

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-distributeur 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
	ddl 50 mg	Avant 1996
	ddl 100 mg	Avant 1996
	ddl 25 mg (enfant)	1999
	ddl 2 g/100 ml (enfant)	1999
	ddl 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

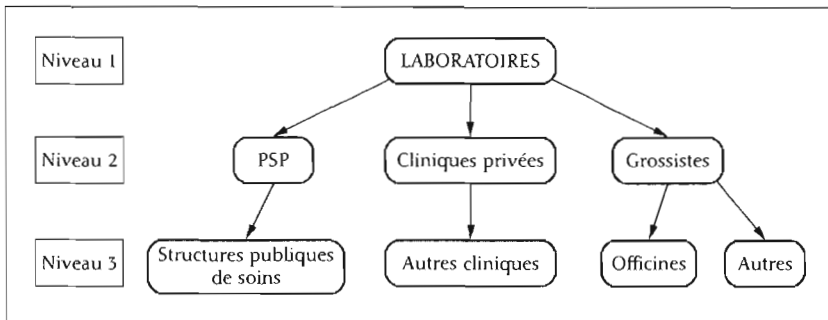
Tableau 3 (suite)

Médicaments pour les infections opportunistes (suite)	
Triméthoprime + sulfaméthoxazole 160/800	Avant 1996
Triméthoprime + 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
Méthildopa 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.

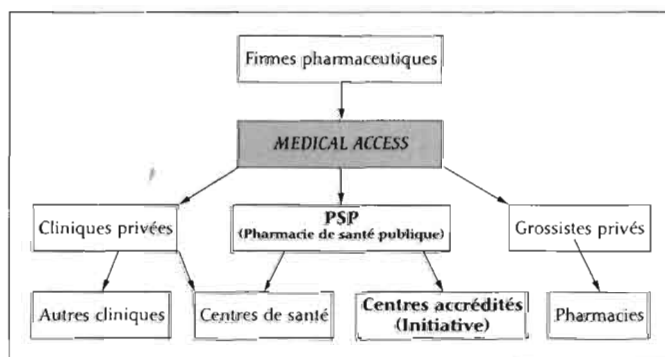
Résultats

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

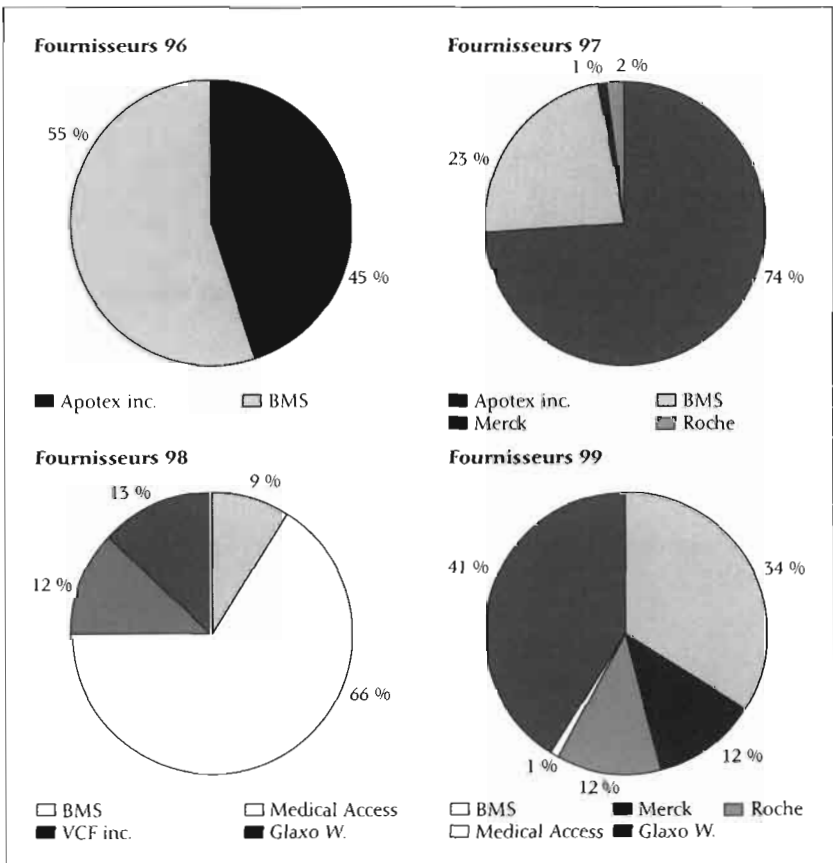
Figure 3

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)

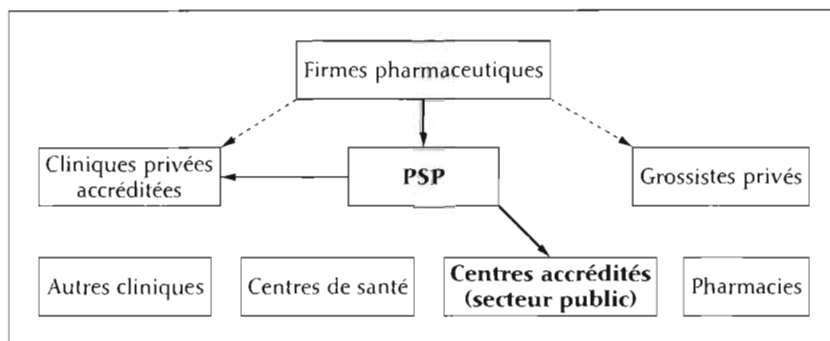


Face aux rapides mouvements d'entrée et de sortie des laboratoires pharmaceutiques sur le marché ivoirien au début de la période étu-

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)



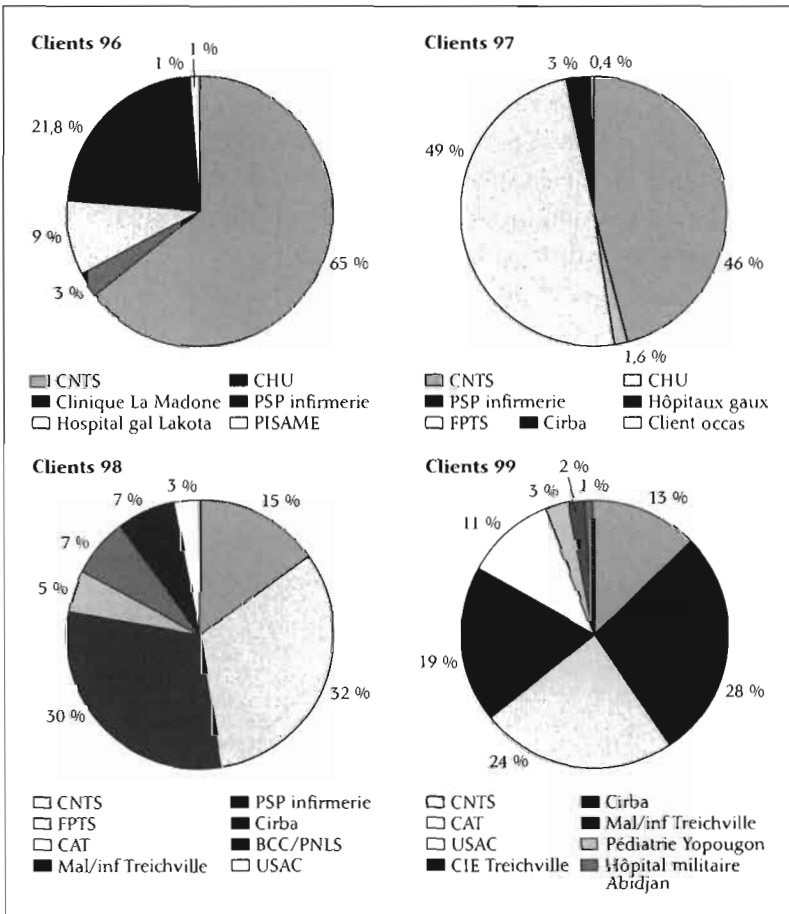
Cette évolution s'est accompagnée d'une rationalisation significative du circuit de distribution qui doit clairement être mise au crédit de l'Initiative. Alors qu'avant le lancement de celle-ci, la PSP distribuait des médicaments antirétroviraux à une multitude de centres², depuis 1999, les ARV ne sont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

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 %

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



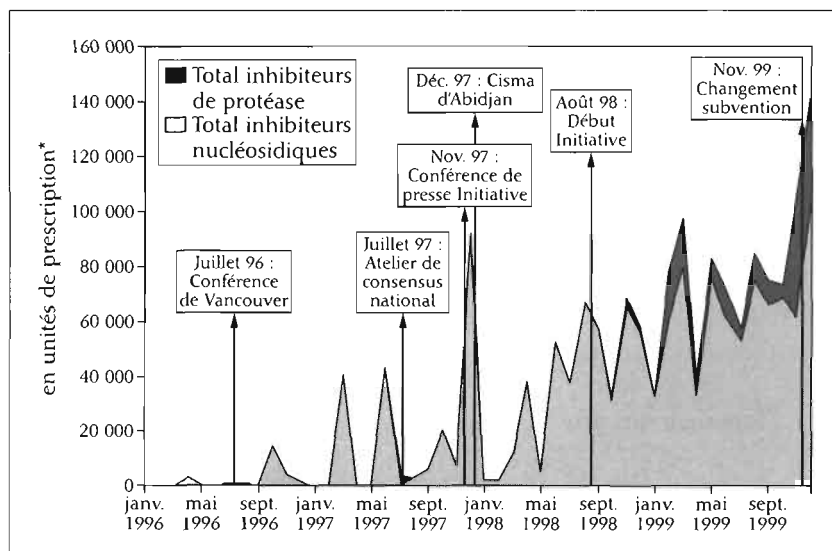
des ARV étaient distribués à des centres qui n'ont pas été retenus par la suite dans le processus d'accréditation mis en place dans le cadre de l'Initiative.

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.

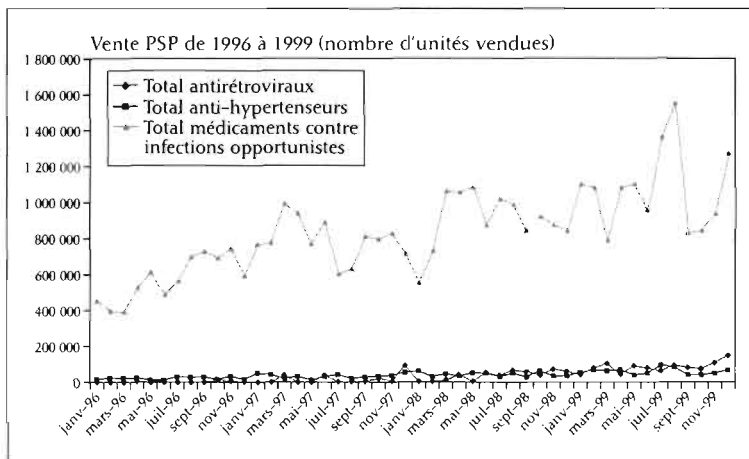
La *figure 8* met également en évidence une augmentation très significative du volume total des ventes pour les médicaments des infections opportunistes (MOP). Entre 1996 et 1999, le volume de vente pour cette catégorie de médicament a plus que doublé. Précisons toutefois, que cette tendance a débuté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

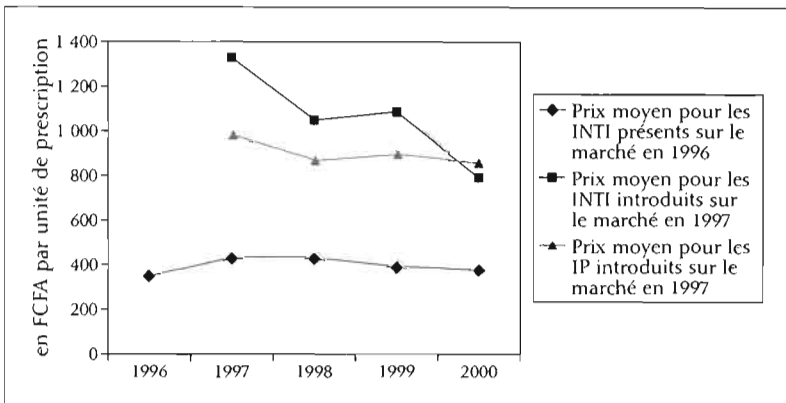
Entre 1997 et 2000, globalement, les prix moyens des inhibiteurs nucléosidiques (INTI) qui étaient déjà distribués avant 1996 (AZT, ddi), d'une part, et d'autre part des inhibiteurs de protéase ou IP (saquinavir,

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 ddI, 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, producteur canadien de génériques, était le fournisseur de la zidovudine ; en

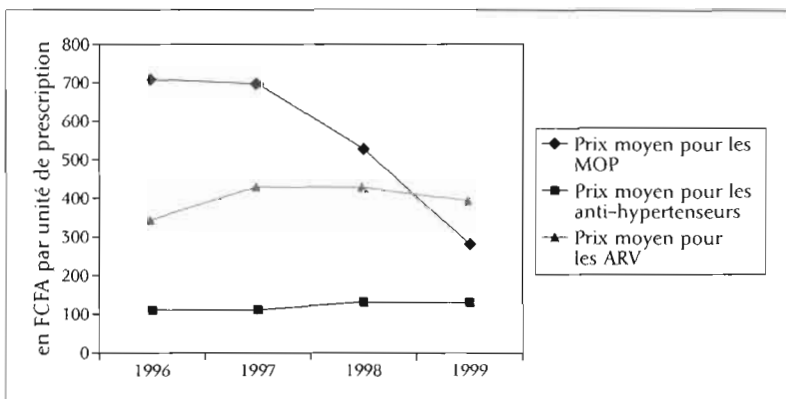
⁶ Les indices de prix à la consommation du poste santé des ménages ouvriers ivoiriens indique une évolution de 154,9 en janvier 1996 à 161,5 en janvier 2000 (indice 100 en janvier 1992) (INS).

1998, VCF Inc. (Brésil) apparaît sur le marché, conduisant GlaxoWellcome 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 GlaxoWellcome 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.

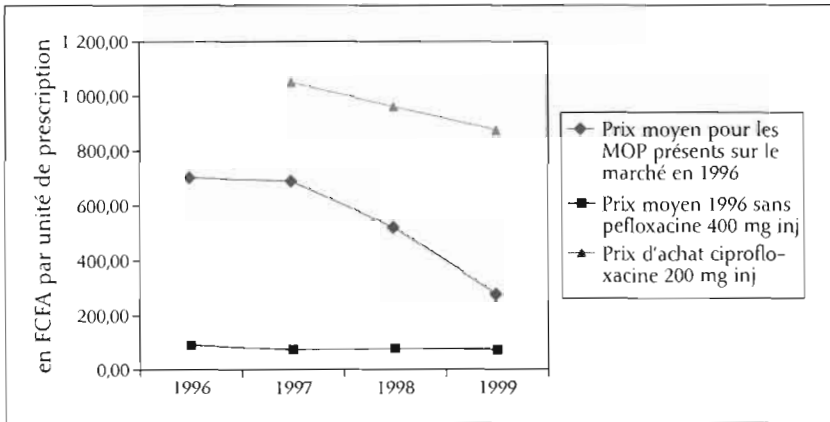
Par comparaison, sur la même période, la tendance pour les anti-hypertenseurs a été une augmentation moyenne de 17 %, suggérant que les efforts convergents de la politique de la PSP et de l'Initiative ont contrebalancé, pour les ARV, la tendance à la hausse du marché (figure 10).

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).

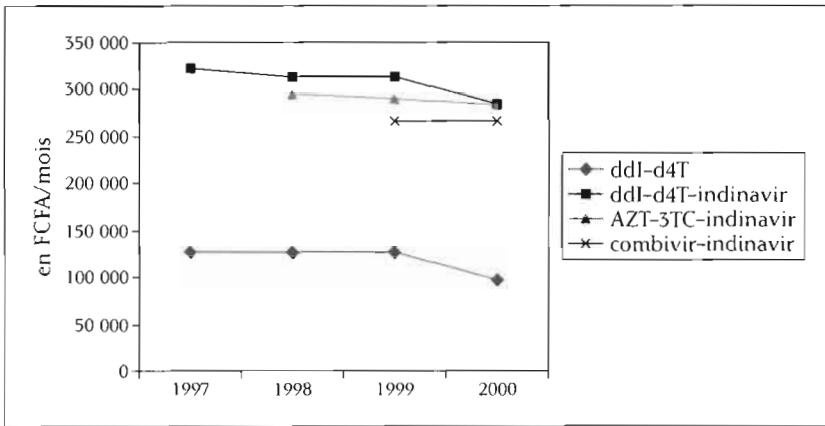
Figure 11
Évolution des prix PSP des médicaments pour les infections opportunistes (1996/1999)



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	3,28	2,95	8,70
ddC (zalcitabine)	0,24	4,17	3,75	8,80
ddl (didanosine)	2,04	5,26	3,48	7,25
AZT/3TC	1,44	7,34	NA	18,78
AZT (zidovudine)	1,08	4,34	2,43	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	335	402	296,03	296	299	500	298,66	300	298,66	300
			ddl 100 mg			596,84	597	597	600	596,83	600	563,83	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	423	390,4	390						
	VCF Inc.	générique	AZT 100 mg					380,93	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
		Epivir [®]	3TC 150 mg					885	885	825,25	885	803	nd
		Combivir [®]	AZT 300 + 3TC 150							1 333,34	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	732	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 [®]	AZT 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.