

« La gratuité ne coûte pas cher »

Anthropologue et médecin à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Bernard Taverne travaille depuis dix ans sur l'accès aux médicaments antirétroviraux en Afrique de l'Ouest et plaide pour la gratuité de l'ensemble des soins liés au VIH.

Comment avez-vous commencé à travailler sur l'accès gratuit aux traitements ?

J'ai commencé au Sénégal, en 1998, avec l'équipe de l'IRD dirigée par Éric Delaporte¹. L'initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux (ARV) était le premier programme gouvernemental d'accès aux traitements en Afrique. Il a été mis en place à l'initiative du Dr Ibra Ndoye. Nous avions pour mission de travailler avec nos collègues sénégalais sur l'observance aux ARV, de préciser les facteurs limitant l'accès à la prise en charge thérapeutique et d'évaluer l'impact social du programme sur le système de soins. À l'époque, l'idée la plus répandue était que ces traitements étaient trop chers et trop compliqués pour les malades africains. Il est vrai que les schémas thérapeutiques étaient lourds et très contraignants (parfois jusqu'à 20 comprimés par jour, des prises strictement espacées, avec un apport hydrique défini, etc.). Or nous avons rapidement mis en évidence l'influence du coût des médicaments sur l'observance thérapeutique. Car à ses débuts, le programme sénégalais n'était pas gratuit. La participation des patients était proportionnelle à leurs revenus. Initialement estimée à 30 euros par mois, la contribution minimale fut ramenée à 8 euros à partir de novembre 2000 et la gratuité était accordée aux personnes très démunies. Les études ont mis en évidence que plus les gens payaient cher, moins il étaient observants à long terme². Il a également été montré qu'un programme de prise en charge bien conduit permettait d'éviter la diffusion des ARV sur le marché informel des médicaments. Et limitait donc des usages inappropriés et les risques de diffusion de résistances virales³. Enfin, nous avons observé que le total des participations des patients ne permettait même pas de recouvrer 10 % du coût des ARV payés par l'État. Il n'y avait donc aucune bonne raison économique de maintenir ce paiement. Nous en avons conclu qu'il fallait fournir gratuitement les traitements.

¹ UMR 145 « VIH/sida et maladies associées ».

² Lanièce I, Ciss M, Desclaux A, Diop K, et al, 2003, "Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese adults", *Aids*, 17, suppl. 3: S103-S108.



Bernard Taverne © IRD

Comment votre message a-t-il été perçu ?

Nous étions en 2001. Il n'y avait pas encore de consensus sur la nécessité de dispenser des ARV en Afrique. Des associations militaient pour l'accès aux traitements depuis 1996, mais aucune n'avait plaidé pour la gratuité des soins. Nous avons rencontré une forte résistance de la part de nombreux médecins de santé publique et économistes de la santé, notamment ceux qui s'étaient consacrés à la mise en place de l'initiative de Bamako votée en 1987. Entre autres, celle-ci préconisait la participation des patients aux dépenses de santé afin de contribuer à l'amélioration des soins. On nous a donc opposé des arguments économiques, arguant que les trithérapies allaient faire exploser les budgets. Or les prix, c'est quelque chose qui se négocie... En parallèle, d'autres études sont venues démontrer que ce principe de participation était un facteur majeur de nonaccès aux soins. Résultat : en 2003, à Dakar, lors de la 6^e Conférence sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, a été annoncé le programme gouvernemental gratuit d'accès aux ARV. La même année, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lançait son fameux « 3 by 5 » [« Trois millions de personnes sous traitement d'ici à 2005 »], qui a

³ Egrot M, Taverne B, Ciss M, et al, "Antiretroviral drugs in the informal medicine trade in West Africa: The situation in Senegal" [abstract TuPeE5143]. Proceedings of the 14th International AIDS conference, 7-12 July 2002, Barcelona.



été le signal fort du consensus en faveur d'un accès mondial au traitement. Notre équipe de recherche, associée à des personnalités du secteur scientifique et humanitaire, a rédigé une déclaration intitulée « Free by 5 »⁴ [« La gratuité d'ici à 2005 »], développant les arguments en faveur de la gratuité totale des soins. Cette déclaration a beaucoup circulé et a été signée par de nombreuses personnalités. Elle a contribué à ce que l'OMS se penche sur cette question. Et fin 2005, l'Organisation publiait la première recommandation conseillant une politique d'accès aux traitements gratuits en cas de VIH⁵. Elle a été reprise et précisée dans la prestigieuse revue *The Lancet* en août 2006⁶. Pendant toutes ces années, je me suis clairement engagé dans le domaine de la santé publique en développant le plaidoyer pour la gratuité. Une telle forme d'engagement n'est pas habituelle pour un anthropologue, mais c'est une conception de l'éthique de la recherche partagée au sein de notre équipe.

Pour autant, les antirétroviraux ne sont toujours pas gratuits dans tous les pays du Sud...

C'est vrai. Je pense que la recommandation de l'OMS n'est pas encore suffisamment entendue. Peu d'associations du Sud s'appuient sur ce texte. Celles du Nord devraient les y aider. Mais si cette recommandation est passée inaperçue, c'est aussi parce que la gratuité fait peur : globalement, en Afrique, ce qui est gratuit est souvent considéré comme de mauvaise qualité ou non durable. Quant aux professionnels de santé, ils craignent d'être débordés par les patients. Par ailleurs, même là où les ARV sont gratuits, l'ensemble des interventions liées au VIH ne le sont pas : les consultations, les analyses de laboratoire, les hospitalisations, le traitement des infections opportunistes et des maladies liées au VIH, le traitement prophylactique et, dans certains cas, les tests de dépistage. Nous avons donc poursuivi nos recherches afin de chiffrer le coût global de la prise en charge. Ainsi, au Sénégal, il reste à la charge des personnes sous traitement 5 à 8 euros par personne et par mois. Cela semble dérisoire, mais 20 % des familles dakaroises vivent avec moins de 8 euros par personne et par mois⁷. Dans ces conditions, un malade ne peut dépenser quoi que ce soit pour sa santé. Nous avons ensuite réfléchi au type de dispositif qui pourrait prendre en charge ces coûts et à la faisabilité économique de la gratuité complète.

Quel serait ce dispositif ?

Les dispositifs permettant la mise en œuvre de la gratuité totale des soins et des médicaments doivent être étudiés pays par pays, afin de tenir compte des contextes épidémiologiques et surtout de l'organisation des systèmes de santé de chacun. Au Sénégal, nous avons proposé la mise

en place d'un fonds de prise en charge (bâti sur le principe des fonds d'achat) qui rembourserait les dépenses engagées par les patients, selon un mécanisme assez proche de notre Sécurité sociale⁸. Ce système pourrait être approvisionné par l'État ou bien directement par les bailleurs de fonds internationaux, privés et publics, notamment par le Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il serait sous la tutelle de l'État, mais avec une autonomie de gestion. Les associations seraient parties prenantes du dispositif afin que les revendications des patients puissent être relayées. Des dispositifs de ce type ont déjà été mis en place pour les soins liés à l'accouchement en Asie du Sud-Est ou en Amérique latine.

Des pays qui présentent une prévalence plus élevée ou une situation économique plus dégradée ont-ils les moyens de cette gratuité ?

La gratuité de la prise en charge du sida – en plus du renforcement des mesures de prévention – est considérée comme indispensable par l'OMS afin de favoriser un accès universel aux soins et de limiter la propagation de l'épidémie et son impact social. Il est particulièrement nécessaire de favoriser la prise en charge thérapeutique dans les pays à forte prévalence et ceux aux situations économiques dégradées. Il est du devoir et de la responsabilité de la communauté internationale de contribuer à la mise en place de la gratuité des soins dans ces pays. Et, en réalité, cela ne coûte pas cher. Nous avons pu montrer qu'au Sénégal le budget planifié jusqu'en 2011 permettrait de couvrir ces coûts sans réallocation massive des financements. Et des dispositifs d'accès aux soins gratuits existent localement pour d'autres pathologies, comme la lèpre ou la tuberculose. Le sida est une épidémie particulière. À situation exceptionnelle, il faut une réponse exceptionnelle qui nécessite la pérennité des financements en provenance du Nord. C'est réalisable et politiquement fort.

⁴ La déclaration Free by 5 a été lancée en novembre 2004.

⁵ Document de travail de l'OMS : « Participation financière des patients sur le lieu de prestation des traitements et des soins contre le VIH/sida », déc. 2005, WHO/HIV/2005. Consultable sur : www.who.int/hiv/pub/advocacy/promotingfreeaccess_fr.pdf.

⁶ Gilks CF, Crowley S, Ekpini R, et al, "The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings", *The Lancet*, 2006;368:505–10.

⁷ Taverne B, Diop K, Vinard P. 2008. "The cost of universal free access for treating HIV/AIDS in low- income countries: the case of Senegal". London, Edward Elgar Publishers.

⁸ Vinard P, Diop K, Taverne B. 2008. Implementing funding modalities for free access: The case for a "purchasing fund system" to cover medical care. London, Edward Elgar Publishers.