

## **Le SIDA et les choix de stratégie sanitaire : l'exemple de la Côte d'Ivoire**

Professeur J. BRUNET-JAILLY, Directeur de recherches à l'ORSTOM  
ORSTOM 04 BP 293 ABIDJAN 04 Côte d'Ivoire, tél 225 357967, fax 225 354015

Dans ce qui suit, nous abordons deux questions. La première peut être formulée de la façon suivante : en quoi la lutte contre le SIDA apparaît-elle comme une action cohérente avec les autres activités privilégiés par la stratégie sanitaire ? La seconde question est celle de l'équité : les choix que révèle l'analyse de la stratégie sanitaire sont-ils conformes à l'éthique ?

Ces deux questions sont liées : dans un contexte de limitatoin des ressources, l'équité exige que les actions retenues soient toutes également efficaces pour leur coût. Nous partirons donc des aspects les plus apparents, qui montrent l'appartenance de la stratégie en matière de SIDA à une autre logique, pour dégager progressivement les éléments qui pourraient inspirer une autre approche.

### **I. La première décennie : le SIDA dans les priorités du Ministère de la santé**

"De 1987 à 1992, la contribution directe et indirecte de l'Etat ivoirien au financement du PNLS se résume pour l'essentiel au paiement des salaires des fonctionnaires détachés au Programme, et aux frais d'entretien des locaux mis à disposition. Il déboursa ainsi 11,4 millions FCFA (22.800 \$) en 1997 pour la rémunération de sept fonctionnaires détachés au PNLS.

"A partir de 1993, le gouvernement inscrit au budget global de fonctionnement (BGF) du Ministère de la santé publique une ligne spécifique destinée à couvrir des dépenses de fonctionnement/exploitation, des frais liés aux activités d'IEC-prévention, de formation, de publication et de soutien aux ONG et Ministères. Ouverte pour appuyer le programme de lutte contre le SIDA et les MST, cette ligne intègre à partir de 1995 le programme tuberculose." ([1] p. 48)

Cette ligne passe de 60 millions FCFA en 1993 à 450 en 1995 (intégration d'activités concernant la tuberculose), 650 en 1996 et environ 800 en 1997 ; elle représente 0,15 % du BGF de la santé en 1993 (38 milliards) et 1,25 % en 1996 (52 milliards) ([1] p. 48).

En réalité, cette ligne a été en grande partie financée par le FED : en totalité de 1993 à 1995, à plus de moitié en 1996 (350 millions sur 650, [1] p. 48). Cette ligne ne permet pas d'entreprendre des actions de grande envergure : la seule subvention à l'ONG Espoir-CI en 1996 est de 100 millions FCFA ([1] p. 49).

Evidemment on peut ajouter aux activités financées sur cette ligne spéciale la totalité du coût de fonctionnement de Centre national de transfusion sanguine, puisque ce dernier a été réhabilité en 1990-1991 à cause du problème de la sécurité transfusionnelle (la dépense de réhabilitation a été financée par le FED : 900 millions FCFA ; le FED finance aussi en 1996 la transformation des banques de sang en dépôts de sang, pour 145 millions FCFA). Le fonctionnement du CNTS coûte environ 650 millions FCFA à l'Etat ([1] p. 49)

On peut encore ajouter aux dépenses du Ministère de la santé celles des autres ministères qui ont été invités, dans le cadre de l'élaboration du second Plan à Moyen Terme, à proposer des plans sectoriels : ensemble, ils donnent à peu près, en 1994-95, l'équivalent de la ligne inscrite au BGF du ministère de la santé ([1] p. 50). Ensemble, tous les ministères arrivent à mobiliser environ 2,5 millions \$ par an, sur le papier, car les ministères attendaient que la santé les subventionne, et donc tous les plans sectoriels n'ont pas été exécutés ([1] p. 51)!

Le fonctionnement du PNLIS a donc été financé, en pratique, par l'OMS, de 1987 à 1995, et depuis lors par l'ONUSIDA. Les montants apportés par l'OMS atteignent environ 4 millions \$ au total de 1987 à 1995 (moyenne 400.000 \$ par an : 200 millions FCFA) ; l'ONUSIDA donnera 200.000 \$ pour 1996-97 soit l'équivalent de 100 millions FCFA ([1] p. 52).

Quant aux activités de lutte contre le SIDA, elles ont été financées par les bailleurs de fonds.

"Les premières initiatives importantes de lutte contre le sida furent mises en oeuvre dans le Plan à Court Terme (PCT 1987-88) et concernèrent essentiellement la sécurité transfusionnelle. La réhabilitation du CNTS (...) a été financée, au moins dans la capitale et dans deux autres grandes villes du pays (CRTS de Bouaké et Korhogo) par l'Union Européenne (FED) qui y a contribué à hauteur de 900 millions FCFA entre 1989 et 1992. Pour sa part, la Coopération française a financé l'assistance technique qui dirigeait le CNTS, le matériel d'accès au diagnostic sérologique, et quelques initiatives de prévention et de communication." ([1] p. 52)

Une première réunion de mobilisation des bailleurs s'est tenue les 20 et 21 juin 1989 : on leur a demandé de prendre en charge de premier Programme à Moyen Terme, chaque bailleur développant "des projets gérés sur la base d'accords conclus avec le gouvernement" ([1] p. 44).

"L'apport des principaux bailleurs de fonds à la lutte contre l'épidémie à VIH/SIDA représente 13.833.000 \$US sur la période 1993-95, soit 4.611.000 \$US par an" ([1] p. 53) ou encore 2,3 milliards FCFA. Pour 1996, et pour l'ensemble lutte contre le sida, les MST

et la tuberculose, la contribution totale des bailleurs s'élève à 9,8 millions US\$ ([1] p. 47), soit 4,9 milliards FCFA.

En 1994 on est entré dans l'ère du Plan stratégique (1994-98), préparé avec la Banque Mondiale et l'ONUSIDA, et puis tout de suite après on a préparé, sur la suggestion de la Banque Mondiale, un Plan national de développement sanitaire qui couvre les années 1996-2005. Pour les trois premières années, ce PNDS coûtera 132 milliards et prévoit 13,6 milliards (10,3 %) de financement pour la lutte contre le SIDA, les MST et la tuberculose (6,8 en 1997, 3,3 en 1998 et 3,5 en 1999) ([1] p. 57 ; ce tableau contient au moins une erreur : la part de la lutte contre le SIDA, les MST et la tuberculose ne représente pas 12 % du financement total, mais seulement 10 %). En bref, les montants de dépense sont plutôt en diminution (sauf la première année), et leur financement est encore en grande partie attendu des bailleurs : plus exactement, la contribution du budget ivoirien, 51 milliards en 3 ans, est totalement irréaliste.

En résumé, les activités de lutte contre le SIDA sont parfaitement intégrées à une stratégie d'acquisition de l'aide. On pourrait admettre que ce soit de bonne guerre : face à des bailleurs qui cherchent comment placer leur aide, les bénéficiaires développent des compétences en matière d'acquisition de l'aide (le bailleurs organisent d'ailleurs des stages de formation à la préparation des demandes d'aide !). Mais, pour que cela ait un intérêt quelconque en matière de santé publique, il faut encore que les actions pour lesquelles on demande un financement aient été bien conçues et bien choisies.

## **II. La première décennie : les actions engagées**

Les premières actions ont concerné la prévention de la transmission par voie sexuelle, la sécurité transfusionnelle, la prévention de la transmission nosocomiale en milieu de soins, la prise en charge des séropositifs et des malades du SIDA.

En matière de prévention de la transmission sexuelle, la promotion des préservatifs et le marketing social confiés à une ONG américaine, semble avoir obtenu des résultats satisfaisants. La consommation de préservatifs est en 1995, tous circuits de distribution confondus, de l'ordre de 4 par homme par an ([1] III p. 4). La Côte d'Ivoire distribue ainsi un nombre important de préservatifs, par rapport à sa population et par rapport à ce qui se fait dans les autres pays ([2] p. 318-325), mais on ne sait pas quels sont les besoins à couvrir. Par ailleurs on ne sait pas quelle part est vendue, quelle part est donnée, quelle part est utilisée, ni par qui ni dans quelles circonstances.

Des actions d'IEC entreprises auprès de la population générale ou de groupes particuliers ont été menées, rarement à l'initiative de ministères, qui n'ont pas dégagé de ligne budgétaire pour leur plans d'action dans ce domaine, parfois par les entreprises privées, le plus souvent par des ONG. Mais on ne dispose d'aucun bilan et surtout on ignore tout de leur efficacité : on n'en a entrepris aucune évaluation. Quant à la lutte contre les MST, des algorithmes de diagnostic et de traitement ont été mis au point et utilisés en 1993 et 1994 pour la formation du personnel de santé ; les médicaments pour le traitement des MST ne

sont cependant disponibles à la PSP qu'à partir de 1996 et encore leur distribution n'est pas assurée sur l'ensemble du territoire ([1] p. 43)

La question principale que posent ces activités préventives est la suivante : il existe un fort argument en faveur de leur concentration sur les groupes qui risquent le plus de contracter et de transmettre le virus : il existe en effet un effet multiplicateur de la modification des comportements qui présentent les plus grands risques ([2] p. 81-83, 144-146). Il semble qu'on ait obtenu en Côte d'Ivoire une réduction du taux de séroprévalence chez les prostituées ([2] p. 69), mais on ne sait pas si cela ne provient pas simplement d'un renouvellement de la population considérée ; en outre le problème ne se limite pas aux prostituées, et on ne sait rien des résultats des actions concernant par exemple les malades soignés pour MST, les militaires, les chauffeurs routiers, les marins, etc, tous les autres groupes les plus susceptibles de contracter et de transmettre le virus (tels qu'ils sont identifiés par exemple dans [2] p. 153 à partir de l'expérience internationale) ; on ne sait même pas si le travail voulu a été fait pour savoir quels sont exactement en Côte d'Ivoire les groupes les plus susceptibles de contracter le virus et de le transmettre, et quels seraient les moyens d'agir auprès de ces groupes.

En matière de sécurité transfusionnelle, le CNTS a été réhabilité et les banques de sang ont été transformées en dépôts de sang : "les donneurs séropositifs ne représentent plus que 6 % au lieu des 12 % initiaux, ce qui témoigne d'un tri efficace ; les demandes de la région d'Abidjan sont satisfaites à 100 %. Toutefois, les produits sanguins sont souvent inaccessibles dans les régions Centre-Ouest et Sud-Ouest ; les patients à transfuser refusent le plus souvent le transfert pour des raisons financières et on peut s'interroger sur la pertinence de l'approche actuelle (centralisation des produits sanguins) face à ce problème" ([3] p. ii) et aussi : "alors que le CNTS a été prévu pour fournir 200.000 poches de sang par an, il couvre actuellement 100 % des demandes avec 40.000 poches" ([3] p. 55).

Sur ce sujet, il faut rappeler que, dans un pays où l'épidémie est généralisée, comme la Côte d'Ivoire, la sécurité transfusionnelle, indiscutablement nécessaire et relativement efficace pour son coût, n'a pas un impact sensible sur l'avenir de l'épidémie ([2] p. 151): c'est une intervention qui bénéficie aux malades transfusés, ce n'est pas une intervention efficace pour lutter contre la propagation de l'épidémie.

En ce qui concerne la prévention de la transmission nosocomiale et en milieu de soins, "les activités menées sur le terrain restent très limitées au cours de la période" ([1] p. 44).

Quant à la prise en charge des personnes séropositives et des malades, elle n'a guère fait l'objet que de discussions "épisodeques" ([1] p. 44) sur ce qu'il faudrait faire, ou plutôt sur les préalables à l'action : mise au point d'algorithmes de traitement des affections opportunistes avec les médicaments essentiels disponibles à la PSP, adoption en 1994 d'une stratégie diagnostique peu coûteuse, élaboration de modules pédagogiques et organisation de sessions de formation pour les personnels de santé. En 1997, mieux vaut

tard que jamais, "une politique d'approvisionnement en réactifs sérologiques (...) est en cours d'adoption" ([1] p. 44).

De même, il faut attendre 1996 pour que des activités spécifiques à la prévention de la transmission mère-enfant soient programmées ([1] p. 45).

Ce qui frappe, par conséquent, dans les activités des dernières années, c'est l'extrême lenteur des réactions, et notamment la difficulté à régler certains problèmes évidents comme l'approvisionnement en quantités voulues et au plus bas prix en médicaments et réactifs. Il est difficile de parler de stratégie, tant sont faibles les ressources consacrées localement à analyser les problèmes et à leur rechercher des solutions jugées localement les meilleures. L'utilisation en matière de santé publique de l'effort de recherche épidémiologique important qui a été mené avec l'assistance technique étrangère a été négligeable. Les actions entreprises ont plutôt visé à améliorer la qualité des soins pour les malades qui ont accès aux soins, ou à informer une très large cible qui se confond avec l'électorat, que les points spécifiques par lesquels la diffusion de l'épidémie elle-même pourrait être combattue.

De ce point de vue, la stratégie choisie avec l'assistance et l'accord des instances internationales spécialisées en matière de SIDA s'intègre à la stratégie sanitaire d'ensemble de la Côte d'Ivoire en ce sens que, pour cette dernière, tout est bon pour renforcer et développer le système, sans qu'il soit besoin de considérer ni l'accessibilité de ce système et de ses prestations, ni l'efficacité de ces dernières.

### **III. La prise en charge actuelle des malades dans le système de santé**

Il est possible que les malades du SIDA aient rempli, depuis ces dernières années, et au moins à Abidjan, des services hospitaliers auparavant désertés par les malades :

- les deux tiers des consultants des services de maladies infectieuses et de pneumologie du CHU de Treichville sont séropositifs ; mais aussi 44 % des consultants du service de médecine générale du CHR de San Pedro ; dans les formations sanitaires de premier niveau, les taux sont plus bas (FSU de Marcory 17 % et dispensaire du Bardo 24 %) ; cependant le proportion des consultants pour lesquels le statut sérologique est inconnu est toujours élevée ([1] p. 115);

- 63 % des malades hospitalisés en maladies infectieuses à Treichville sont séropositifs, 53 % pour les hospitalisés en PPH, 19 % pour les hospitalisés en médecine générale toujours à Treichville, et 19 % parmi les hospitalisés en médecine générale à San Pedro ([1] p. 114) ; là encore cependant les statuts sérologiques inconnus sont nombreux.

Mais il est très surprenant de constater que la seule enquête disponible n'ait montré aucune différence significative entre les malades séropositifs et les autres en ce qui concerne les dépenses moyennes journalières en médicaments, ou les dépenses totales moyennes ([1]

*III p. 17* : la différence serait plutôt dans le sens contraire à celui qu'on attendait), ni même probablement les durées de séjour (à l'exception du service de médecine du CHU de Treichville) ([1] p.117), ni encore le temps consacré à chaque malade par le personnel soignant ([1] III p. 123-124). Cependant, il n'a pas été tenu compte du stade de la maladie dans ces comparaisons.

Il faut aussi savoir que les malades n'exécutent pas les prescriptions qui leur sont faites à l'issue des consultations : on prescrit en moyenne 4,4 médicaments aux malades séropositifs qui consultent au service des maladies infectieuses, ils en achètent 0,9 ; s'ils consultent à la PPH, on leur en prescrit 4,2, ils en achètent 2,5 (on n'a pas d'explication pour cette situation relativement satisfaisante) ; s'ils consultent dans une formation sanitaire de quartier comme celle de Marcory, on leur prescrit 3,2 produits, ils en achètent 0,4 ; et au dispensaire du Bardo, on leur en prescrit 4,1, ils en achètent 0,3 ; seule sort du lot la formation communautaire d'Anonkouakouté, où l'on prescrit 3,8 produits et où les malades en achètent 3,1, l'explication étant dans le fait que cette formation procure à ses malades des médicaments essentiels parfois génériques ([1] p. 125). Les malades séronégatifs et les malades dont le statut sérologique est ignoré sont exactement dans la même situation (sauf au PPH, où les séropositifs sont dans une situation plus favorable que les autres malades ; mais le PPH est aussi le lieu où la dépense moyenne des malades en consultation est de loin la plus élevée : 3500 FCFA, le double de ce qu'on constate aux maladies infectieuses, le quadruple de ce qu'on trouve à San Pedro).

Il faut savoir encore que :

- les consultants devraient normalement recevoir le traitement du premier jour, puis une ordonnance à présenter à la pharmacie privée ; or la proportion des consultants qui ont pu se procurer des médicaments dans la formation sanitaire a été de 25 % au CHU de Treichville, 12,3 % au CHR de San Pedro, 12,9 % à la FSU de Marcory et 5,3 % au dispensaire du Bardo ; à la formation sanitaire communautaire d'Anonkouakouté, 94 % des consultants ont reçu les médicaments ; pourtant, les médicaments étaient présents dans les formations considérées (score de disponibilité d'au moins 75 %) ([1] p. 126) ;

- les malades hospitalisés devraient recevoir les médicaments qui sont disponibles dans la pharmacie de l'établissement : "sur un échantillon de 60 malades au CHU de Treichville et de 90 malades au CHR de San Pedro, il a été trouvé que les malades achetaient en moyenne 7 molécules (médiane 6) différentes pendant leur durée d'hospitalisation, toutes voies d'administration confondues. Sur ces 7 médicaments, en moyenne 2 ont été achetées à la PSP et 5 dans le secteur privé. Parmi les 5 médicaments achetés dans le privé, en moyenne 3 sont des molécules figurant sur la liste des médicaments essentiels pour le niveau secondaire". De même pour les consommables, chaque malade en achète en moyenne 4, dont 1 à la PSP et 3 dans le secteur privé ([1] p. 127) ; l'utilisation des médicaments PSP chaque fois que possible aurait permis de réduire la facture pharmaceutique des malades hospitalisés d'une proportion allant de 1/5ème à 1/3 environ (d'après les chiffres donnés dans [1] p. 127) ;

- cette situation est nécessairement créée par le fait que les médicaments PSP, étant les mêmes molécules et sous la même présentation, que celles que commercialise le secteur privé à un prix plus élevé, entraîne "un effet d'aspiration des médicaments du secteur public vers le secteur privé ou informel où ils peuvent être négociés avec une marge additionnelle" ([1] p. 129) ; parallèlement le chiffre d'affaires de la pharmacie d'officine a pu doubler depuis la dévaluation du FCFA. Quant au médicament générique, il est cantonné dans un rôle caritatif : environ 6 milliards, la moitié du chiffre d'affaires de la PSP, alors que les officines privées font un chiffre d'affaires de plus de 90 milliards en 1996.

Ajoutons trois remarques :

- une enquête ANRS/CIE sur 120 malades suivis en 1993 pendant 18 mois montre que, au cours des 10 derniers mois, la proportion de ceux qui recourent à des soins modernes passe de 75 % à moins de 40 % ; les auteurs évoquent l'épuisement des ressources ([4] p.II.3.9) ;

- les travaux de Laurent Vidal, qui a suivi pendant plusieurs années un groupe de malades recrutés dans les deux centres anti-tuberculeux d'Abidjan, concluent à des itinéraires thérapeutiques défiant la description, et combinant diachroniquement ou synchroniquement les recours au secteur moderne et les recours au secteur traditionnel ; ils montrent aussi que la rupture brutale peut se produire à tout moment de l'itinéraire ([1] p. 141-142).

- on sait très peu de choses du taux de séroprévalence ou de la prévalence de la maladie par statut socio-économique en Côte d'Ivoire. Dans l'enquête ANRS/CIE citée plus haut, qui a tiré son échantillon de malades dans trois formations sanitaires d'Abidjan et à l'hôpital de Dabou, on constate que les malades ont à peu près le niveau d'éducation de l'ensemble de la population urbaine de Côte d'Ivoire ([4] p. I.1.6), mais que leurs ménages ont par contre un niveau de dépense mensuelle moyenne très inférieur à celui des ménages de Yopougon ([4] II.3.5) : ils appartiennent donc aux catégories moyennes et inférieures ([4] p. II.3.3). Il est certain qu'une partie des malades ne fréquentent pas les formations sanitaires publiques, et sont suivis en clientèle privée ; ce sont évidemment ceux qui ont les moyens.

Les malades éprouvent donc de grandes difficultés à se soigner, et ceci vaut pour les séropositifs comme pour les autres. On peut donc penser que le premier objectif d'une politique de santé publique serait de lever tous les obstacles qui sont accessibles à une intervention de l'Etat : notamment les obstacles économiques qui tiennent au prix des médicaments, les obstacles culturels qui expliquent le caractère erratique des itinéraires thérapeutiques et la faiblesse de l'observance, et qui sont en partie liés au comportement des personnels de santé. Mais la prise en charge des malades pour le traitement des affections opportunistes et les soins palliatifs est difficile à organiser parce qu'elle exigerait une profonde réforme du système de santé de la Côte d'Ivoire : c'est pourquoi elle est si mal assurée.

#### **IV. L'Initiative de l'ONUSIDA appliquée en Côte d'Ivoire**

Au contraire, on peut penser que l'Initiative de l'ONUSIDA s'intégrera facilement à la stratégie sanitaire de la Côte d'Ivoire. Comment cette Initiative est-elle conçue et qui concerne-t-elle ?

##### **A. Contenu de l'Initiative**

"Dans le cadre de cette Initiative fondée sur la collaboration entre les secteurs public et privé, les pays en développement qui participeront à la phase pilote vont adapter leur infrastructure sanitaire pour garantir une distribution et un usage appropriés des médicaments pour la prise en charge de l'infection à VIH et du SIDA ; de leur côté, les entreprises pharmaceutiques et diagnostiques engagées dans le projet fourniront ces médicaments à des prix subventionnés" ([5] p. 1)

"A ce jour, Glaxo Wellcome PLC, F. Hoffman-La Roche Ltd et Virco N.V. se sont engagées à participer à l'Initiative. Des compagnies comme Janssen Pharmaceutica N.V. et Organon Teknika ont exprimé leur intérêt, et elles étudient actuellement la possibilité et le niveau de leur engagement. Des pourparlers sont en cours avec d'autres compagnies. L'Initiative est ouverte à toutes celles qui souhaitent s'y associer" ([5] p. 2)

"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" (Peter Piot, [5] p. 2)

Dans chaque pays sera institué :

- un comité national consultatif sur les médicaments pour la prise en charge de l'infection à VIH et du SIDA, sous la responsabilité du Ministre de la santé : élaboration de la politique nationale, examen des besoins, optimisation des ressources disponibles, établissement de la liste des médicaments à fournir, définition des meilleurs moyens de mettre ces médicaments à la disposition des patients, critères de participation des centres de santé à l'Initiative, critères de sélection des patients, élaboration d'un guide thérapeutique ;

- une entreprise à but non lucratif chargée de la commande centralisée des produits, de leur importation, de la gestion des subventions provenant des sociétés ; "cette structure sera financée par les compagnies qui en auront l'utilité, et sera également en mesure de régler certains aspects commerciaux et logistiques" ([5] p. 3)

Chaque société discutera séparément avec chaque pays ; "les sociétés participant à l'Initiative mettront à disposition une gamme de médicaments pour la prise en charge de l'infection à VIH, et notamment des antirétroviraux pour freiner l'évolution de l'infection à VIH, des antimicrobiens pour prévenir ou traiter les infections opportunistes courantes

survenant chez les personnes séropositives/malades du SIDA, et des antibiotiques pour traiter les maladies sexuellement transmissibles (MST), dont il est prouvé qu'elles augmentent le risque de transmission du VIH. De plus, les compagnies de diagnostic (*sic !*) fourniront les tests et services nécessaires pour le suivi virologique des patients" ([5] p. 3-4)

Financement de l'Initiative :

- "les sociétés pharmaceutiques fourniront les médicaments à des prix subventionnés" ;
- "les Ministères de la santé créeront de nouvelles sources de financement et travailleront dans le cadre de programmes déjà implantés (...)"
- "l'ONUSIDA fournira US 1 million pour le suivi des activités des comités consultatifs et des entreprises à but non lucratif, l'évaluation de la phase pilote et la diffusion des recommandations pour l'application des principes dans des situations comparables" ([5] p. 4).

## **B. Critères d'inclusion :**

Comment sont définis les critères d'inclusion dans l'Initiative ONUSIDA telle qu'elle serait mise en oeuvre en Côte d'Ivoire ? Un consensus semble avoir été obtenu lors d'un atelier organisé à Abidjan au mois de juillet, sur le principe de traiter les malades :

1°) entrant dans les catégories ci-dessous:

"- sujets symptomatiques avec un nombre de CD4 inférieur à 500/mm<sup>3</sup> et classés dans le groupe C (classification CDC) (sujets à un stade avancé) ;

"- sujets en phase de séroconversion récente (premier test négatif et un 2ème positif) ;

"- sujets du groupe A" ([6] p. 7)

Cette citation textuelle montre que la réflexion n'était pas très précise : les sujets du groupe A ne se distinguent guère des sujets en phase de séroconversion récente, ils éprouvent seulement les manifestations cliniques d'une séroconversion.

2°) ne présentant pas d'anomalie biologique, hépatique ou rénale (un bilan biologique est donc prévu, avec une liste précise d'examen à réaliser)

3°) de statut socio-économique capable d'assurer "l'accès financier, la compréhension de la maladie et du traitement nécessaires à la compliance" ([6] p. 8), ce statut socio-économique étant évalué par une enquête sociale.

Les discussions de l'Atelier de consensus ont évidemment aussi porté sur la liste des établissements qui assureraient la prise en charge. Cette liste est naturellement limitée en raison des équipements et compétences qui doivent être réunis pour le choix du traitement le plus indiqué et pour le suivi des malades. Le consensus qui semblait avoir été acquis en juillet a volé en éclats en novembre.

Les contraintes techniques qui justifient qu'un petit nombre seulement d'établissements soient autorisés à détenir les ARV, et par là à contrôler tous les établissements et prescripteurs qui assureront la prise en charge des malades mis sous ARV, doivent cependant être rapprochées des informations que nous avons sur l'aire d'attraction des formations sanitaires en Côte d'Ivoire. Ainsi, en 1996, 90 à 100 % des consultants dans les centres ou services enquêtés par le CIDEF (services des maladies infectieuses et service de pneumologie ainsi que service de pédiatrie du CHU de Treichville, FSU de Marcory, CSC d'Anonkoua, USAC à Abidjan, CHR de San Pedro et dispensaire urbain du Bardo dans la région Sud-Ouest) résident dans la ville ; 80 à 81 % de ceux qui sont hospitalisés dans ces formations résident à Abidjan ([1] III p. 2). L'accessibilité géographique joue donc même pour un service spécialisé.

Les conditions techniques et économiques de la mise en oeuvre de cette Initiative la rendent donc foncièrement inéquitable.

### **C. Nombre de malades qui pourraient être concernés**

Pour la Côte d'Ivoire, les estimations du nombre de séropositifs varient entre 600.000 ([7] p.1) et 900.000 ([8] p. 1). A notre connaissance, aucune discussion n'a eu lieu en Côte d'Ivoire de la façon dont pourraient être distribués les médicaments provenant de l'Initiative de l'ONUSIDA et destinés à traiter les affections opportunistes. L'attention s'est centrée sur les ARV. "Les déclarations de cas de SIDA correspondent à environ 5000 cas par an et l'on peut admettre qu'il y a une sous-notification massive et qu'il s'agirait plutôt de 20.000 cas de Sida par an. En termes d'accès aux soins, on peut faire l'hypothèse de 5.000 à 10.000 personnes identifiées par an et pouvant faire l'objet d'une proposition de mise sous traitements anti-retroviraux si l'on se restreint aux cas de SIDA" ([7] p. 1)

"S'il s'agit de traiter tous les malades à un stade avancé de la maladie (stade SIDA), quel que soit leur pronostic, il faudrait donc considérer un minimum de 5.000 personnes mises sous traitement (bi- ou tri-thérapie) par an. La survie des patients étant améliorée avec ces traitements, on peut imaginer qu'elle pourrait être de deux à quatre ans à ce stade de la maladie. Les estimations donneraient :

1ère année	5000 personnes
2ème année	8750 personnes
3ème année	11250 personnes

"Il est difficile d'estimer, en l'absence de schémas thérapeutiques précis, la proportion de ces personnes relevant de la bi- ou de la tri-thérapie antirétrovirale. Il est raisonnable d'estimer que 10 à 20 % au moins de ces patients relèveraient de la tri-thérapie" ([7] p. 2). Les estimations obtenues par le Docteur Anglaret à partir des consultations de médecine générale adultes de la région Sud conduisent à penser que le nombre de malades relevant d'une bi-thérapie (T4 entre 500 et 300/mm<sup>3</sup>) pourrait atteindre 61500, et le nombre de ceux relevant d'une trithérapie (T4 inférieurs à 200) pourrait être de 27000 ([7] p. 2-3) : ce dernier chiffre est supérieur au nombre de malades sous tri-thérapie en France.

Par ailleurs, le traitement des personnes infectées à une date récente (moins de 3 mois) ne devrait concerner qu'un nombre peu élevé de personnes. "Le CNTS est le seul lieu où de tels cas pourraient être identifiés. Ils sont estimés entre 30 et 50 cas par an, qui nécessiteraient une tri-thérapie prolongée pendant une durée qui reste à déterminer mais qui ne peut pas être inférieure à 18 mois dans l'état actuel des connaissances"([7] p. 3).

"La prévention de la transmission mère-enfant du VIH-1 est le seul cas où une monothérapie semble recommandée actuellement. Des essais évaluant son efficacité sont en cours. Le nombre de femmes enceintes pouvant bénéficier d'une telle stratégie (4 à 6 semaines d'AZT) peut être estimé pour la seule ville d'Abidjan à 11000 par an" ([7] p. 3).

Il paraît donc tout-à-fait évident qu'on n'a pas prêté attention localement à ce que l'Initiative de l'ONUSIDA pourrait signifier en matière de prise en charge des affections opportunistes, et que le nombre de malades qui pourront bénéficier de cette Initiative est une fraction du nombre de malades pour lesquels la prescription d'ARV serait justifiée. La sélection se fera nécessairement sur des critères socio-économiques, et les hommes de santé publique ne peuvent donc que la juger détestable.

La mise en oeuvre de l'Initiative n'a donc pas été préparée avec le soin qu'on pouvait espérer, et il semble difficile d'échapper à la conclusion que cette Initiative est fondamentalement inique. Mais précisément cela n'est pas un obstacle à son intégration à la stratégie sanitaire du pays.

La question du traitement des malades par ARV peut en effet permettre d'éviter toute réforme du système de santé ; le traitement d'un petit nombre de malades triés sur le volet est politiquement suffisant, puisqu'on trouve facilement des arguments techniques pour justifier la sélection. Et que l'aide internationale comme la solidarité nationale bénéficient d'abord aux groupes à hauts revenus ne sera pas une nouveauté dans le contexte ivoirien.

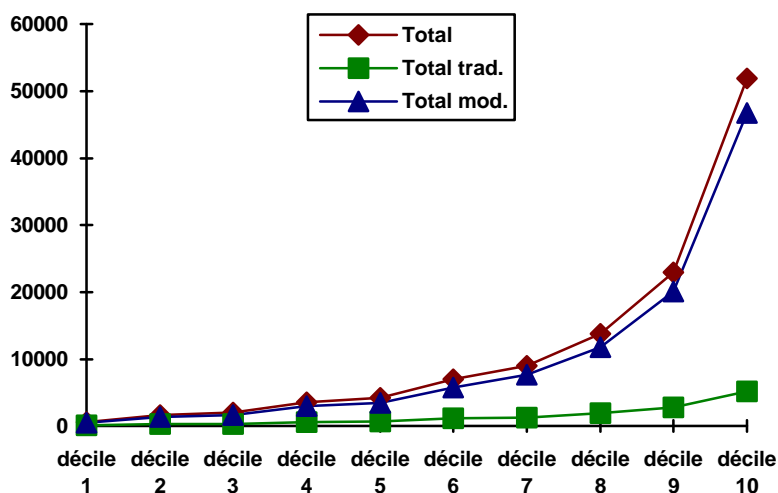
## V. Une stratégie sanitaire foncièrement inégalitaire

Depuis des décennies le système de santé ivoirien fonctionne en renforçant les inégalités sociales et économiques. Cela tient à l'ambition, largement réalisée au temps des vaches grasses, d'édifier un système de santé copié sur le modèle français, sans la moindre adaptation des structures hospitalo-universitaires, dans un esprit bureaucratique et corporatif pesant. La concentration des équipements et des personnels qualifiés à Abidjan, l'abandon dans lequel ont été laissées les formations sanitaires rurales, l'incurie de la gestion de la Pharmacie de Santé Publique jusqu'aux toutes dernières années, le poids prépondérant des intérêts professionnels et commerciaux dans la définition de la politique sanitaire (par exemple en matière d'approvisionnement pharmaceutique) ont obtenu le résultat que l'on sait : la Côte d'Ivoire a en ordre de grandeur un PNB par habitant trois fois supérieur à celui de ses voisins sahéliens, mais des indicateurs de santé guère meilleurs que les leurs.

Du fait de ces tares structurelles, les fonds publics affectés à la santé subventionnent plus les riches que les pauvres. En combinant les résultats de l'enquête niveau de vie en matière de fréquentation des services de santé avec une analyse détaillée de la destination des subventions publiques, une étude récente établit que "la subvention sanitaire par habitant en milieu rural est de 34 % inférieure à ce qu'elle est en zone urbaine, [...] la subvention allant au quintile le plus pauvre est de 64 % inférieure à celle obtenue par le quintile supérieur" ([9] p. 11). Autrement dit le recours aux services de santé est en Côte d'Ivoire, comme dans d'autres pays, l'une des façons d'obtenir une aide de l'Etat, mais, et ceci est relativement original, cette aide est actuellement plus importante en Côte d'Ivoire pour les plus riches que pour les plus pauvres. Cela tient au fait que les malades les plus pauvres ne fréquentent guère que le niveau primaire, alors que l'Etat subventionne très largement le niveau tertiaire qui, en pratique, reçoit les malades les plus riches. Le secteur public de la santé est donc, en Côte d'Ivoire, l'un des instruments de la redistribution à l'envers (un autre, mais à un degré moindre, est l'éducation, cf. [9]).

Notons encore, par exemple, que la dépense moyenne par tête en médicament modernes varie dans un rapport de 1 à 60 entre le premier et le dixième déciles de la distribution des dépenses totales de consommation par tête, et que la dispersion est encore beaucoup plus forte pour les consultations (de 1 à 300) et absolument considérable, contrairement à toute attente, pour les dépenses d'hospitalisation (de 1 à 3000 !). Le recours aux soins modernes manifeste donc une iniquité absolument extraordinaire, qu'illustre le graphique ci-dessous (pour le total des dépenses de santé des ménages, d'une part, et séparément pour leurs dépenses auprès de la médecine traditionnelle et auprès de la médecine moderne d'autre part), et c'est bien là ce qui devrait préoccuper l'homme de santé publique.

Graphique 1 : Montant moyen, en FCFA, des dépenses de santé des ménages, par tête et par décile, 1993



Source : enquête ménages 1993 (tableaux Toussaint)

Cette Initiative est donc, en tous cas pour la Côte d'Ivoire, foncièrement inique, mais elle sera bien acceptée parce qu'elle donne bonne conscience aux milieux internationaux, parce qu'elle permettra au pays d'acquiescer de l'aide, et parce que la population est habituée à un système de santé inique. Cependant, en obligeant à poser des questions relatives aux priorités dans le système de santé et aux critères de choix des malades qui bénéficieront des moyens disponibles, ainsi qu'en obligeant à délimiter le rôle de l'Etat et celui de la société civile (entreprises privées, ménages, associations ou autres organismes à but non lucratif), cette Initiative va dans la bonne direction, celle d'un contrôle profane sur la santé.

## VI. Jusqu'où conduit la considération de l'efficacité de l'intervention ?

Tout le monde sait, et certains osent dire, que tous les malades africains ne seront pas traités ; beaucoup agrémentent ce constat de considérations éthiques plus ou moins naïves. Le Ministre, lui, a annoncé sur les ondes internationales que le critère de sélection des malades pour le traitement serait celui de l'efficacité thérapeutique ; il a très peu développé cette idée, précisant simplement que le traitement ne serait pas entrepris pour un patient qui serait au delà de tout espoir thérapeutique (un tel patient entre pourtant dans le groupe "stade avancé" dont il a été question plus haut, à propos des critères d'inclusion). Ce choix d'un critère d'efficacité est assurément justifié, il n'est pas entièrement nouveau, il risque de nous conduire très loin !

Pourquoi est-il justifié de considérer l'efficacité ? Parce que les ressources pour la santé sont rares et qu'on ne peut pas se permettre de les gaspiller alors que tant de besoins sont insatisfaits. Mais qu'est-ce que l'efficacité d'une intervention médicale ? L'efficacité

attendue est l'allongement de la vie et l'amélioration de la qualité de la vie. Dans le cas de l'Initiative, l'efficacité de l'intervention est la prolongation de la rémission de quelques mois pour un nombre de malades connu. Quant au coût de l'intervention proposée, il n'est pas, dans la situation dans laquelle nous sommes, très éloignée de l'allocation optimale des ressources, le nombre de milliards qui seront mobilisés : c'est le coût d'opportunité, c'est-à-dire le nombre d'années de vie qu'on pourrait gagner en affectant ce même nombre de milliards à tel ou tel autre programme de santé. Nous sommes entre gens de santé publique, nous nous intéressons au résultats en termes de vies sauvées et de qualité de la survie ([10]).

Cette perspective est largement empruntée depuis le début de cette décennie. Par exemple, on sait désormais, en ordre de grandeur (mais l'ordre de grandeur suffit) que pour gagner une année de vie corrigée de l'invalidité (AVCI) par un programme de vaccination DTcoq+polio, il faut dépenser entre 20 et 40 \$, alors que pour gagner une AVCI en traitant un cancer du poumon, il faut y consacrer un montant de l'ordre de 12.000 \$. Des résultats de ce genre sont disponibles pour une centaine d'interventions préventives et curatives : il suffit désormais d'en prendre connaissance. Ces ordres de grandeur s'expriment aussi, par exemple, de la façon suivante : "une dépense de 100.000 dollars en chimioprophylaxie de la tuberculose pourrait sauver environ 500 malades et les empêcher de transmettre la maladie à d'autres, ce qui ferait gagner 35.000 AVCI. La même somme consacrée au traitement du diabète profiterait aussi à 500 malades, mais ne ferait gagner que 400 AVCI : chaque malade gagnerait moins d'une année de vie pleine par année de traitement" ([11] p. 64).

Les résultats de Jos Perriens et Ken Hill concernant la Thaïlande 1996, et cités en annexe VI du texte du Professeur Coulaud ([12]), donnent des estimations du gain en survie (par rapport à l'absence de thérapie anti-rétrovirale) associé à divers traitements. Le traitement qui donne le gain le plus important est l'association AZT + ddI ou ddC, lorsqu'elle est administrée aux malades symptomatiques. Le gain est alors compris entre 0,89 année (limite inférieure) et 1,45 année (limite supérieure).

Il a été dit sur les ondes que le programme ONUSIDA permettrait de traiter 4000 malades, et que le coût du traitement était de 8 millions FCFA : si ce programme coûtait 32 milliards FCFA (64 millions \$) par an et permettait d'obtenir une survie de deux ans sans invalidité pour 4000 malades, le coût de l'année de vie gagnée sera de 16.000 \$, et beaucoup d'autres interventions seraient donc beaucoup plus efficaces pour ce coût. Même si le coût du traitement peut être réduit de moitié, voire des trois quarts, le programme reste, comparativement à d'autres interventions sanitaires, peu efficace pour son coût ; et même dans ces conditions, l'intervention curative semblerait très privilégiée par rapport à l'intervention préventive. Le fait que l'opération puisse être subventionnée permettrait d'augmenter cette efficacité à coût donné, mais cet argument ne vaut que la subvention ne peut pas être transférée sur un autre programme plus efficace pour son coût (seule la subvention des entreprises est intransférable, toutes les ressources publiques devraient au contraire l'être). Tout ce qui permettrait de diminuer le coût des traitements et d'en augmenter l'efficacité entraînerait une réduction du coût par année de vie gagnée, et

demanderait que le classement soit revu. Mais pour l'instant, le traitement des malades ne devrait pas être préféré à d'autres interventions sanitaires ; s'il est choisi, ce n'est pas pour des raisons de santé publique.

Pour les tri-thérapies, les estimations tirées de l'expérience thaïlandaise montrent que le coût annuel (médicaments plus suivi) serait compris entre 9500 \$ (pour la combinaison AZT + ddI + IDV) et 13500 \$ (pour la combinaison AZT + ddI + RTV) ([2] p. 180). Beaucoup d'autres interventions sont donc plus efficaces pour ce coût.

Ces arguments sont connus depuis plusieurs années et expliquent la position prise dès 1993 par la Banque Mondiale dans son Rapport sur le développement dans le monde "Investir dans la santé" ([11]) et développée à nouveau tout récemment ([2]) : il faut donner "une forte priorité aux activités préventives s'adressant d'abord à ceux qui ont le plus grand risque de contracter et de transmettre le VIH, et s'étendant ensuite aussi largement que les ressources le permettent" ([2] p. 149-150). Dans cette perspective :

- c'est une tâche de l'Etat que de fournir une information qui a un caractère de "bien public" : celle qui permet de savoir où sont les personnes à plus grand risque et à déterminer comment les atteindre, celle qui permet de mesurer le coût et l'efficacité des interventions alternatives ([2] p. 150) ;
- c'est une tâche de l'Etat que de subventionner les comportements à moindre risque chez ceux qui sont le plus susceptibles de contracter et de transmettre le VIH : faire en sorte que l'information la plus complète, l'usage du préservatif et le traitement des autres MST devienne chez eux, en commençant par les groupes les plus exposés, la norme ([2] p. 150) ;
- c'est une tâche de l'Etat, lorsque l'épidémie est généralisée, que de faire en sorte que les pauvres eux-mêmes aient accès à l'information et aux moyens de prévenir la contamination ([2] p. 151).

La priorité donnée dans cette perspective à la prévention ne signifie pas que rien ne doit être fait pour les malades. L'expérience internationale donne une idée de ce que pourraient coûter, en consultations, hospitalisations et médicaments, les soins palliatifs (lutte contre la diarrhée, les éruptions cutanées, la toux, la fièvre, les maux de tête, les douleurs, les nausées, l'essoufflement...), la prévention de la tuberculose et de la pneumonie à *P. carinii*, et le traitement des maladies opportunistes les plus courantes et relativement peu coûteuses à soigner (tuberculose, candidoses, toxoplasmose, pneumonie/septicémie) : le coût par patient et par année de survie devrait être de l'ordre de 300 \$ en Afrique de l'Ouest si l'on utilise les médicaments génériques chaque fois que c'est possible ([2] p. 177).

## Conclusion

Il n'est évidemment pas question de confier à des experts étrangers la définition des choix de stratégie sanitaire nationale, mais il n'est pas question non plus pour un pays donné d'ignorer superbement les meilleures connaissances scientifiques du moment. Si l'on se place dans cette perspective, on se rend compte immédiatement que la méthode employée pour élaborer le PNDS suppose des arbitrages entièrement implicites, et n'a rien à voir avec la pensée actuelle en matière de santé publique.

Plus précisément, l'intérêt que la Côte d'Ivoire a porté à l'Initiative de l'ONUSIDA est parfaitement dans la ligne de la stratégie sanitaire suivie par ce pays depuis trois décennies, et qui consiste à développer un système de santé copié sur un modèle étranger, sans se préoccuper ni de l'accessibilité ni de l'efficacité de ses prestations. Dans le domaine qui nous concerne, cette stratégie privilégie clairement le développement des activités thérapeutiques du système au détriment de la lutte contre l'épidémie elle-même : mais on a vu que cette dernière exigerait des réformes profondes du système de santé, et c'est précisément cela qu'il faut éviter!

Mais attention ! Il ne faut pas invoquer trop vite l'éthique pour combattre les considérations sur lesquelles repose la conclusion selon laquelle la prévention orientée vers les comportements à hauts risques est plus efficace pour son coût que le traitement des malades par ARV ! "Certains estiment que la tâche du médecin est de faire tout ce qui est possible pour le patient qui est en face de lui, et quel que soit le coût. Mais, dans un monde où les ressources sont limitées, coût signifie sacrifice (et dans ce cas, valeur des bénéfices perdus par la personne qui ne sera pas traitée). Ainsi, quel que soit le coût signifie quels que soient les sacrifices imposés aux autres. Ceci ne me paraît pas une position éthique" ([13]). "Bien plus, si l'éthique médicale inclut une injonction de se comporter avec justice envers les patients, alors il doit y avoir une forme de comparaison des bénéfices allant à une personne et des sacrifices imposés à une autre. Ainsi je pense que le conflit éthique supposé entre l'argument des économistes (selon lequel les coûts -i.e. les sacrifices- doivent être pris en compte dans chaque décision de traitement) et les préceptes de l'éthique médicale, n'existe pas, parce que l'éthique médicale ne requiert pas que tout ce qui est possible soit fait pour un patient quelles que soient les conséquences pour tout autre" ([13]).

La préoccupation de la justice appartient-elle donc à l'héritage hippocratique ? Si les prescriptions de la déontologie se limitaient à régler les relations entre le médecin et chacun

de ses malades pris individuellement, elles ne se préoccuperaient pas de justice, et le mot n'apparaîtrait pas dans le serment d'Hippocrate, où pourtant l'idée d'éviter l'injustice s'exprime

on ne peut plus clairement, et par deux fois ([14]): le médecin jure de faire obstacle à ce que son régime (i.e. ses connaissances thérapeutiques) soit utilisé pour commettre quelque injustice que ce soit à l'égard des malades. Or c'est seulement lorsqu'on considère un

groupe de malades, ou une population, et pas tel malade isolément, que peut se poser le problème de la justice.

Il est clair que la considération de l'efficacité des actions pour leur coût peut nous mener plus loin encore. Il a été montré que le coût de traitement annuel par malade du SIDA, qui varie avec le produit national brut, est très légèrement supérieur au coût nécessaire pour assurer une année de scolarisation primaire à dix enfants ([2] p. 38-39) : ainsi, puisque les ressources sont limitées, choisir de traiter c'est s'interdire d'éduquer, et réciproquement.

Les choix de ce genre sont extrêmement difficiles, ils exigent que chaque société sache quelles valeurs elle veut défendre, et que ce choix soit partagé par les citoyens. Les décisions technocratiques que nous connaissons traduisent simplement un équilibre fragile entre les intérêts en présence, qu'ils portent sur des avantages commerciaux ou sur le pouvoir de contrôler le système, et elles n'invoquent l'éthique que lorsqu'elle les sert, c'est-à-dire lorsqu'elle ne parle pas ni de justice ni de dignité du malade. Des décisions respectant la dignité de l'homme exigent que l'on ait fait passer le malade "du statut de patient-objet du traitement au statut de patient-sujet et partenaire du médecin disposant d'un accès au savoir" (Vidal *et alii* [12] p. 121), et le citoyen du statut d'objet des simulacres politiques au statut de sujet informé et décidant.

## Références

[1] Sida et secteur de santé : analyse des conséquences et stratégies de réponse (le cas de la Côte d'Ivoire), CIDEF, Union Européenne, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales de la Côte d'Ivoire, 1997, rapport final, octobre 1997, 321 p.

[2] Confronting AIDS ; Public Priorities in a Global Epidemic, A World Bank Policy Research Report, World Bank, 1997, 353 p.

[3] Myriam Malengreau, Anne Aerts, Jean-Claude Deheneffe, Marc Réveillon, Senourgo Yeo: Evaluation du programme d'appui au secteur de la santé en Côte d'Ivoire, Volume I, Rapport principal, Rapport définitif, ADE, juin 1997, 84 p.

[4] N. Béchu, S. Delcroix, A. Guillaume : Devenir socio-économique des enfants et familles affectés par le VIH/SIDA dans les pays en développement : le cas de la Côte d'Ivoire, Rapport final pour l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida, mars 1997, pagination multiple

[5] Communiqué de presse : l'ONUSIDA lance une Initiative visant à améliorer l'accès aux médicaments pour la prise en charge de l'infection à VIH et du SIDA dans les pays en développement

[6] Docteur Issa Malick Coulibaly : Rapport de l'Atelier National de consensus sur l'accès aux anti-rétroviraux en Côte d'Ivoire, Abidjan, le 28 juillet 1997, 19 p.

- [7] Besoins en traitements anti-retroviraux en Côte d'Ivoire, 3 p.
- [8] Docteur P. RICARD (PAC-CI) : Réflexion sur l'utilisation des anti-retroviraux (ARV) en Afrique subsaharienne, s.d. (1997 ?), 8 p.
- [9] Lionel DEMERY, Julia DAYTON, Kalpana MEYRA 1995. L'incidence des dépenses sociales publiques en Côte d'Ivoire (projet révisé, version provisoire, février 1995, 36 p.)
- [10] A.J. Culyer : The morality of efficiency in health care, some uncomfortable implications, *Health Economics*, 1, 7-18 (1992)
- [11] Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé, Banque Mondiale, Washington, 1993, 333 p.
- [12] Initiative internationale "Place des anti-rétroviraux dans la prise en charge des sujets infectés par le VIH en Afrique", Séminaire de Dakar, 15-16 septembre 1997, organisé par l'Institut de médecine et d'épidémiologie africaines (INSERM U13) et le PNLIS du Sénégal, 142 p.
- [13] Williams, A : Economics, QALYs and Medical Ethics, A Health Economist's Perspective. *Health Care Analysis*, 3, 3, 221-226 (1995).
- [14] Jouanna, J. : Hippocrate. Paris : Fayard (1992).