

DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX ANTIRÉTROVIRAUX DANS LES PAYS D'AFRIQUE FRANCOPHONE : ÉTAT DES LIEUX EN 2004

C. BOISSEAU, H. DEGUI, C. BRUNETON, J.L. REY

Med Trop 2006; 66 : 589-592

RÉSUMÉ • Une enquête par questionnaire et entretiens avec les responsables de centrale d'achat et de programme de lutte contre le sida a été réalisée de juin à octobre 2004 dans 18 pays africains francophones. Durant cette période les réponses à cette enquête ont montré que 33 000 patients étaient sous traitement ARV, ce qui correspondait à un taux de traités par rapport aux patients nécessitant un traitement ARV de 0,1 à 9,6 %. Tous les pays ont connu des ruptures d'approvisionnement en ARV dont les raisons sont multiples, pour l'essentiel des raisons budgétaires et de complexité des procédures des bailleurs de fonds. Les prix demandés aux patients sont très variables et dépendent de la politique des états. Les prix de cession aux structures de santé varient aussi et dépendent des prix d'achat donc des capacités de négociation des centrales d'achat. Pour améliorer l'accès généralisé aux traitements tout en limitant toutes ruptures d'approvisionnement il est nécessaire de multiplier les formations sur la gestion et la distribution des médicaments et il serait souhaitable de mettre en place une meilleure circulation des informations entre responsables nationaux d'achat.

MOTS-CLÉS • ARV - Approvisionnement - Coûts - Afrique.

POOR ACCESS TO ANTIRETROVIRAL TREATMENT IN FRENCH-SPEAKING AFRICA: SITUATION IN 2004

ABSTRACT • A survey by questionnaire and interview was carried out with persons in charge of purchasing central structures and AIDS control programs in 18 French-speaking African countries between June and October 2004. Survey data showed that a total of 33 000 patients received antiretroviral (ARV) treatment during the study period. This corresponds to a treatment rate of 0.1 to 9.6% of the number of patients requiring ARV treatment. All countries reported interruptions of the ARV supply for a variety of reasons. The main causes were budgetary issues and procedural complexity involving financial aid. The prices charged to the patients varied greatly in function of national policies. Cost price also varied in function of the negotiating leverage of the purchasing central. Improve general access to ARV treatment and reducing the number of supply shortages will require more training in management and distribution of medicines. It would also be useful to improve communications between the persons in charge of national purchasing structures.

KEY WORDS • Supply – Cost – Africa.

L'Afrique est le continent le plus touché par le fléau du sida, ce continent représente 90 % des sujets infectés par le VIH alors que sa population s'évalue à 11-12 % de la population mondiale (1). D'autre part pour obtenir une efficacité correcte des antirétroviraux (ARV) et éviter l'apparition de souches résistantes il faut un suivi des prises thérapeutiques supérieur à 90 % (2). Or les premières études sur l'observance des traitements ARV ont montré qu'une des causes les plus fréquentes de mauvaise observance était la non disponibilité des ARV en raison de ruptures d'approvisionnement (3).

Pour mieux appréhender cette question de la non disponibilité des ARV alors que de nombreux programmes existent et financent ces médicaments, deux organismes se sont associés pour dresser un état des lieux de la situation en Afrique francophone. ReMeD (Réseau Médicaments et Développement) et Esther (Ensemble pour une Solidarité

Thérapeutique Hospitalière En Réseau). Une enquête a été menée sur l'approvisionnement et les prix des ARV dans 18 pays d'Afrique francophone.

MÉTHODES

Après contacts avec les directeurs de centrale d'achat et pharmaciens des programmes de lutte contre le sida, un questionnaire a été envoyé dans chaque pays. Les données recueillies concernaient la période allant de juin à octobre 2004. Après réception du questionnaire un entretien téléphonique était réalisé pour préciser les réponses.

Ce questionnaire comportait des questions sur la situation du VIH/sida dans le pays, la liste des principaux ARV utilisés, les sources et modalités d'approvisionnement national, l'existence et les causes des ruptures de stock, les prix de cession des ARV.

Les pays suivants ont participé à l'enquête : Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Centrafrique, Congo Brazzaville, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée Conakry, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, Rwanda, Sénégal, Tchad, Togo.

• Travail de ReMeD (C. B., C. Brun., Médecins), Paris et de Esther (H.D., J.L.R., Médecins), Paris, France.

• Correspondance : Docteur C. BOISSEAU, ReMeD, 35 rue Daviel, 75013 Paris, France.

• Courriel : remed@remed.org

• Article reçu le 21/02/2006, définitivement accepté le 20/11/2006.

Tableau I - Nombre de patients mis sous traitement ARV dans les pays enquêtés.

	Taux prévalence* %	Nombre patients traités*	Pourcentage traités **
Algérie	0,3	300	0,5
Bénin	1,9	1 500	5,9
Burkina Faso	4,2	3 200	3,5
Burundi	3,6	3 000	3,0
Cameroun	11,8	9 000	2,5
Centrafrique	17	300	0,2
Congo Brazzaville	6	350	1,0
Côte d'Ivoire	9,7	3 500	1,1
Gabon	8,1	1 750	9,4
Guinée CK	2,8	500	1,3
Madagascar	1	17	0,1
Mali	2,7	2 200	3,7
Mauritanie	0,5	12	0,5
Niger	0,9	100	0,5
Rwanda	11	4 036	2,2
Sénégal	1,4	2 700	9,6
Tchad	8	600	0,5
Togo	6	1 500	2,6

* Données fournies par les responsables de la centrale d'achat et du PNLS

** Taux des patients traités sur personnes infectées nécessitant un traitement soit 30% des personnes infectées (1-2).

Cette enquête avait pour objectifs de dresser un état des lieux de l'approvisionnement et des prix des ARV dispensés aux malades en 2004. Pour cette première étude seuls les médicaments de première ligne étaient concernés.

RÉSULTATS

Nombre de patients traités

Durant cette période, 33 000 patients avaient été traités par ARV dans l'ensemble de ces pays. On constate de très grandes disparités entre les pays ; le Cameroun et le Rwanda prenaient en charge les plus grands nombres de patients (respectivement environ 9 000 et 4 000 malades) et à Madagascar et en Mauritanie, il existait très peu de patients sous traitement.

Tous les pays avaient mis en place des stratégies nationales d'accès aux ARV : des protocoles nationaux étaient publiés et diffusés. Dans la plupart des cas ces protocoles étaient adaptés du document OMS (4).

Accessibilité au traitement

Le nombre de centres de traitement variait aussi beaucoup. Dans certains pays comme le Niger ou Madagascar, il n'existait qu'un seul endroit où l'on pouvait se procurer des ARV et ce chiffre pouvait monter jusqu'à trente dans d'autres pays.

Les patients traités étaient mis en traitement et venaient chercher leurs médicaments dans des centres de référence ; leur nombre et répartition géographique jouent

Tableau II - Situation des centres de traitement en 2004.

	Nombre de centres	Superficie couverte (Km ²)	Nombre patients à traiter
Algérie	7	340 000	9 000
Bénin	13	8 700	1 950
Burkina Faso	30	9 100	3 080
Burundi	17	1 600	2 950
Cameroun	21	22 600	16 850
Centrafrique	6	103 000	17 850
Congo Brazza	2	170 500	18 000
Côte d'Ivoire	12	26 800	25 850
Gabon	7	38 100	2 660
Guinée CK	3	81 600	13 000
Madagascar	1	587 000	35 200
Mali	7	177 100	8 500
Mauritanie	(1)	200 000	250
Niger	1	990 000	18 750
Rwanda	11	2 400	17 000
Sénégal	13	15 000	2 150
Tchad	7	180 000	17 140
Togo	3	19 000	19 200

un rôle majeur dans l'accessibilité aux soins des patients (Tableau II).

Approvisionnement et financement des ARV

Sur les 18 pays concernés, 15 avaient au moins deux sources de financement différentes. Tous les pays de l'étude allaient recevoir ou avaient déjà reçu une subvention du Fonds Mondial. Dans 11 pays, l'Etat était impliqué et finançait l'achat d'ARV. La Banque Mondiale était également un bailleur de fonds dans 6 de ces pays. Les centrales d'achat nationales de médicaments essentiels utilisaient directement leurs fonds propres dans 4 pays (Burkina Faso, Cameroun, Rwanda, Togo). Les autres bailleurs de fonds étaient des initiatives privées ou associatives (dans 3 pays), les coopérations bilatérales ou l'Union Européenne (3 pays), le programme présidentiel américain (PEPFAR) (2 pays) et Esther (2 pays).

Concernant l'approvisionnement des ARV, l'organisme chargé de cette activité était très majoritairement la centrale d'achat du pays concerné (12 pays). Trois pays avaient choisi de confier les achats en ARV au Programme National de Lutte contre le sida (PNLS), qui est un service rattaché au Ministère de la santé ou à la primature. Dans le cadre du programme du Fonds mondial, l'UNICEF avait été choisi comme sous-récepteur pour s'occuper de l'approvisionnement dans 4 pays (Rép. Centrafricaine, Guinée Conakry, Tchad, Togo). Enfin, à Madagascar et au Niger, ce sont des associations qui géraient cette activité. Dans tous les cas ces approvisionnements étaient réalisés en parallèle aux commandes, approvisionnement et distribution des autres médicaments essentiels ou non.

Tous les pays connaissaient des ruptures de stocks en ARV. Au niveau central, la première cause invoquée par neuf pays était un retard de livraison de la part des laboratoires fournisseurs de médicaments qui ne respectaient pas les délais mentionnés sur la commande ferme. Pour 5 pays, les

ruptures avaient eu lieu en raison de budget insuffisant, ou de décaissement des budgets spécifiques trop tardif. L'évaluation des besoins effectifs des personnes mises sous traitement était une difficulté évoquée plus précisément par 5 pays : les quantités d'ARV nécessaires étaient difficiles à prévoir, car la consommation était exponentielle et le nombre de personnes nécessitant des ARV toujours croissant. Dans 2 pays, les responsables avaient également cité une mauvaise planification des commandes. Un autre problème cité dans 2 pays portait sur les prescriptions d'ARV : le non-respect par les prescripteurs des protocoles thérapeutiques nationaux ne permettait pas aux patients d'obtenir les médicaments prescrits puisque ceux-ci n'étaient pas sur les listes d'achats autorisés. Cela faussait donc les prévisions de consommation et entraînait ainsi des ruptures de stocks et /ou des « sur-stocks » avec risques de préemption.

• *Prix de cession des ARV*

On a distingué 3 différentes modalités de mise à disposition des ARV par les pays :

- le traitement était gratuit pour le patient ;
- le patient payait un forfait, quels que soient les ARV qui lui étaient prescrits ;
- le patient achetait ses ARV, comme tout autre médicament.

Le traitement était gratuit pour tous les patients en Algérie, au Burundi, à Madagascar, au Mali et au Sénégal, pour les enfants au Bénin et en Côte d'Ivoire, pour les enfants et les femmes enceintes au Gabon.

Des forfaits étaient demandés aux patients de la façon suivante :

- au Bénin : de 1 000 à 20 000 FCFA selon les revenus du patient ;
- au Burkina Faso : 5 000 FCFA si le patient était inclus dans un programme ;
- au Congo Brazza : 40 000 FCFA au maximum ;
- en Côte d'Ivoire : 5 000 FCFA par trimestre ;
- au Gabon : 2 000 FCFA à 10 000 FCFA selon les revenus du patient ;
- au Togo : 5 000 FCFA si le patient était inclus dans le programme du Fonds Mondial.

Enfin, il restait 4 pays où le patient achetait directement les ARV prescrits.

Le tableau III donne les prix de cession de base selon les pays. Ces prix ne sont pas appliqués forcément aux patients, ils servent de base au calcul pour la comptabilité des achats. Le prix demandé aux patients dépend de la politique

nationale, il est en général inférieur au prix de cession, la différence étant subventionnée par l'Etat.

Par ailleurs, pour la combinaison générique Triomune 30 ou 40 (association à dose fixe de lamivudine, stavudine et névirapine) le prix de cession varie de 16 000 CFA par mois en Centrafrique à 14 500 au Togo, 12 050 au Burkina Faso et 3 000 au Cameroun.

DISCUSSION

L'enquête a permis d'établir un état des lieux de l'accessibilité des patients aux ARV en Afrique francophone et des difficultés rencontrées par les personnes impliquées dans cette problématique. Les chiffres indiqués dans les tableaux ci-dessous correspondaient aux renseignements fournis par les responsables d'approvisionnement en ARV il n'étaient pas toujours identiques aux données officielles colligées par ONUSIDA mais ils reflétaient la distribution des traitements ; d'autre part le dernier recueil datait de octobre 2004, comme les évolutions dans le domaine du sida sont rapides, ces données ne représentaient que la situation à cette date. Il serait très intéressant de faire une enquête similaire tous les ans pour évaluer ces changements.

La multiplicité des sources de financement rend la gestion des achats et la distribution des ARV très complexes sur le terrain. En effet, si un pays reçoit des financements de plusieurs bailleurs de fonds, il aura autant de stocks différents d'ARV. Chaque stock était de plus destiné à une catégorie de patients particulièrement redéfinie par le programme soutenu par le bailleur. Les activités de gestion et de compte-rendu de telles situations étaient lourdes à gérer dans la pratique quotidienne. De plus l'intervention de différents bailleurs de fonds avec leur philosophie propre explique les différences de prix demandées aux patients selon les pays et parfois dans un même pays. Certains fonds de la Banque Mondiale ne sont utilisables que si la gratuité est assurée au patient, les autres payent le tarif national référencé plus haut. Une homogénéisation des procédures d'approvisionnement et distribution serait souhaitable, l'existence dans ces pays depuis 1995 de centrales d'achat au fonctionnement transparent et conforme aux bonnes pratiques est un atout à exploiter, quitte à renforcer la formation des acteurs et soutenir leur fonctionnement.

De plus des ruptures dues aux retards des financements étaient à relier aux procédures administratives lourdes qui ne permettent pas une planification adéquate en fonction des inclusions de nouveaux malades

Tableau III - Comparaison de prix de cession en F CFA des principaux ARV

DCI	Burkina Faso	Cameroun	Gabon	Togo
Lamivudine 150mg bte 60 cp	3 420	7 054	7 200	4 050
Efavirenz 600 mg, bte de 30 cp	20 950	19 000	15 317	20 000
Stavudine 30mg bte de 56 cp	2 872	2 895	2 935	3 000
Didanosine 100mg 60cp	9 897	8 966	9 426	10 000
Nelfinavir 250 bte de 270 cp	41 035	49 261	37 850	39 110
Indinavir 400 mg bte de 180 cp	34 438	14 685	35 251	27 000

Aucun Etat, en dehors du Gabon, n'a encore eu la capacité de financer en totalité les besoins en traitements des personnes infectées par le virus, ce qui pose le problème de la pérennité de cette activité. Tous ces programmes ont des durées limitées dans le temps. Il est nécessaire de poursuivre le plaidoyer pour une plus forte implication de la communauté internationale dans le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida.

Les différences de prix constatées d'un pays à un autre pouvant aller du simple au double montre que les procédures d'appel d'offres et de négociation étaient peu efficaces, des formations spécifiques sont nécessaires. Il est apparu d'autre part, que dans les pays où la centrale utilisait ses fonds propres les ruptures étaient plus rares, car l'existence d'un fonds de roulement important est absolument nécessaire pour faire face à différents problèmes de retard ou de non paiement.

Depuis 2001 et la mise en place de programmes de traitement par les ARV dans les pays touchés par l'épidémie de sida, l'accent avait été mis sur la formation d'équipes soignantes dans les hôpitaux des grandes villes des pays africains. Aujourd'hui, l'élargissement du nombre de sites de traitement dans les structures de santé périphériques nécessite un changement dans l'organisation des approvisionnements et de la distribution des ARV. Cette étude a permis d'identifier les principales difficultés auxquelles étaient confrontés les acteurs de la chaîne du médicament.

CONCLUSION

Ce travail a permis d'identifier les faiblesses du système d'approvisionnement et de distribution des ARV dans les pays d'Afrique francophone. Il a servi à ESTHER (5) et ReMeD (6) pour documenter et proposer un projet de soutien transversal destiné à l'amélioration des pratiques dans ce domaine. L'objectif était et reste d'éviter les ruptures dans la chaîne de mise à disposition des ARV pour garantir aux patients traités ou en attente de traitement une disponibilité régulière en ARV. A court terme, un stock tampon mobilisable par les praticiens sur le terrain est mis en place, pour permettre en urgence de répondre aux besoins des patients.



Figure 1 - Présentation des ARV dans la centrale d'achat du Cameroun.

Pour assurer la pérennité des systèmes d'approvisionnement et de distribution, des actions de soutien technique et logistique doivent être mises en œuvre ■

Remerciements • Merci à tous les responsables de centrales et de PNLs pour leur collaboration.

RÉFÉRENCES

- 1 - ONUSIDA - Programme commun des nations unies contre le VIH-sida. 2004. Le point sur l'épidémie de sida. Décembre 2004 ; 1-7 : 19-31.
- 2 - DELFRAISSY JF *et Coll* - Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par la VIH. Recommandations 2004, Flammarion ed, Paris. www.sante.gouv.fr/vie/dossiers/trithérapie
- 3 - LAURENT C, DIAKHATE N, NGOM-GUEYE NF *et Coll* - The senegalese government's highly active antiretroviral initiative: an 18 months follow-up study. *AIDS* 2002 ; **16** : 1369-70.
- 4 - OMS - Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations pour une approche de santé publique. Révisions 2003 et 2006.
- 5 - www.esther.fr
- 6 - www.remed.org