

Chapitre 3.2

L'échec de *Medical Access*

Karine DELAUNAY, Philippe MSELLATI, Claude MALAVAL

L'Initiative avait parmi ses objectifs, de créer un « *environnement favorable* » à une collaboration sur le long terme entre laboratoires pharmaceutiques et pourvoyeurs de soins des pays en développement par la mise en œuvre de « *mécanismes flexibles* » associant les parties intéressées des laboratoires aux patients. La mise en place, dans le contexte ivoirien, d'une structure intermédiaire, *Medical Access*, en tant que pièce maîtresse de cette collaboration, semble pourtant avoir été plus perturbatrice que régulatrice de l'approvisionnement rationnel en médicaments du VIH/sida.

La mise en place de *Medical Access*

Medical Access s'inscrivait dans le modèle onusien de mise en place de l'Initiative. Dès la réunion de juin 1997 à Genève qui rassemblait des représentants des laboratoires et ceux des quatre pays sélectionnés pour la phase pilote, fut retenue l'idée de créer, dans chaque pays concerné, une « *entreprise à but non lucratif* » pour l'approvisionnement en médicaments dans le cadre de l'Initiative.

Selon les documents de l'Onusida, devaient être membres de cette structure, les firmes pharmaceutiques désirant participer à l'Initiative et qui devaient, à ce titre, contribuer à ses dépenses de fonctionnement. Celle-ci, qui devait être de taille restreinte (un responsable et un secrétaire/assistant), avait pour fonction d'assurer les négociations avec les laboratoires pharmaceutiques, la passation des commandes et la distribution des médicaments, ainsi que le paiement des commandes aux laboratoires. Selon l'expression du responsable de *Medical Access* en Côte

d'Ivoire, désignation que prendra la structure dans ce pays, elle était donc appelée à être « *quasiment le maître d'œuvre* » de l'Initiative.

La première raison d'être d'un tel schéma prôné par l'Onusida était très certainement à rechercher dans la nécessité de trouver un compromis avec les firmes pharmaceutiques multinationales, productrices de médicaments antirétroviraux. En effet, celles-ci se refusaient par principe à afficher des « doubles prix » internationaux du médicament, distincts selon le niveau de développement économique des marchés concernés. La création d'une structure « intermédiaire », soutenue conjointement par les firmes, les organismes internationaux et les gouvernements des pays, devait donc permettre de mettre en place, dans le cadre de l'Initiative, un mécanisme de subvention pour la réduction des prix des médicaments au sein des pays concernés, tout en respectant formellement le principe défendu par les firmes sur le marché international (puisque le prix de base demeurait le même). Une seconde explication, complémentaire, est que ce modèle serait en concordance avec le mode de fonctionnement des organisations internationales, comme l'Onusida, qui disposent de moyens limités en personnel et sont donc amenées à « sous-traiter » certaines des tâches qui leur sont assignées : une structure intermédiaire permettait de déléguer les tâches de gestion de l'approvisionnement en médicament sur place tout en conservant un pouvoir de contrôle au niveau international, susceptible d'offrir certaines garanties contre d'éventuels risques de détournement, voire de corruption, dans le circuit du médicament.

Cette conception, qui intègre directement les firmes multinationales dans la structure censée négocier avec elles des baisses de prix de leurs spécialités, même si cette négociation est appuyée par les organisations du système des Nations unies, pose question sur la capacité d'obtenir effectivement des baisses de prix significatives sur la base de processus de négociations « à l'amiable ». Pour les pays concernés, elle pose le problème de l'adéquation de ce schéma avec le circuit du médicament existant préalablement et de la capacité de cette structure nouvelle à améliorer la fiabilité de l'approvisionnement en médicaments du VIH/sida.

En Côte d'Ivoire, le circuit du médicament, dans le secteur public,

était assuré par la Pharmacie de santé publique (PSP). Comme le souligne sa directrice, la PSP est « organisée pour procéder aux appels d'offres et participer à la politique de recouvrement des coûts » et elle a la charge « de la gestion de la politique de médicaments essentiels ». De plus, la PSP disposait d'une expérience en matière d'importation d'antirétroviraux depuis 1995, puisqu'elle assurait l'approvisionnement de deux structures (désormais intégrées à l'Initiative en tant que centres accrédités), le CNTS et le Cirba.

La situation ivoirienne différait donc de celle d'autres pays pilotes de l'Initiative, tels que l'Ouganda, où une structure équivalente à la PSP ivoirienne n'existait pas. Selon une vision assez généralement partagée par les acteurs rencontrés, « Onusida a voulu calquer un schéma unique » dans tous les pays retenus pour la phase pilote de l'Initiative, ce qui tendait à faire apparaître cette organisation intermédiaire nouvelle comme « une succursale [ivoirienne] d'Onusida ».

Cependant, les relations entre la PSP et l'organisation à but non lucratif promue par l'Onusida ne furent pas précisées dans les documents produits en 1997 dans le cadre de la préparation de l'Initiative, bien qu'elles aient fait l'objet de discussions. Ces relations ne furent pas non plus spécifiées dans le projet de statuts de la future *Medical Access*, alors encore désignée sous le terme d'« Association pour la diffusion de traitements du sida en Côte d'Ivoire », qui fut présenté au Comité consultatif de l'Initiative lors de sa première réunion, fin 1997. Dans l'arrêté présidentiel d'avril 1998, portant création des organes de gestion et de coordination de l'Initiative, l'existence d'une « association à but non lucratif » était évoquée, mais seulement comme « intermédiaire » pour la livraison de médicaments achetés par les pouvoirs publics. En revanche, cet arrêté spécifiait que la gestion des antirétroviraux devait être distincte de celle des autres médicaments. Outre que, pour en améliorer l'accessibilité, ces traitements faisaient seuls l'objet de la « contribution » du Fonds ivoirien de soutien aux traitements du sida, il était prévu, pour le règlement de leur vente, qu'un compte fût « ouvert pour chaque centre accrédité à la PSP [...] et consacré aux seules opérations d'acquisition et de cession des médicaments antirétroviraux »¹.

¹ La Commission II du groupe de travail préparatoire à l'Atelier national de consensus de juillet 1997 préconisait la création d'une « structure spéciale de gestion des antiviraux à la PSP », mais n'a pas été totalement suivie sur ce point.

Reste que, selon le Directeur exécutif du PNLS/MST/TUB de l'époque, l'organisation à but non lucratif n'avait sa raison d'être, et ne pouvait persister en Côte d'Ivoire, que si elle s'avérait « *effectivement plus performante que les mécanismes antérieurs de négociation avec les firmes pharmaceutiques* ». C'était donc exclusivement du point de vue de la négociation des prix à la baisse avec les firmes qu'était justifiée, du point de vue des autorités ivoiriennes, la mise en place de *Medical Access*. Dans leur esprit, il restait entendu que l'approvisionnement et la gestion effective des médicaments continuaient de relever des attributions de la PSP. *Medical Access* (MA), fut constituée au cours du premier semestre 1998, son administrateur et gestionnaire ayant été recruté en juin de la même année *via* un cabinet de consultance de Dublin sous contrat avec l'Onusida-Genève.

Le rôle ambigu de *Medical Access* dès le premier approvisionnement (1998)

Pour le lancement de l'Initiative, en août 1998, MA a effectivement joué le rôle d'intermédiaire entre les laboratoires fabricants et la PSP (voir *figure 4*, chapitre 3.1). Elle ne le fit cependant que de manière partielle. Assez logiquement, et aux dires des différents intervenants, les négociations de prix avec les firmes se sont déroulées au moins autant au niveau international (avec les maisons mères *via* l'Onusida et le cabinet de consultance mentionné ci-dessus) qu'au niveau local (avec les représentants en Côte d'Ivoire des mêmes entreprises). De plus, une firme telle que Merck Inc. Co., fabricant l'indinavir (Crixivan[®]), s'est refusée à prendre part à la constitution de MA et a fait en sorte de ne pas faire intervenir cette structure dans ses livraisons à la PSP. Ce cas particulier suggère qu'il existait des possibilités de négociation du prix des antirétroviraux, politiquement et économiquement « acceptables » pour l'industrie pharmaceutique, sans nécessairement passer par son intégration directe dans une organisation intermédiaire à but non lucratif.

En outre, dans le contexte ivoirien, MA n'avait pas, légalement, le droit d'importer des ARV, puisqu'elle ne disposait pas du statut de grossiste en médicaments. Il fallut une autorisation exceptionnelle du mi-

nistère de la Santé pour qu'une transaction de gré à gré fût possible entre MA et la PSP. Si la caution onusienne donnait *a priori* confiance en MA aussi bien aux firmes qu'à la PSP, sa médiation n'était pas nécessairement vue comme favorable à un approvisionnement « *sécurisé à prix modérés* » : d'une part, les firmes ne disposaient pas avec MA des garanties financières qu'elles avaient avec une structure relevant du gouvernement ivoirien lui-même telle que la PSP ; d'autre part, la PSP préférait travailler directement avec les firmes plutôt qu'avec des intermédiaires, s'estimant, non sans raison sur la base de l'expérience antérieure, en mesure de régler les éventuels problèmes. La confiance en MA fut rapidement anéantie dès qu'il apparut que des unités livrées gratuitement à MA par le laboratoire Roche avaient été revendues et facturées à la PSP.

Cet épisode est complexe à analyser. Il ne le sera ici que pour souligner les dysfonctionnements intrinsèques qui ne pouvaient qu'apparaître en l'absence d'une définition des rôles entre l'organisation intermédiaire introduite par l'Onusida et le circuit existant du médicament. A l'origine, il était prévu que les firmes participant à l'Initiative contribueraient financièrement à l'activité de MA et donc à ses frais de gestion et de fonctionnement, ce que firent effectivement certaines d'entre elles. D'autres firmes partie prenantes ont, en revanche, considéré qu'elles n'étaient pas concernées par le budget de fonctionnement de MA, cette structure ayant été créée « *sous couvert d'Onusida qui devait prendre en charge ce budget* ». Cette position était clairement exprimée par le représentant en Côte d'Ivoire du laboratoire Roche. Cependant, selon le responsable de MA, le laboratoire Roche aurait accepté de livrer des unités gratuites d'ARV comme « *contribution "en nature" pour le fonctionnement de MA* ». Le représentant de Roche ne dément pas totalement ce fait, tout en insistant que ces unités gratuites, d'une valeur de 60 millions de FCFA (600 000 FF) devaient « *d'abord bénéficier aux malades mis sous traitement* ». Reste que la PSP n'a pas été tenue informée de l'existence d'unités gratuites dans les médicaments qui lui furent facturés par MA et que la procédure de re-facturation de ce « don » par MA apparut d'autant plus choquante à la PSP qu'elle-même revendait les antirétroviraux aux centres accrédités au prix d'achat, sans prendre aucune marge, c'est-à-dire en assumant les frais de transit et de transport. A la décharge de MA, cette facturation

aurait été effectuée moyennant réduction globale du prix des produits Roche.

Quelles que soient les responsabilités réelles dans cette affaire, elle témoignait de l'inadéquation de l'hypothèse « théorique » de l'Onusida, selon laquelle la mise en place d'une organisation à but non lucratif jouant un rôle d'intermédiaire était le moyen d'optimiser le circuit d'approvisionnement en médicaments.

La marginalisation de *Medical Access* dès sa seconde année d'existence (1999)

L'approvisionnement en ARV pour l'année 1999, première année de fonctionnement à plein de l'Initiative, fut pris en charge par la PSP dans le cadre de sa procédure habituelle d'appel d'offres. Dans ces circonstances, MA perdit sa position antérieure d'intermédiaire, conforme au schéma théorique de l'Onusida mais concédée à titre exceptionnel pour le démarrage de l'Initiative en cours de l'année précédente par les autorités ivoiriennes. En 1999, MA se retrouvait au niveau de fournisseur de médicaments et donc *de facto* en concurrence des représentants locaux des firmes pharmaceutiques. En effet, tandis que les laboratoires faisaient leurs propositions en réponse à l'appel d'offres de la PSP, MA faisait de même. Pour la PSP, il s'agissait là d'un abus de MA qui n'était pas habilité à répondre à un appel d'offres mais qui – ce faisant – entendait renforcer une position qui lui avait été exceptionnellement reconnue lors du premier approvisionnement. Pour le responsable de MA, il s'agissait au contraire « d'un verrouillage opéré par la PSP sur le circuit d'importation des médicaments », facilité par le fait que les centres accrédités étaient, à une exception près, des structures publiques. En tout état de cause, la procédure d'appel d'offres direct de la PSP aux firmes pharmaceutiques, conforme à la loi ivoirienne, s'avérait contradictoire avec le rôle d'intermédiaire normalement dévolu à MA par l'Onusida, et conduisait nécessairement à faire apparaître MA sur le même plan, et donc comme un concurrent, des laboratoires.

Pour les firmes, ce nouveau positionnement de MA apparut inacceptable puisque cette structure, dont elles étaient par ailleurs censées

être partie prenante, se trouvait alors en mesure de proposer, en réponse à un appel d'offres, des prix de leurs propres produits « inférieurs » à ceux qu'ils souhaitaient eux-mêmes pratiquer. Dans le cas des produits Roche, cela n'était possible, selon le représentant de ce laboratoire, qu'en utilisant les dons gratuits antérieurs « *pour nous concurrencer* ». C'est d'ailleurs ce qui conduisit ce laboratoire à informer la directrice de la PSP des livraisons d'unités gratuites faites à MA l'année précédente, et donc à faire éclater publiquement l'affaire de refacturation évoquée au paragraphe précédent. La PSP se vit officiellement signifier par la maison mère Roche qu'elle ne devait pas s'approvisionner par le biais de MA, sinon elle s'exposerait au risque de ne jamais recevoir ses médicaments.

Les laboratoires pharmaceutiques membres de MA, prenant acte de la situation nouvelle, adoptèrent logiquement une « *position unanime* » visant à évincer MA puisqu'ils ne se reconnaissaient plus dans cette structure. De fait, observe l'un de leurs représentants, « *les laboratoires ont recadré leur vision* » et consentirent à la PSP des prix inférieurs à ceux proposés à MA, ne serait-ce que par une réduction symbolique (de 0,5 FCFA [0,005 FF] par exemple). Dans ces circonstances, les laboratoires redevenaient « mieux disants » que MA, et la PSP pouvait légitimement écarter les propositions faites par MA, cela sans même avoir à faire intervenir les arguments légaux selon lesquels MA n'avait pas le statut de grossiste lui donnant le droit d'importer des médicaments.

Les membres du Comité de gestion de l'Initiative furent informés, début avril 1999, que MA n'avait « *pas remporté l'appel d'offres de la PSP pour l'année 1999 et qu'une nouvelle définition de son rôle devrait être envisagée* » ; de surcroît, « *l'arrivée d'un consultant Onusida pour aider à repositionner Medical Access-CI dans l'Initiative* » leur fut annoncée. Deux missions successives de l'Onusida eurent à traiter ultérieurement des rôles respectifs de la PSP et de MA dans le dispositif d'approvisionnement en médicaments de l'Initiative en Côte d'Ivoire. Elles entérinèrent le fait que « *la fonction de négociation des prix et d'approvisionnement en ARV qu'avait jusque là MA disparaît* ». L'activité du responsable de MA fut redéployée, courant 1999, sur l'appui à la gestion des centres accrédités par la collecte des doubles des ordonnances pour établir l'état des comptes avec la PSP. La structure *Medical Access* cessait d'exister en début d'année 2000.