

Chapitre 4.1

L'accès aux traitements des patients vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire : une enquête quantitative

Anne JUILLET, Philippe MSELLATI, Marc SOUVILLE,
Johanne PRUDHOMME, Hortense AKA-DAGO AKRIBI,
Jean-Paul MOATTI

Introduction

En ayant choisi, à la différence par exemple du gouvernement ougandais, de prendre financièrement en charge – par l'intermédiaire du Fonds national de solidarité – une partie du coût des traitements antirétroviraux, les autorités politiques et sanitaires ivoiriennes posaient inévitablement les termes d'un débat sur les critères de choix des patients qui bénéficieraient de ces multithérapies, *via* un mécanisme de subvention publique couvrant de 50 % à 95 % du prix des ARV. Les critères médicaux d'éligibilité choisis pour envisager la mise sous traitement ARV dans le cadre de l'Initiative (CD4 < 500/ml et/ou charge virale > 10 000 copies/ml) concernaient *a priori* une très large fraction de la population infectée par le VIH dans le pays. En dehors de ces critères médicaux qui ont été rendus publics dès le début de l'Initiative, une enquête sociale, menée en parallèle du bilan clinique et biologique initial lors de l'inclusion dans l'Initiative, devait permettre d'évaluer les niveaux de ressources des patients afin d'identifier ceux pouvant bénéficier d'une subvention, et déterminer le montant de celle-ci.

En pratique, comme le rappellent les analyses du processus de décision dans l'Initiative (voir chapitre 2), cette enquête sociale s'est souvent réduite à la passation d'un questionnaire simplifié sur la situation socio-économique du patient. Ceci alors qu'aucune information précise

n'a jamais été rendue publique sur les critères retenus pour chaque niveau de subvention. Dans ce contexte d'absence de recommandations claires, et comme le confirment les entretiens réalisés par ailleurs auprès des professionnels concernés (voir chapitre 5.4), les équipes médicales ont de fait été conduites à procéder, plus ou moins spontanément, à des formes de présélection. Dans certains cas, les médecins ont peut-être renoncé à ne pas orienter vers l'Initiative des patients potentiellement éligibles en termes médicaux ; dans d'autres cas, ils ont sûrement été conduits à ne pas ouvrir de dossiers pour des patients venus solliciter un bilan dans le cadre de l'Initiative dans la mesure où il leur apparaissait que ces derniers ne seraient pas en mesure de mobiliser les ressources financières indispensables pour couvrir les dépenses restant à leur charge, même après obtention d'une subvention. Deux seuls cas de figure fixaient de façon claire les conditions d'attribution d'une subvention à 95 % : d'une part, celui des patients appartenant à une association de personnes vivant avec le VIH et figurant sur la liste soumise aux autorités par cette association, et d'autre part, celui des femmes ayant participé auparavant aux essais cliniques de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Dans ce contexte, nous avons souhaité décrire le profil des patients inclus dans l'Initiative, et notamment ceux mis sous traitement ARV, afin de les comparer au reste de la population de patients infectés bénéficiant ou non d'une autre forme de prise en charge médicale.

Matériel et méthodes

Une enquête transversale a été conduite dans six des centres accrédités pour la prescription des ARV, dans un centre de suivi de l'Initiative Onusida¹ et dans deux autres structures² de santé largement fréquentées par des personnes se sachant infectées par le VIH. Pendant la durée de l'enquête, un questionnaire administré en face à face par un

¹ SMI du CHU de Treichville, USAC, Hôpital militaire d'Abidjan (HMA), CAT d'Adjamé, CIRBA, Hôpital de jour de Bouaké, Service de pédiatrie du CHU de Yopougon.

² CAT de Bouaké, CAT de Treichville.



les patients bénéficiant déjà d'un traitement ARV dans le cadre de l'Initiative (n = 141 ; 19,8 %) ; les patients ayant déjà eu un bilan dans le cadre de l'Initiative, mais en attente de traitement ARV au moment de notre enquête (n = 101 ; 14,2 %) ; les patients bénéficiant de traitements ARV dans un circuit extérieur à l'Initiative (n = 23 ; 3,2 %) ; et enfin la majorité des patients ne bénéficiant d'aucun traitement ARV et qui ne sont pas inclus dans l'Initiative (n = 446 ; 62,7 %). Dans ce dernier groupe, le plus important en nombre, il est important de noter que moins du tiers des patients (29,6 %) déclarent avoir déjà entendu parler de l'Initiative d'accès aux traitements du VIH/sida du ministère de la Santé ivoirien et de l'Onusida.

Dans les *tableaux 7 à 10*, les quatre groupes de patients ont été comparés statistiquement en utilisant le test du chi-2 pour les variables qualitatives, un test-t ou un test Mann-Whitney pour les variables quantitatives.

Différences de caractéristiques socio-économiques

Globalement les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes dans notre échantillon (51,1 %). Parmi les patients dans l'Initiative, les femmes sont par contre proportionnellement plus nombreuses (55,0 %). Ceci peut sans doute s'expliquer par la priorité relative donnée aux femmes ayant participé aux essais de prévention mère-enfant et peut-être aussi par le fait qu'elles militent plus que les hommes dans les associations de personnes vivant avec le VIH. Quasiment tous les patients résident en Côte d'Ivoire (99 %) et en particulier dans les deux principaux centres urbains, Abidjan et Bouaké (85 %).

Le *tableau 7* (p. 146) montre clairement que la majorité des patients interrogés qui ne participent pas à l'Initiative et qui n'ont pas accès aux ARV se distinguent du reste de l'échantillon (patients inclus dans l'Initiative auxquels viennent s'ajouter ceux qui peuvent avoir accès aux ARV par leurs propres moyens). La plupart des indicateurs du *tableau 5* confirment de façon significative que ce groupe de patients n'ayant pas accès aux ARV se caractérise par un moindre niveau socio-économique et d'éducation ainsi que par des conditions matérielles de vie, notamment au plan du logement, plus difficiles. De même, ils sont moins

Tableau 7

Caractéristiques socio-démographiques des patients traités ou non dans et hors l'Initiative ivoirienne (enquête 1999-2000, n = 711)

	Initiative		p (1 versus 2)	Hors Initiative		p (4 versus 1+2+3)	Total
	Traités (1)	Non traités (2)		Traités (3)	Non traités (4)		
Nombre de patients (% du total)	141 (19,8 %)	101 (14,2 %)		23 (3,2 %)	446 (62,6 %)		711 (100 %)
Sexe féminin	48,2 %	64,4 %	0,001	34,8 %	46,2 %	0,07	48,8 %
Âge moyen (écart-type)	37,2(8)	32,7(8)	0,01	38,3(8)	34,6(8)	0,1	35(8)
Scolarisation secondaire ou supérieure	73,0 %	51,5 %	0,0006	69,6 %	35,6 %	0,000	46,4 %
Sans activité professionnelle*	27,7 %	44,5 %	0,0006	30,4 %	43,7 %	0,01	40,2 %
Fonctionnaire, cadre, ou chef d'exploitation	30,5 %	19,8 %	0,06	39,1 %	11,7 %	0,000	17,4 %
Nationalité étrangère	17,0 %	8,9 %	0,07	39,1 %	17,7 %	0,5	17,0 %
Patient étant chef de ménage	56,3 %	43,6 %	0,06	78,3 %	49,1 %	0,3	50,6 %
Taille moyenne du ménage (écart-type)	7,8(5)	7,4(4)	0,3	6,4(4)	8,4(18)	0,4	8,1(18)
Propriétaire du logement	48,9 %	48,5 %	0,9	43,5 %	43,0 %	0,3	45,0 %
Logement en « cour commune »	27,7 %	33,7 %	0,3	43,5 %	61,0 %	0,000	50,0 %
Logement sans eau courante	7,8 %	12,9 %	0,2	4,3 %	42,1 %	0,000	30,0 %
Possède un réfrigérateur	72,7 %	59,4 %	0,03	60,9 %	29,2 %	0,000	43,2 %
Dort dans une pièce ventilée climatisée	85,8 %	71,3 %	0,006	78,3 %	53,4 %	0,000	63,1 %
A changé d'activité depuis le diagnostic VIH+	17,7 %	26,7 %	0,09	26,1 %	35,0 %	0,001	30,1 %
Bénéficie d'une assurance maladie (personnelle ou tiers)	36,2 %	29,7 %	0,3	21,7 %	10,3 %	0,000	18,6 %
Participation aux dépenses du ménage (moyenne en FCFA)*	107 947 (145 905)	53 462 (77 714)	0,001	113 252 (107 823)	45 920 (67 821)	0,001	61 470 (94 701)

* Ce qui n'exclut pas les activités dites informelles.

** 1 FF = 100 FCFA.

nombreux à bénéficier d'une couverture d'assurance pour leurs dépenses de maladie. Enfin, ces patients sont plus nombreux à avoir été contraints de changer d'activité professionnelle ou à y avoir renoncé depuis leur diagnostic de séropositivité.

A l'inverse, comme on pouvait le présupposer, les patients bénéficiant d'un traitement ARV en dehors de l'Initiative, et dont le ménage ou eux-mêmes assument donc la totalité des coûts de leur traitement⁵ ont un profil particulier. Ils ne représentent que 3 % des patients vus lors de cette enquête et 14 % du total des patients sous ARV. Ce sont surtout des chefs de ménage de sexe masculin, de niveau socio-économique plus favorisé et dont une proportion importante est de nationalité étrangère.

Du fait du caractère transversal de notre enquête, la comparaison des patients inclus dans l'Initiative selon qu'ils avaient déjà été mis sous traitement ARV au moment de notre enquête ou qu'ils étaient encore en attente, doit être relativisée. En effet, parmi les 101 patients de l'Initiative non encore traités au moment de notre enquête, le recueil de données postérieur – permis par le suivi de Retro-CI – fait apparaître que onze d'entre eux présentaient des CD4 supérieurs à 500/ml justifiant l'absence de traitement à ce stade en fonction des critères cliniques de l'Initiative, et qu'environ la moitié (n = 41) ont bénéficié ultérieurement d'un traitement ARV avant la fin de l'année 2000. Il faut néanmoins noter que les patients en attente de traitement dans le cadre de l'Initiative au moment de notre enquête se distinguent significativement de ceux déjà sous traitement ARV par une plus grande proportion de femmes et de personnes sans activité professionnelle, et ayant un moindre niveau d'éducation et de confort matériel ainsi qu'une moindre capacité financière. Cependant, ces patients, en attente de traitement dans l'Initiative, ont dans l'ensemble des conditions socio-économiques plus favorables que celles, déjà évoquées, des patients non traités par ARV et n'ayant pas été en contact avec l'Initiative.

Plus des deux tiers des patients de l'échantillon (67,6 %) déclarent recevoir une aide financière de leurs proches ou de l'entourage, et pour plus de la moitié des patients interrogés (51,6 %), cette aide concerne

⁵ Pour 2 de ces 23 patients, leur traitement est néanmoins directement pris en charge par leur entreprise.

notamment les dépenses de santé. Les patients « aidés » financièrement se retrouvent dans les mêmes proportions dans nos quatre groupes qu'ils soient ou non dans l'Initiative et traités ou non par ARV.

Le *tableau 8* montre qu'une majorité des patients traités dans l'Initiative (68,8 %) bénéficient d'une subvention publique. Cette proportion est significativement plus élevée pour ceux dont les traitements sont des trithérapies, ce qui correspond à l'évolution de l'Initiative depuis la décision d'octobre 1999 d'introduire la trithérapie comme traitement de référence (voir chapitre 1).

Tableau 8
Niveau de subvention des patients pour un traitement ARV dans l'Initiative (enquête 1999–2000, n = 141)

	Bithérapie [†]	Trithérapie ou +	Total
Nombre	57	84	141
Gratuit	0 %	1,2 %	0,7 %
Prise en charge à 95 %	7,0 %	51,2 %	33,3 %
Prise en charge à 75 %	29,8 %	8,5 %	17,0 %
Prise en charge à 50 %	14,0 %	20,2 %	17,7 %
Plein tarif	49,1 %	19,0 %	31,2 %

Source : Évaluation de l'Initiative Onusida, 1999–2000, Abidjan.

Logiquement, du fait du mécanisme de subventions, les dépenses de médicaments ARV restant à la charge des patients traités dans le cadre de l'Initiative (médiane = 38 000 FCFA par mois et moyenne = 73 000 FCFA) sont très inférieures à celles que doivent déboursier les patients traités hors Initiative entièrement à leurs frais (médiane = 160 000 FCFA, 164 000 FCFA en moyenne). On notera également que la durée sous traitement ARV est relativement récente (6 mois en moyenne) pour les patients traités dans le cadre de l'Initiative, alors que les patients traités hors Initiative ont une ancienneté de mise sous antirétroviraux

[†] En supposant, comme nous l'avons montré dans les chapitres 2 et 3, que pour les traitements par bithérapie et trithérapie les plus fréquentes en Côte d'Ivoire, le coût moyen mensuel respectif est dans un cas inférieur à 100 000 FCFA et dans l'autre cas situé entre 270 000 et 285 000 FCFA.

de l'ordre de 20 mois en moyenne, ce qui indique qu'une partie d'entre eux bénéficiait déjà de ces médicaments par le circuit privé avant même l'introduction de l'Initiative en août 1998. En revanche, les délais moyens entre l'annonce du diagnostic de séropositivité et la date de démarrage d'un traitement ARV étaient identiques (respectivement 15 et 16 mois en moyenne) que les patients soient traités dans ou hors Initiative.

Différences d'état de santé

Parmi les 650 patients pour lesquels nous disposons d'une numération des lymphocytes CD4 au moment de notre enquête, aucune différence significative n'apparaît entre les quatre groupes en termes de niveau de CD4 (*tableau 9*). On constate notamment que, tant parmi les patients traités, que parmi ceux qui ne le sont pas, près de la moitié présente une immunodépression avancée (< 200 CD4/ml). Il faut cependant noter que s'agissant des patients traités dans l'Initiative, leur taux moyen de CD4 (185 ± 132) était plus faible lors du bilan à l'inclusion (selon les données de Retro-CI) qu'au moment de notre enquête, ce qui souligne logiquement l'impact du traitement ARV.

En moyenne, les patients de notre échantillon se savent infectés par le VIH depuis moins d'un an. Dans l'ensemble, les patients ne bénéficiant pas de traitements ARV ont pris connaissance de leur séropositivité de façon plus récente que les patients traités. Ceci suggère la nécessité d'un processus d'apprentissage et d'accumulation d'information pour être en mesure d'engager des démarches pouvant se traduire en définitive par un accès aux traitements ARV (*tableau 9*). Néanmoins, alors que leur niveau de CD4 ne diffère pas de ceux du reste de l'échantillon et qu'ils ont même tendance à présenter un plus grand nombre de signes cliniques de la maladie (stades sida, 3 ou 4), la majorité des patients qui sont hors Initiative ne semblent également pas bénéficier d'une prise en charge minimale adaptée, comme en témoigne la proportion limitée (moins du tiers) d'entre eux sous prophylaxie par cotrimoxazole (*tableau 9*). La poursuite de la prophylaxie par cotrimoxazole parmi les patients bénéficiant déjà d'une mise sous traitement antirétroviral peut continuer à susciter débat dans le contexte africain. Cependant, les recommandations récentes insistent, en l'absence d'accès aux ARV, pour

qu'une telle prophylaxie soit prescrite aux adultes présentant une infection à VIH symptomatique (stade 2, 3, 4) et/ou présentant un taux de CD4 inférieur ou égal à $500/\text{mm}^3$ (Onusida, 2000) (voir chapitre 5.2). Si de telles recommandations étaient suivies, la proportion de patients sous cotrimoxazole parmi les patients non traités par ARV dans notre échantillon devrait être supérieure à 90 %, que ceux-ci soient hors Initiative ou en attente de traitement dans l'Initiative.

Enfin, on notera que l'absence de traitements ARV s'accompagne d'une perception subjective dégradée de leur état de santé pour plus du tiers des patients concernés qu'ils soient ou non dans l'Initiative. De façon non surprenante, les patients sous ARV sont significativement beaucoup moins nombreux à se plaindre d'une dégradation de leur état de santé en dépit d'une persistance non négligeable d'épisodes morbides.

Différences dans les comportements sexuels à risque

Les patients de notre échantillon ne se distinguent pas par leur statut matrimonial : 39 % d'entre eux sont mariés, 36 % sont célibataires, 11 % sont veufs, 6 % sont divorcés et 8 % vivent en union libre sans différences statistiquement significatives selon les groupes d'accès au traitement ARV et à l'Initiative. De même, ils déclarent dans les mêmes proportions avoir un partenaire principal au moment de notre enquête. Le *tableau 10* (p. 153) montre cependant que cette similitude de situation s'accompagne de différences notables de comportements, tant en matière de prise de risque de transmission sexuelle du VIH, que de partage avec des tiers de l'information sur leur statut sérologique. En particulier, les personnes non traitées et qui n'ont pas été en contact avec l'Initiative, soit la majorité des patients infectés, sont très peu nombreux, et dans des proportions significativement moindres que le reste de l'échantillon, à déclarer connaître le statut sérologique vis-à-vis du VIH de leur partenaire ; de même, ils sont moins nombreux à avoir partagé l'information sur leur séropositivité avec un proche. Tout se passe comme si la confrontation avec la démarche d'accès au traitement ARV s'accompagnait nécessairement d'une plus grande ouverture sur l'environnement en termes de levée du secret de l'infection (voir chapitre 4.2) : c'est ce que suggère également le fait que, parmi les personnes incluses dans l'Ini-

Tableau 10
Comportements sexuels chez les patients traités ou non dans et hors l'Initiative ivoirienne
(enquête 1999-2000, n = 711)

	Initiative		p (1 versus 2)	Hors initiative		p (4 versus 1+2+3)	Total
	Traités (1)	Non traités (2)		Traités (3)	Non traités (4)		
	n = 141	n = 101		n = 23	n = 446		n = 711
A un partenaire principal	70,9 %	61,4 %	0,1	78,3 %	61,9 %	0,1	64,1 %
Ne connaît pas le statut sérologique du partenaire principal*	51,4 %	65,2 %	0,09	66,7 %	84,1 %	0,000	74,4 %
A informé son partenaire principal de son statut VIH+	56,7 %	40,7 %	0,04	50,0 %	45,1 %	0,3	47,7 %
A divulgué son statut sérologique à au moins un proche	95,0 %	85,1 %	0,008	95,6 %	55,1 %	0,000	68,6 %
Sexuellement actif au cours des 6 derniers mois	53,2 %	56,4 %	0,6	73,9 %	41,7 %	0,000	47,7 %
A utilisé systématiquement un préservatif avec son partenaire principal**	77,5 %	46,3 %	0,0004	47,1 %	46,9 %	0,009	53,6 %
A utilisé systématiquement un préservatif avec des partenaires occasionnels***	63,3 %	60,0 %	0,8	100 %	46,6 %	0,05	33,0 %

* Parmi les 456 patients ayant déclaré avoir un partenaire principal.

** Parmi les 305 patients sexuellement actifs ayant un partenaire principal au cours des 6 derniers mois.

*** Parmi les 115 patients sexuellement actifs ayant eu des partenaires occasionnels au cours des 6 derniers mois.

différences quant au sexe (48,2 % *versus* 42,4 % de femmes) et à l'âge (37,2 ans en moyenne dans notre étude *versus* 34,3 ans). De plus, alors que 88,5 % des patients de notre échantillon sous ARV dans l'Initiative ont un niveau de scolarisation inférieur ou égal au secondaire, ils sont 71,0 % dans ce cas parmi les patients de l'ensemble de l'Initiative qui sont sous ARV. Il semblerait donc que notre étude sous-représente le groupe des patients « aisés » ayant eu accès aux traitements ARV, qui sont généralement des hommes actifs ayant un niveau d'étude supérieur. C'est ce que suggère également la moindre propension des médecins participant à notre enquête de proposer la passation du questionnaire à ces mêmes groupes plus « aisés », sans doute perçus comme plus sourcilieux quant au risque de remise en cause de la confidentialité dans le cadre d'une enquête de ce type.

Le premier constat, banal mais important, qui ressort de notre enquête, c'est qu'en dépit des progrès permis par l'Initiative, même dans l'univers de patients infectés par le VIH connaissant leur statut sérologique et fréquentant des structures sanitaires (dans lesquelles l'Initiative est soit directement implantée, soit devrait être largement connue), il subsiste un écart important entre les patients bénéficiant effectivement d'un traitement ARV (23,1 % dans l'échantillon total et 27,4 % si l'on se limite aux patients ayant moins de 500 CD4/mm³) et ceux qui « devraient » l'être sur la base des critères médicaux d'éligibilité officiellement mis en avant par l'Initiative elle-même (87 % si l'on s'en tient au seul critère de moins de 500 CD4/mm³). Même si des critères d'initiation du traitement ARV moins étendus (par exemple 200 CD4/mm³) étaient appliqués, nos données montrent qu'on se retrouverait dans une situation exactement similaire : 23 % seulement de patients ayant moins de 200 CD4 étaient traités au moment de l'enquête.

Les progrès qui restent à accomplir en matière de prise en charge thérapeutique sont encore plus criants en matière de prévention et de traitement des infections opportunistes, en particulier chez la majorité des patients qui n'ont pas encore accès aux antirétroviraux. Compte tenu du faible coût d'un traitement prophylactique par le cotrimoxazole (moins de 1 000 FCFA par mois) et des recommandations cliniques consensuelles qui préconisent son introduction à un stade précoce de

l'histoire naturelle de la maladie, l'immense majorité des patients de notre échantillon aurait dû se trouver d'ores et déjà sous cette prophylaxie, ce qui est loin d'être le cas. Des déterminants autres que des contraintes purement économiques expliquent donc cette carence relative en matière de prophylaxie. Comme le suggère l'enquête menée en parallèle auprès du personnel soignant (voir chapitre 5.2), une amélioration de leur formation apparaît comme indispensable. On peut également se demander, même si les données quantitatives de notre enquête ne permettent pas directement de se prononcer sur cette interprétation, si la focalisation sur les antirétroviraux ne conduit pas dans certains cas à « décourager » les personnes atteintes de rechercher d'autres traitements, certes moins efficaces sur le fond, mais néanmoins utiles dans l'attente d'accès aux antirétroviraux.

Il est indéniable, comme le suggère la comparaison des patients mis sous ARV dans le cadre de l'Initiative avec la petite minorité de ceux qui ont accès aux ARV dans le cadre d'un circuit purement privé antérieur à l'Initiative, que celle-ci a permis une extension de l'accès aux traitements, non seulement en nombre mais en termes d'élargissement social des patients bénéficiant des ARV. Nos données démontrent cependant la persistance de fortes inégalités socio-économiques d'accès aux médicaments antirétroviraux. Les patients inclus dans l'Initiative se différencient du reste de la population infectée par le VIH fréquentant les structures de soins par leur niveau socio-économique globalement plus élevé.

Même dans le cadre de l'Initiative, ceux qui ont accès aux antirétroviraux sont plus souvent des hommes plus âgés et des chefs de ménage ayant été jusqu'au secondaire ou au delà. Tout se passe comme si l'affirmation de critères de priorité pour l'accès aux subventions maximales (95 %) dans le cadre de l'Initiative pour les femmes ayant participé à des essais cliniques dans le cadre prénatal et pour les membres d'associations de personnes vivant avec le VIH, n'était pas suffisante pour compenser totalement l'impact des barrières socio-économiques et socio-culturelles dans l'accès aux ARV. Ceci n'est d'ailleurs pas surprenant dès lors qu'outre les critères purement médicaux, l'appréciation de la capacité du patient à faire face aux contraintes du traitement ARV (y

non accès aux ARV, sollicitent l'aide de tiers pour leurs dépenses de santé. Devant le caractère permanent des dépenses dans le contexte des traitements de l'infection par le VIH, on peut s'interroger sur la pérennité d'une telle aide, le plus souvent de nature familiale. Le développement de prises en charge collectives, de type assurance maladie ou mutuelles, semble nécessaire pour atteindre un tel objectif y compris dans les couches de la population infectée bénéficiant d'un certain pouvoir d'achat. Il faut noter que parmi les patients de notre échantillon inclus dans l'Initiative, la proportion de ceux bénéficiant directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers, d'une mutuelle ou d'une assurance couvrant le risque maladie (33,5 %) est plus du double de celle observée (15,5 %) dans une enquête de 1998 auprès de la population générale adulte d'Abidjan⁸.

Les analyses préliminaires de ce volet d'enquête quantitative auprès des patients infectés par le VIH convergent avec les résultats obtenus et présentés par ailleurs dans l'évaluation de l'Initiative, pour souligner la nécessité de différencier les sources et les formes de financement de la demande, dans l'objectif de faciliter l'accès aux traitements du VIH/sida dans un contexte comme celui de la Côte d'Ivoire. Elles soulignent la vacuité des positions dogmatiques en ce domaine : qu'il s'agisse, au nom d'une interprétation unilatérale de la politique dite de « recouvrement des coûts » dans les structures sanitaires, de refuser par principe toute forme de gratuité de la fourniture des médicaments et des services de santé y compris dans les groupes de patients infectés les plus démunis (sous le prétexte qu'il faudrait que les patients « paient pour participer véritablement à leurs traitements ») ; ou qu'il s'agisse, à l'inverse, de refuser toute forme de complémentarité entre financements public et privé, alors qu'il s'avère possible au travers de mécanismes d'assurance ou de solidarité interne aux entreprises de mobiliser une demande solvable dans certains groupes de population pour la mise sous traitement des personnes atteintes.

De même, ces résultats confortent les constats, faits par ailleurs

⁸ Perrin H. Le paiement des soins par les usagers : un système de santé équitable ? Analyse de sensibilité de la demande de soins à Abidjan (Côte d'Ivoire). Colloque international sur le « Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie » (CERDI), Clermont-Ferrand (France), décembre 2000 [communication orale].

dans d'autres volets de l'évaluation, que la mise sous traitement antirétroviral dans le cadre de l'Initiative est l'aboutissement d'un processus prolongé, et encore semé d'embûches pour l'ensemble des patients, qui dépend de l'évolution de leur état de santé, de leur niveau d'information sur les différents recours possibles, ainsi que de leur plus ou moins grande capacité à se soumettre avec succès à des procédures administratives lourdes, en particulier lorsque l'octroi d'une subvention publique est la condition pour disposer des moyens financiers suffisants permettant d'accéder aux traitements.