

# Chapitre IV.3

## La circulation des médicaments antirétroviraux au Sénégal

M. EGROT, B. TAVERNE, M. CISS, I. NDOYE

Dans la plupart des pays d'Afrique, dès l'annonce en 1996 de l'efficacité des polythérapies antirétrovirales, des personnes se sachant infectées par le VIH ont devancé les décisions et les programmes de santé publique pour tenter de se procurer ces médicaments. Malgré leur coût exorbitant et une situation de pénurie, diverses stratégies individuelles ont été élaborées pour pallier cette situation d'inaccessibilité : achat à l'étranger (Europe, Amérique du Nord), achat auprès d'officines privées et d'importateurs de médicaments, voyages voire migrations vers les pays du Nord, organisation de circuits de dons (intrafamiliaux, réseaux sociaux personnels, associatifs). Ces circuits, dont certains alimentent aujourd'hui le marché informel, sont apparus avant et indépendamment de toute directive de santé publique, à une époque où précisément les politiques de santé contre le sida excluaient l'usage de ces médicaments en Afrique. Dans le même temps, un grand nombre de remèdes issus des médecines « traditionnelles et néotraditionnelles » ont fait leur apparition et sont venus occuper l'espace de la thérapie contre le sida, au point d'aboutir actuellement dans certains pays à une forme de compétition entre les ARV et ces remèdes.

Les programmes nationaux d'accès aux ARV, tel l'ISAARV, ont ouvert une voie majeure d'approvisionnement mais ils n'ont pas pour autant fait disparaître les autres circuits de diffusion. Aussi, la distribution des ARV est-elle actuellement très loin d'un schéma linéaire entre les industriels des médicaments, les prescripteurs et les usagers. C'est pourquoi le terme de *circulation* convient particulièrement pour évoquer les trajets compliqués que suivent parfois ces médicaments.

Ce chapitre est consacré à l'étude de la circulation des ARV en dehors de l'ISAARV<sup>1</sup>. Comment ont évolué les différentes voies d'approvisionnement en ARV au Sénégal avec la mise en place de l'ISAARV ? Quelle influence l'ISAARV a-t-elle eu sur le développement de ces voies de circulation ? Ont-elles été favorisées ou au contraire freinées ? Pourquoi et comment certaines modalités de circulation échappent à toute possibilité de contrôle ? Ces questions sont appliquées aux trois principaux acteurs ou contextes de distributions : les grossistes en produits pharmaceutiques et les officines privées ; les dons de médicaments ; et le marché informel des médicaments. Une séparation entre ces différents

---

<sup>1</sup> Les résultats présentés dans ce chapitre ont été obtenus au moyen de méthodes qualitatives. De 2000 à 2002, des enquêtes par entretiens ont été menées auprès de PvVIH, de membres d'associations, de professionnels de la santé, de pharmaciens, de vendeurs sur les marchés ou encore de professionnels de la distribution des médicaments. Dans plusieurs situations, une observation directe a été réalisée par les anthropologues du programme (officine privée, pharmacie de Fann, vie associative) ou par des enquêteurs (marchés).

niveaux est nécessaire pour la clarté du propos, mais nous allons voir qu'ils sont parfois assez étroitement imbriqués.

## Les grossistes et les officines privées

Le rôle des grossistes et des officines privées est étroitement lié à l'histoire de l'arrivée des ARV dans le pays.

### Les grossistes

Dès 1996, quelques médecins et pharmaciens hospitaliers ressentent la nécessité d'avoir un stock des principaux ARV utilisés dans les pays du Nord. Ces produits sont généralement employés pour éviter une interruption de traitement chez des personnes de passage au Sénégal qui ont prolongé leur séjour, parfois à la suite d'une hospitalisation, plus rarement pour des résidents au Sénégal en rupture momentanée d'approvisionnement. Des stocks de petites quantités sont constitués par des dons provenant de médecins ou d'associations du Nord (cf. infra).

En 1997, à la suite d'un accord avec le PNLS – et avec l'approbation de la Direction Nationale de la Pharmacie pour importer des ARV qui ne bénéficient pas à cette date d'Autorisation de mise sur le marché – trois grossistes (*Cophase*, *Laborex* et *Sodipharm*)<sup>2</sup> acceptent de constituer de petits stocks de quelques-unes des spécialités. Des cliniciens vont alors y orienter des patients ayant les ressources suffisantes pour acheter ces traitements, en particulier des personnes qui bénéficient d'une couverture sociale. Les grossistes assurent la délivrance de ces médicaments, activité qui ne relève habituellement pas de leurs attributions. Ils consentent à ne prendre aucune marge bénéficiaire sur la vente de ces produits, alors extrêmement onéreux, afin d'en réduire le coût pour les malades. À partir de 1997, les grossistes assurent ainsi l'approvisionnement de patients, et la distribution des ARV passe alors d'un dépannage épisodique à une délivrance régulière, à une époque où il n'existait pas d'autre source d'approvisionnement dans le système de soin.

Le démarrage de l'ISAARV en août 1998 ne change pas fondamentalement la situation. Les quelques personnes qui achètent de manière habituelle leurs médicaments auprès des grossistes ne peuvent pas – ou plus rarement ne veulent pas – y être inclus. Afin de maintenir un contrôle sur la diffusion de ces produits, il est convenu entre les responsables de l'ISAARV et les grossistes que ces derniers ne délivrent des ARV que sur la base d'une prescription émanant d'un médecin dont les compétences en matière de sida sont reconnues par le PNLS, que les médicaments doivent être donnés directement au patient, et que la distribution aux officines privées doit être refusée. Cependant, ces modalités ne font pas l'objet d'une recommandation écrite, mais d'une simple convention orale.

Initialement, la pharmacie de l'hôpital de Fann ne délivre pas d'ARV aux personnes qui ne sont pas incluses dans l'ISAARV, mais cette restriction est levée en mars 1999. Les médicaments sont alors proposés aux mêmes prix dans tous les lieux de vente. Cette ouverture aux patients « hors programme » est réalisée à la suite d'un accord dont les principaux objectifs sont d'éviter les risques de

<sup>2</sup> Cités par ordre alphabétique.

péréemption et les ruptures de stocks pour l'ensemble des lieux de délivrances. Cet accord traduit une collaboration étroite entre les grossistes et les gestionnaires de l'ISAARV. Ainsi jusqu'à la fin 2000, des grossistes ont parfois prêté quelques boîtes d'ARV pour prévenir un retard de livraison de la pharmacie de Fann.

Cette situation se maintient jusqu'à la mise en application de la baisse des prix d'octobre 2000. En effet, cette réduction est accordée exclusivement au service public ; les grossistes restent soumis aux anciens tarifs<sup>3</sup>, en moyenne quatre fois supérieurs aux nouveaux. Soucieux de faire bénéficier « l'ensemble des Sénégalais » de la réduction des tarifs, et conscient que l'ISAARV ne peut être la seule et unique voie d'accès aux ARV dans le pays, le PNLs propose aux grossistes de s'approvisionner à la pharmacie de Fann et s'engage à compenser l'écart tarifaire sur les produits déjà acquis par les grossistes par la remise d'un nombre de boîtes d'une valeur équivalente au montant de la baisse des prix.

En mars 2000, une première estimation des dispensations d'ARV par les grossistes montrait qu'elles concernaient 20 à 30 personnes. En avril 2002, seul un grossiste conserve un patient qui vient chaque mois acheter ses médicaments, le second ne réalise que de rares délivrances occasionnelles et le troisième n'en réalise plus depuis plusieurs mois.

À la pharmacie de l'hôpital de Fann, le relevé des ordonnances servies « hors programme » sur une période de trois ans (avril 1999 à mars 2002) note un total de 225 délivrances. Seules 38 se sont faites au cours des deux premières années, c'est-à-dire une moyenne de 1 à 2 par mois. Les six mois suivants (avril à septembre 2001), 50 sont effectuées, soit une moyenne de 8 patients par mois [mini : 2 ; max : 19]. Les six derniers mois (octobre 2001 à mars 2002), 134 délivrances sont réalisées, soit 22 patients en moyenne par mois [15-28].

L'ouverture de l'accès à la pharmacie de Fann pour les patients « hors programme » a eu pour conséquence un transfert progressif et presque total des délivrances d'ARV, des grossistes vers le secteur hospitalier. L'hypothèse d'un afflux de patients en provenance des pays limitrophes, exprimée lors de l'annonce de la baisse des prix des ARV, semble jusqu'à présent ne pas se confirmer. Durant les derniers mois, le nombre de nouveaux patients traités « hors programme » a été compensé par des inclusions dans l'ISAARV. De plus, le fait que l'ISAARV permette de traiter un nombre croissant de personnes (de 80 en avril 2000 à 450 en avril 2002), a un effet de marginalisation des prises en charge « hors programme » dans le secteur biomédical (de 35 à moins de 7 %).

L'accès « hors programme » aux ARV permet de répondre à des demandes de nature différente. Certaines personnes sont des ressortissants de pays limitrophes (Guinée, Mauritanie, Mali...) <sup>4</sup> qui ont des capacités financières suffisantes pour acheter mensuellement leurs médicaments et payer leurs frais de déplacement. Parmi les personnes qui résident au Sénégal, certaines refusent d'intégrer l'ISAARV du fait d'une notoriété ressentie comme un risque accru de rupture de la confidentialité. D'autres, pour les mêmes raisons, continuent d'ailleurs de

<sup>3</sup> Le contrat de l'*Accelerating Access Initiative* signé entre les firmes pharmaceutiques et le gouvernement préciserait que les industriels du médicament co-signataires n'exécuteraient plus les commandes en provenance de grossistes privés du Sénégal.

<sup>4</sup> La non résidence au Sénégal est un des critères d'exclusion de l'ISAARV.

s'approvisionner à l'étranger. Enfin, une forte proportion des patients « hors programme » (entre quatre et dix personnes sur les deux dernières années) sont salariés d'entreprises dont le siège social est implanté à Dakar. Certains résident au Sénégal, d'autres dans les pays voisins et trois sont dans des pays plus éloignés (Tchad, RCA). Ils bénéficient d'une couverture sociale qui leur assure entre 80 et 100 % de remboursement des frais de traitement. De rares patients ne sont pas inclus dans l'ISAARV en raison d'une mauvaise orientation et par absence d'information. Par ailleurs, bon nombre de délivrances pour des patients « hors programme » restent occasionnelles. Elles sont en partie destinées à des gens de passage ou à des personnes traitées de manière intermittente. Elles sont également réalisées à titre préventif en cas d'accident d'exposition lors des rapports sexuels, pris en charge par certaines institutions installées à Dakar (notamment le services de santé des armées sénégalaises et françaises), et en cas de risque de transmission de la mère à l'enfant.

Ces patients « hors programme » sont pour la plupart suivis par des médecins de l'ISAARV, parfois de manière conjointe avec un autre médecin, en particulier des médecins d'entreprises. Quelques médecins en dehors du programme, ayant une activité hospitalière ou libérale, assurent des renouvellements d'ordonnance pour des patients de passage ou des préventions de la transmission. Seuls trois d'entre eux réalisent des prescriptions régulières d'ARV pour des trithérapies qu'ils ont eux-mêmes initiées.

### **Les officines privées**

Les officines privées ont été très tôt sollicitées par des personnes souhaitant se procurer des ARV. La commune de Dakar compte plus de 200 officines privées<sup>5</sup>. Trois enquêtes ont été menées depuis deux ans : l'une, téléphonique, auprès d'une quarantaine de pharmacies (octobre 2001), la seconde, par entretiens semi-structurés, avec dix pharmaciens (2000-2001), et enfin une troisième qui procédait à l'ethnographie d'une officine (août 2001).

Sur 44 officines enquêtées, dix ont eu des ARV au cours des dernières années ; trois en ont eu en stock, sans jamais être parvenues à les vendre (l'une par un don venant de France, deux par commande chez un grossiste) ; sept autres officines ont délivré des ARV, parfois à plusieurs reprises. Dans l'une, plusieurs délivrances ont eu lieu depuis trois ans pour deux patients en provenance de Gambie, la dernière a eu lieu en janvier 2002. Dans une autre, plus de dix ordonnances ont été servies en deux ans, principalement pour des préventions de la transmission lors d'un rapport sexuel.

Une pharmacie avait obtenu les ARV par courrier express en passant par une officine en France pour une délivrance occasionnelle d'une première ordonnance d'ARV présentée par un résident étranger qui devait prochainement quitter le Sénégal. Tous les autres pharmaciens disent les avoir commandés directement auprès des grossistes dakarois. Les modalités d'approvisionnement sont toujours similaires : les grossistes sollicités par téléphone demandent au pharmacien que le patient soit présent, ou à défaut de conserver l'ordonnance, et les médicaments sont livrés dans les heures qui suivent l'appel téléphonique.

<sup>5</sup> 173 officines dans le guide des professionnels de la Santé fourni par le Conseil national de l'Ordre de médecins ; 233 dans la liste des officines privées enregistrées à la Direction nationale de la pharmacie en 2000.

Même si elles demeurent peu fréquentes, les délivrances d'ARV par les officines témoignent du fait que le secteur pharmaceutique privé est sollicité par des patients en recherche de traitement. D'autres pharmaciens, qui n'ont pas délivré de traitements, signalent que de manière occasionnelle des ordonnances d'ARV leur sont présentées. Selon plusieurs témoignages, ces demandes émanent principalement de ressortissants de pays étrangers ou de gens de passage, mal informés ou mal orientés. L'enquête montre également que le niveau de savoir des pharmaciens sur l'ISAARV et les ARV est très hétérogène. Cette méconnaissance donne souvent lieu à des pratiques ou des recommandations inadaptées (dépistage à l'insu, non respect de la confidentialité, mauvaise orientation du patient dans le système de soins, délivrance occasionnelle d'ARV).

Jusqu'à ce jour, la circulation des ARV en dehors de l'ISAARV dans le secteur biomédical provient principalement des grossistes et de la pharmacie de l'hôpital de Fann. Elle est parfaitement connue et contrôlée par le PNLS. En 2002, elle s'adresse à environ vingt personnes (près de 5 % du nombre total de personnes sous ARV au Sénégal). Ces thérapies sont presque exclusivement prescrites dans le cadre du système de soin par des médecins expérimentés selon des usages conformes aux recommandations de prescriptions. La circulation des ARV à partir des officines privées semble encore plus limitée. Elle concerne un très petit nombre de personnes, principalement pour des délivrances occasionnelles et pour des personnes de passage ou résidant à l'étranger.

## Les dons

Les dons de médicaments des pays du Nord vers ceux du Sud constituent une tradition ancienne qui est souvent l'une des expressions majeures de l'humanitarisme médical contemporain à l'égard des « pays pauvres » ; un grand nombre d'acteurs sociaux sont impliqués dans la collecte et l'expédition de médicaments : individus agissant à titre personnel, associations caritatives, professionnelles, structures de santé, États, organismes internationaux, industriels, etc. Cependant, les dons peuvent également avoir comme origine des acteurs du Sud ou se faire entre personnes vivant avec le VIH, parfois sous forme de partage de thérapie. Un très large éventail de situations de dons et d'acteurs ont été identifiés au Sénégal.

Le partage de la thérapie, entre conjoints, membres de la famille ou amis peut être considéré comme la première forme de don. Ces dons entre individus agissant à titre personnel sont difficiles à identifier, mais quelques récits de professionnels de santé ou de malades en font état. Ces dons sont parfois intrafamiliaux, comme en témoigne le récit suivant :

En mai 2000, une femme se présente à la consultation de l'infirmier du centre médical de la ville de Kidira – petite ville frontalière avec le Mali et la Mauritanie, à environ 400 km de Dakar – elle apporte deux boîtes de Rétrovir<sup>®</sup> 250<sup>6</sup>, affirmant qu'elles lui ont été expédiées par son mari, résidant en France, avec le conseil de se rendre chez l'infirmier afin que celui-ci lui explique comment prendre ces médicaments, mais sans lui préciser pour quelle affection ils sont employés.

<sup>6</sup> Les deux boîtes étaient intactes, mais sans vignette. Elles portaient toutes deux le même numéro de lot et l'identification des destinataires de ce lot par la firme pharmaceutique qui en assure la production confirme que ce lot a été distribué uniquement en France.

L'infirmier a appris à cette occasion que cet homme « très malade depuis deux ans, était parti se faire soigner en France ».

La multiplication des intermédiaires sollicités dans l'acheminement de dons personnels a parfois des conséquences malheureuses sur la destinée des produits. En avril 2000, un médecin hospitalier français remet ainsi à l'un de ses confrères venant en mission au Sénégal un traitement antirétroviral pour un mois. Il est destiné à une jeune femme vivant au Sénégal que ce médecin a longtemps suivie en France. Confiés à un troisième médecin exerçant à Dakar, ces médicaments ne parviendront pas à leur destinataire en raison d'une erreur dans les coordonnées de la personne concernée. Après plusieurs mois, ils seront remis à la pharmacie de l'hôpital de Fann avant d'avoir atteint leur limite de péremption. Ce fut aussi le cas de deux boîtes de Videx<sup>®</sup> passées d'un hôpital français à un médecin de l'ISAARV après un itinéraire complexe faisant intervenir une femme travaillant en France, sa mère vivant à Dakar, le propriétaire d'une officine qui les conservera plusieurs mois, son employé puis une assistante sociale. Il arrive donc que des dons ne soient pas destinés spécifiquement à une personne qui en aurait besoin. Ils sont alors souvent remis à des professionnels de santé, mais concourent aussi parfois à alimenter le marché informel des médicaments (voir p. 228).

Un grand nombre d'associations caritatives au Nord collectent et expédient des médicaments vers des centres de santé ou des associations du Sud. À Dakar, deux associations ont été identifiées comme ayant reçu des ARV. L'une a eu du Rétrovir<sup>®</sup> de manière épisodique, l'autre a reçu des ARV de façon régulière au moins jusqu'au début de l'année 2000. Après cette date, plus aucune entrée d'ARV n'est inscrite dans le registre des médicaments de l'association alors que quelques médecins signalent toujours ce lieu comme source occasionnelle d'approvisionnement, et qu'une partie des ARV retrouvée auprès de certains d'entre eux en était issue.

En 2002, la plupart des médecins impliqués dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH se sont constitués des petits stocks d'ARV – rarement plus de 4 à 5 boîtes des produits les plus employés – par des dons provenant de confrères des pays du Nord, ou des dons récupérés auprès d'associations locales. Ces médicaments sont employés en dépannage pour éviter des interruptions de traitements le plus souvent pour des patients « hors programme ». Ces médecins gèrent eux-mêmes ces stocks, de la même manière que toutes les autres molécules qu'ils parviennent à obtenir, notamment sous la forme d'échantillons.

À travers les relations qu'ils parviennent à créer dans les pays du Nord, des médecins de l'ISAARV ont pu également obtenir des dons plus conséquents provenant d'institutions : ainsi, en 2002 un lot de 50 boîtes contenant 8 molécules différentes a été fourni par le Réseau Ville-Hôpital de Bordeaux. Ce don fait suite à des contacts pris entre les cliniciens de l'ISAARV et ceux de ce réseau à l'occasion d'une rencontre professionnelle. Ce lot de médicaments a été incorporé au stock de la pharmacie de Fann.

Les dons directs d'ARV à l'attention du ministère de la Santé ou du PNLS sont rares. Les participations au développement de l'ISAARV à travers les coopérations bilatérales se font presque exclusivement sous la forme de contributions

financières<sup>7</sup>. Certains industriels des médicaments, qui refusent de baisser leur prix de vente, « offrent » une à deux boîtes pour chaque boîte achetée, cette forme de don étant une forme de négociation commerciale. Pour la première fois, en avril 2002, un don important en nature a été fait au Ministère de la Santé : une association sénégalaise (L'Afrique aide l'Afrique) a offert 1 424 boîtes d'ARV<sup>8</sup>. Les dons au Ministère de la Santé ou au PNLS sont intégrés au circuit habituel de délivrance des ARV (pharmacie de Fann).

Afin de limiter les usages inappropriés de ces médicaments, le PNLS a très tôt recommandé une centralisation des dons d'ARV vers la pharmacie de Fann. Elle vise à ne pas laisser des médicaments circuler sans contrôle, et à optimiser leur emploi dans le cadre de l'ISAARV. Cette centralisation permet de canaliser les dons les plus volumineux, en particulier les dons institutionnels dont certains ont été suscités par des professionnels de l'ISAARV. Cette centralisation ne fonctionne que partiellement : il est évident que la plupart des particuliers dans le pays ignorent cette disposition. Néanmoins, certaines associations de soutien aux PVIH ont apporté les quelques boîtes qu'elles ont pu parfois recevoir. En revanche, quelques cliniciens prescripteurs d'ARV gardent pour leurs patients les dons qu'ils reçoivent lorsque le nombre de boîtes est peu important.

L'intérêt de certains dons se trouve limité par la diversité des molécules qui arrivent en faible quantité et ne peuvent pas être employées parce qu'elles ne correspondent pas à des schémas thérapeutiques utilisés au Sénégal. Ainsi, entre août 1999 et juillet 2000, 100 boîtes d'ARV issus de divers dons ont été enregistrées à la pharmacie de Fann. Cet échantillon se compose de sept molécules (3TC, AZT, d4T, did, ddC, nelfinavir, saquinavir) sous la forme de huit spécialités, (Combivir<sup>®</sup>, Épivir<sup>®</sup>, Hivid<sup>®</sup>, Rétrovir<sup>®</sup>, Videx<sup>®</sup>, Viracept<sup>®</sup>, Zérit<sup>®</sup>, Fortovase<sup>®</sup>), dont l'une sous 2 formes et une autre sous 5 (soit 13 formes différentes). Parmi ces spécialités, trois n'avaient jamais, à cette date, été utilisées par l'ISAARV (Hivid<sup>®</sup>, Fortovase<sup>®</sup>, Viracept<sup>®</sup>).

De plus, il arrive souvent que les médicaments soient à la limite des dates de péremption, si ce n'est déjà périmés. Ils doivent alors être détruits, ce qui occasionne une charge de travail supplémentaire. Parmi les 81 boîtes encore en stock en juillet 2000, 47 sont périmés. Début 2000, deux cartons d'ARV envoyés par une association française ont dû être incinérés car ils étaient arrivés à Dakar après expiration du délai de péremption. Ce manque de précaution n'est apparemment pas spécifique aux associations : fin juillet 2000, la représentation locale de la firme Bristol-Meyer-Squibb fera un don de 30 boîtes de Videx<sup>®</sup> 100 mg périmées à la fin du mois suivant.

Lorsque les médicaments sont récupérés par la pharmacie de Fann, leur destination est simple et offre une garantie d'usages rigoureux conformes aux recommandations puisqu'ils rejoignent les stocks courants : ils sont délivrés aux patients de l'ISAARV et aux patients « hors programme », ou détruits s'ils sont

<sup>7</sup> C'est le cas, par exemple, de la dernière initiative française en date : le programme ESTHER prévoit le versement d'un fonds de 600 000 € qui sera géré par le PNLS permettant notamment le traitement de 450 patients pendant 3 ans : les médicaments ARV seront fournis par le circuit habituel de l'ISAARV.

<sup>8</sup> Ce don était constitué de 3 molécules présentées sous forme de quatre spécialités (994 de Rétrovir<sup>®</sup> 100 mg ; 950 d'Épivir<sup>®</sup> 150 mg ; 200 de Trizivir<sup>®</sup> et 280 de Combivir<sup>®</sup>), pour une valeur de 70 868 000 FCFA.

périmés. De même, la destinée des médicaments gérés par les cliniciens de l'ISAARV ne soulève pas de problème particulier.

Pour des raisons diverses, certains dons échappent à la volonté de centralisation vers la pharmacie de Fann et circulent à l'intérieur du système de soin sans que le PNLS puisse exercer de contrôle sur leur diffusion. Une partie de ces dons est récupérée par des médecins de l'ISAARV, ce qui apporte également une garantie sur la qualité de leur utilisation, en général pour des patients « hors programme ». Il s'agit principalement de dons intrafamiliaux ou interpersonnels, compassionnels ou humanitaires qui sont directement liés à l'inaccessibilité des traitements, réelle ou ressentie par méconnaissance. Rares et peu volumineux, ils pourront être aisément réduits grâce à l'augmentation du nombre de patients inclus dans l'ISAARV et à une meilleure information relative à la disponibilité et l'accessibilité des traitements au Sénégal. Certains de ces dons aboutissent en effet auprès de personnes ou d'associations peu impliquées dans la lutte contre le sida, auprès de professionnels non formés ou dans des services de santé peu concernés. Dans toutes ces situations, dans lesquelles les dons sont mal ciblés, le risque de coulage et d'usage mercantile des médicaments est particulièrement fort et permet à certains d'entre eux d'arriver sur le marché informel.

## Le marché informel des médicaments

La vente de médicaments sur les marchés ou dans la rue est une activité commerciale particulièrement développée au Sénégal comme dans le reste de l'Afrique [3, 6, 7]. La modicité des tarifs le plus souvent pratiqués, la possibilité d'un achat fractionné à l'unité, l'aspect moins contraignant des échanges autour de la maladie et du médicament [5], sont autant de facteurs qui participent à son succès. Les molécules les plus récentes s'y vendent très rapidement et il était donc prévisible d'y trouver des ARV.

Depuis 1998, la vente de ces produits sur les marchés en Afrique a été signalée au Cameroun et au Togo<sup>9</sup>. L'hypothèse d'une circulation d'ARV sur les marchés de Dakar a donc été formulée dès le début du programme de recherche.

Au Sénégal, la vente de médicaments est une activité commerciale présente sur presque tous les marchés et dans les lieux de passages (carrefours, gares routières, ports, etc.) En février-mars 2001, une première enquête réalisée à Dakar a permis d'explorer 29 de ces lieux sur lesquels 135 vendeurs ont été identifiés. Chaque vendeur commercialise de 20 à 60 spécialités différentes selon la taille de son commerce. Aucun des vendeurs rencontrés lors de cette première enquête ne détenait d'ARV et aucun de ceux qui ont accepté un entretien ne connaissait ces produits.

Mais le commerce informel des médicaments au Sénégal ne se limite pas à ces lieux dispersés qui ne constituent en fait que la base d'un édifice commercial organisé et hiérarchisé, principalement contrôlé par des membres de la confrérie musulmane Mouride. Deux sites sont particulièrement réputés pour leur activité de vente de produits pharmaceutiques : Touba, ville sainte du Mouridisme située à 190 km à l'est de Dakar, créée par Cheikh Amadou Bamba, le fondateur de la confrérie [2] ; et à Dakar le marché de *Keur Serigne Bi* qui comme son nom

<sup>9</sup> Elle n'avait pas encore été mise en évidence au Burkina Faso, lors de la première étude sur ce thème en 1998 (cf. [1]).

l'indique est « la maison du marabout » de Touba. L'activité de vente de médicaments dans ces deux lieux est sans commune mesure avec celle que l'on peut observer ailleurs car les grossistes qui fournissent l'ensemble des vendeurs du pays y sont installés, et les volumes de produits vendus sont très importants. L'éventail des substances pharmaceutiques disponibles est large, et même les innovations thérapeutiques les plus récentes peuvent s'y trouver, parfois avant même leur arrivée dans le circuit de distribution officiel<sup>10</sup>. Les ARV identifiés dans le marché informel ont tous été trouvés dans ces deux lieux.

Le Rétrovir<sup>®</sup> injectable est le premier produit identifié, début 2000. Plus tard, la même année, sont également découverts du Rétrovir<sup>®</sup> en gélules, du Videx<sup>®</sup>, et du Zérit<sup>®</sup> 40. Au total, début 2002, 8 molécules ont été identifiées, sous la forme de 10 spécialités dont trois avec deux dosages différents : Eпивir<sup>®</sup> 150, Combivir<sup>®</sup>, Crixivan<sup>®</sup> 400, Éfavirenz, Rétrovir<sup>®</sup> 100 et 250, Trizivir<sup>®</sup>, Videx<sup>®</sup> 100 et 200, Vira-cept<sup>®</sup>, Zérit<sup>®</sup> 30 et 40, et dernièrement Avocomb<sup>®</sup>.

Les prix de vente de ces médicaments ont suivi la réduction des tarifs accordée par l'industrie pharmaceutique : le Rétrovir<sup>®</sup> injectable était vendu à Touba au début de l'année 2000 à 125 000 FCFA la boîte ; en juin 2001 les trois boîtes de Crixivan<sup>®</sup> 400, Rétrovir<sup>®</sup> 100 et Videx<sup>®</sup> 200 sont vendues à 40 000 FCFA ; de même, le Zérit<sup>®</sup> 40 était proposé à 120 000 FCFA la boîte en juillet 2000 puis à 12 000 FCFA la boîte en janvier 2002 ; en septembre 2001, les deux boîtes d'Eпивir<sup>®</sup> 150 et de Videx<sup>®</sup> 200 sont proposées à 30 000 FCFA les deux boîtes.

L'étude des numéros de lot révèle que la plupart de ces produits proviennent des pays du Nord. Aucune contrefaçon n'a encore été identifiée. Il s'agit de la revente de dons, de coulage à partir de structures de santé, ou encore de stratégies plus élaborées de collecte de médicaments au Nord afin de les vendre au Sénégal. Seules 13 boîtes ont des numéros de lot identiques à ceux du circuit officiel (ISAARV, grossistes), ce qui laisse supposer une pratique très marginale de coulage dans l'un des lieux de distribution, ou une récupération de médicaments lors de changements de schémas thérapeutiques ou encore, plus probablement, de revente par un très petit nombre de patients.

Depuis la fin de l'année 2001, divers indices évoquent l'émergence de stratégies pour développer cette activité commerciale : quelques vendeurs connaissent plusieurs ARV, les identifient clairement comme étant des « médicaments du sida », d'autres testent la vente de produits en faisant circuler des « échantillons » qu'ils ne souhaitent pas vendre immédiatement, se réservant la possibilité d'un approvisionnement ajusté au volume de la demande. En janvier 2002, l'un d'entre eux détient un lot de 20 boîtes de Zérit<sup>®</sup> 40<sup>11</sup> dont l'acquisition a nécessairement imposé un investissement important qui suggère l'obtention préalable d'une garantie de vente. Enfin, des vendeurs se « spécialisent » dans la commercialisation des ARV et proposent eux-mêmes des prescriptions inadéquates : les injections hebdomadaires ou mensuelles de Rétrovir<sup>®</sup> signalées en 2000

<sup>10</sup> Ce fut notamment le cas du Viagra<sup>®</sup>, présent presque immédiatement après le début de sa commercialisation aux États-Unis.

<sup>11</sup> Les numéros de lot de tous les ARV retrouvés sur les marchés ont été relevés. Les firmes pharmaceutiques produisant ces spécialités ont été sollicitées fin 2001/début 2002 pour identifier à quelles institutions ces différents lots ont été vendus (selon les spécialités, un lot contient entre 1 500 et 9 000 boîtes). Deux firmes, qui ont donné leur accord pour fournir ces informations, n'ont toujours pas répondu au moment de la rédaction de cet article, raison pour laquelle il ne nous est pas possible de préciser avec certitude l'origine de ce lot de 20 boîtes.

semblent abandonnées ; en revanche, des vendeurs conseillent des bithérapies (AZT+ddl), voire une monothérapie par Zérit<sup>®</sup> 40 présentées comme plus efficaces qu'une trithérapie.

Les enquêtes confirment l'existence d'ARV sur les marchés mais démontrent son caractère limité. Le contrôle rigoureux de la distribution dans l'ISAARV rend difficile toute tentative de détournement ; le suivi et l'accompagnement des patients limitent la revente des médicaments délivrés.

## Conclusion

Nous avons volontairement exclu de ce chapitre le vaste domaine des recours thérapeutiques auprès des médecines « traditionnelles et néotraditionnelles », alors qu'un grand nombre de guérisseurs proposent des remèdes contre le sida, et quelques médecins des « traitements nouveaux issus des savoirs ancestraux validés par expérimentation ».

Les résultats de cette recherche en cours montrent que les patients recevant un traitement antirétroviral prescrit par des médecins en dehors de l'ISAARV sont peu nombreux (une vingtaine de personnes en 2002) ; un tiers de ces personnes bénéficient d'une protection sociale en raison de leur intégration dans des entreprises ayant leur siège social à Dakar. La plupart de ces patients ne sont pas inclus dans l'ISAARV parce qu'ils travaillent et résident en dehors du Sénégal. Pour les autres, ce sont soit des personnes fortunées qui habitent dans des pays limitrophes ou qui choisissent encore d'être suivies dans le secteur médical privé ou à l'étranger, soit des personnes prises en charge par des médecins à la marge de l'ISAARV, qui prescrivent parfois des thérapies antirétrovirales non conventionnelles. À la fin du premier semestre 2002, la presque totalité de ces patients s'approvisionne en ARV à la pharmacie de l'hôpital de Fann et pour l'un d'entre eux chez les grossistes.

En dehors de ces lieux officiellement reconnus comme habilités à délivrer des ARV à des personnes qui ne sont pas incluses dans l'ISAARV, les autres médicaments qui circulent au Sénégal en dehors du programme sont essentiellement issus de dons en provenance des pays du Nord et très rarement de la vente par les officines privées. Certains des ARV issus de dons ont été retrouvés sur le marché informel du médicament ou, en petites quantités, dans des officines privées, auprès de médecins ou dans des associations.

Certains auteurs ont exprimé la crainte que la mise en place de programmes d'accès aux ARV en Afrique favorise la diffusion incontrôlée de ces médicaments [4] notamment à travers l'approvisionnement indirect des marchés informels. La situation sénégalaise montre que la plupart des voies de circulation des ARV se sont mises en place avant le démarrage de l'ISAARV, par l'action d'un ensemble d'acteurs qui ont tenté de pallier à la situation d'inaccessibilité de ces médicaments et quelquefois d'en profiter ; et que la plus grande partie des médicaments en circulation, en dehors de celle régulée par le PNLS, n'est pas issue du programme lui-même.

Le Sénégal associe une faible prévalence de l'infection à VIH, une initiative gouvernementale d'accès aux traitements et un contrôle rigoureux de la distribution des ARV. Par les accords conclus avec les grossistes, l'ouverture de la pharmacie de Fann aux patients « hors programme » et la centralisation des dons, le

PNLS a réussi à canaliser une part importante des réseaux de circulation qui existaient déjà avant la création de l'ISAARV.

Malgré cette situation particulièrement favorable, la circulation d'ARV en dehors des circuits officiellement habilités par le PNLs à les distribuer (ISAARV, grossistes) existe – à un niveau très bas –, et elle persistera très probablement longtemps, pour des raisons en grande partie indépendantes de l'ISAARV elle-même. En effet, la plupart des programmes de santé publique (lutte contre la tuberculose, la lèpre, promotion de la contraception, etc.), y compris, mais pas nécessairement, ceux avec un accès gratuit aux traitements, ne parviennent pas à faire disparaître la circulation dans le secteur informel des médicaments distribués par ces programmes. L'enjeu est alors de bien connaître cette circulation : le contrôle et le maintien de cette circulation à un niveau le plus bas possible imposent une analyse des réseaux et des raisons de cette circulation, et un système de veille qui permette de repérer rapidement son éventuelle expansion. Mais cela nécessite également de faciliter l'accès à une prise en charge biomédicale de bonne qualité dans le système de soin. L'extension du programme, sa décentralisation, l'accès aux ARV à prix réduit – ou même gratuitement –, et une bonne information de la population et des professionnels de santé (médecins, pharmaciens d'officine, associations, etc.) sur l'existence du programme et les conditions d'accès, feront probablement disparaître de nombreuses voies de circulations (notamment les dons interpersonnels et certains dons associatifs en provenance du Nord).

## Références bibliographiques

1. Bronsard G. *Les polythérapies antirétrovirales au Burkina Faso en 1998*. Document de travail, IRD Ouagadougou. Aix-en-Provence : Laboratoire d'Écologie Humaine et d'Anthropologie, 1999 : 52 p.
2. Copans J. *Les marabouts de l'arachide*. Paris : L'Harmattan, 1988 : 280 p.
3. Fassin D. *Pouvoir et maladie en Afrique*. Les Champs de la Santé. Paris : PUF, 1992 : 360 p.
4. Harries AD, Nyangulu DS, Hargreaves NJ, Kalawa O, Salaniponi FM. Preventing anti-retroviral anarchy in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2001 ; 358 : 410-4.
5. Jaffre Y. Pharmacies des villes, pharmacies « par terre ». *Bulletin de l'APAD* 1999 ; n° 17 : 63-70.
6. Van der Geest S, Reynolds Whyte S. *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht, Boston, London : Kluwer Academic Publishers, 1988 : 394 p.
7. Werner JF. Marges, sexe et drogues à Dakar. Enquête ethnographique. Paris : Karthala-Orstom, 1993 : 292 p.

# L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux

Analyses  
économiques,  
sociales,  
comportementales  
et médicales

anRS

Agence nationale  
de recherches sur le sida



# Sommaire

AVANT-PROPOS	
<i>Michel Kazatchkine</i> .....	XI
Présentation de l'ouvrage.....	1
Présentation de l'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux <i>Ndoye I., Taverne B., Desclaux A., Lanièce I., Egrot M., Delaporte E., Sow P.S., Mboup S., Sylla O., Ciss M.</i> .....	5
L'ISAARV dans le contexte international. Chronogramme .....	20
<b>Partie I. L'accès au traitement</b>	
I.1 Modalités de sélection et profil social des patients <i>Lanièce I., Desclaux A., Sylla O., Taverne B., Ciss M.</i> .....	25
I.2 Accessibilité financière de l'ISAARV et impact microéconomique pour les patients <i>Lanièce I., Desclaux A., Sylla O., Taverne B., Ciss M.</i> .....	41
I.3 Coûts directs du suivi médical à la charge des patients hors antirétroviraux <i>Canestri A., Taverne B., Thiam S., Laurent C., Ndir A., Schiemann R., Landman R.</i> .....	55
I.4 Le système d'approvisionnement et de financement des médicaments antirétroviraux <i>Ciss M., Vinard P., Diop K.</i> .....	67

I.5 La solidarité familiale dans la prise en charge des patients : réalités, mythes et limites <i>Sow K., Desclaux A.</i> .....	79
--	----

**Partie II. L'observance des traitements antirétroviraux et ses déterminants**

II.1 L'observance des traitements antirétroviraux et ses déterminants. Analyse quantitative <i>Lanièce I., Desclaux A., Ciss M., Diop K., Ndiaye B.</i> .....	97
II.2 L'observance des traitements antirétroviraux et ses déterminants. Analyse qualitative <i>Sow K., Desclaux A.</i> .....	109
II.3 Le dispositif d'appui à l'observance de l'ISAARV <i>Desclaux A., Sylla O., Lanièce I., Mbodj F., Ciss M., Diop K.</i> .....	119
II.4 L'adhésion au traitement antirétroviral <i>Sow K., Desclaux A.</i> .....	129

**Partie III. L'efficacité et l'impact du traitement**

III.1 Efficacité et tolérance du traitement antirétroviral dans le contexte de l'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux <i>Laurent C., Ngom Gueye N.F., Diakhaté N., Gueye P.M., Diouf M., Lanièce I., Touré Kane N.C., Ndir A., Abraham B., Liégeois F., Awa Faye M., Mboup S., Delaporte E., Ndoye I., Sow P.S.</i> .....	143
III.2 Faible taux de survenue de souches VIH-1 résistantes aux ARV chez des patients sous traitement antirétroviral au Sénégal <i>Touré Kane N.C., Vergne L., Laurent C., Diakhaté N., Ngom Gueye N.F., Gueye P.M., Diouf M., Sow P.S., Faye M.A., Liégeois F., Ndir A., Peeters M., Ndoye I., Mboup S., Delaporte E.</i> .....	157
III.3 Vivre avec un traitement antirétroviral au Sénégal <i>Sow K., Desclaux A.</i> .....	169
III.4 Accompagnement et soins psychologiques pour les patients sous traitement antirétroviral au Sénégal <i>Bronsard G., Boissy L., Sylla O.</i> .....	179

## **Partie IV. L'impact du programme dans le système de soins**

IV.1 L'impact des traitements antirétroviraux dans le paysage associatif sénégalais de lutte contre le sida

*Mbodj F., Taverne B.* ..... 195

IV.2 La protection sociale et la prise en charge des coûts liés au sida

*Laborde-Balen G., Taverne B.* ..... 207

IV.3 La circulation des médicaments antirétroviraux au Sénégal

*Egrot M., Taverne B., Ciss M., Ndoye I.*..... 221

## **Conclusion**

Bilan de l'ISAARV (1998-2001)

*Lanièce I., Desclaux A., Taverne B., Delaporte E., Ciss M., Sow P.S., Sylla O.*..... 233

Perspectives

*Ndoye I., Lanièce I., Desclaux A., Taverne B., Delaporte E., Ciss M., Sow P.S., Sylla O.*..... 243

Liste des sigles..... 251

Liste des figures ..... 252

Liste des tableaux ..... 254

Acteurs de l'ISAARV ..... 255

Présentation des auteurs ..... 259