

Enjeux et défi de la production locale des médicaments ARV en Afrique: une analyse de la perception des PVVIH sous ARV en Côte d'Ivoire

Sylvere Bukiki.K.

*Sociologue, Doctorant,
Université Felix Houphouët Boigny-Abidjan*

Résumé: Si la question des ARV et leurs modes d'observance ont fait l'objet de beaucoup d'études, il n'en est pas le cas de l'avis des acteurs sur la production locale des soins ARV. Le faible taux d'observance observé d'année en année et leurs ampleurs sur la santé des PV-VIH, autorise la conduite de réflexions profondes pour comprendre les modalités de fabrication locale des soins ARV. C'est à cette situation que le présent article tente d'apporter des éléments de réponses à la lumière de l'avis des enquêtés.

Mots clés: ARV, PVVIH, Observance

Introduction

Le SIDA à peine découvert en 1981, s'est instantanément dispersé en Afrique comme une trainée de poudre, produisant sur son chemin désolation, psychose, perte de vie humaine et orphelins. La progression vertigineuse de l'épidémie dans la population en générale est devenue un sujet de préoccupation de santé publique pour tous les Etats Africains. Par exemple, beaucoup d'informations complémentaires, EDS (2012), ONU- SIDA (2012) suggèrent aujourd'hui les risques accrues d'infection à VIH des personnes en Côte d'Ivoire. Pour preuve, le nombre de cas de SIDA notifié en 2007 était d'environ 500. Treize ans plus tard, c'est-à-dire en 2000, on comptait un total cumulé d'environ 62000 cas. selon l'EDS-CI III, en 2012, chez les 15-19 ans, la prévalence du VIH a connu une nette augmentation de l'ordre de 0,2% passant de 0,3% en 2005 à 0,5% en 2012. En outre, selon le rapport provisoire du Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes vivant avec le VIH (PN-PEC, 2011), le nombre de PVVIH sous traitement ARV augmente d'année en année: de 72 011 en 2009 ce nombre est passé à 82 721 en 2010 puis à 89 410 en 2011 à 160000 PVVIH sous ARV en 2016. En Côte d'Ivoire, la littérature indique que l'épidémie à VIH/sida demeure un véritable problème de développement avec un impact négatif et multiforme sur les déterminants du développement socio-économique. Avec une prévalence estimée à 3,7%, la Côte d'Ivoire est l'un des plus touchés par l'épidémie en Afrique de l'ouest (EDS, 2012). aussi, est-il significatif de préciser que l'épidémie apparaît comme une véritable menace pour les populations, auxquels les pays, les communautés et les familles se doivent d'apporter une attention soutenue. C'est sur cette base que l'intensification des travaux de recherches scientifique dans les années 90 a permis à l'OMS de mettre en place un accès universel aux antirétroviraux dans les pays pauvres afin de faire passer le VIH/SIDA du statut de maladie pronostique au statut de maladie chronique (N'dia, 2013). Cette activité d'accès universel aux ARV lancé par l'OMS s'inscrit dans le programme nommé « 3x5 » qui fixait comme objectif « la mise sous traitement de 3 millions de personnes à l'horizon 2005 ». (Taverne, B., 2008 : 89). Mais l'on retiendra que c'est en 2006, l'OMS recommande de fournir gratuitement les soins et les médicaments aux personnes vivant avec le VIH dans les pays du sud notamment. L'organisation mondiale de la santé affiche ainsi la mise à échelle du traitement du VIH/SIDA affirmant que l'accès aux médicaments ARV dans les pays du Sud constituait une priorité de santé publique mondiale. De ce fait, elle entérinait un changement dans le consensus international, qui depuis 1996, était défavorable à l'usage des médicaments ARV dans les pays du Sud ; et recommandait le renforcement de la prévention de la transmission de la maladie, de préférence au traitement des personnes atteintes. Cette avancée scientifique et politique a révolutionné le traitement de la maladie. Et depuis cette période, les médicaments antirétroviraux restent encore la seule thérapeutique la plus efficace pour stabiliser le patient Ici, le malade atteint de VIH/sida pourra vivre longtemps avec les antirétroviraux s'il observe les conseils d'usage des médecins traitants. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'en 2006, l'OMS appelait à poursuivre et amplifier la mise à disposition des médicaments ARV au travers du programme « Towards Universal Acces ». De plus, afin de favoriser l'accès aux soins, l'OMS recommandait aux pays « d'adopter une politique de gratuité des soins et des médicaments ARV », affirmant que « la gratuité des soins et des traitements est l'un des piliers de l'approche en santé publique de l'épidémie à VIH ». Conscient que le traitement antirétroviral reste le seul moyen permettant de retarder la mort du PV-VIH, de prévenir et limiter la propagation de la maladie, l'Etat de Côte d'Ivoire a opté depuis 1997 sous l'égide de

l'ONUSIDA, pour l'implantation et la consolidation de l'initiative d'accès aux traitements ARV1. Cette politique de l'Etat ivoirien a été renforcée davantage en 2000 avec le soutien du Fonds Mondial et du PEPFAR². Cette politique de mise à échelle du traitement du VIH/SIDA permet ainsi aux personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) de vivre le plus longtemps possible avec la maladie ou de retarder la mort, d'éviter les infections opportunistes et de réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le concept de "mise à échelle" qui constitue l'élément central de la présente étude mérite d'être élucidé. Ainsi par mise à échelle, nous attendons l'intensification, l'accès et la couverture géographique du traitement VIH/SIDA en Côte d'Ivoire. Toutefois, dans le souci de réussir la mise à échelle du traitement du VIH une politique de décentralisation a été menée sur toute l'étendue du territoire ivoirien. Elle s'est traduite d'abord, par un renforcement des ressources humaines à travers la formation de plus de 600 médecins, 800 infirmiers et sages-femmes et 1200 conseillers communautaires. Ensuite, l'implication des associations des PVVIH et enfin, par l'équipement des centres de santé pour le dépistage, le suivi biologique des PVVIH et le diagnostic des affections opportunistes (PNPEC, 2009). Cette action a permis de recenser fin janvier 2009, 274 centres de prise en charge, 147 centres de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ainsi que 300 centres de dépistage volontaire répartis dans tout le pays (PNPEC, idem). Le programme national de prise en charge PNL du ministère en charge de la santé a mis à la disposition des formateurs et des praticiens des guides pour une prise en charge qualitative du dépistage, de l'accompagnement psycho-social et de l'appui à l'observance. En outre, dans le souci de lutter significativement contre la maladie Plusieurs centres de prise en charge des PVVIH sont mis en place sous la coordination du programme national de prise en charge des PVVIH. La Côte d'Ivoire s'est dotée d'une structure gouvernementale spécifique chargée de la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA. Elle est devenue depuis le 24 janvier 2001 un Ministère à part entière, le Ministère de la lutte contre le SIDA dénommé (MLS) pour être jusqu'à 2015, ministère de la santé publique et de la lutte contre le VIH/SIDA. A cet effet la Côte d'Ivoire demeure et reste le premier pays au monde à avoir créé un Ministère de la lutte contre le SIDA (Bilibolo, 2002). Témoinnant ainsi, la volonté de l'Etat ivoirien de réussir le passage à échelle du traitement du VIH. La littérature précise aussi qu'il est mis en place des counseling en faveur des PVVIH afin d'éviter des cas d'inobservance. En plus de la prise en charge médicamenteuse, la prise en charge psychologique est faite (PNPEC, idem). Parallèlement à l'action gouvernementale, nombreuses sont les ONG (Organisations Non Gouvernementales) qui interviennent efficacement sur le terrain de l'action sanitaire sociale notamment du VIH/SIDA. On compte aujourd'hui, par exemple 291³ ONG affiliées au COSCI et reconnues par le ministère. Mais le constat est qu'en Côte d'Ivoire, malgré la politique de mise à échelle du traitement du VIH/SIDA engagé par l'Etat et ses partenaire au développement, il y'a plusieurs décennies, l'indicateur de santé relatif au VIH/SIDA reste toujours inquiétant. En effet, bien que les traitements ARV soient gratuits sur toute l'étendue du territoire ivoirien, la plupart des personnes atteintes de VIH/sida et éligibles aux antirétroviraux ne sont pas encore sous traitement. Le taux des personnes atteintes de VIH/sida n'ayant pas encore accès aux ARV s'élève à plus de 65% au plan national (Rapport PNPEC2014). En outre, sur 89410 PV-VIH sous ARV en 2012, le nombre de "perdus de vue" était estimé à 20 0004, accentuant ainsi la problématique de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Par ailleurs le taux d'observance des traitements ARV chute d'année en année. Par exemple selon le rapport GARP-Côte d'Ivoire, (2012), le nombre de femmes enceintes qui avait accès et observait effectivement le traitement antirétroviraux dans l'optique de réduire le risque de transmission mère-enfant était de 50,3% en 2009 soit 11064 femmes sur 22000 femmes PV-VIH. Selon le même rapport, ce taux à chuter de 50,3% en 2009 à 46,27% en 2010. Lors de la campagne de la lutte contre le VIH/SIDA en 2012, selon l'ex-ministre de la santé, le professeur N'dri Yoman Thérèse, entre 2009 et 2010, la Côte d'Ivoire a enregistré 63000 enfants infectés par le VIH, ce qui suppose autant de femme enceinte infecté. Pour le seul centre hospitalier universitaire (CHU) de Yopougon, ce sont 864 femmes enceintes infecté pour la seule année

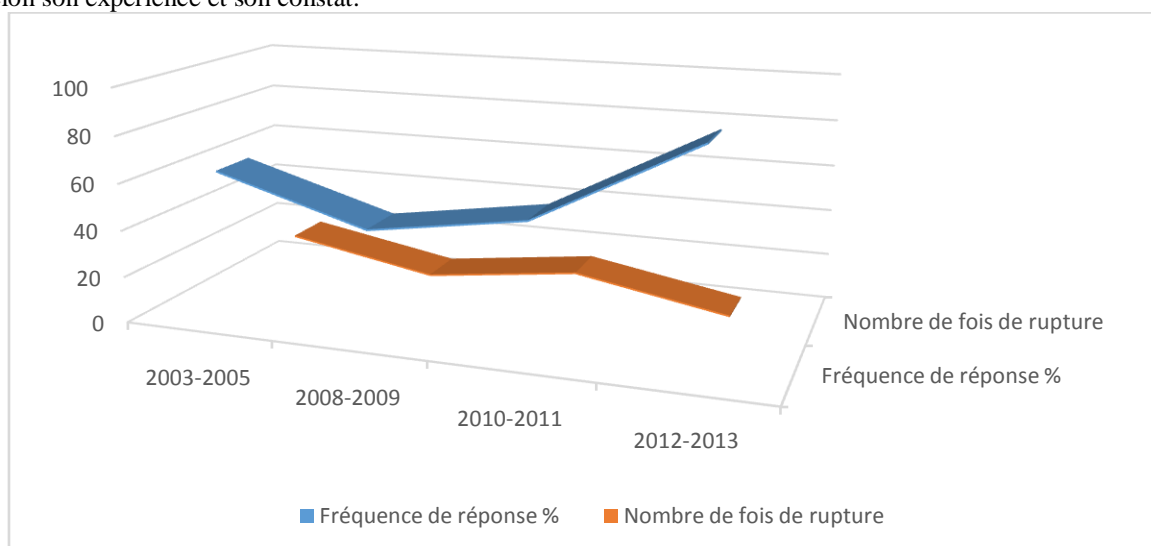
¹Msellati P et Coll., 2001. L'accès aux traitements du VIH/SIDA en C.I. Evaluation de l'Initiative ONUSIDA/Ministère de la santé publique. Agence nationale de recherches sur le SIDA, Paris, 327p. Manuel de procédures techniques pour la prévention de la transmission Mère-enfant du VIH en CI ; PNPEC Première Edition 2004. (En l'absence de traitement, pendant la grossesse, 5 à 8% des bébés sont contaminés après passage du virus à travers le placenta. Pendant le travail et l'accouchement, 10 à 20% des nouveaux nés sont contaminés lors du passage de la filière pelvigénitale. Le virus peut être transmis à l'enfant par le lait maternel. Le risque de transmission varie alors de 25 à 30% en cas d'allaitement jusqu'à 6 mois ; jusqu'à 30 à 45% en cas d'allaitement jusqu'à 18 ou 24 mois. Au total, dans une population non allaitée et sans traitement ARV, le taux de transmission est de 15 à 30% et en cas d'allaitement prolongé le taux de transmission passe de 25 à 45%)

² President Emergency Program For Aids Reliefs.

³ Liste officielle des ONG exerçant dans le domaine du VIH/SIDA, COSCI, 2009.

⁴Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA. Plan National Sanitaire (2011-2015) Côte d'Ivoire.

2011. Mais le constat est qu'elles n'ont pas tous accès aux ARV et que seulement moins de 500 d'entre elles observent régulièrement le traitement ARV⁵. En dépit de toutes ces difficultés entourées d'inquiétude à l'horizon, les Etats africains en générale et particulièrement la Côte d'Ivoire étaient confrontés à des situations de rupture de stocks de médicament. Cette situation est plus fréquente lors des crises sociopolitiques. C'est ce que nous enseignent les entretiens réalisés avec des autorités sanitaires. « *Nous constatons parfois des ruptures de stocks dans certaines zones mais cela n'est pas toujours fréquent* ». Dans le même ordre d'idée, les PVVIH sous ARV enquêtés révèlent des situations de manque de médicament. Ici, l'étude à faire référence et confiance à la mémoire individuelle et collective des PVVIH sous ARV au cours des focus group réalisés sur le terrain, chacun selon son expérience et son constat.



Source: données enquête 2015

Ce résultat d'entretien laisse clairement entrevoir l'existence de rupture de stocks que les usagers observent dans le processus de traitement. Cette situation s'observe le plus souvent lors des périodes de crise sociopolitique intense. Par exemple, les entretiens avec les autorités sanitaires ont permis de constater qu'aux heures chaudes des années de crise qu'a connue la Côte d'Ivoire, la rupture de stock des médicaments ARV était fréquemment constatée dans nombreux centres du pays. La raison évoquée par la quasi-totalité des interviewés est liée au fait que les ARV ne sont pas fabriqués sur place. Cette enquêtée, dame Rokya, ne dit pas autre chose lorsqu'elle dit « *C'est parce que les médicaments viennent des pays riches, et quand les frontières pour l'accès au médicament sont fermées lors de la guerre, forcément il y aura rupture, mais si tous ce fabriquaient localement, il n'y aura pas de rupture, c'est ma pensée et c'est vrai* ». Ce discours le caractère conflictuel, l'indépendance médicale et la difficulté économique de la majorité des pays africains, permettent de poser les interrogations suivantes ? Faut-il encourager la fabrication locale des soins ARV dans le but de réussir la mise à échelle effective du traitement ? Quel est donc la perception des PV-VIH sur ce processus de fabrication locale des soins ARV, quelle en sont les enjeux et défi ? L'importance de ces interrogations est renforcée par le discours de la première dame de Côte d'Ivoire. en effet, la première dame de Côte d'Ivoire, Dominique Ouattara, appelle les Etats africains à se mettre à la production de traitements antirétroviraux, afin de pouvoir, au-delà de l'aide extérieure, prendre efficacement en charge leurs populations malades du SIDA estimées à près de 26 millions sur quelque 36,9 millions personnes infectées dans le monde. « *Je voudrais suggérer que nos pays s'engagent plus que jamais dans la production locale de médicaments ARV en général, et des formes pédiatriques en particulier, afin de réduire les coûts d'achat et de satisfaire tous nos besoins* ». C'est à cette problématique que le présent texte tente d'apporter des éléments de réponse.

❖ Cadre méthodologique

La méthodologie de recherche a porté essentiellement sur une approche qualitative à visée compréhensive axée sur la documentation, les entretiens individuels et collectifs. A cet effet, dix entretiens individuels, et deux groupes de discussions avec vingt-trois femmes ont été réalisés sur l'ensemble de l'univers de l'étude (Abidjan, San-Pedro, Korhogo et Abengourou). Les entretiens ont été menés dans le courant de

⁵ rapport GARP-Côte d'Ivoire, (2012),

l'année 2015 concomitamment avec les travaux d'enquête de notre thèse unique de doctorat. Cette thèse s'articulait autour de la problématique de la mise à échelle du traitement VIH en Côte d'Ivoire. Les enquêtées étaient des femmes et hommes vivant avec le VIH qui ont déjà vécu une expérience de plus de 3 ans dans la prise régulière des médicaments ARV. L'âge moyen des enquêtés varie entre 18 et 35 ans. Les femmes représentaient 76% et les hommes 24% de l'échantillon. Les critères de sélection des participants à cette étude sont les suivants:

- Etre une femme ou un homme séropositif et parler ouvertement de sa séropositivité
- Etre une femme qui est déjà sous traitement ARV

Il faut noter que les participantes à l'étude ont donné leur consentement éclairé avant la tenue des entretiens.

Les données ont été collectées à partir d'un guide d'entretien administré par les conseillers communautaires et assistants sociaux du bureau ITPC aux PV-VIH sous ARV. L'analyse des données consiste tout d'abord la description de la population étudiée a été faite à partir de ses caractéristiques sociodémographiques. Ensuite des analyses univariées permettront d'analyser les perceptions sur la fabrication locale des médicaments ARV et la réaction des acteurs clés du domaine étudié.

1. Les enjeux et défis sociaux liés à la production locale des soins ARV

Sur la base des différentes politiques élaborées et exécutées dans le souci de reculer l'épidémie du VIH SIDA de la frontière des hommes, l'on est en droit de dire que toutes ces actions ont été adossées à un enjeu social conformément au positionnement de la population cible. Par « enjeu social », entendons ici la représentation constructiviste de l'intérêt de l'action dans la mesure où celle-ci montre la réalité sociale de quelque chose comme enjeu. L'enjeu social dont il s'agit ici est la mise à échelle du traitement VIH dans le monde en général et particulièrement en Afrique. Pour la présente étude, il s'agit d'examiner les représentations et logiques que la population PV-VIH et sous traitement ARV mobilise désormais autour de la fabrication des ARV, permettant ainsi de prolonger leur vie. La représentation ou logique de chaque VIH-VIH et sous ARV génère nécessairement une forme particulière d'utilisation des médicaments ARV. A ce niveau il est bon de préciser que l'utilisation des médicaments ARV par les PV-VIH véhicule un ensemble de représentations qu'il est indispensable d'explicitier. La baisse significative du taux d'observance des ARV et les conséquences qui en découlent est peut-être précisément liée à une idée de disponibilité des soins ARV dans les centres de dépistages. Sur cette base et pour mieux rendre compte du problème, l'analyse de la perception des PV-VIH sur un éventuel processus de fabrication des médicaments ARV sera appréhendée d'un point de vue socio-anthropologique en s'inspirant notamment des méthodes préconisées par Strauss pour étudier l'hôpital. En effet, pour Strauss (1992a), l'hôpital est modélisé comme un lieu dont l'ordre provisoire est le résultat de négociation ; réfutant « l'image stéréotypée du médecin élaborant à lui seul des protocoles thérapeutiques » valable, selon, uniquement pour des maladies classiques au traitement bien connu. Strauss estime que les trajectoires médicales sont le produit complexe d'une élaboration collective. Ainsi, depuis leurs installations officielles en Côte d'Ivoire, il y a plus d'une décennie, les établissements d'observation des soins ARV restent relativement sous-utilisés par les usagers potentiels (PV-VIH). Cette affirmation renvoie à un processus repérable sur au moins deux principaux niveaux.

1.1. Quand la fabrication locale des soins ARV re-dynamise le coût d'achat et les besoins des PV-VIH.

La fabrication locale des soins ARV constitue, semble-t-il, pour les autorités engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA, comme pour les acteurs PV-VIH, une étape importante pour la satisfaction effective des PV-VIH. En effet, 97,67% des PV-VIH enquêtés pour la présente étude ont émis le souhait de la fabrication locale des médicaments ARV afin de se débarrasser du carcan de l'extérieur. C'est sur cette base que la première Dame Ivoirienne et ambassadrice spéciale de l'ONUSIDA appelle les Etats africains à se mettre à la production de traitements antirétroviraux, afin de pouvoir, au-delà de l'aide extérieure. « Je voudrais suggérer que nos pays s'engagent plus que jamais dans la production locale de médicaments ARV en général, et des formes pédiatriques en particulier, afin de réduire les coûts d'achat et de satisfaire tous nos besoins ». Cette affirmation est confortée par les travaux de Printer-Friendly (2014)⁶ lorsqu'il montre clairement à travers des résultats précis l'importance de la fabrication locale des médicaments en Afrique, mais jusque-là inexploitée. L'auteur montre par exemple que depuis que le fabricant de médicaments génériques à haute technologie Cinpharm-

⁶ La fabrication de produits pharmaceutiques : une opportunité inexploitée

Cameroun s'est installé dans leur pays, il est devenu relativement facile pour les Camerounais de se procurer des médicaments. Un travailleur à bas salaire peut même avoir accès à une série d'antibiotiques moins chers que son homologue au Kenya. Sans faire de calcul statistique, nous pouvons émettre l'hypothèse et la plus optimiste selon laquelle le continent africain en matière de recherche-développement pharmaceutique et de production locale de médicaments est l'une des plus faibles au monde. Dans l'ensemble, 37 pays africains ont une production pharmaceutique relative, mais seule l'Afrique du Sud a une production d'ingrédients pharmaceutiques actifs. La production locale repose ainsi sur des ingrédients actifs importés. En conséquence, l'offre de produits pharmaceutiques africains reste fortement tributaire des financements étrangers et des importations. Les importations étrangères couvrent ainsi 70 % du marché local des produits pharmaceutiques. D'après les données sur les importations et exportations mondiales, l'Inde a fourni à elle seule 17,7 % des importations pharmaceutiques de l'Afrique en 2011. Les estimations révèlent également que plus de 80 % des médicaments antirétroviraux utilisés sur le continent sont importés (Printer-Friendly (2014)). En fait, l'aspect qui conforte la position des enquêtés est dû au fait que le faible accès aux médicaments et leur caractère onéreux sont aggravés par plusieurs facteurs tels que les longs délais de livraison des commandes internationales, les déficits infrastructurels dus à l'insuffisance des capacités logistiques et de stockage, et les coûts élevés de transport et de distribution. Dans une perspective d'optimisation des stratégies thérapeutiques et de lutte contre l'inobservance et l'échec thérapeutique, les actions et les interventions qui visent à une fabrication locale des médicaments ARV, de l'avis des enquêtés, doivent être encouragées pour au moins deux grandes raisons :

Premièrement, pour 68,76% des enquêtés, la réussite de la politique de fabrication locale des ARV va engendrer une satisfaction psychologique au niveau des PV-VIH. Sur la base du résultat des échanges de focus group, la satisfaction psychologique d'un malade constitue un grand indicateur pour la guérison. En effet, aller à l'hôpital, consulter un médecin, observer le traitement ou les conclusions des autorités sanitaires, se conformer aux normes sanitaires pour la conservation de sa santé sont autant d'éléments reposant sur la psychologie du malade. Un malade satisfait psychologiquement prend moins de risque pour sa santé par contre celui qui l'est moins s'expose et sort facilement du circuit de soin. Or l'inaccessibilité aux médicaments ARV ou le fait que les PVVIH sortent du circuit de soin est considérée par les autorités sanitaires comme un risque de santé considérable. En dépit de toutes les critiques, les médicaments ARV suscitent une demande toujours grandissante dans nos sociétés africaines ou la maladie VIH/SIDA s'est vite propagée, ce qui implique également une réflexion sur la possibilité d'une production locale afin de produire une satisfaction psychologique des usagers. C'est pour quoi, Tous les enquêtés de la présente étude s'accordent pour déclarer qu'il serait bien utile aux utilisateurs, aux décideurs, et à la population toute entière de pouvoir arriver à fabriquer localement les ARV. Sur la base de tout ce qui précède, l'on est en droit de dire que le fait que les médicaments ARV sont importés par les pays pauvres, à fort taux de prévalence, représentent une lutte efficace du SIDA. A cet effet, rappelons que la Côte d'Ivoire est le pays le plus touché d'Afrique de l'Ouest par l'infection à VIH avec une prévalence estimée à 3,4% dans la population générale. La prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15-49 ans a légèrement diminué entre 2001 et 2009, passant de 6,5% à 3,4%. La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (tous âges confondus) est légèrement inférieure (3,0%) à la prévalence au sein de la population adulte en général. En 2011, on estimait à 16.100 le nombre de femmes enceintes ayant mis au monde des enfants et l'on a estimé à 4.400 le nombre de nouvelles infections pédiatriques.

Deuxièmement, des interviewés estiment que la fabrication locale des ARV permettra de réduire significativement le prix d'achat lié à l'acquisition des ARV. Les résultats de cette étude montrent qu'il est nécessaire de mettre en place des mécanismes de production locale des soins ARV. Et prévenir la transmission du VIH, de protéger la vie des PVVIH et de leurs progénitures. En outre, la mise en place de ressources locales de fabrication des médicaments ARV joue un rôle important dans sa disponibilité. Cette question s'inscrit précisément dans le cadre d'une entreprise de fabrication dotée d'une efficacité éprouvée qui autorise et permet de justifier la recherche et la promotion de nouvelles conditions ou stratégies favorisant l'observance au prix parfois d'imposer certaines pratiques aux patients. Si la qualité de l'observance est, particulièrement depuis l'instauration des trithérapies, un des facteurs essentiels du succès thérapeutique face à l'infection à VIH, cette question ne saurait se réduire à un simple problème de comportement de la personne; il est donc indispensable de se pencher sur le pouvoir d'achat de la personne en terme de transport et bien d'autre aspect qui accompagne l'observance des thérapies antirétrovirales sur la vie quotidienne des patients.

1.2. Mettre définitivement fin à la rupture de stock ARV constitue l'enjeu majeur de la fabrication locale des thérapies antirétrovirales

Poursuivons avec assez d'explicité la mise en exergue des opérateurs sociaux susceptibles de légitimer la production locale des ARV. Dans le présent chapitre, l'accent est mis sur les causes de ruptures des stocks ARV que l'on observe dans plusieurs centres d'observance des soins ARV. Par ailleurs, l'accent est mis aussi sur les inégales répartitions des médicaments ARV sur les différents territoires des pays africains. En effet, sur

la base des entretiens réalisés, il semble exister une connexion forte entre l'idée de fabrication locale des thérapies antirétrovirales et les causes de rupture de stocks des thérapies ARV avancées par les individus interviewés.

A cet effet, l'intérêt marqué par les décideurs et les praticiens sur l'idée de production des thérapies antirétrovirales dans les différents pays africains ne date pas d'aujourd'hui. Il y a plus de cinq ans que les décideurs, chercheurs et praticiens se sont penchés sur cette question. Ces avancées scientifiques ont ainsi permis d'informer les décideurs politiques sur la nécessité d'engager une telle action pour le bonheur des personnes ayant un lien direct ou indirect avec le VIH en Afrique en générale et plus particulièrement en Côte d'Ivoire. A cet effet, selon le rapport annuel du PNOEV, la Côte d'Ivoire constitue dans le bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest, le pays le plus affecté par le VIH/Sida. L'Enquête sur les Indicateurs de Sida (EDSIII, MICS 2012) indique avec assez de précision une prévalence de 3,7% même si le rapport conjoint ONUSIDA/OMS de 2013 atteste d'une baisse de plus d'un point de cette prévalence (2,7 %).

Ainsi, quand la question, faut-il produit localement les ARV est mis au centre du débat, les individus trouvent que cela est nécessaire dans la mesure où, ils estiment que c'est ce qui est en partie à la base de la rupture des stocks ARV. C'est ce qu'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Raison des ruptures de stocks des thérapies AR

Fréquence_reponse	Raisons
78,25%	Médicament viennent de très loin
28,97%	Arriver tardive des bateau de livraison dans le pays
56,76%	Arriver tardive des ARV dans les centres de santé
43,9%	Inégale planification de la distribution/quantité de produit demandé insuffisant
51,76%	Lourdeur administrative
39,12%	Le temps de stockage

Source : enquête de terrain, 2016

Le tableau laisse entrevoir que dans l'imaginaire des enquêtés les raisons de rupture des stocks des thérapies antirétrovirales est à 78,25% lié au fait que les « médicaments viennent de très loin ». Les cinq autres modalités évoqués (Arriver tardive des ARV dans les centres de santé, Inégale planification de la distribution/quantité de produit demandé insuffisant, Lourdeur administrative, Le temps de stockage et Arriver tardive des bateau de livraison dans le pays) par les enquêtés sont directement lié à la première modalité. Ce qui signifie du coup, qu'une production locale des thérapies antirétrovirales permettrait de mettre fin à la rupture de stocks, favoriserait une distribution et une redistribution des soins à tous les niveaux de la pyramide sociale.

Sur la base des entretiens, il est permis de constater que le médicament ARV représentent à la fois une donnée socio-économique et psychologique importante non seulement pour le cadre stratégique de lutte contre la maladie mais aussi pour le maintien en vie pendant longtemps du PVVIH. La littérature évalue en Afrique qu'environ les deux tiers des dépenses de santé des ménages sont consacrés à l'acquisition de produits pharmaceutiques. Pour évoquer les enjeux de la production locale des ARV et de l'approvisionnement régulière en médicaments ARV en Afrique, majoritairement pris en charge par les centrales d'achats, il convient de bien cerner la question de la fabrication locale des médicaments dans son ensemble, en analysant l'environnement global dans lequel cette politique évolue ou va évoluer.

A ce niveau, il est péremptoire de préciser qu'une enquêté n'a pas été favorable à une production des médicaments ARV. De son avis, nos techniciens du domaine ne sont pas bien formés pour supporter un tel projet. Aussi, faut-il renforcer la capacité des techniciens et pharmaciens dans ce domaine. C'en est là **le défi** majeur que le continent doit relever pour la réussite du projet de fabrication locale des soins ARV.

1.3. Faciliter l'accès aux thérapies antirétrovirales pendant les périodes de crises sociopolitiques

Parmi les discours qui ont émergé lors des échanges avec les enquêtés sur les causes et périodes de la rupture des stocks des médicaments ARV, il est constamment revenu les crises à répétition que connaît la quasi-totalité des pays africains. Ce discours retrouve toute sa vérité quand on sait à quel point le continent africain est secoué par les chaînes de crise depuis la période des indépendances.

Or donc, la fragilité des pays africains et les institutions qui les incarnent maintiennent ces pays dans une situation de conflits permanents, ce qui du coup freine l'acheminement des produits thérapeutiques antirétroviraux (ARV). Par exemple, selon une étude de la Banque mondiale, 44% des pays sortant d'un conflit

retournent à l'état de guerre dans les cinq ans qui suivent (Banque mondiale, 2005)⁷. De ce constat émerge alors l'idée de la gestion des accords de paix signés à la suite de ces conflits. A cet effet, une littérature restreinte mais croissante examine ce qui rend plus facile ou plus difficile le maintien de la paix.

De ce fait, Hensel (2000)⁸ a constaté que les conflits à l'intérieur d'un territoire étaient plus susceptibles de resurgir. Dans ce qui est probablement l'examen le plus complet de cette question à ce jour, Werner (1999)⁹ constate que des changements dans les capacités relatives au fil du temps fournissent la meilleure explication pour la rupture de la paix. Pour elle, la durabilité réside dans le processus de négociation de l'accord de paix. En effet, si les accords sont mal négociés, les changements opérés après l'arrêt des combats sont susceptibles d'être plus affectés si le conflit recommence. Si les chercheurs commencent à comprendre pourquoi la paix est plus difficile à maintenir dans certains cas que dans d'autres, la question des facteurs pouvant maintenir la durabilité des accords de paix reste peu abordée et même ne bénéficie pas d'une bonne compréhension (International Organisation Foundation, 2003)¹⁰. Les travaux existants ont seulement indirectement abordé l'efficacité des mécanismes volontaires de maintien de la paix. Aucune étude systématique n'a exploré en la matière le contenu d'un accord de cessez-le-feu dans la construction d'une paix durable (International Organisation Foundation, op. cit.). Laciné Sylla (2008), pour sa part atteste dans son étude que les facteurs des conflits sociaux dans les pays africain réside dans le niveau de la démocratisation (encore très précaire dans la quasi-totalité de ses pays) ou les difficultés de fonctionnement du régime démocratique. A l'analyse, la stabilité que l'on observe dans les pays industrialisés est liée à la réussite du processus de démocratisation dans ses pays. En effet, la faiblesse de démocratie dans les pays en voie de développement est pour cet auteur, la principale cause des chaînes de conflits sur fond identitaire que l'on observe çà et là. Par ailleurs, non satisfait des deux grandes théories avancées, mais se situant comme à mi-chemin entre la théorie du statique sociale et la théorie du changement sociale, Raphaël Pouyé (2005)¹¹ tente de donner une autre approche aux déterminants des conflits en générale et plus particulièrement des conflits dans les Etats faibles. L'auteur cherche à établir une corrélation empirique et statistique entre force politique, économique et puissance extérieure. Les contraintes des puissances extérieures participent énormément à la production des conflits dans les Etats économiquement et politiquement faible. En effet, le résultat des travaux de l'auteur sur le Kosovo et le Timor ont montré que ce sont les contraintes des puissances extérieures qui ont entraîné dans ces pays une structuration politique, inadapté à l'enracinement d'institutions stables et capable de contenir le conflit. C'est pourquoi, les conflits à l'intérieur de ces pays sont plus susceptibles de resurgir.

Ici, ce n'est pas le caractère conflictuel des sociétés africaines qui intéresse la présente étude. Ce qui nous intéresse ici, c'est l'incident que ce caractère conflictuel de la quasi-totalité des pays africain sur la régularité des médicaments ARV. En effet, en période de conflit, les PVVIH ont du mal à avoir accès aux soins ARV pour se maintenir en santé. Cela est conforté par les propos d'un enquêté en ces termes « *pendant la longue crise ivoirienne, notre avons été privé de soins à cause de la rupture* ». Cet autorité sanitaire ne dit pas autre chose lorsqu'il dit « *les ruptures de stocks sont plus ont été reçurent pendant la période de conflit en Côte d'Ivoire* ».

En effet, les crises socio-politiques posent en faites une double conséquence au niveau de l'accès des PVVIH aux soins ARV. La première conséquence est qu'en temps de crises sociopolitiques les PVVIH peinent à accéder aux soins même s'ils sont disponible. En effet, de l'avis de la quasi-totalité des enquêtés, « *vaut mieux mourir dignement sur ton lit de domicile que d'être tué par une balle de kalachnikov* ».

La deuxième conséquence est qu'en période de conflit, l'arrivé des médicaments ARV pose problème dans la mesure où les frontières sont le plus souvent fermées. En effet, sous ce rapport, les PV-VIH ne peuvent pas avoir accès aux soins ARV parce que la fermeture des frontières favorise la rupture des ARV.

Conclusion

Ce papier avait pour objectif d'apporter des éléments de réponse sur la production locale des ARV afin de faciliter plus l'accès des PVVIH aux soins. Pour le moment, face aux criantes inégalités d'accès et de fort

⁷ Banque mondiale (2005) «The role of the World Bank in conflict and development : an evolving agenda»,

⁸ Hensel, P. R. (2000) « Territory: Theory and Evidence on Geography and Conflict. » In *What Do We Know About War*

⁹ Werne, Suzanne (1999) « The Precarious Nature of Peace: Resolving the Issues, Enforcing the Settlement and Renegotiating the Terms. » *American Journal of Political Science* 43 ~3!:912-34+

¹⁰ International Organization Foundation (2003) « Scraps of Paper? Agreements and the Durability of Peace », 57 Spring 2003, pp. 337-372

¹¹ Raphaël POUYÉ, «'Shadow States'? State building and national invention under external constraint in Kosovo and East Timor (1974-2002)», *Questions de recherche*, n° 13, fév. 2005.

taux d'inobservance des soins ARV, toutes les initiatives ont échoué à solutionner cette situation qui trouble le sommeil des décideurs sanitaires. A la recherche des solutions pour pallier à cette situation grave pour la santé des PVVIH, l'étude a repéré la fabrication locale des ARV comme une solution permettant de protéger la santé des PVVIH en leur facilitant l'accès aux soins. Sur cette base, les données de l'enquête ont permis de constater une grande proportion de personnes ayant annoncé leur statut dans la population enquêtée a approuvé la mise en place d'une politique de fabrication locale des ARV. Il en ressort que la production locale des ARV favoriserait un accès équitable des PVVIH aux soins ARV. En plus du partage du statut des parents d'OEV qui est très déterminant pour leur capacité à prendre soin de leurs enfants, il se pose aussi au regard des résultats de l'étude le problème de l'information des OEV de leur statut. Ce problème pourrait avoir une incidence négative sur l'observance au traitement de ces enfants d'autant plus que plusieurs cas ont été constatés dans ce sens. Mais comme le dit Alain Vaguet¹²(2015) « Les enjeux globaux restent surtout débattus et défendus par les Organisations Intergouvernementales. Mais comme leur nom l'indique, elles ont tout de même l'inconvénient de rester dans l'orbite des politiques nationales des pays les plus puissants. Dans un monde particulièrement inégal, on ne peut guère s'attendre à un autre rôle ».

Bibliographie

- [1]. AMAT-ROZE, J.M., VAGUET A., 2012, Qui gouverne la santé du monde ? in *10 défis pour la planète*, (dir Dubresson A., Veyret Y.), *Autrement*.
- [2]. Autre Part, 2012, les médicaments dans les Suds, n° 63.
- [3]. BABAR Z.U.D., 2015, *Pharmaceutical prices in the 21th century*. Springer.
- [4]. BARTON J., 2001, Differentiated pricing of patented products. Indian Council for Research for International Economic relations (ICRIER), *Working Paper* n°63.
- [5]. BRULIN W., 2007, La Géopolitique des entreprises : Etude de cas de l'industrie pharmaceutique. Influence des acteurs économiques dans la prise de décision publique et internationale. *Maîtrise* Université Paris 8.
- [6]. BRUNETON C., 2013, Politique des médicaments et bonne gouvernance pharmaceutique. In *Santé Internationale, les enjeux de la santé au Sud*, sous la direction de D. Kerouedan, Sciences Po Presses.
- [7]. Bombereau, G., 2005. Représentations sociales du VIH/Sida en Guadeloupe et recommandations à l'usage de la santé publique. La peur ou la mort dans l'île dans les Antilles françaises, Thèse de doctorat sous la co-direction de M. Maffesoli et D. Jeffrey, Université Laval (Québec) et Université René Descartes-Paris 5.
- [8]. Benoist, Jean., (1996). « Le SIDA entre biologie, clinique et culture », in *Anthropologie et SIDA, Bilan et perspectives*, (Sous la direction de) Benoist, Jean., Desclaux, Alice., Paris : Karthala, pp 5-10.
- [9]. Bibeau, Gilles. et Murbach, Ruth., (1992). « Déconstruire l'univers du SIDA », in *L'univers du SIDA, Anthropologie et sociétés*, vol. 15, no -2-3, pp. 5-11.
- [10]. Bibeau, Gilles., (1992). « L'Afrique, terre imaginaire du SIDA. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », in *L'univers du SIDA, Anthropologie et sociétés*, vol. 15, no 2-3, pp 125-147.
- [11]. Dedy Séri et Tapé Gozé, *Comportements sexuels et SIDA en Côte d'Ivoire*, avril 1991, OMS/GPA, 308 pages
- [12]. Desclaux, Alice., (2003). « Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée », in *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, no 2, 2003, pp. 41-58.
- [13]. Dozon Jean Pierre, (1994). « Populations africaines et sida », Paris : La Découverte/CEPED, in, J. Vallin. 1994, 184 pages.
- [14]. Memon F. et Kassoum T., 2014. « Représentation sociale de la population vivant avec le VIH/sida face aux antirétroviraux (ARV) : l'exemple de celle d'Anono dans la commune de Cocody-district d'Abidjan » in *SLC n°7 Vol 2* déc. 2013, éd. Paari, Paris, 2012, p. 354-367 ;
- [15]. Werne, Suzanne (1999) « The Precarious Nature of Peace: Resolving the Issues, Enforcing the Settlement and Renegotiating the Terms. » *American Journal of Political Science* 43 ~31:912-34+
- [16]. International Organization Foundation (2003) « Scraps of Paper? Agreements and the Durability of Peace », 57 Spring 2003, pp. 337-372
- [17]. Raphaël POUYÉ, « 'Shadow States'? State building and national invention under external constraint in Kosovo and East Timor (1974-2002) », *Questions de recherche*, n° 13, fév. 2005.

¹² L'espace politique des médicaments, Introduction à une problématique globale,