traitement ARV dans le cadre de l'Initiative afin de clarifier les conditions de mise sous traitement qui demeurent, aux yeux des patients, trop imprécises ;
- d'assurer un soutien psychosocial aux patients à partir de tous les centres accrédités, en impliquant les associations de personnes vivant avec le VIH et en donnant à leurs volontaires l'ensemble des moyens de le faire dans les meilleures conditions possibles ;
- de promouvoir des formes complémentaires de solidarité pour le financement des traitements que les seules subventions publiques, par exemple par le soutien à la création de fonds d'assurance VIH/sida permettant de mutualiser les risques pour les salariés des entreprises privées et publiques ;
- d'améliorer l'information de l'ensemble de la population sur la prise en charge du VIH/sida et les possibilités d'y accéder.

Chapitre 7.2

Mettre l'évaluation socio-économique au service de l'accès aux traitements du VIH/sida dans les pays en développement : un nécessaire changement de perspectives

Jean-Paul MOATTI, Stéphane LUCCHINI, Philippe MSELLATI,
Laurent VIDAL, Yves SOUTEYRAND

Depuis la XI^e Conférence mondiale sur le sida de juillet 1996 à Vancouver, la nécessité d'une accélération de l'accès aux soins dans le domaine du VIH/sida pour les 95 % des 35,3 millions de personnes qui étaient estimées être infectées par le VIH de par le monde en l'an 2000¹ est devenue un objet de préoccupations et de controverses croissantes au plan international. Cette nécessité est devenue un objectif prioritaire, enfin explicitement reconnu, pour l'ensemble des institutions des Nations unies depuis la XIII^e Conférence mondiale sur le sida de Durban, en Afrique du Sud, en juillet 2000. Aujourd'hui comme hier, plusieurs arguments, relayés par de nombreux experts économiques et de santé publique du Nord, comme d'ailleurs de nombreux responsables des pays du Sud, s'opposent néanmoins à ce que la diffusion des traitements du VIH/sida, notamment des traitements antirétroviraux à la fois les plus efficaces et les plus coûteux, puisse constituer une option crédible et rationnelle dans les pays en développement (PED). Au mieux, ces arguments concèdent-ils que dans une « *approche par palier* » les thérapies antirétrovirales puissent constituer le « *sommet de la pyramide* » et pourront être envisagées, une fois que les autres niveaux de prise en charge (du traitement des MST à la prophylaxie des infections opportu-

¹ Unaid. *Report on the global HIV epidemic*. June 2000, Geneva.

nistes en passant par les soins palliatifs et le soutien psycho-social) auront été préalablement assurés².

Les arguments hostiles à la diffusion à large échelle des traitements antirétroviraux dans les PED ont été récemment synthétisés par deux auteurs, qui ne peuvent en aucun cas être soupçonnés de partialité, dans un article publié dans un journal scientifique prestigieux³. Le premier type d'arguments tient tout simplement à ce que les coûts de ces traitements ne pourraient que demeurer hors de portée des capacités financières de ces pays, d'une part du fait de la nécessité de maintenir des prix élevés des molécules antirétrovirales (afin de ne pas désorganiser durablement le marché international et la recherche mondiale des médicaments contre le VIH/sida), d'autre part du fait de l'inadaptation des infrastructures sanitaires existantes. Ainsi, ces auteurs écrivent que « *les multithérapies antirétrovirales ne sont pas financièrement accessibles (affordable) à grande échelle pour les pays les moins développés que ce soit sur la base de fonds privés ou publics* » et qu'il s'agit d'« *une technologie à laquelle la grande majorité des citoyens pauvres de ces pays ne peuvent adhérer et que les systèmes de santé existants des pays pauvres ne sont pas en mesure de mettre en œuvre* ».

Un deuxième groupe d'arguments affirme que les traitements antirétroviraux, en dehors de leur utilisation éventuelle pour la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH, ne peuvent constituer un choix économique rationnel, par comparaison avec d'autres usages alternatifs des ressources limitées dont disposent les PED pour faire face aux besoins sanitaires de leurs populations⁴. Les mêmes auteurs écrivent dans ce sens que « *même si les médicaments ARV étaient bon marché, ce type de thérapie ne serait probablement pas coût-efficace pour la grande majorité des patients en comparaison du traitement des infections opportunistes en raison des problèmes de non-observance et d'approvisionnement erratique en médicaments* ».

Un troisième type d'arguments revient sur les risques de non

² World Health Organization (WHO). *Guidelines on standard treatments and essential drugs for HIV-related conditions. Access to HIV-related drugs*. Geneva, DAP/97.9, 1997.

³ Ainsworth M, Teokul W. Breaking the silence : setting realistic priorities for AIDS control in less developed countries. *Lancet* 2000 ; 356 : 55-60.

⁴ C'était la conclusion qui ressortait clairement de la consultation organisée en 1997 par l'OMS et l'Onusida sur ce sujet. In : Van Praag E, Fernyak S, Katz AM, eds. *Les incidences des traitements antirétroviraux. Consultation informelle, avril 1997*. WHO/ASD/97.2, Geneva.

observance massive des traitements par les patients des PED pour agiter le spectre d'une « *catastrophe de santé publique* » dans l'éventualité de transmission massive de souches virales devenues résistantes aux thérapeutiques existantes⁵.

Enfin, un dernier volet d'arguments se réfère à la notion d'équité dès lors qu'il est bien sûr irréaliste d'envisager que l'accès aux traitements puisse d'emblée couvrir l'ensemble de la population concernée par l'infection à VIH. Dans ces conditions, « *le recours à des fonds publics pour subventionner dans les pays les plus pauvres le traitement des patients qui présentent le meilleur niveau d'éducation et la meilleure capacité d'être compliants comme du meilleur accès aux structures sanitaires serait grandement inéquitable et détournerait des ressources sanitaires des plus pauvres vers ceux qui ne le sont pas* »⁶.

Les leçons qui peuvent être tirées de l'Initiative permettent d'apporter des éléments, au moins partiels, de réfutation de ces arguments. Dans ce dernier chapitre, nous nous efforçons de croiser les leçons de l'évaluation menée en Côte d'Ivoire avec les outils d'analyse économique. Comme nous chercherons à le montrer, ce croisement permet d'esquisser une alternative qui fait le pari, pour reprendre la belle expression du Pr Hakima Himmich du Maroc lors d'un débat de la Conférence de Durban, de « *mettre la pyramide des soins sur sa pointe* », c'est-à-dire de faire d'un accès facilité aux traitements antirétroviraux pour une fraction significative de la population infectée des PED le vecteur d'améliorations plus globales de la prise en charge du VIH/sida, voire de la situation sanitaire d'ensemble. A ce niveau, les leçons de l'Initiative rejoignent les préoccupations et les expériences d'autres programmes nationaux de lutte contre le sida et d'organisations non gouvernementales qui, à des échelles diverses, ont également intégré dans leur stratégie contre l'épidémie l'amélioration de l'accès aux médicaments, antirétroviraux compris, notamment au Brésil, au Sénégal ou en Thaïlande⁷.

⁵ Wainberg M, Friedland G. Public health implications of antiretroviral therapy and HIV drug resistance. *JAMA* 1998 ; 279 : 1977-83. Ainsworth et Teokul reprennent cet argument à leur compte lorsqu'ils écrivent – *Op. cit.*, note 3 – qu'« *une mauvaise compliance peut générer la diffusion de souches virales résistantes, au détriment des futurs patients atteints de sida* ».

⁶ Ainsworth et Teokul. *Op. cit.*, note 3.

⁷ Kraissintu K. *Generic production of HIV-AIDS related drugs in Thailand*. 15th International AIDS Conference, Durban, 9-14 July 2000 [LbO21].

Jusqu'où une baisse des prix des médicaments et des coûts globaux de traitement du VIH/sida dans les PED est-elle envisageable ?

Il est aisé de montrer que, au moins pour les pays de l'Afrique sub-saharienne, la généralisation des traitements ARV à l'ensemble de la population infectée est totalement hors de portée, puisqu'elle épuiserait la totalité ou la quasi totalité de leurs budgets de santé, voire une part significative de la richesse nationale (tableau 34).

Tableau 34

Part de la richesse nationale que représenterait une couverture à 100 % des personnes infectées par le VIH par les multithérapies antirétrovirales* (ARV)

	Suisse	Côte d'Ivoire	Ou-ganda	Vietnam	Chili	Zimbabwe
Population (millions)	7	14	21	76	14	12
Population HIV ⁺ (milliers)	12	700	950	88	16	1 500
ARV pour tous (milliards US\$)	0,14	8,4	11,2	1,1	0,2	18
ARV pour tous (en % du PNB)	0,06	84	172	4,3	0,3	265

* Sur la base de coûts annuels de l'ordre de 12 000 US\$ par personne/an.
Source : Onusida, 2000.

Mais, cette affirmation « de bon sens » ne démontre en rien que des traitements antirétroviraux ne puissent pas constituer un choix économiquement rationnel pour certains groupes de patients et de popu-

Sylla O, Lanièce I, Mbodj L, Ndoye I. *Microeconomic impact of the antiretroviral therapy among patients of the senegalese cohort*. 15th International AIDS Conference, Durban, 9-14 July 2000 [LbO25].

Perez-Casas C, et al. *Access to essential medicines campaign. Médecins Sans Frontières. HIV/AIDS medicines pricing report. Setting objectives : is there a political will ?* 15th International AIDS Conference, Durban, 6 July 2000 [communication orale].

Ministry of Health of Brazil. *National Drug Policy*. February 2001.

lations, en particulier dès lors que l'on envisage de remettre en cause le « dogme » de l'impossibilité de pratiquer des baisses de prix massives dans ces pays pour les médicaments du VIH/sida.

De quelques recommandations suggérées par la théorie de la concurrence imparfaite

La *théorie économique de la concurrence imparfaite* a déjà été appliquée avec succès à la compréhension de marchés caractérisés par une structure oligopolistique (c'est-à-dire où le nombre de firmes est suffisamment faible pour que chacune s'inquiète de la façon dont ses concurrentes réagiront à ses actions). Le marché des médicaments antirétroviraux rentre dans cette catégorie.

Les firmes pharmaceutiques sont en mesure d'imposer des prix élevés pour les médicaments (ou les kits diagnostics) protégés par des brevets, qui se trouvent « justifiés » par la nécessité d'amortir des coûts élevés de recherche et développement (R&D) et de respect des procédures (notamment réalisation d'essais cliniques) indispensables pour obtenir les autorisations de mise sur le marché (AMM) de leurs nouveaux produits en Amérique du Nord et dans l'Union européenne.

L'importance des coûts de mise au point d'un nouveau médicament et la hausse régulière de ces coûts au cours des trente dernières années est une réalité indéniable. La branche pharmacie présente le ratio dépenses de R&D sur chiffre d'affaires (CA) le plus élevé (entre 12 % et 20 % pour les 40 entreprises les plus importantes) de toute l'industrie américaine (à comparer à une moyenne de 7,2 % pour la branche informatique et de 3,4 % pour l'ensemble de l'industrie hors pharmacie)⁸. Le « retour sur investissement » de ces dépenses de R&D en augmentation constante se heurte à deux difficultés. La première est liée à l'allongement de la durée du cycle de R&D lui-même. Le temps moyen de développement d'un médicament jusqu'à l'AMM est passé, aux États-Unis, de 8.1 ans entre 1960/1970 à 14.2 ans entre 1990/1996, tandis que le nombre moyen de patients inclus dans les essais cliniques aux fins

⁸ Barral PE. *Twenty years of pharmaceutical research results throughout the world*. Rhone-Poulenc Rorer Foundation, Paris, 1996.

d'obtention de l'AMM a été multiplié par 3 (de 1 300 à 4 200) entre 1980/1985 et 1990/1995⁹. La conséquence en est un coût moyen élevé de R&D par nouveau médicament parvenant sur le marché (500 millions de \$), et selon certaines évaluations, une incapacité de sept médicaments sur dix obtenant une AMM d'amortir leurs coûts de R&D¹⁰. Une deuxième difficulté tient au raccourcissement du cycle de vie commercial du produit. Aux États-Unis, 72 % des médicaments nouveaux mis sur le marché voient apparaître un produit concurrent dans les 18 mois et sont soumis à une concurrence croissante des génériques qui occupent une part de plus en plus importante du marché américain des prescriptions pharmaceutiques (de 27,0 % en 1987 à 44,3 % en 1997). Quant à la part des dépenses pharmaceutiques remboursées par les systèmes d'assurance-maladie qui correspond à des produits encore protégés par un brevet, elle était estimée en 1996 à 22 % seulement du total pour les pays de l'Union européenne.

Pour autant, les prix élevés des médicaments nouveaux ne reflètent pas leur coût marginal de production (le coût nécessaire pour produire une unité additionnelle de médicament) qui, lui, s'avère faible. C'est ce qui explique que les producteurs de médicaments génériques, dès lors qu'ils ne payent pas de redevances d'exploitation au titulaire d'un brevet ou qu'ils produisent des molécules tombées dans le domaine public, puissent pratiquer des prix très inférieurs. C'est ce qu'illustre le *tableau 35* extrait d'une étude récente réalisée par l'équipe de Médecins sans frontières engagée dans la « *Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels* »¹¹. Ainsi, un médicament anti-bactérien comme la ciprofloxacine peut bénéficier dans certains pays, grâce aux génériques, de prix de vente soixante-huit fois inférieurs aux tarifs moyens pratiqués aux États-Unis. Les autorités brésiliennes ont pu, en s'appuyant sur leur capacité natio-

⁹ Di Masi JA. Success rates for new drugs entering clinical testing in the United States. *Clin Pharmacol Ther* 1995 ; 8 : 125-32. Le raccourcissement des délais de mise en œuvre des procédures d'autorisation des nouveaux médicaments est d'ailleurs devenu un objectif explicite des autorités américaines. Reh M. Changes at FDA may speed drug approval process and increase off-label use. *J Natl Cancer Inst* 1998 ; 90 : 805-7.

¹⁰ Grabowski H, Vernon J. Returns to R&D on new drug introductions in the 1980's. *J Health Eco* 1994 ; 15 : 85-104.

¹¹ Perez-Casas C, *et al.* *Op. cit.*, note 7.

nale de production de génériques, rapidement proposer des trithérapies

Tableau 35
Prix des ARV et des médicaments contre les infections opportunistes existant en version générique (US\$/2000)

	Ciprofloxacin 250 mg	Didanosine 100 mg	Efavirenz 200 mg	Fluconazole 200 mg	Lamivudine 150 mg	Nevirapine 200 mg	Stavudine 40 mg	Zidovudine 100 mg
Brésil	ND*	0,5	2,3	ND	0,8	2,5	0,3	0,2
Colombie	0,05	0,8	3,3	0,4	1,7	4,3	2,4	0,7
Guatemala	0,05	2,3	3,4	0,6	2,4	ND	4,2	0,4
Inde	ND	ND	ND	0,6	0,5	2,1	0,6	0,2
Afrique du Sud	0,40	0,7	2,4	4,1	1,1	3,0	2,5	0,4
Thaïlande	0,06	0,7	2,7	0,3	2,5	3,5	0,4	0,2
Ouganda	0,14	1,3	ND	1,3	1,6	4,7	3,1	0,7
US (prix de gros)	3,40	1,8	4,4	12,2	4,5	4,9	4,9	1,7
Différence prix USA versus prix le plus bas	68,0 x	3,6 x	1,9 x	40,6 x	9,0 x	2,5 x	16,3 x	8,5 x
Différence en %	98 %	72 %	48 %	98 %	89 %	56 %	94 %	88 %

* Non disponible.

Source : Médecins Sans Frontières.

antirétroviraux pour des prix de l'ordre de 1 000 à 1 200 US\$ par patient et par an, soit des réductions de prix d'un facteur de l'ordre dix à quinze par rapport aux prix nord-américains. Sans qu'il existe d'études précises à ce sujet, il paraît envisageable que des économies d'échelle puissent garantir des coûts marginaux de production des molécules nécessaires à une multithérapie antirétrovirale aussi bas que 200 US\$ par personne/an (voir encadré 1).

Encadré 1
La situation des génériques d'antirétroviraux

Les deux principaux pays producteurs de génériques d'antirétroviraux à l'heure actuelle sont le Brésil et l'Inde. Ils produisent la totalité des antirétroviraux de première génération (AZT, d4T, ddl, ddC, 3TC), un antirétroviral de deuxième génération (la névirapine) et, dans le cas du Brésil, un antirétroviral de troisième génération appartenant à la classe des antiprotéases (l'indinavir).

La fabrication, au Brésil et en Inde, de copies de ces médicaments, pourtant développés par des laboratoires occidentaux, est entièrement légale. En effet, ces produits n'ont jamais été protégés par aucun brevet, ni au Brésil, ni en Inde, parce qu'à l'époque où ils ont été inventés, les médicaments faisaient partie en Inde et au Brésil de la liste des produits non-brevetables. Toutefois, avec l'uniformisation des systèmes de propriété intellectuelle imposée par la mondialisation et l'Organisation mondiale du commerce (créée le 1^{er} janvier 1995), le Brésil doit, depuis 1996, concéder aux industriels des brevets de 20 ans sur les médicaments. Le gouvernement américain a attaqué, début 2001, devant l'OMC une des dispositions de la loi brésilienne sur les brevets dont le but implicite était de réduire la marge de manœuvre du pays pour la production de génériques. L'Inde, quant à elle, a jusqu'en 2006 pour s'aligner sur les législations occidentales en matière de propriété intellectuelle. En Thaïlande, jusqu'en 1992, les brevets n'étaient accordés que sur les procédés industriels de fabrication, et non sur les produits eux-mêmes. Ainsi, les médicaments en eux-mêmes n'étaient pas sous brevet, et si tant est qu'un autre procédé de fabrication existe, rien ne s'opposait légalement à la production de copie. C'est pourquoi l'AZT, la d4T et la ddl, qui ont été brevetés avant 1992, existent en version copiée dans ce pays.

Certains autres pays produisent de l'AZT : par exemple, l'Espagne, le Canada, ou la Russie. L'AZT fut inventé en 1964 dans le cadre de la recherche contre le cancer. Au début des années 1980, il fut testé contre le VIH et l'on découvrit son effet antirétroviral. Le brevet originel sur la molécule AZT étant déjà « tombé » dans le domaine public en 1974, le laboratoire public américain à l'origine de la découverte déposa, en 1985, un brevet sur l'utilisation de l'AZT contre le VIH. Les pouvoirs publics américains cédèrent à la firme britannique GlaxoWellcome une licence exclusive mondiale sur le brevet d'utilisation de l'AZT. Toutefois, en 1985, un grand nombre de pays ne reconnaissaient pas les brevets, soit sur les produits, soit sur les médicaments, soit sur l'utilisation du médicament. Dans ce cas, des versions génériques d'AZT en usage anti-VIH peuvent être fabriquées ou importées. De plus, il reste tout à fait légal, dans les pays où le brevet d'utilisation de l'AZT existe, de fabriquer tous les ingrédients nécessaires à la formulation de comprimés d'AZT aux doses de l'indication VIH, et d'exporter ces comprimés « en kit » vers des pays où il n'y a pas de brevet sur l'AZT, qui pourront reformuler le comprimé final à partir de ces ingrédients.

La théorie économique prédit que dans un marché de concurrence pure et parfaite où les consommateurs seront automatiquement incités à reporter leurs achats d'un bien X vers un bien Y si le bien Y est substituable à X (c'est-à-dire satisfait un besoin similaire) et que son prix est inférieur, le prix tend à l'équilibre à être égal au coût marginal. Sur la *figure 14*, c'est le point A qui se situe à l'intersection entre la courbe de demande et la courbe de coût marginal. De même, s'agissant de biens et services publics, la tarification optimale sera celle qui se fonde sur le coût marginal¹².

Mais, dès lors qu'une firme dispose d'une position de monopole sur un marché, elle devient en mesure de maximiser son profit en égalisant sa recette marginale et son coût marginal (le point B sur la *figure 14*) et donc d'imposer un prix (C sur la *figure 14*) qui pourra même être supérieur au coût moyen. Le résultat est à la fois une diminution des quantités produites et vendues sur le marché et la captation par le monopoleur d'un surprofit correspondant à une *rente monopolistique*. On peut montrer que l'écart entre le prix de monopole et celui qui s'établirait sur le marché concurrentiel dépend de l'élasticité de la demande par rapport au prix (c'est-à-dire du pourcentage de variation des quantités demandées en fonction de la variation en pour cent du prix du bien) (voir *encadré 2*).

Encadré 2 **Prix de monopole et prix concurrentiel**

Comme on le voit sur le *tableau 36*, si le coût marginal est de 1\$ et donc le prix concurrentiel de 1\$, et que l'élasticité est constante tout le long de la courbe de demande, et égale à 2 (une hausse de prix de 1 % implique une baisse de 2 % des quantités demandées), le coefficient multiplicateur dû à la situation monopolistique sera de :

$$\frac{1}{(1 - 1/2)} = 2 \text{ et le prix de monopole de } 2 \$$$

Si une taxe est imposée par les pouvoirs publics et augmente le coût marginal de production de 0.5 \$, le prix concurrentiel deviendra 1.5 \$, mais le monopole aura la possibilité de répercuter plus que le montant de la seule taxe sur les consommateurs et le prix de monopole sera $1,5 \times 2 = 3 \$$. De façon générale, plus l'élasticité de la demande sera faible (c'est-à-dire qu'une hausse des prix affecte peu les quantités demandées par exemple parce qu'il s'agit de biens essentiels pour la santé publique), plus le coefficient d'écart entre prix de monopole et prix concurrentiel sera élevé.

¹² Boiteux M. Sur la gestion des monopoles publics astreints à l'équilibre budgétaire. *Econometrica* 1956 ; 24 : 22-40.

Tableau 36

Prix de monopole versus prix concurrentiel

Élasticité de la demande $De = -\frac{\Delta Q/Q}{\Delta P/P}$ avec Q (quantités du marché) et P (prix)

Sur un marché concurrentiel, on aurait

$$P = Cm \text{ (coût marginal)}$$

En situation de monopole, on aura

$$Rm = Cm \text{ (recette marginale = coût marginal)}$$

Or,

$$Rm = p + [\Delta.Q] \text{ (recette marginale) = prix + [(variation du prix) x (quantités vendues)]}$$

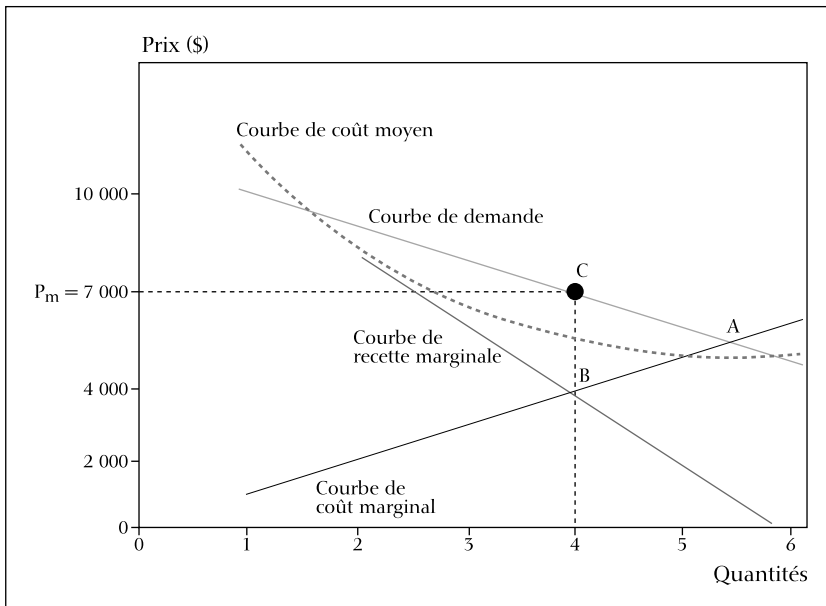
D'où

$$Rm = p \times [1 - 1/De]$$

$$Rm = Cm = p \times [1 - (1/De)] \Rightarrow$$

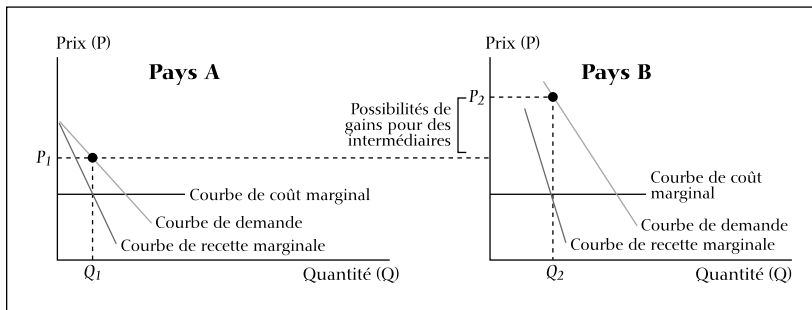
$$P = \frac{Cm}{[1 - (1/De)]}$$

Figure 14

Demande, recette marginale, monopole

Un autre point important souligné par la théorie économique (et illustré par la *figure 15*) est que les monopoleurs ont la possibilité de pratiquer une discrimination par les prix. Celle-ci consiste à appliquer des prix différents selon les clients ou les marchés. Par exemple, même si le coût marginal est identique pour fournir un même bien dans deux pays différents et que la recette marginale sera égale au même coût marginal, la firme ayant un pouvoir de monopole pourra pratiquer des prix différents devant des courbes de demande différentes. Ces différences de prix entre pays créent objectivement la possibilité de l'intervention d'entreprises jouant le rôle d'intermédiaires (achetant là où le prix est moins cher pour le revendre là où il est plus élevé) susceptibles de « partager » la rente avec le monopoleur¹⁵. Le risque d'importations parallèles capables de provoquer des effets « pervers » sur les marchés du Nord est souvent agité par les grandes compagnies pharmaceutiques pour refuser une différenciation des prix dans le Sud, mais cette possibilité est en réalité intrinsèquement inscrite dans la structure de concurrence imparfaite des marchés des médicaments innovants. Ces firmes pratiquent déjà elles-mêmes différentes formes de discrimination par les prix selon les marchés nationaux.

Figure 15
Discrimination par les prix



¹⁵ A l'intérieur d'un même pays, un monopoleur peut opérer une discrimination par les prix dès lors que la revente du bien est difficile ou que l'on peut classer les acheteurs potentiels selon la valeur forte ou faible de leur élasticité de demande. De nombreuses industries, avec des coûts marginaux faibles mais des coûts fixes importants à amortir, comme les chaînes hôtelières ou les compagnies aériennes, pratiquent couramment une segmentation des prix afin d'attirer des consommateurs qui sans cela renonceraient à se présenter sur leur marché.

En fait, il serait possible de « retourner » positivement cette possibilité de discrimination par les prix en faveur d'une baisse des prix sur les marchés du Sud. Il est même envisageable de convaincre les grandes compagnies (ou du moins une partie d'entre elles) que l'essor du marché dans les PED qui serait permis par une baisse drastique des prix des traitements ARV leur offrirait, au travers d'importantes économies d'échelle de production et de commercialisation, une « compensation » à une telle baisse des prix unitaires. Si ne serait-ce que 10 % des personnes infectées par le VIH en Afrique étaient en mesure d'assumer des coûts de traitement ARV de l'ordre de 500 US\$ par an (ce qui correspond à l'utilisation de téléphones mobiles déjà largement diffusée sur ce continent) cela représenterait un marché considérable de plus de 3 millions de personnes.

Une étude récemment réalisée en Ouganda¹⁴, où les traitements ARV ne bénéficient pour l'instant d'aucune subvention publique, montrait par exemple que : dans l'hypothèse où le coût annuel total du traitement ARV (médicaments et autres prestations de prise en charge) pouvait être ramené à 2 100–2 700 US\$, le nombre de patients sous traitements pourrait immédiatement être multiplié par 5 (de 1 000 à 5 000) sur la base des infrastructures existantes ; une régionalisation des infrastructures nécessaires (impliquant un investissement de l'ordre de 1,0–1,5 million de \$) ainsi qu'une réduction du coût annuel par patient à 1 500–2 100 \$ permettrait d'étendre la couverture par les traitements ARV à 10 000 patients ; et une décentralisation plus poussée, impliquant un doublement des investissements d'infrastructure, ainsi qu'une nouvelle réduction des coûts de traitement à 600–1 200 \$ permettrait d'atteindre rapidement la mise sous traitement de plus de 50 000 personnes (ceci sans financement public des médicaments eux-mêmes)¹⁵.

Bien évidemment, la réduction au coût marginal des prix de médicaments innovants comme les ARV sur l'ensemble des marchés mondiaux n'est pas souhaitable d'un point de vue collectif. Elle risquerait

¹⁴ McKinsey, *et al.* *Increasing access to ARV Treatment : Recommended Approach for Uganda*. Discussion document. Sept. 2000.

¹⁵ On notera au passage que l'argument souvent invoqué de coûts d'infrastructure insurmontables pour le système de santé, même si les « médicaments étaient disponibles », doit être sérieusement révisé à la lumière de cette étude.

d'affecter négativement le niveau d'investissement privé dans la R&D de nouvelles thérapies du VIH/sida. Depuis le grand économiste autrichien du début du xx^e siècle Josef Schumpeter, l'analyse économique a affirmé l'idée qu'une économie ne peut bénéficier d'un flux continu d'innovations que dans la mesure où les innovateurs y sont effectivement incités. Du fait d'une part du risque et de l'incertitude des investissements dans la recherche et dans la mise au point de nouveaux produits et procédés et des processus compétitifs qui leur sont associés, d'autre part du caractère de bien public conféré à une innovation dès lors qu'elle est plus ou moins facilement imitable, la possibilité d'exploiter temporairement une rente de monopole apparaît, dans cette optique, comme un « *mal nécessaire* » à court terme pour stimuler à long terme l'effort de R&D¹⁶. En lançant un nouveau produit, l'entrepreneur est récompensé de sa prise de risque par le fait qu'il est provisoirement le seul à contrôler un marché. Mais, selon la nature plus ou moins codifiable de la connaissance scientifique et technologique incorporée à ce produit, l'imitation par la concurrence (effet dit de *spillover*) sera plus ou moins rapide.

La première justification d'un système de brevets est bien de garantir à l'innovateur l'amortissement de ses dépenses de R&D en lui octroyant une forme temporaire d'exclusivité d'usage, dans la mesure où en l'absence d'une telle garantie, l'effort privé de R&D a de fortes chances d'être sous-optimal et de ne pas permettre l'efficacité dynamique de l'économie globale.

A l'inverse, il est aussi établi que de tels systèmes de protection du droit de propriété intellectuelle peuvent générer des barrières à la diffusion des connaissances, et plus généralement à l'innovation, dans la mesure où la garantie de positions monopolistiques entrave la possibilité que le mécanisme concurrentiel pousse à l'élargissement de la gamme de produits offerts et à la sélection des entreprises les plus compétitives. Les politiques publiques en matière d'innovations ou de définition d'un système optimal de brevets doivent sans cesse arbitrer entre ces deux logiques conflictuelles, celle qui exige la protection des inno-

¹⁶ Grossman GM, Helpman E. *Invention and Growth in the Global Economy*. Boston, MIT Press, 1991.

vateurs quitte à restreindre la concurrence, et celle qui pose le primat du mécanisme concurrentiel.

Depuis les travaux de Nordhaus¹⁷, il est établi que l'utilisation des brevets comme instrument de politique économique doit prendre en compte simultanément la double dimension de leur champ et de leur durée de protection et que leur combinaison optimale, du point de vue de l'incitation collectivement efficiente à l'innovation, diffère selon les cas de figure. Dans le cas d'innovations portant sur des produits finaux oligopolistiques, ou bien de marchés oligopolistiques où l'innovation est en définitive appropriable par une entreprise unique, il a été montré que l'incitation privée à diffuser les produits de la R&D peut s'avérer insuffisante. Dans cette situation, l'inclusion d'obligations de licences peut être une condition de l'efficacité de l'octroi d'un droit de propriété¹⁸.

Enfin et surtout, il est également établi que, même au nom d'imperatifs collectifs forts comme ceux de santé publique, des négociations centralisées au plan international ont peu de chances de parvenir à une redistribution efficiente entre les agents de la rente monopolistique¹⁹.

De leur confirmation par l'expérience de l'Initiative

Ces développements théoriques convergent assez bien avec ce qui a pu être décrit au chapitre 3 quant à l'impact de l'Initiative sur la politique du médicament en Côte d'Ivoire, et plus généralement sur l'expérience qui commence à s'accumuler dans différents pays en développement en matière de déterminants des prix des ARV et des médicaments du VIH/sida ainsi que d'impact de la mise en concurrence avec les produits génériques. Il en ressort un certain nombre de recommandations pour les organisations internationales et les gouvernements quant aux stratégies à mettre en œuvre dans une perspective d'obtention de baisses des prix des médicaments pour le VIH/sida qui demeurerait compa-

¹⁷ Nordhaus WD. *Innovation, Growth and Welfare*. Boston, MIT Press, 1969.

¹⁸ Guellec D, Kabla I. Le brevet : un instrument d'appropriation des innovations technologiques. *Économie & Statistique* 1994 ; 275-276 : 85-94.

¹⁹ Varian HR. *Intermediate Microeconomics*. Norton & Company, Fifth Edition, 1999.

tibles avec le fonctionnement des marchés internationaux et les impératifs de poursuite d'une R&D efficace au plan mondial.

Tout d'abord, des *réductions de prix unilatérales* de la part des compagnies détentrices des brevets sont susceptibles de faciliter une expansion du marché plus rapide que les processus de négociations, et peuvent à terme correspondre aux intérêts bien compris des compagnies pharmaceutiques²⁰.

Il est significatif des limites d'un processus centralisé de négociations que la « *déclaration commune d'intention* » entre cinq sociétés pharmaceutiques²¹ et les institutions des Nations unies, annoncée à grand fracas médiatique le 8 mai 2000, quelques semaines avant la Conférence mondiale sur le sida de Durban, et dans laquelle les parties s'engageaient à « *trouver des moyens d'élargir l'accès aux médicaments contre les maladies liées au VIH/sida tout en veillant à ce qu'ils soient utilisés de façon rationnelle, sûre et efficace et soient d'un prix abordable [c'est nous qui soulignons]* », n'ait eu dans l'immédiat que peu ou pas de traductions concrètes. En revanche, on a signalé au chapitre 1 les effets de désorientation que cette déclaration a pu provoquer chez une partie des acteurs de l'Initiative ivoirienne sur le terrain.

En fait, ce sont plutôt les pressions de la « concurrence virtuelle »²² exercée par les producteurs de génériques au plan international²³, et l'émotion suscitée dans l'opinion publique internationale d'une part par

²⁰ Selon une étude récente du cabinet de marketing *Decision Resources Inc.*, le monde développé dépensait environ 3,4 milliards de \$US pour les médicaments du VIH/sida en 1999, et le marché émergent pour ces médicaments dans cinq pays touchés par l'épidémie de VIH au Sud (Brésil, Chine, Inde, Afrique du Sud et Thaïlande) pourrait représenter plus de trois fois ce chiffre, soit 11 milliards de \$ d'ici 2004 « *en fonction du degré de réponse que les gouvernements souhaiteront apporter à la crise du VIH* ». Si ce genre d'étude est bien sûr très discutable quant à la fiabilité des résultats, il pointe en tout cas un intérêt croissant des milieux économiques et financiers pour le marché potentiel que représentent les ARV dans les PED.

²¹ Il s'agit de : Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Glaxo Wellcome, Merck & Co Inc. et F. Hoffmann-La Roche.

²² Nous utilisons volontairement cette expression pour souligner que la concurrence s'exerce pour l'instant moins sur le terrain des marchés réels qui, s'agissant des ARV, demeurent très marginaux dans les PED à l'échelle du marché mondial pharmaceutique, que sur celui d'une forme de mise en concurrence politico-médiatique où c'est l'image des firmes qui se joue.

²³ On fait notamment référence à la proposition très médiatisée du principal producteur de

l'action intentée devant l'OMC contre le Brésil par la nouvelle administration américaine en janvier 2001, d'autre part par le procès intenté et finalement avorté à Pretoria en mars 2001 par trente-six compagnies pharmaceutiques contre la loi sur les médicaments adoptée en 1997 par le gouvernement sud-africain²⁴ (ces deux événements ayant été tous deux perçus comme des tentatives de restreindre la possibilité des gouvernements des PED de s'approvisionner en médicaments pour le VIH/sida) qui semblent avoir provoqué des annonces unilatérales de baisses de prix de la part de certaines des firmes de spécialités²⁵. L'impact réel de ces baisses sur l'accès aux traitements ARV, pouvant correspondre à un prix de l'ordre de 1 000 \$US par patient/année pour certaines trithérapies, demandera bien sûr à être apprécié sur le moyen terme.

La seconde recommandation découle logiquement de la précédente. Les *négociations* sur les prix doivent plutôt être conduites *de façon décentralisée* – ceci n'excluant pas *a priori* des regroupements par pays au

génériques d'Inde, *Cipla Ltd*, de commercialiser à l'exportation dans les PED une trithérapie aux prix de 1 200 \$US, 600 \$ et 350 \$ respectivement pour les grossistes, les gouvernements et l'organisation humanitaire Médecins sans frontières, proposition suivie peu après par celle de sa concurrente indienne *Hetero Drugs Ltd* proposant une trithérapie annuelle à 547 \$ (San Francisco Chronicle, *Compassion before profit in AIDS war*, 26 March 2001).

²⁴ En Afrique du Sud, la plainte porte contre la quasi totalité des dispositions de la loi sur les médicaments introduite en 1997 sous la présidence de Nelson Mandela (*Medicines and Related Substances Control Amendment Act, No.90*), en particulier sur sa section 15C qui est interprétée par les plaignants comme revenant « à abolir tout droit des brevets sur le médicament », alors que le gouvernement sud-africain n'y voit qu'une possibilité de recours à des « importations parallèles » en parfait respect des règles actuelles de l'OMC.

²⁵ Au cours du mois de mars 2001, Bristol-Myers Squibb a rendu publique une proposition de ventes du d4T (Zerit) et de la ddI (Videx) en Afrique pour un prix respectif de 0,15 et 0,85 \$US par patient/jour, Glaxo-SmithKline de l'association AZT/3TC (Combivir) pour 2 \$US par jour, et Merck & Co de l'indinavir (Crixivan) pour un tarif annuel par patient de 600 \$US (cette dernière firme étant la seule à envisager de tels prix pour d'autres PED non situés sur le continent africain). Abbott Laboratories annonçait également son souhait de vendre en Afrique ses deux antiprotéases (ritonavir-norvir et ABT578/r – Kaletra), ainsi d'ailleurs que ses kits de diagnostic à leur « coût de production ». Quant à Roche, elle proposait sous couvert de l'Onusida des réductions respectives de 50 % et 15 % en Afrique pour ses deux antiprotéases (saquinavir en capsules molles – Fortovase et nelfinavir – Viracept). De son côté, Pfizer s'est engagée à une donation de son principal anti-fongique, le Diflucan, d'une valeur de 50 millions de \$US pour assurer pendant deux ans l'approvisionnement de l'Afrique du Sud pour ce médicament (Zimmerman R, Waldholdz M, *Wall Street Journal*, 27 March 2001).

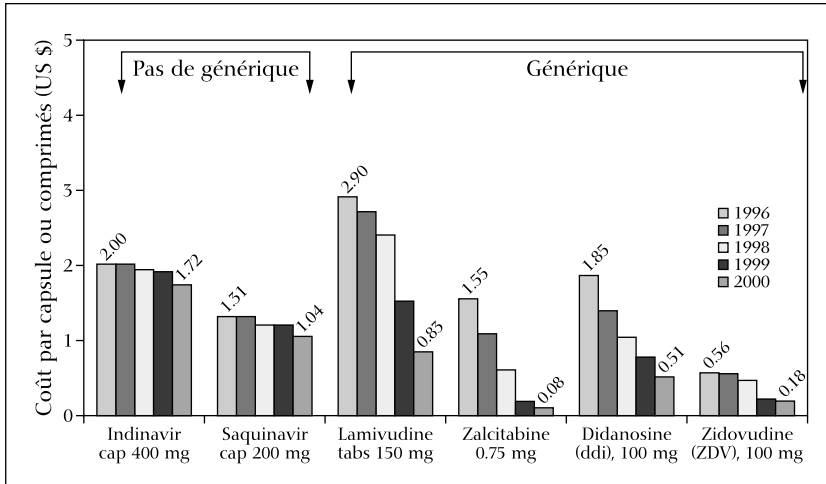
plan régional – même si la circulation de l'information comparative entre pays et marchés est vitale afin de réduire les asymétries d'information au bénéfice des offreurs. Ces négociations décentralisées doivent être soutenues par des mécanismes concurrentiels s'appuyant entre autres sur la disponibilité de médicaments génériques ou sur la menace d'y recourir.

L'expérience brésilienne, déjà brièvement mentionnée au chapitre 3, est encore plus éclairante que celle de la Côte d'Ivoire, du fait des capacités de ce pays de se doter d'un potentiel national de production de génériques d'antirétroviraux qui lui a permis de couvrir, en 2000, 57 % de ses besoins en volume de molécules ARV pour le traitement de plus de 90 000 patients au plan national. La *figure 16*, empruntée au Programme national de lutte contre le sida et les MST du Brésil, montre bien que la mise en concurrence avec les produits génériques fabriqués nationalement permet des baisses de prix significatives de l'ordre de 70 % à 80 %, alors que les baisses demeurent marginales (cas du ritonavir sur la figure) tant que n'existe pas une capacité nationale d'approvisionnement. On notera sur cette figure que l'introduction d'un générique de l'indinavir à partir de 2000 a immédiatement induit une baisse des prix de 33 %.

Du fait des différentiels de prix, les molécules de spécialités continuent de représenter la majorité (56 %) des 319 millions de US\$ consacrés en 2000 par le ministère de la Santé brésilien à l'approvisionnement en ARV du pays. La mise en concurrence avec les génériques ne signifie pas de renoncer à l'approvisionnement en molécules auprès des firmes détentrices de brevets, mais plutôt d'utiliser cet élément dans la négociation. C'est encore une fois ce qu'illustre l'expérience brésilienne récente. Confrontée à la part importante (environ 12 %) que l'efavirenz, du fait de son prix élevé, représentait dans le budget total des ARV, le ministère de la Santé du Brésil a mis en chantier d'une part la possibilité d'en importer une forme générique existante en Inde, ce qui a provoqué une menace d'action en justice de la part de la firme détentrice du brevet²⁶, d'autre part, l'étude technique d'une ligne de production sur place par

²⁶ Reuters, communiqué de presse. *Brazil : Merck warns it may sue over AIDS drug*, 26 March 2001.

Figure 16
Évolution des prix des ARV au Brésil*



* Source : ministère de la Santé du Brésil.

Far-Manguinhos l'entreprise publique, principale productrice nationale de médicaments. En définitive, une baisse de 59 % du prix de la molécule de spécialité a pu être obtenue en avril 2001.

Enfin, les évolutions de la *législation internationale sur les droits de propriété intellectuelle* (accords TRIPS pour *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*, en langue française ADPIC) peuvent avoir des conséquences majeures sur les processus de négociations et de baisses des prix. L'intégration des objectifs de santé publique, au plan international et national, dans la définition des champs et des modalités de brevets « optimaux » est de ce point de vue décisive²⁷ (figure 17).

Sans pouvoir rentrer ici dans les détails, rappelons simplement que les PED disposent, dans le cadre des accords actuels de l'OMC, de certaines marges de manœuvre, même si celles-ci ne sont pas toujours aisées à exploiter en pratique, vu notamment l'absence de jurisprudence internationale établie sur différents points des TRIPS. Tout d'abord (voir

²⁷ Correa C. *Integrating public health concerns into patent legislation in developing countries*. South Centre, Geneva, 2000.

Figure 17
Dessin paru en mars 2001 dans la presse sud-africaine



encadré 1), certaines molécules ARV, comme l'AZT, ont été brevetées avant 1995, date d'entrée en vigueur des accords sur l'Organisation mondiale du commerce, ce qui permet leur production sans paiement de redevances par des fabricants de génériques en toute légalité. Ensuite, les pays dits « les moins développés » disposent d'un délai jusqu'en 2006 pour mettre leur législation nationale en accord avec les dispositions des TRIPS. De plus, les législations nationales peuvent prévoir des dispositions du type de l'« exception Bolar »²⁸ qui autorise un producteur de médicaments à entamer les procédures réglementaires d'AMM d'un substitut générique, avant la date d'expiration du brevet de la spécialité

²⁸ Cette disposition a été introduite en 1984 dans la législation américaine (*US Drug Price Competition and Patent Term Restoration Act*) et a pris le nom de Bolar suite au contentieux opposant devant les tribunaux américains la firme Roche au producteur américain de génériques Bolar Pharmaceutical Co.

concurrente, afin de commencer la commercialisation immédiatement à cette date. De même, rien n'interdit, dans le cadre actuel de l'OMC, les « importations parallèles », c'est-à-dire le fait de faire venir un médicament, sans l'autorisation du détenteur du brevet et de son représentant local, depuis un autre pays où un fournisseur dispose d'une licence légale de fabrication (ce qui permet de renforcer la concurrence par les prix dès lors que le détenteur du brevet pratique lui-même des prix différenciés selon les pays)²⁹. Enfin, les accords TRIPS actuels intègrent la possibilité pour un pays d'accorder des « licences obligatoires » contre l'avis du détenteur du brevet, mais après l'en avoir informé et en lui offrant « une compensation raisonnable », dans différentes circonstances. Parmi les circonstances explicitement prévues, figurent les cas « d'urgence nationale et autres circonstances d'extrême urgence ». A l'occasion de la Conférence de Seattle de l'OMC en décembre 1999, l'OMS et l'Onusida ont exprimé, dans des déclarations officielles, qu'à leurs yeux l'épidémie de sida constituait « à l'évidence » dans les pays en développement un cas « d'urgence nationale », justifiant donc l'application éventuelle des clauses autorisant le recours aux licences obligatoires pour produire ou importer des génériques.

Au plan international, on mesurera le chemin parcouru en l'espace de quelques mois, et en partie en relation avec l'Initiative, en comparant la « déclaration commune d'intention » des institutions des Nations unies et de cinq compagnies pharmaceutiques en mai 2000, déjà citée ci-dessus, avec le compte rendu de la réunion plus récente (décembre 2000) du *Groupe de contact sur l'accélération de l'accès à la prise en charge du VIH/sida* qui regroupe les organisations onusiennes. Ce dernier stipule que « la négociation entre les pays et les compagnies fondées sur la R&D constitue une option, mais il en existe bien d'autres : licences facultatives et obligatoires, utilisation accrue des substances génériques et fabrication locale des médicaments les plus importants ». On rappellera aussi que le Directeur général de l'OMC a plaidé récemment pour la « mise en place par les laboratoires pharmaceutiques

²⁹ L'argument des « risques » de réimportations sauvages vers les marchés du Nord est d'ailleurs souvent avancé par l'industrie pharmaceutique pour légitimer ses réticences à des baisses de prix au Sud. « Pour offrir de tels prix en Afrique, nous devons être assurés que nous serons en mesure de maintenir notre structure de prix dans les pays occidentaux, qui est essentielle pour garantir notre retour sur investissement ». Déclaration de N. Pekarek, porte-parole de Glaxo-SmithKline (rapportée par le *Los Angeles Times*, 25 March 2001).

de prix différenciés en faveur des pays pauvres »³⁰. Enfin, suite à la mobilisation des chercheurs et des étudiants de l'Université de Yale, détentrice du brevet de la d4T depuis 1986³¹, dont elle avait confié le monopole d'exploitation à Bristol-Myers-Squibb, cette dernière vient d'annoncer officiellement (avril 2001) qu'elle ne fera pas valoir ses droits de propriété sur les éventuels producteurs ou importateurs des génériques de cette molécule en Afrique sub-saharienne.

Leurs ratios coût-efficacité disqualifient-ils les traitements ARV dans les PED ?

Des hypothèses implicites discutables

L'hypothèse qui a, jusqu'il y a récemment, fonctionné comme un dogme dans les organismes internationaux³², que toutes les stratégies de prise en charge du VIH recourant à des ARV seront toujours moins coût-efficaces que toutes les autres stratégies visant à gagner des années de vie pour les personnes infectées par le recours au traitement des infections opportunistes, et pour l'ensemble de la population exposée au virus par la prévention, repose sur *une hypothèse implicite qui apparaît très discutable*. Elle suppose, comme dans le schéma de gauche de la *figure 18* (p. 305), que le ratio coût par année de vie supplémentaire gagnée avec des ARV sera toujours dominé par celui de toute autre stratégie n'utilisant pas des ARV. Or, du fait des rendements décroissants qui affectent la plupart des investissements en santé, et donc toutes les actions de prévention et de prise en charge du VIH, le plus probable est que ces courbes se coupent. Dans ce cas, comme sur la partie droite de la *figure 18*, il y aura donc certaines alternatives utilisant des ARV qui s'avèreront plus coût-efficaces que d'autres qui ne les utilisent pas.

³⁰ Déclaration de M. M. Moore, rapportée par *Le Monde* du 26 mars 2001.

³¹ L'un des inventeurs de la d4T, le Pr W. Prusoff déclarait à cette occasion qu'il ne « *pourrait demeurer dans une institution qui se rendrait complice du refus d'offrir des médicaments essentiels aux personnes qui meurent du sida en Afrique* ». Déclaration rapportée dans le Vancouver Sun, 24 March 2001.

³² Van Praag E, Fernyak S, Katz AM, eds. *Op. cit.*, note 4.

Au-delà des affirmations à l'emporte pièce, il est donc indispensable, pour porter un jugement fondé, de procéder à de véritables évaluations comparant, sur les deux dimensions des ressources consommées (coûts) d'une part, et des résultats sanitaires obtenus d'autre part, le recours aux ARV à des stratégies alternatives de prise en charge.

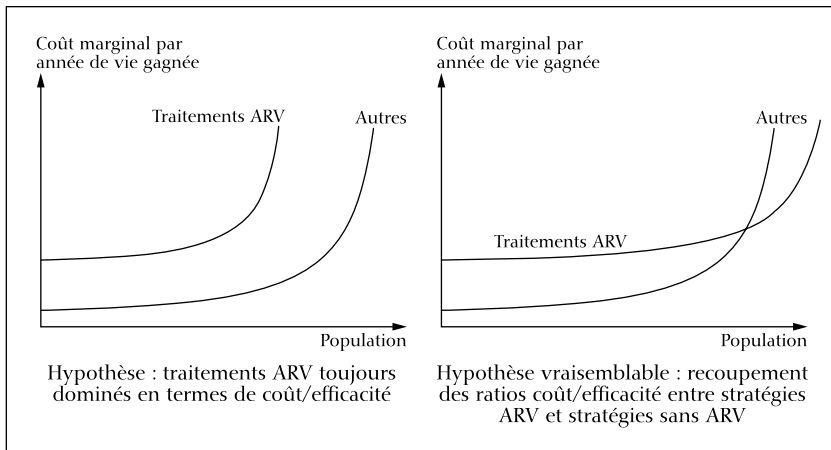
La notion de rendements décroissants est ici essentielle (voir *encadré 3*). Pour des raisons qui relèvent de contraintes propres au progrès technique dans le secteur des biens et services de santé, *la plupart des innovations biomédicales obéissent de fait à une telle loi des rendements décroissants* : il faut dépenser des quantités de ressources toujours plus importantes pour obtenir une même unité de résultat (par exemple une année de vie) supplémentaire.

Encadré 3 **La loi des rendements décroissants en santé**

Selon la *loi des rendements décroissants*, des augmentations unitaires identiques et successives de la quantité des facteurs de production utilisée entraînent, à partir d'un certain point, des augmentations de la production à un taux décroissant, pourvu que certains facteurs restent fixes et que le niveau des connaissances en matière de technologie et de gestion ne s'améliore pas assez pour annuler les effets de la « loi ». Cette loi fait donc référence à des variations de rendement qui sont fonction d'une échelle donnée. Mais, si cette situation se généralise au cas d'une augmentation de l'utilisation de tous les facteurs de production dans une proportion donnée qui se traduit par un accroissement du produit dans une proportion moindre, on parle de *rendements d'échelle décroissants*, dont la conséquence inévitable est que le coût moyen à long terme ne peut qu'augmenter. Un exemple « limite » de rendements décroissants, surtout à l'aune de l'absence d'accès aux traitements efficaces des personnes vivant avec le VIH dans les PED, nous est fourni par la récente décision (octobre 2000) des pouvoirs publics français, suivant d'ailleurs une recommandation de l'Agence européenne du médicament, d'adjoindre systématiquement une PCR aux actuels tests sérologiques Elisa de troisième génération pour le dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) dans les dons de sang. Une analyse coût-efficacité avait été réalisée préalablement à cette décision dans le cadre d'un groupe d'experts mis en place par la Direction générale de la santé*. Elle montrait que, du fait du caractère limité du risque résiduel post-transfusionnel avec les tests existants (de l'ordre de 1 pour 220 000 dons dans le cas du VHC), le coût additionnel par année de vie potentiellement gagnée grâce à l'introduction de la PCR était d'un ordre de grandeur très élevé et peu raisonnable : 558 millions de francs par année de vie gagnée si la PCR s'applique à des pools de 50 dons ; près de dix fois plus si le dépistage par PCR est effectué sur chaque don.

* Moatti JP, Loubière S, Rotily M. L'analyse économique face au principe de la garantie de sécurité en transfusion sanguine. *Transfusion Clinique et Biologique* 2000 ; 7 : 228-255.

Figure 18
**Comparaison coût-efficacité des traitements ARV
 aux stratégies alternatives de prise en charge du VIH**



L'évaluation épidémiologique a, par exemple, établi depuis longtemps que la valeur prédictive d'un test de dépistage, c'est-à-dire la proportion de résultats fiables parmi les résultats positifs et négatifs, dépend d'une part des caractéristiques techniques du test (sa sensibilité et sa spécificité), mais également de la prévalence de la pathologie recherchée dans la population observée. Par exemple, dans une étude française, le coût moyen par cas de VIH dépisté au travers du dépistage prénatal était multiplié par un facteur quatre en passant d'un dépistage ciblé sur facteurs de risque à un dépistage systématique, et le coût marginal par cas supplémentaire dépisté passait de 8 000 à 600 000 Francs français en passant du dépistage ciblé au dépistage systématique³⁵.

Dans certaines circonstances, l'analyse économique permet de garantir avec une quasi certitude l'*efficience technique* (minimisation des quantités et des coûts des facteurs de production utilisés pour atteindre un objectif donné). C'est le cas lorsqu'une stratégie médicale mutuellement exclusive d'une autre apparaît moins chère et aussi ou plus efficace

³⁵ Le Gales C, Moatti JP, et al. Analyse coût-efficacité du dépistage du VIH chez les femmes enceintes dans les hôpitaux de la région parisienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1990 ; 19 : 36-42.

pour soigner une même catégorie de patients. Ce serait le cas si les *surcoûts médicamenteux* induits par les multithérapies antirétrovirales étaient plus que *compensés*, dans les pays du Nord, *par les économies permises par la réduction des hospitalisations et des traitements des infections opportunistes* découlant de la généralisation des multithérapies. Au plan de l'ensemble des patients traités, il subsiste cependant, quand on prend en compte l'ensemble des coûts médicaux de prise en charge, un surcoût net de l'ordre de 10 à 20 % pour les traitements ARV⁵⁴. Mais il existe sans doute des groupes de patients pour lesquels, dans le Nord, le recours aux ARV permet déjà de minimiser le coût total médical de prise en charge, et on ne peut exclure que des situations de ce genre existent pour certains groupes de patients dans les PED⁵⁵. De plus, il faudrait, dans une logique de comparaison des stratégies en termes de minimisation des coûts, prendre en compte les *coûts indirects* (pertes de production liées à la maladie et possibilités de gains permis par le retour à une activité professionnelle et productive pour les personnes traitées par ARV) ce qui renforce la possibilité que des stratégies utilisant les ARV puissent dans certains groupes s'avérer globalement moins coûteuses pour la collectivité. Lorsque ces coûts indirects sont pris en considération, une évaluation économique menée dans le cadre de la *Swiss HIV cohort study* suggère fortement que le traitement par multithérapies antirétrovirales (HAART) permet une économie nette par rapport à la seule prophylaxie des maladies opportunistes⁵⁶. Dans cette même étude, les coûts par année de vie gagnée grâce à ces traitements sont estimés entre 9 500 et 30 000 US\$ et se réduisent à 7 500 US\$ par année de vie gagnée si l'on prend en considération les coûts indirects.

Dans les PED, il n'existe pas pour l'instant d'études en matière d'évaluation coût-efficacité qui soient basées sur des données réelles ob-

⁵⁴ Torres RA, Barr M. Impact of combination therapy for HIV infection on inpatient census. *N Engl J Med* 1997 ; 336 : 1532-42.

⁵⁵ A l'inverse, il faut reconnaître que dans des pays très pauvres avec des PNB par habitant inférieurs à 300 US\$, il est probable que les « économies » de coûts d'autres traitements permises par les ARV pendant la durée de vie d'une personne infectée ne sont pas susceptibles de compenser plus de quelques mois les coûts des ARV.

⁵⁶ Sendi PP, Bucher HC, Harr T, *et al.* Cost effectiveness of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients. *Swiss HIV cohort Study. AIDS* 1999 ; 13 : 115-22.

servées directement, soit auprès de cohortes de patients traités, soit en parallèle d'essais cliniques, à l'exception des études en matière de traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH. On peut considérer comme démontré que « *le ratio coût-efficacité de régimes antirétroviraux courts pour cette prévention materno-fœtale se compare très favorablement avec de nombreuses interventions* » déjà couramment pratiquées dans les pays du Sud : de 60 à 275 US\$ par année de vie sans incapacité (DALY) gagnée selon le régime AZT/3TC utilisé dans une étude qui montre par ailleurs que ces ratios sont « *très sensibles au prix pratiqué des médicaments antirétroviraux* ». L'étude souligne également que ces ratios se détériorent rapidement, selon le phénomène déjà évoqué de rendements décroissants, dès que l'intervention concerne des populations de femmes enceintes où la prévalence du VIH est inférieure à 7 %³⁷.

La principale étude publiée à ce jour³⁸ repose sur des simulations combinant un modèle épidémiologique appliqué au cas de l'Afrique du Sud et des données de la littérature. Les principaux résultats de cette étude sont présentés dans le *tableau 37*. Ils confirment que la prévention de la transmission materno-fœtale par le recours à des régimes courts d'ARV présente des ratios coût-efficacité de l'ordre de 100 US\$ ou moins par année de vie potentiellement gagnée. Ils suggèrent des coûts par année de vie de l'ordre de 15 000 US\$, dans l'hypothèse d'une trithérapie de l'ordre de 3 000 \$ par an et par personne qui deviendrait accessible au quart de la population infectée du pays.

Le *tableau 38* (p. 308) rappelle que, dans l'état des données actuelles largement incertaines, le ratio coût par année de vie associé aux multi-thérapies ARV est d'un ordre de grandeur qui semble dix fois supérieur à la prophylaxie des infections opportunistes et cent à cent cinquante fois supérieur à la prévention de la transmission materno-fœtale. Mais, il s'agit de coûts moyens calculés sur des populations hypothétiques. Ces écarts suggèrent que, *dans l'hypothèse de baisses significatives du prix des molécules* (en dessous de 1 000 voire 500 US\$ par an et par patient pour une

³⁷ Marseille E, Kahn JG, Saba J. Cost-effectiveness of antiviral drug therapy to reduce mother to child transmission in sub-Saharan Africa. *AIDS* 1998 ; 12 : 939-48.

³⁸ Wood E, Braitstein P, Montaner J, Schechter M, Tyndall M, O'Shaughnessy M, Hogg R. Extent to which low-level use of antiretroviral treatment could curb the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2000 ; 355 : 2095-2100.

Tableau 37
Simulation de l'impact des ARV sur l'épidémie de VIH/sida en Afrique du Sud

Utilisation des traitements antirétroviraux	Naissances VIH-1 et VIH+ cumulées (en milliers)	Nouveaux cas VIH cumulés (en milliers)	Espérance de vie estimée en 2005	Coût total (US\$)	Coût par année de vie gagnée (en milliers de US\$)
Scénario 0	276	2 302	46,6		
Scénario 1 25 % d'utilisation pour la prophylaxie MTCT*	248 (241-255)	2 271	46,8	1 838 000	19(11-32)
Scénario 2 75 % d'utilisation pour la prophylaxie MTCT*	195 (172-215)	2 208	47,2	5 514 000	19(11-32)
Scénario 3 Utilisation pour la prophylaxie généralisée MTCT*	166 (138-195)	2 177	47,5	52 160 000	135(79-226)
Scénario 4 25 % d'utilisation de trithérapies**	276	1 871 (1 585-2 190)	49,7 (47,4-51,9)	19 000 000 000	15 000 (12 700-17 200)

* MTCT : *Mother to Child Transmission*. L'utilisation pour la prophylaxie concerne la proportion de femmes enceintes VIH+ utilisant un traitement antirétroviral. Les valeurs reflètent une réduction de 40 % de la transmission verticale.

** Coût annuel d'une trithérapie par patient = 2 900 US\$ (\pm 200). Gain d'espérance de vie pour les personnes en traitement = 6 (\pm 1) ans.

Source : Wood E, *et al.* Extent to which low-level use for antiretroviral treatment could curb the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2000 ; 355 : 2095-100.

Tableau 38
Évaluation coût/efficacité des traitements du VIH/sida

Stratégie	Coût moyen par année de vie gagnée (US\$)
Prévention de la transmission mère/enfant	15-90
Prophylaxie cotrimoxazole	1 000-1 500
Multithérapies ARV aujourd'hui (?)	15 000
Multithérapie ARV demain (?)	500-1 500

trithérapie), et dans des groupes de patients aux caractéristiques cliniques, virologiques et immunologiques mieux définis, *les coûts marginaux par année de vie gagnée grâce aux ARV pourraient être réduits d'un tel facteur dix (voire beaucoup plus) et se comparer très favorablement à de nombreuses autres interventions* de prise en charge, notamment la prophylaxie des infections opportunistes.

Surtout, il est important de rappeler que le critère coût-efficacité n'est pas en soi un critère suffisant en termes de décision publique dès lors que celle-ci se préoccupe de *l'efficience allocative*, cette dernière visant à garantir que les ressources consommées ont bien permis de produire le maximum de résultats en termes d'amélioration du bien-être des individus qui composent la collectivité. L'efficience allocative sera particulièrement difficile à établir dans les nombreuses circonstances où une stratégie médicale innovante se révèle plus efficace mais aussi plus chère que la stratégie de référence. Deux cas de figure doivent alors être distingués. Dans le premier cas, la stratégie qui élève le niveau absolu des coûts s'impose comme étant néanmoins plus coût-efficace parce qu'elle se traduit par une augmentation plus que proportionnelle de l'efficacité sanitaire (rendements croissants) : c'est clairement le cas des multithérapies ARV au Nord, en comparaison des traitements antérieurs, en tout cas dès que les coûts indirects sont pris en compte dans le calcul économique. Cependant, dans la majorité des situations, du fait de rendements décroissants de l'innovation, la stratégie qui permet un gain d'efficacité se traduit par une augmentation telle des coûts qu'elle détériore le ratio coût/efficacité : la question demeure alors ouverte pour savoir s'il reste efficient de « *dépenser plus* » pour obtenir une unité de résultat supplémentaire. Les incertitudes sur les hypothèses de calcul, qui continuent de caractériser les évaluations des traitements ARV dans les PED, peuvent alors soulever des problèmes particulièrement délicats.

Il est donc urgent de rééditer des études d'évaluation économique comparant des stratégies alternatives de prise en charge reposant sur des observations réelles de cohortes de patients traités dans les PED. Et il est dommage que la séparation de l'évaluation entre un volet clinico-biologique et un volet socio-économique n'ait pas, pour l'instant, permis qu'une telle analyse puisse être effectuée en Côte d'Ivoire sur les données

de l'Initiative. De même, il est urgent de faire progresser le débat sur les deux questions vers lesquelles débouchent inévitablement les interrogations sur les ratios coût-efficacité des traitements ARV :

– Combien chaque société « est prête à payer » (*willingness to pay*) pour des années de vie supplémentaires dans la population infectée par le VIH et donc quelle est la valeur sociale d'une année de vie gagnée supplémentaire ?

– Quel est l'impact économique à court et à long terme de l'allongement de l'espérance de vie des personnes infectées ? Jusqu'à quel point la réduction des coûts indirects et des pertes de production permises par l'accès aux ARV peut-elle constituer un investissement rationnel tant pour les agents individuels (ménages, firmes, etc.) que pour l'économie nationale (impact macroéconomique) ?

Apports possibles de l'analyse coût-efficacité pour l'optimisation de la prise en charge du VIH/sida dans les PED

Au-delà de la baisse des prix des médicaments et des autres biens et services indispensables à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, il existe d'autres moyens de faciliter un accès plus élargi à des stratégies thérapeutiques efficaces dans les PED. L'analyse économique peut notamment apporter sa contribution d'une part à une réallocation des ressources visant à mieux utiliser les moyens déjà disponibles, d'autre part à l'identification de stratégies de prise en charge permettant d'augmenter le résultat sanitaire à moindre coût ou à coût égal.

Optimisation des ressources existantes

Tout d'abord, sauf à postuler un fonctionnement actuellement « idéal » des systèmes de santé dans les PED, il est possible d'identifier des ressources existantes mal utilisées et donc, à budget constant, de réallouer des moyens pour une prise en charge plus efficiente du VIH/sida. Par exemple, lors d'une récente mission au Swaziland⁵⁹, il est apparu que la ré-

⁵⁹ Kingdom of Swaziland Ministry of Health and Social Welfare. *Accelerating access to HIV/AIDS care in Swaziland. A partnership between the Kingdom of Swaziland, the United Nations System, and the Private sector*. Project Document, September 2000.

duction de prescriptions non essentielles de vitamines par la Pharmacie de santé publique pourrait suffire à couvrir les besoins en termes de diffusion généralisée de la prophylaxie par cotrixomazole pour les personnes infectées par le VIH. Alors que la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux du pays est de 6,0 jours, elle est de 30,4 jours pour les patients atteints de tuberculose pulmonaire, pathologie qui est le plus souvent associée à une infection à VIH. La différence nette entre moyenne (30,4 jours) et médiane (19,0 jours) des durées de séjour pour ces patients tuberculeux suggère que certains groupes spécifiques demeurent à l'hôpital du fait de l'absence de possibilités de traitement et de prise en charge à domicile ou en hôpital de jour. Une réorganisation de la filière de soins permettrait certainement de réduire ces durées de séjour tout en améliorant la qualité de la prise en charge à budget redéployé égal.

Adopter des stratégies de prise en charge améliorant le ratio coût/efficacité

La reproduction mécanique des « standards » de soins existants au Nord peut souvent s'avérer inefficace dans le contexte de ressources beaucoup plus limitées du Sud. L'analyse économique, en complément de l'évaluation clinique et épidémiologique, peut contribuer à définir des stratégies de prise en charge tenant mieux compte des contraintes spécifiques dans les pays en développement. Une façon de faciliter l'accès aux soins, et en particulier aux traitements ARV, consiste justement à *simplifier les protocoles de traitement et de suivi* sans pour autant sacrifier leur efficacité.

Parmi les questions que l'évaluation économique, en liaison avec l'analyse de cohortes cliniques de personnes traitées dans les PED, peut aider à résoudre, on citera à titre d'exemples :

- l'identification des combinaisons médicamenteuses antirétrovirales les plus coût-efficaces, en particulier pour valider le recours en première intention à des molécules moins coûteuses et nécessitant de moindres contraintes de prise (comme les combinaisons qui substituent des analogues non nucléosidiques [NNRTI] aux inhibiteurs de protéase) ;
- l'expérimentation des interruptions thérapeutiques programmées qui, au-delà du rationnel immunologique et virologique qui a

conduit à les envisager au Nord, présentent *a priori* l'avantage de minimiser les coûts de médicaments ARV et, sous réserve d'évaluation, de faciliter l'adhérence à long terme des patients ;

– la définition des critères immunologiques, virologiques et cliniques pour l'initiation des traitements ARV les plus coût-efficaces dans le contexte des PED, de même que celle des critères de décision pour un changement de régime d'ARV chez les patients non naïfs.

L'expérience de l'Initiative a souligné les difficultés d'une mise sous traitement trop tardive (cas d'un nombre important de patients en Ouganda) et à l'inverse de critères d'éligibilité trop « larges » ($CD4 < 500/mm^3$ et/ou charge virale $> 10\,000$ copies/ml en Côte d'Ivoire) qui tendent à complexifier le processus de sélection des patients ayant accès au traitement ARV dans un contexte où les ressources ne peuvent *a priori* satisfaire tous les besoins médicaux éligibles ;

– la simplification des protocoles de suivi (tant en termes de fréquence des examens biologiques que de recours à des techniques moins coûteuses, par exemple pour la mesure des CD4 ou pour le diagnostic des infections opportunistes) ;

– la définition des modalités optimales de soutien psycho-social aux personnes atteintes, qu'elles soient ou non mises sous traitement, et d'aide à l'adhérence aux traitements.

Les risques de non observance sont-ils intrinsèquement plus importants dans les PED ?

Dès les premiers essais de multithérapies avec inhibiteurs de protéase, les patients qui recevaient des doses sous-optimales d'antiviraux ont rapidement développé des résistances, qui tendaient à persister même après augmentation des doses administrées⁴⁰. Même s'il peut exister d'autres raisons de nature biologique ou pharmacologique, la principale cause du développement d'une résistance provient d'une présence sous-optimale des médicaments dans l'organisme, celle-ci pouvant fré-

⁴⁰ Dulioust A, Paulous S, Guillemot L, Delavalle A, Boue F, Clavel F. Constrained evolution of human immunodeficiency virus type 1 protease. *J Virol* 1999 ; 75 : 850-4.

quemment être liée à des problèmes d'observance (les prises étant soit sautées, soit effectuées dans de mauvaises conditions). L'émergence de résistances croisées à l'intérieur d'une même classe médicamenteuse, voire interclasses, peut obérer les probabilités de succès futur des changements de traitements⁴¹. De plus, l'éventualité de transmission de souches virales devenues résistantes aux thérapeutiques existantes, dont quelques cas ont déjà été documentés⁴², peut menacer l'efficacité future des traitements à l'échelle des populations. Les exemples passés d'émergence de tuberculoses multirésistantes chez des patients atteints de sida⁴⁵ démontrent que cette crainte n'est pas dénuée de fondements.

Il est indéniable que l'efficacité des thérapies antirétrovirales, tant individuelle que collective, impose des niveaux d'observance⁴⁴ (respect de 80 % au moins des doses prescrites), qui n'ont jamais été observé nulle part, au Nord comme au Sud, pour des traitements de long cours⁴⁵. Il est tout aussi indéniable, comme l'ont montré de très nombreuses recherches en sciences sociales⁴⁶, qu'il existe une grande variabilité socio-culturelle des perceptions de l'état de santé, du vécu des symptômes de maladie ainsi que du recours et du suivi des prescriptions médicales.

Mais, ces problèmes existent aussi bien au Nord qu'au Sud. Le fait qu'une proportion significative (de l'ordre de 20 % à 25 %) des patients

⁴¹ Moutouh L, Corbeil J, Richman D. Recombination leads to the rapid emergence of HIV-1 dually resistant mutants under selective drug pressure. *Proc Natl Acad Sci USA* 1996 ; 93 : 6106-11.

⁴² Hecht F, Grant R, Petropoulos C, *et al.* Sexual transmission of an HIV-1 variant resistant to multiple reverse-transcriptase and protease inhibitors. *N Engl J Med* 1998 ; 339 : 307-11.

⁴³ Edlin B, Tokars J, Grieco M, *et al.* An outbreak of multidrug-resistant tuberculosis among hospitalized patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1992 ; 326 : 1514-21.

⁴⁴ Les recherches suggèrent que l'« oubli » d'un nombre très limité de doses peut suffire pour induire des résistances aux antiprotéases, que le succès virologique (défini comme l'obtention d'une charge virale plasmatique indétectable) est associé à une adhérence supérieure à 95 %, et enfin que les échecs virologiques des traitements augmentent « rapidement au fur et à mesure que diminue le niveau d'adhérence ». Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, *et al.* Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000 ; 15 (1) : 21-30.

⁴⁵ Chesney MA, Morin M, Sherr L. Adherence to HIV combination therapy. *Sol Sci Med* 2000 ; 50 (11) : 1599-605.

⁴⁶ Aiach P, Cèbe D. *Expression des symptômes et conduites de maladie*. Paris : Inserm/Doin, 1991.

du Nord traités par multithérapies antirétrovirales présentent une résistance phénotypique à au moins un inhibiteur de protéase n'est, à juste titre, pas considéré comme une raison suffisante d'arrêter la diffusion de ces traitements⁴⁷. La similarité des résultats obtenus, en termes de succès virologique et d'émergence de résistances⁴⁸, dans les expériences d'utilisation des ARV au Sud (au Brésil, en Ouganda, au Sénégal, en Thaïlande et, justement, en Côte d'Ivoire), ainsi que les résultats des premières études d'observance menées auprès de patients traités avec des ARV dans ces pays⁴⁹ n'ont, pour l'instant, apporté aucune preuve que les patients du Sud seraient intrinsèquement moins observants que ceux du Nord, dès lors qu'ils n'ont pas à faire face à des difficultés financières insurmontables pour garantir la continuité de leur accès aux médicaments, ou qu'ils ne sont pas soumis à des ruptures d'approvisionnement dans le circuit de leurs médicaments.

En fait, les spécificités éventuelles des problèmes d'observance au Sud semblent ne tenir qu'aux deux facteurs (accessibilité financière et disponibilité régulière de l'approvisionnement) qui sont justement ceux que les initiatives d'accélération de l'accès aux médicaments ont pour ambition d'améliorer. On peut même craindre, que l'illusion de repérer *a priori*, avant la mise sous traitement, des patients qui seraient structurellement prédisposés à la bonne observance, ne repose en définitive que sur des stéréotypes sociaux discutables. Comme on l'a vu au chapitre 2 pour ce qui est de la Côte d'Ivoire, une telle illusion peut entraîner des

⁴⁷ Hertogs K, Bloor S, Kemp SD, Van den Eynde C, Alcorn TM, Pauwels R, *et al.* Phenotypic and genotypic analysis of clinical HIV-1 isolates reveals extensive protease inhibitor cross-resistance : a survey of over 6 000 samples. *AIDS* 2000 ; 14 (9) : 1205-10.

⁴⁸ Les analyses préliminaires réalisées sur des prélèvements de 30 patients traités par ARV dans le cadre de l'Initiative en Ouganda « suggèrent que les marqueurs [phénotypiques et génotypiques] de résistances parmi les sous-types non B en Ouganda sont similaires à ceux trouvés aux USA et en Europe ». Ochola D, Weidle P, Malamba S, Musingo S. *Uganda Ministry of Health - UNAIDS HIV/AIDS Drug Access Initiative [August 1998-March 2000]*. Preliminary Report. UNAIDS, CDC, July 2000.

⁴⁹ Lanièce I, Ciss M, Djeme B, Ndoye I. Observance of antiretroviral therapy in the Senegalese governmental Initiative. 13th International AIDS Conference, Durban, 9-14 July 2000 [LbOr20].

Palva V, Teixeira P, Shimma E. What is being done to improve ARV therapy adherence in Sao Paulo, Brazil. 13th International AIDS Conference, Durban, 9-14 July 2000 [THPeB5005].

processus de sélection implicite, non maîtrisés par les acteurs et non véritablement débattus, des patients ayant accès à la meilleure prise en charge⁵⁰.

La diffusion des traitements du VIH/sida est-elle inévitablement inéquitable dans les PED ?

Dans les pays européens, il a pu être montré que la combinaison de l'éthique médicale hippocratique avec des systèmes d'assurance maladie à financement collectif, qui garantissent « *hors marché* » l'accès aux soins de toute la population, tend à satisfaire un critère d'équité fortement « *égalitariste* ». Dans de tels systèmes, la logique distributive du système de santé reste que les soins doivent être proportionnels à la maladie et non à la richesse⁵¹ : le critère du besoin des personnes les plus défavorisées du point de vue de leur santé demeure dominant dans les choix médicaux, les cas les plus graves et les plus critiques se voyant accorder une priorité.

Ce critère d'urgence du besoin renvoie bien à une éthique collective profondément égalitariste, qui selon le « *principe de justice* » proposé dans l'œuvre de John Rawls « *juge d'une situation en fonction du niveau d'utilité de la personne la plus mal lotie dans cette situation* » et accorde la priorité dans la distribution des biens rares à « *ceux qui ont aujourd'hui le plus faible niveau de bien-être* »⁵². Ce critère peut aussi correspondre à l'idéal « *d'égalité complexe* » proposé par Michaël Walzer pour lequel « *une distribution égalitariste*

⁵⁰ Pour une critique de l'approche prédictive *a priori* de l'observance, voir :

Lerner BH, Gulick RM, Dubler NN. Rethinking non-adherence : historical perspectives on triple-drug therapy for HIV disease. *Ann Intern Med* 1998 ; 129 (7) : 573-8.

Moatti JP, Spire B. Living with HIV/AIDS and adherence to antiretroviral treatments. In : Moatti JP, Souteyrand Y, Prieur A, Sandfort T, Aggleton P, eds. *AIDS in Europe - New challenges for the social sciences*. London : Routledge, Taylor & Francis Group, Collection « Social aspects of AIDS », 2000, pp. 57-73.

Ces phénomènes de sélection implicite existent bien évidemment aussi au Nord, par exemple en direction des patients toxicomanes.

⁵¹ Moatti JP, Le Corroller AG. Réflexions économistes sur l'éthique médicale. *Journal d'Économie Médicale* 1996 ; 14 : 67-78.

⁵² Rawls J. *Théorie de la justice*. Paris : Seuil (trad. fr.), 1987.

de tous les biens n'est ni possible ni souhaitable », mais qui vise à faire en sorte que « *les différents biens sociaux soient plutôt distribués en vertu de raisons différentes, par des agents différents et à des personnes différentes de telle sorte qu'aucun groupe, qu'aucune personne ne soient dominants d'une sphère à l'autre de la vie sociale* »⁵³. C'est dans cette implication égalitariste que se trouve sans doute la racine de l'attachement des citoyens de l'actuelle Union européenne, attesté par maints sondages, à leurs systèmes de protection sociale.

Cette forme de recherche de l'équité se heurte néanmoins aux difficultés propres à toute tentative d'application de l'égalitarisme, même si elle ne concerne qu'une sphère limitée, les besoins de santé, et non la totalité sociale. Ces difficultés seront inévitablement exacerbées dans le contexte de pénurie de ressources qui caractérise les pays en développement. Tout d'abord, le critère d'urgence et d'intensité du besoin conduit souvent, par effet de seuil ou de « *cliquet* », à des situations paradoxales : des personnes en situation intermédiaire, qui se trouvaient dans la catégorie immédiatement supérieure aux plus défavorisés, se retrouvent, après application du critère, plus mal loties que ces dernières. Surtout, la logique de priorité égalitariste aux patients les plus défavorisés se heurte au problème des rendements décroissants évoqué plus haut. Il arrive un point, un seuil de détérioration du ratio coût marginal par unité de résultat sanitaire, où le souci d'équité peut devenir trop ouvertement contradictoire avec une exigence minimale d'efficience dans l'utilisation des ressources.

A l'inverse de l'approche précédente, l'éthique utilitariste consiste à « *accorder un poids égal aux intérêts égaux de toutes les parties* », « *à additionner les avantages et les inconvénients* » et « *à choisir ce qui dégage l'équilibre global le plus positif* »⁵⁴, sans se préoccuper des écarts qui peuvent exister en fonction des conditions socio-économiques ou des dotations individuelles initiales, génétiques ou non, en « *capital-santé* ». L'utilitarisme peut sembler plus approprié, ou plus réaliste, dans le contexte de ressources limitées des PED. La logique utilitariste conduira en effet à concentrer les efforts, soit sur les catégories de patients dont l'état médical permet d'espérer

⁵³ Walzer M. *Spheres of justice. A defence of pluralism and equality*. Oxford : Basil Blackwell, 1985.

⁵⁴ Hare RM. *Moral thinking : its levels, methods and points*. Oxford : Clarendon Press, 1981.

les gains les plus importants en termes de santé publique⁵⁵ dans un objectif de « *maximisation du nombre d'années de vie sauvées* » ; soit sur celles dont les caractéristiques, notamment socio-professionnelles⁵⁶, permettent d'espérer les bénéfices les plus significatifs pour favoriser les capacités de développement du pays dans un objectif de préservation du « *capital humain* »⁵⁷. Poussée jusqu'au bout, cette logique visera à garantir l'objectif de maximisation globale de l'indicateur de résultat choisi, un indicateur sanitaire ou un indicateur macro-économique selon les cas, sous contrainte des ressources disponibles.

Entre ces deux conceptions opposées de l'équité (égalitarisme *versus* utilitarisme), les collectivités concernées peuvent aussi se référer à différents critères intermédiaires qui déclineront, selon des modalités propres à chacune d'elles, des objectifs « méritocratiques », c'est-à-dire affectant une priorité à des groupes dont la société souhaite particulièrement reconnaître la contribution⁵⁸. La priorité en matière de subvention publique des traitements ARV accordée, dans l'Initiative ivoirienne, aux membres des associations de personnes vivant avec le VIH et aux patients ayant antérieurement participé à des essais cliniques correspond bien à un tel critère « méritocratique » où il s'agit de reconnaître socialement la contribution déjà fournie par ces personnes, au-delà de leur intérêt individuel propre, au combat collectif contre l'épidémie⁵⁹.

Tout débat sur l'équité dans l'accès à la prise en charge du VIH/sida implique inévitablement de porter un jugement sur le bien-fondé de telle ou telle répartition des ressources du point de vue d'une certaine conception de la justice sociale. Il est inévitable que puissent exister des

⁵⁵ Loomes G, McKenzie L. The use of QALYs in health care decision making. *Soc Sci Med* 1989 ; 28 : 299-308.

⁵⁶ Hadorn DC. Setting health care priorities in Oregon. *JAMA* 1991 ; 265 : 2218-25.

⁵⁷ Barnum H. Evaluating healthy days of life gained from health projects. *Soc Sci Med* 1987 ; 24 : 835-41.

⁵⁸ Selon les préférences collectives en vigueur, cette contribution ne se mesure pas forcément sur la dimension économique de la production nationale, mais peut bien sûr concerner d'autres dimensions et valeurs humaines et culturelles.

⁵⁹ Pour qui en douterait, la lecture du chapitre 4.2 suffit à se convaincre de ce que représente, en termes de risques pris avec l'environnement social et personnel, le fait d'assumer publiquement sa séropositivité en Côte d'Ivoire, comme dans les autres pays d'Afrique, au travers de l'affirmation d'un militantisme associatif.

divergences d'appréciation en fonction des éthiques collectives dont se réclament, implicitement ou explicitement, les acteurs sociaux. En fait, comme le souligne A. Sen, toutes les théories de la justice sociale recherchent « *bel et bien une égalité* », mais divergent sur la réponse qu'elles apportent à la question « *égalité de quoi* », c'est-à-dire sur la « *variable focale sur laquelle on posera l'exigence d'égalité de base* »⁶⁰. Il est donc normal que les solutions apportées puissent différer selon les pays (ce fût clairement le cas entre les quatre pays pilotes de l'Initiative) et qu'elles suscitent débats et même controverses à l'intérieur de chaque société, en Côte d'Ivoire comme ailleurs⁶¹ (voir chapitres 1 et 2). L'essentiel réside plutôt dans le degré de légitimité des processus de décision qui établissent les critères de référence en matière d'accès aux traitements. Dans le cas de la Côte d'Ivoire, le débat public n'a peut-être pas toujours été suffisant pour garantir une légitimité consensuelle aux critères d'équité choisis. En revanche, en l'absence d'initiative organisée pour l'accès aux traitements ARV et pour leur prescription rationnelle, la situation de fait dans les PED ne peut consister qu'en une diffusion « sauvage » des médicaments du VIH/sida, suivant partiellement des circuits parallèles. L'alternative à l'absence d'initiative organisée est bien que seules les couches les plus privilégiées de la population seront effectivement en mesure de se procurer les traitements ARV et que la marge de possibilité pour des phénomènes de passe-droits, voire de corruption, sera maximale.

La question de l'équité renvoie enfin à celle, qui n'a pu être abordée en détail dans cet ouvrage, de la *définition des mécanismes de financement* les mieux à même de mobiliser les ressources visant à satisfaire la demande et les besoins de soins du VIH/sida dans les PED où il n'est pas envisageable, à court terme, de généraliser des systèmes d'assurance-maladie universelle comparables à ceux de la plupart des pays de l'Union européenne⁶². Il est évident, comme on l'a vu en Côte d'Ivoire, que des formes solidaires de subvention de la demande sont indispensables, mais une réflexion est tout aussi indispensable sur les modalités précises de

⁶⁰ Sen A. *Repenser l'inégalité*. Paris : Eds du Seuil (trad. fr.), 2000.

⁶¹ Brunet Jaily J. Quels critères pour une juste répartition des soins ? *Esprit*, janvier 2001 : 98-115.

⁶² Cet objectif constitue néanmoins une des priorités affichée dans le programme du Front populaire ivoirien, le parti de l'actuel Président de la République de Côte d'Ivoire.

cette solidarité qui ne doivent pas forcément toutes relever du budget de l'État et qui peuvent recourir à d'autres formes de mutualisation des risques dans le secteur privé. De même, une réflexion est nécessaire sur les moyens d'éviter que des subventions publiques ne reviennent à financer la partie de la demande de soins qui est potentiellement ou effectivement solvable au niveau des ménages les moins démunis.

La question des mécanismes de financement pose également celle de l'articulation entre la mobilisation des ressources internes à chaque pays et l'aide internationale, sur laquelle il est aussi urgent de faire preuve d'esprit d'innovation. Le secrétaire général des Nations unies a récemment lancé un débat majeur sur les modalités de mise en place d'un fonds international visant à accélérer l'accès aux traitements dans les pays du Sud.

En finir avec les prophéties autoréalisatrices

Selon un processus qui a souvent été décrit par les sciences sociales⁶⁵, il est à craindre que l'accumulation des arguments hostiles à toute tentative de diffusion des traitements antirétroviraux du VIH/sida dans les PED, arguments que nous sommes efforcés de discuter au long de ce chapitre mais qui sont encore largement repris par de nombreux experts et responsables de santé publique du Nord comme du Sud, ne fonctionnent comme une prophétie autoréalisatrice. Ces représentations du problème, à force de réaffirmer l'existence de barrières bien réelles à l'accès aux traitements du VIH/sida dans les PED, en viennent à les conforter et à empêcher qu'elles ne puissent, au moins en partie, être surmontées.

L'expérience d'évaluation de l'Initiative en Côte d'Ivoire, dont rend compte cet ouvrage, a été conduite dans l'esprit d'un engagement radicalement différent où le regard critique de l'analyse socio-économique et la mise en lumière, sans concessions, des difficultés rencontrées par les acteurs sur le terrain veulent servir positivement les tentatives d'accélérer l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH/sida dans les

⁶⁵ Boudon R. *La logique du social. Introduction à l'analyse sociologique*. Paris : Hachette, 1979.

pays du Sud. Cette évaluation débouche sur trois interrogations fondamentales pour de futures recherches qui viseraient à éclairer les actions possibles, au plan international et des divers pays concernés, pour faciliter une telle accélération éthiquement et humainement si urgentes.

1. Quels sont les *déterminants des prix des médicaments, et plus généralement des technologies de soins, nécessaires pour la prise en charge du VIH/sida, sur le marché international et sur les marchés nationaux des PED* ? Quels mécanismes économiquement rationnels sont susceptibles de favoriser une baisse des coûts des traitements tout en restant compatibles avec l'efficacité collective ?

2. Quelles *stratégies thérapeutiques et de prise en charge du VIH/sida peuvent-elles être considérées comme optimales* dans le contexte de rareté, parfois extrême, des ressources des PED ? En particulier, *des stratégies thérapeutiques incluant des ARV sont elles envisageables en termes de rapport coût/efficacité* en comparaison d'autres usages alternatifs des ressources disponibles ?

3. Quels *mécanismes de financement* sont les mieux à même de mobiliser les ressources visant à satisfaire la demande et les besoins de soins du VIH/sida dans les PED ?

Ces trois interrogations font l'objet d'un nouveau programme de recherches, dans la continuité de cette évaluation, qui implique différentes équipes en sciences économiques et sociales, et qui a été lancé, depuis le début de l'année 2001, par l'Agence nationale de recherches sur le sida en France (ANRS). Ce programme, appelé ETAPSUD (*Évaluation des traitements antirétroviraux dans les pays du Sud*) s'efforcera de leur apporter des éléments de réponse fondés notamment sur la poursuite d'évaluations, les plus rigoureuses possibles, de l'expérience des différents pays en développement qui s'engagent actuellement dans la voie de l'amélioration de la prise en charge de leurs populations infectées par le VIH/sida.

Liste des sigles

ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida
ARV	Médicaments antirétroviraux
CAA	Caisse autonome d'amortissement
CAT	Centre anti-tuberculeux
CATA	Centre anti-tuberculeux d'Adjamé
CATB	Centre anti-tuberculeux de Bouaké
CDC	Center for diseases control
CEA	Centre d'études africaines (EHESS-CNRS)
Centre SAS	Centre Solidarité action sociale
Cisma	Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique
Cirba	Centre ivoirien de recherches biocliniques sur le sida <i>devenu</i> Centre intégré de recherches biocliniques d'Abidjan
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CTA	Centre de traitement ambulatoire
Fonsida	Fondation pour la recherche et le traitement du sida en Côte d'Ivoire
FSTI	Fonds de solidarité thérapeutique internationale
GIDIS-Ci	Groupement interdisciplinaire en sciences sociales - Côte d'Ivoire
HMA	Hôpital militaire d'Abidjan
IRD	Institut de recherche pour le développement (ex-Orstom)
MA	<i>Medical Access</i>
MIT	Service des maladies infectieuses du CHU de Treichville (centre de référence Initiative)
PNLS/MST/TUB	Programme national de lutte contre le sida, les MST et la tuberculose
PSP	Pharmacie de santé publique
RAP	Réseau africain des personnes vivant avec le VIH
Retro-Ci	Projet rétrovirus, Côte d'Ivoire (CDC)
USAC	Unité de soins ambulatoires et de conseil

Liste des figures

- Figure 1.** Évolution des patients naïfs ayant effectué un bilan dans l'Initiative (août 1998-mars 2000), p. 101
- Figure 2.** Organigramme du circuit du médicament en Côte d'Ivoire avant l'Initiative Onusida, p. 118
- Figure 3.** Schéma initialement prévu par l'Initiative pour l'approvisionnement en ARV, p. 119
- Figure 4.** Évolution des fournisseurs d'ARV de la Pharmacie de santé publique (1996-1999), p. 120
- Figure 5.** Circuit actuel de distribution des ARV en Côte d'Ivoire (2000/2001), p. 121
- Figure 6.** Clients de la PSP pour les ARV entre 1996 et 1999, p. 122
- Figure 7.** Évolution des ventes d'ARV en Côte d'Ivoire, p. 123
- Figure 8.** Évolution comparée des ventes de médicaments anti-hypertenseurs, ARV et pour le traitement des infections opportunistes par la PSP (1996-1999), p. 125
- Figure 9.** Prix PSP des ARV par type de médicament et selon les dates de mise sur le marché ivoirien, p. 126
- Figure 10.** Évolution des prix d'achat des médicaments présents sur le marché ivoirien en 1996, p. 127
- Figure 11.** Évolution des prix PSP des médicaments pour les infections opportunistes (1996-1999), p. 128
- Figure 12.** Évolution des prix mensuels de bi- ou trithérapies courantes (1997-2000), p. 129
- Figure 13.** Comparaison des prix des antirétroviraux (par dose journalière) en 2000 (Brésil, Côte d'Ivoire, Ouganda, USA), p. 130
- Figure 14.** Demande, recette marginale, monopole, p. 290
- Figure 15.** Discrimination par les prix, p. 291
- Figure 16.** Évolution des prix des ARV au Brésil, p. 298
- Figure 17.** Dessin paru en mars 2001 dans la presse sud-africaine, p. 299

Figure 18. Comparaison coût-efficacité des traitements ARV aux stratégies alternatives de prise en charge du VIH, p. 303

Liste des tableaux

- Tableau 1.** Principaux indicateurs du système de santé en Côte d'Ivoire, p. 6
- Tableau 2.** Indications de mise sous traitement ARV dans l'Initiative, p. 93
- Tableau 3.** Médicaments étudiés par catégorie, p. 117
- Tableau 4.** Prix des médicaments antirétroviraux à la Pharmacie de santé publique (PSP) par comprimé, p. 131
- Tableau 5.** Prix des médicaments antirétroviraux pédiatriques vendus à la Pharmacie de santé publique (PSP) par comprimé, p. 132
- Tableau 6.** Caractéristiques des patients infectés par le VIH ayant répondu à l'enquête parmi l'ensemble des patients fréquentant les structures de santé concernées (n = 1 087), p. 144
- Tableau 7.** Caractéristiques socio-démographiques des patients traités ou non dans et hors l'Initiative ivoirienne (enquête 1999-2000, n = 711), p. 146
- Tableau 8.** Niveau de subvention des patients pour un traitement ARV dans l'Initiative (enquête 1999-2000, n = 141), p. 148
- Tableau 9.** Caractéristiques d'état de santé des patients traités ou non dans et hors l'Initiative ivoirienne (enquête 1999-2000, n = 711), p. 150
- Tableau 10.** Comportements sexuels chez les patients traités ou non dans et hors l'Initiative ivoirienne (enquête 1999-2000, n = 711), p. 153
- Tableau 11.** Caractéristiques des patients infectés par le VIH interrogés (USAC et CAT de Treichville), p. 162
- Tableau 12.** Répartition des médecins enquêtés selon la structure de soins dans laquelle ils exercent (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999-février 2000, n = 123), p. 185
- Tableau 13.** Caractéristiques des médecins interrogés en fonction de leur expérience dans la prise en charge de patients atteints par le VIH (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999-février 2000, n = 123), p. 186

- Tableau 14.** Connaissances sur les traitements du VIH/sida des médecins interrogés en fonction de leur expérience dans la prise en charge de patients atteints par le VIH (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999-février 2000, n = 123), p. 188
- Tableau 15.** Attitudes des médecins interrogés face à un patient atteint du VIH/sida en fonction de leur expérience dans la prise en charge de patients atteints par le VIH (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999-février 2000, n = 123), p. 189
- Tableau 16.** Opinions des médecins interrogés sur les traitements antirétroviraux selon leur expérience dans la prise en charge de patients atteints par le VIH (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999-février 2000, n = 123), p. 190
- Tableau 17.** Attitudes face à l'initiation d'un traitement antirétroviral et caractéristiques des médecins interrogés (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999-février 2000, n = 123), p. 192
- Tableau 18.** Attitudes face à l'initiation d'un traitement antirétroviral et connaissances sur les traitements du VIH/sida des médecins interrogés (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999-février 2000, n = 123), p. 193
- Tableau 19.** Croisement entre les attitudes face à l'initiation d'un traitement antirétroviral et les pratiques en matière de dépistage et de risque de contamination professionnelle du VIH chez les médecins interrogés (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999-février 2000, n = 123), p. 194
- Tableau 20.** Répartition du personnel soignant enquêté par type de structure selon les caractéristiques professionnelles, p. 207
- Tableau 21.** Connaissances sur la prophylaxie par cotrimoxazole, p. 208
- Tableau 22.** Connaissance de la prophylaxie par cotrimoxazole chez les personnes infectées par le VIH selon les caractéristiques professionnelles des soignants, p. 209
- Tableau 23.** Connaissance de la posologie du cotrimoxazole en prophylaxie chez les personnes adultes infectées par le VIH par les médecins ayant entendu parler de cette prophylaxie, p. 210
- Tableau 24.** Scores de connaissance des modalités de prescription du cotrimoxazole en prophylaxie chez les personnes infectées par le VIH pour les médecins et personnels soignants ayant entendu parler de cette prophylaxie (n = 285), p. 212

- Tableau 25.** Scores moyens de connaissance des critères de sélection des patients VIH⁺ et de la posologie pour la mise sous prophylaxie par cotrimoxazole, selon les caractéristiques professionnelles des soignants, p. 214
- Tableau 26.** Pratique des tests de dépistage du VIH, de l'hépatite B et de la vaccination vis-à-vis de l'hépatite B chez les personnels soignants, Côte d'Ivoire, 1999-2000, p. 222
- Tableau 27.** Pratiques des personnels soignants en cas d'accident d'exposition professionnelle, Côte d'Ivoire, 1999-2000, p. 223
- Tableau 28.** Enquête par entretiens auprès des soignants de Côte d'Ivoire impliqués dans la prise en charge du VIH/sida (répartition par centre et caractéristiques des soignants rencontrés), p. 231
- Tableau 29.** Proportion de personnes ayant déjà craint d'avoir été contaminées, février 2000, p. 255
- Tableau 30.** Score de connaissance sur les modes de transmission du VIH, février 2000 (sur une échelle de 0 à 9), p. 256
- Tableau 31.** Score de tolérance à l'égard des personnes séropositives pour le VIH - février 2000 (sur une échelle de 0 à 12), p. 257
- Tableau 32.** Proportion d'enquêtés ayant fait le test de dépistage du VIH selon l'année d'enquête et le groupe enquêté, p. 260
- Tableau 33.** Proportion de personnes ayant effectué le test de dépistage du VIH selon le sexe, l'âge, le niveau d'instruction et l'état matrimonial. Consultants - février 2000 (n = 254), p. 261
- Tableau 34.** Part de la richesse nationale que représenterait une couverture à 100 % des personnes infectées par le VIH par les multithérapies antirétrovirales (ARV), p. 284
- Tableau 35.** Prix des ARV et des médicaments contre les infections opportunistes existant en version générique (US \$/2000), p. 287
- Tableau 36.** Prix de monopole *versus* prix concurrentiel, p. 290
- Tableau 37.** Simulation de l'impact des ARV sur l'épidémie de VIH/sida en Afrique du Sud, p. 306
- Tableau 38.** Évaluation coût/efficacité des traitements du VIH/sida, p. 306

Liste des personnes rencontrées (par structure ou organisation)

PNLS/MST/TUB : Dr Coulibaly I.M. (en 1999)
 Coordination Initiative : Dr Makan C. et Toure-Brun F. (en 1999 et en 2000)
 Comité de gestion Initiative : Pr Ouattara L. (en 1999 et en 2000)
Medical Access : M. Zaro (en 1999)
 Coordination des volontaires associatifs du volet « soutien psychosocial » : Mme M'Boa L. (en 1999 et en 2000)
 DAF ministère de la Santé : MM. Kaba et Guédo (en 2000)
 PSP : Pr Kone-Bamba et M. Barjeaud (en 1999 et en 2000)
 Onusida-pays : Dr Diallo (en 2000)
 Onusida inter-pays : Dr M'Pelé (en 2000)
 Représentant laboratoire MSD : M. Fattoh (en 1999)
 Représentant laboratoire Roche : M. Coulibaly O. (en 1999)
 CAT : Dr Diakité et M. Secongo (en 1999 et en 2000)
 Cirba : Dr Chenal (en 1999 et en 2000)
 CNTS/Fonsida : Pr Bondurand (en 1999)
 HMA : Colonel Traoré et MM. Mbleyia et Daudé (en 2000)
 MIT : Pr Kadio A. et Dr Konan et Koné-Berthé (en 1999 et en 2000)
 USAC : Drs Baroin et Kanga (en 1999 et en 2000)
 Hôpital de jour de Bouaké : Dr Essombo (en 2000)
 Association *Amépouh* : Mmes Dossou R. et Kaboré A. (en 1999 et en 2000)
 Association *Club des Amis* : M. N'Da D. (en 1999)
 Association *Lumière Action* : M.F. Guéhi et Mme M'Boa L. (en 1999 et en 2000)
 Association *Lumière Action - antenne de Bouaké* : M. Sidibé et Mme Diaby (en 2000)
 Association *GAP + PS* et coordination *RIP+* : M.N'Goran H. (en 1999)
 ONG *Ruban Rouge* : Dr Rayes E. et M. Zadi (en 1999)
 ONG *Caritas Côte d'Ivoire* (coordination église catholique) : M. Boa II (en 1999)
 Journaliste au quotidien *Le Jour* : Mlle Seythou B. (en 1999)
 Journaliste au quotidien *Notre Voie* : M. Glazaï C. (en 1999)

Remerciements

Les auteurs de cet ouvrage adressent leurs plus sincères remerciements aux responsables de l'Initiative Onusida et du PNLS/MST/TUB qui ont rendu possible ce travail. Ils tiennent à remercier les personnes qui ont permis qu'il soit réalisé sur le terrain, en particulier Mme F. Twiyubahe, coordinatrice technique à Abidjan et Mlle Louise Kouao. Ils remercient également les responsables et les personnels des structures de santé rencontrés et sollicités, ainsi que les patients qui ont bien voulu répondre à nos questions. Nos remerciements vont également au Cedres et au Retro-CI pour leur aide dans le domaine biologique.

Liste des auteurs

Hortense AKA-DAGO AKRIBI, psychologue, Université de Cocody, Abidjan
Rigobert AKA KAKOU, médecin infectiologue, Service de maladies infectieuses, CHU de Treichville

Nicola de BÉCHON, étudiant en sociologie, IRD, Abidjan

Hermann BROU, ingénieur statisticien, ENSEA, Abidjan

Djénéba COULIBALY-TRAORÉ, doctorante en sociologie, Université de Cocody, Abidjan,

Karine DELAUNAY, historienne, CEA-IRD, Abidjan-Paris

Annabel DESGRÉES DU LOÛ, démographe, IRD, Abidjan

Jean Pierre DOZON, anthropologue, IRD/EHESS, Paris

Clémence ESSE, étudiante en sociologie, Université de Cocody, Abidjan

Dakouri GADOU, sociologue, Université de Cocody, Abidjan

Anne JUILLET, économiste de la santé, IRD, Abidjan

Gabin KPONHASSIA, sociologue, GIDIS-CI, Abidjan

Stéphane LUCCHINI, économiste, CNRS, Grequm/Inserm 379, Marseille

Claude MALAVAL, économiste, IRD, Abidjan

Jean-Paul MOATTI, économiste, Unité Inserm 379 et Université de la Méditerranée, Marseille

Philippe MSELLATI, épidémiologiste, LPE/IRD, Marseille

Johanne PRUDHOMME, statisticienne, Observatoire régional de la santé-PACA, Marseille

Yves SOUTEYRAND, économiste, Inserm/ANRS, Paris

Marc SOUVILLE, psychologue, Unité Inserm 379, Marseille
Goze TAPE, psychologue, École normale supérieure, Université
de Cocody, Abidjan
Laurent VIDAL, anthropologue, IRD, Montpellier

Groupe d'évaluation de l'Initiative

Hortense AKA DAGO, psychologue, Département de psychologie,
Université de Cocody, Abidjan
Antoinette AYO, doctorante sociologie, Institut d'ethno-sociologie,
Abidjan
Joseph BRUNET-JAILLY, économiste, IRD, Abidjan (expert associé)
Monique CHEVALLIER-SCHWARTZ, anthropologue, IRD-CNRS,
Abidjan-Paris
Djénéba COULIBALY-TRAORE, sociologue, doctorante, Université de Cocody,
Abidjan
Gadou DACOURY, sociologue, Institut d'ethno-sociologie, Université
de Cocody, Abidjan
Karine DELAUNAY, historienne, CEA-IRD, Abidjan-Paris
Annabel DESGRÉES DU LOÛ, démographe, IRD, Abidjan
Hippolyte DIGBEU, épidémiologiste, Direction contrôle de l'évaluation
et de l'information sanitaire, ministère de la Santé, Abidjan
Fabien DIOMANDE, épidémiologiste, Retro-CI, Abidjan
Gaston DJOMAND, épidémiologiste, Retro-CI, Abidjan
Jean-Pierre DOZON, anthropologue, IRD-EHESS, Paris
Laurence EBA, épidémiologiste, Retro-CI, Abidjan
Clémence ESSE, en DEA de sociologie, Institut d'ethno-sociologie,
Abidjan
Tapé GOZE, psychologue, ENS/GIDIS-CI, Abidjan (coordination Abidjan
pour la partie socio-comportementale et économique)
Anne JUILLET-AMARI, économiste, ANRS/IRD, Abidjan
Gabin KPNHASSIA, sociologue, GIDIS-CI, Abidjan
Claude MALAVAL, économiste, CSN, IRD, Abidjan
Jean-Paul MOATTI, économiste, Inserm U579 et Université de la Méditer-
ranée, Marseille (investigateur principal pour la partie socio-
comportementale et économique)

Philippe MSELLATI, épidémiologiste, IRD, Abidjan (coordination Abidjan pour la partie socio-comportementale et économique)

Thierry ROELS, épidémiologiste, Retro-CI, Abidjan

Yves SOUTEYRAND, économiste, Inserm/ANRS, Paris (coordination ANRS pour la partie socio-comportementale et économique)

Marc SOUVILLE, psychologue, Inserm U379, Marseille

Laurent VIDAL, anthropologue, IRD, Abidjan (coordination Abidjan pour la partie socio-comportementale et économique)



Achévé d'imprimer par Corlet, Imprimeur, S.A.
14110 Condé-sur-Noireau (France)
N° d'Imprimeur : 54325 - Dépôt légal : septembre 2001
Imprimé en U.E.