



Agence nationale
de recherches sur le sida

11 juillet 2003

**Pour un accès aux traitements dans les
pays en développement :
nouvelles données économiques**

DOSSIER DE PRESSE

Près de 250 000 personnes vivant dans les pays du Sud auraient bénéficié, en 2002, de traitements antirétroviraux, dont la moitié au Brésil. Les efforts du Fonds global de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria, ainsi que les initiatives bilatérales prises par différents pays permettront d'augmenter à l'avenir ce chiffre. Celui-ci reste néanmoins très faible en regard de la réalité de l'épidémie dans les pays du sud.

Les blocages à une accélération de l'accès aux soins sont d'ordre économique, technique et clinique. Deux publications, rendues publiques à l'occasion de la deuxième Conférence de l'IAS « Pathogénèse et traitement du VIH », remettent en question ces arguments. Il s'agit d'un numéro spécial de la revue *AIDS* (vol 17, 3 juillet) entièrement consacré à l'analyse des programmes d'accès aux traitements en Côte d'Ivoire, Sénégal et Ouganda, et d'un ouvrage réalisé par un collectif de 17 équipes de recherche en économie rassemblées par l'ANRS dans une publication éditée par elle : *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges*. Ce dernier travail s'inscrit dans le programme de recherche lancé par l'ANRS en 2001 sur « l'Évaluation économique des traitements antirétroviraux dans les pays du Sud ».

Des arguments économiques en faveur de l'accès aux traitements

Des arguments économiques sont souvent avancés pour s'opposer à un large accès aux traitements. Les auteurs de *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges* démontrent que ces arguments peuvent être remis en question. Ils reposent principalement sur la notion que les traitements antirétroviraux (ARV) ne seraient pas « coût-efficaces » dans les pays en développement, contrairement à ce qui est admis dans les pays développés. Personne ne conteste dans nos pays que la diffusion large des traitements a permis une réduction significative de la morbidité et de la mortalité, et ceci pour un coût jugé acceptable par nos sociétés. Les auteurs regrettent que les économistes s'appuient, pour étayer leurs affirmations dans les pays du Sud, sur des « modèles », ou des « simulations », plutôt que sur des évaluations de programmes de distribution de traitements, à large échelle ou non. Or, plusieurs exemples de programmes analysés par les chercheurs rassemblés par l'ANRS démontrent à l'inverse que l'élargissement de l'accès aux soins dans les pays en développement est pertinent au plan économique.

Ainsi, le cas du Brésil est-il présenté par Paulo Teixeira et ses collaborateurs (Programme brésilien sur les MST/sida, Brasilia, Brésil): sans relâcher son action en faveur de la prévention, le Brésil (172 millions d'habitants ; PIB : 3 000 dollars/ par tête avec de fortes inégalités) a été le premier pays à mettre en place, dès 1996, un programme de distribution de traitements antirétroviraux visant l'accès universel. Environ 125 000 patients reçoivent gratuitement des ARV par le biais du système de santé publique. Selon les chercheurs brésiliens, entre 1996 et aujourd'hui, le temps de survie moyen des personnes atteintes est ainsi passé de 6 mois à 5 ans. On observe une réduction importante de la mortalité, de la morbidité et du taux d'hospitalisation. La survenue d'infections opportunistes a décliné de 60 à 80% ; la qualité de vie des patients s'est notablement améliorée. Les auteurs calculent que l'épargne, à court terme pour le Gouvernement, s'élève à plus de 1,1 milliard de dollars si l'on ne tient compte que des hospitalisations évitées et à 2 milliards, si l'on inclut les soins ambulatoires. 1,8 milliards de dollars ont été investis pour mener à bien cette politique.

Des programmes de financement d'antirétroviraux par les entreprises ont également démontré leur pertinence économique à court terme, si l'on en croit Serge-Paul Eholié et ses collègues (Département des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire) qui analysent les résultats obtenus par une entreprise privée en Côte d'Ivoire, la CIE (Compagnie ivoirienne d'électricité). De 1995 à 1999, avant introduction des traitements, la principale cause de décès des employés est l'infection par le VIH. Durant les deux années d'observation de l'impact des ARV dans l'entreprise, on constate une augmentation des dépistages volontaires, une réduction de près de 60% de la mortalité, de 78% des nouveaux cas de sida, de 81% des hospitalisations liées à l'infection, et de 94% de l'absentéisme. En deux ans, une économie substantielle de 558 000 US dollars a été réalisée, les coûts de l'absentéisme réduits de 287 000 dollars, ceux des soins de santé de 294 000... Des chiffres qui militent en faveur de l'argument « coût-efficacité » en regard des 217 000 dollars investis.

Les limites du « modèle » brésilien

Le succès remarquable du programme brésilien d'accès universel aux traitements a été rendu possible par un ensemble de facteurs dont le principal est la réduction des prix des antirétroviraux. La stratégie du gouvernement brésilien a consisté à contrôler les prix en favorisant la production locale de génériques dans les laboratoires publics et à utiliser cette compétence pour négocier à la baisse le prix des médicaments. L'analyse du « modèle » brésilien révèle cependant une faille : les principes actifs pour fabriquer les génériques sont importés d'Inde et de Chine.

Les inquiétudes sont vives, selon Benjamin Coriat et ses collaborateurs (CEPN-IIDE, CNRS U 7115, Université Paris 13), sur l'avenir du programme Brésilien. De fait, les accords internationaux sur la propriété intellectuelle, notamment les accords TRIPS (*Trade-Related Intellectual Property*), adoptés par l'OMC à Marrakech en 1994, s'ils ne sont pas renégociés ou amendés, vont étendre les protections conférées par le système des brevets dont bénéficient les entreprises établies dans les pays les plus développés. Dès lors, les échanges de médicaments génériques et de principes actifs entre pays du sud seront rendus plus difficiles. Dans ces conditions, le maillon faible du programme brésilien, selon les chercheurs, est de ne pas avoir suffisamment développé une industrie locale susceptible de produire les principes actifs nécessaires à la synthèse des ARV.

L'élargissement de l'accès aux ARV est réalisable dans les pays à ressources très limitées

Il existe d'autres arguments qu'économiques fréquemment avancés pour ne pas élargir l'accès aux traitements dans les pays du Sud. Ils sont d'ordre technique et clinique.

Jusqu'à cinq années d'observation des programmes nationaux d'accès aux traitements menés en Côte d'Ivoire, Sénégal et Ouganda par l'ANRS et le CDC (*Centers for Disease Control*), et publiés dans *AIDS*, battent en brèche ces arguments. Ainsi, au point de vue biologique, les taux de résistance virale sont similaires, voire inférieurs, parmi les patients suivis dans les trois pays aux pays du Nord. L'observation de taux de résistance plus élevés avant qu'après mise en place des programmes d'introduction des ARV par les Etats plaide, selon les chercheurs, pour une distribution de traitements contrôlée et maîtrisée par une véritable volonté politique.

Priorité : concurrence et visibilité des prix

Dans les pays africains où s'élaborent et sont évaluées les stratégies d'accès aux ARV, un problème majeur subsiste : celui du prix des médicaments. En dépit de la baisse observée depuis quelques années, le prix des médicaments reste un obstacle majeur à un élargissement des traitements. Jean-Paul Moatti et son équipe (Inserm U 379, Université de la Méditerranée, Marseille) ont étudié entre 1998 et 2000 les transactions effectuées au Brésil et dans 13 pays africains. Ils démontrent, contrairement à certaines affirmations, que l'existence, dans un pays en développement, d'une protection par un brevet sur un médicament a une influence sur le prix : la présence d'un brevet est significativement associée à un prix plus élevé du médicament. Les chercheurs démontrent par ailleurs que les pays africains qui ont obtenu les meilleures baisses de prix sont ceux qui ont adopté une stratégie « hybride » qui associe importation de génériques et participation à l'initiative internationale « Accès accéléré aux traitements du VIH/sida » de l'Onusida (celle-ci leur permet de bénéficier de tarifs préférentiels auprès des industriels de la pharmacie).

Le contrôle des prix étant la clé de voûte du système d'accès aux ARV, l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS), l'Onusida, l'ANRS, l'Association des centrales d'achat de médicaments essentiels et des organisations non-gouvernementales ont décidé de mettre en place un « Observatoire des prix des médicaments ». Son rôle sera de rassembler, puis de diffuser presque en temps réel, à l'ensemble du réseau, le maximum d'informations concernant les achats effectués par chacun des pays. Cet observatoire sera un véritable instrument politique en facilitant les négociations avec les laboratoires (pharmaceutiques ou fabriquant les génériques) et permettra de réduire les distorsions de prix actuellement observées d'un pays à l'autre. Les chercheurs disposeront, eux, d'un outil d'observation précieux pour leurs analyses économiques.

Sources :

- ✓ *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges*, Collection Sciences Sociales et Sida, ANRS, juillet 2003, 488 p., gratuit.
- ✓ *The evaluation of the HIV/AIDS drug access initiatives in Côte D'Ivoire, Senegal and Uganda : How access to antiretroviral treatment can become feasible in Africa*, D. Katzenstein, M. Laga, J.-P. Moatti, eds ; Numéro spécial de AIDS, vol. 17, juillet 2003.