

**GRATUITE DU TRAITEMENT ARV : PERCEPTION DES  
ACTEURS, OPPORTUNITES D'ACCES UNIVERSEL ET  
ENJEUX EN COTE D'IVOIRE**

**Tenguel Sosthène N'GUESSAN<sup>1,2</sup>, Guéladio CISSE<sup>3</sup>, Marcel  
TANNER<sup>3</sup>, Séri Faustin DEDY<sup>1</sup>**

*1. Université Félix Houphouët Boigny, UFR des Sciences de  
l'Homme et de la Société, Institut d'Ethno-Sociologie Abidjan-  
Côte d'Ivoire*

E-mail : [nguessans@yahoo.fr](mailto:nguessans@yahoo.fr)

*2. Centre Suisse de Recherches Scientifiques, Abidjan-Côte d'Ivoire,*

E-mail : [www.csr.ch](http://www.csr.ch)

*3. Institut Tropical et de Santé Publique Suisse, Socinstrasse.*

E-mail : [www.swisstph.ch](http://www.swisstph.ch)

---

## **Résumé**

La gratuité des ARV, intervenue en Côte d'Ivoire en août 2008, s'inscrit dans la dynamique de l'accès universel. Une étude portant sur les perceptions des acteurs sur cette mesure d'exemption a été conduite auprès des personnes infectées, des responsables des structures de prise en charge et d'organisations non gouvernementales. Elle révèle qu'autant la gratuité est porteuse de sens au triple plan matériel, psychologique et social pour les usagers face à l'inaccessibilité financière, autant elle est perçue comme dénuée de toute propriété active. Elle est synonyme de gestion optimale des ressources pour les organisations de lutte contre le sida et facteur d'accès généralisé au traitement pour les responsables de structures de prise en charge. Les enjeux associés à cette mesure d'exemption tiennent à l'observance thérapeutique et à l'effectivité de sa mise en œuvre.

**Mots-clés :** Gratuité, traitement antirétroviral, perception, accès universel, Côte d'Ivoire.

## **Abstract**

Occurred in Côte d'Ivoire in August 2008, free ARV is part of the process of universal access. A study was conducted among people

infected, officials of the structures of management and non-governmental organizations in the city of Bouake to capture their perceptions of this exemption. It reveals that free is meaningful to triple aspects: materially, psychologically and socially for users facing the financial inaccessibility. However, it is seen as devoid of active ownership. This exemption is synonymous with optimal resource management for organizations fighting against AIDS and factor Widespread treatment access for those responsible for management structures. The issues associated with this exemption relating to adherence and the effectiveness of its implementation.

**Keywords:** Free of charge, antiretroviral therapy, perception, universal access, Côte d'Ivoire.

### **Introduction**

L'accès au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH/sida constitue un enjeu sanitaire mondial au point où il se situe au troisième rang des actions prioritaires à mener dans le cadre de la lutte contre le sida (ONUSIDA 2009 ; OMS 2002 ; Milleriri 2006). Il justifie la mise en œuvre d'initiatives ambitieuses dont la plus manifeste est le « 3 by 5 » qui visait le double objectif de mettre sous ARV trois millions de personnes au terme de l'année 2005 et de favoriser l'accès universel auquel l'ensemble des 183 nations du monde a souscrit (Gilks et al. 2006 ; OMS-ONUSIDA 2005). Toutefois, bien que des résultats probants soient obtenus au terme de l'année 2008 (Nations-Unies 2008 ; ONUSIDA 2008), il reste qu'un nombre relativement important de personnes vivant avec le VIH/sida, éligibles au traitement antirétroviral, n'y a pas accès. Les estimations situent à 10 millions le nombre de personnes supplémentaires demeurant sans traitement et seulement 42% d'adultes et 38% d'enfants ayant besoin d'un traitement ARV en 2008 y avaient accès (ONUSIDA 2009). En Afrique subsaharienne, le taux de couverture de la thérapie antirétrovirale reste faible tandis que les écarts entre pays et à l'intérieur d'un même pays s'accroissent.

Cette faible proportion de personnes sous traitement antirétroviral semble découler de l'échec des principes d'équité et de justice sociale et de la participation financière des patients à leur traitement.

L'inaccessibilité financière constitue en effet la principale barrière à l'accès aux soins et au traitement antirétroviral pour les personnes infectées par le VIH. Dès lors des plaidoyers en faveur d'une gratuité des soins et du traitement à l'échelon mondial situant sur l'intérêt d'une telle entreprise sanitaire tant pour les personnes infectées que le système de santé et la société toute entière vont voir le jour (Taverne 2003 ; RéSo 2004). Le soutien de la gratuité du traitement antirétroviral qui se situe dans le prolongement de l'accès universel est ainsi perçu comme l'un des moyens prioritaires pour contrôler l'épidémie et ses conséquences sur les individus et les sociétés et inverser la tendance en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Il constitue par ailleurs une exigence d'équité et d'éthique (Macklin 2004 ; OMS-ONUSIDA 2004). Ce faisant du Sénégal à la Côte d'Ivoire en passant par l'Ouganda, le Mali, le Cameroun et tout récemment le Burkina-Faso et bien d'autres pays à ressources limitées, les mesures portant gratuité des ARV se multiplient en Afrique Subsaharienne en vue de faire face à l'« état d'urgence sur le continent ».

Bien qu'ayant sa prévalence en baisse passant de 4,7% (INS/MLS 2005) en 2005 à 3,7% en 2008 (RCI-CNLS 2010 ; ONUSIDA 2009), la Côte d'Ivoire reste le pays le plus affecté dans le bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest. Il compte, en 2008, 67 637 personnes vivant avec le VIH sous ARV soit 28% alors que les estimations situent à 150 000 le nombre de personnes éligibles chaque année à la trithérapie (Nations-Unies 2006). La mesure portant gratuité du traitement antirétroviral intervenue en Août 2008 constitue ainsi une décision visant la levée de l'inaccessibilité financière en vue de l'accès universel (RCI/MSHP 2008 ; Vinard 2005 ; RCI 1997). Elle fait suite à un ensemble de décisions visant l'accès au traitement dans un environnement à épidémie généralisée où les inégalités d'accès s'observent entre régions et au sein de la population des personnes infectées. Dès lors des questions se posent : comment cette décision a-t-elle été perçue par les acteurs notamment les personnes infectées, les responsables de structure de prise en charge et d'ONG du système de soin ? La gratuité induit-elle de facto l'accès généralisé au traitement antirétroviral ? N'est-elle pas synonyme d'abandon du traitement eu égard aux clichés culturels dénuant tout principe actif à

un produit médical gratuit ? C'est à ces interrogations que cet article se propose de répondre en faisant un focus sur les opinions des acteurs du système de prise en charge. Il s'est donc agi d'identifier les perceptions des acteurs sur la politique de prise en charge et d'entrevoir les enjeux et défis de cette mesure.

## **1. Méthodologie**

L'étude est basée sur une enquête de terrain réalisée dans deux structures : l'une publique, l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils (USAC) située à Abidjan et l'autre communautaire, le Centre Solidarité Actions Sociales, localisée à Bouaké. L'étude s'est déroulée entre Novembre 2008 et Mars 2009.

La technique de collecte de données a été essentiellement qualitative (Robert & Bouillarguet 1997 ; Schumacher 2002). Elle a privilégié l'observation participante, les entretiens individuels et de groupe. L'observation a été possible en intégrant les structures de prise en charge en tant qu'acteur du système de soins. Cette immersion dans le milieu d'étude avait pour objet de suivre le circuit de l'utilisateur et de participer à la vie des structures à travers les réunions, les activités, la permanence, etc. Les entretiens individuels ont consisté d'une part en des échanges avec les acteurs dans la chaîne de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida (médecins, personnel de santé). D'autre part, ils ont été menés avec les responsables d'organisations de lutte contre le sida. Les groupes de discussion focalisés ont été réalisés avec des hommes et des femmes infectés. Une vingtaine d'entretiens individuels et une dizaine de groupes de discussions focalisées ont ainsi été réalisés. Dans les deux cas, ces entretiens étaient centrés autour de deux thèmes principaux, notamment la perception de la gratuité des ARV, et les enjeux de cette gratuité. Pour la réalisation de ces entretiens avec les personnes infectées, nous avons obtenu à travers un processus de négociation le consentement éclairé verbal de l'ensemble des intervenants soutenu par l'approbation du comité éthique national (Fonds de la recherche en santé 1998).

Pour le traitement et l'analyse des données, nous avons procédé à une analyse de contenu avec le logiciel Max QDA qui a permis de mettre en exergue une grille thématique. Celle-ci a permis à l'aide de

l'analyse structurelle d'aboutir à une configuration signifiante des thèmes les plus fréquemment évoqués par les enquêtés.

## **2. Résultats**

### **2.1 Un engagement vers l'accès universel**

L'adoption de l'arrêté portant gratuité des ARV par la Côte d'Ivoire en Août 2008 s'inscrit dans le vaste mouvement mondial de l'accès universel. Cette décision intervient dans le cadre de la collaboration bilatérale dans un contexte où l'ensemble des partenaires impliqués dans la lutte contre le sida notamment le PEPFAR, la Banque Mondiale et le Fonds Mondial soutiennent activement la politique ivoirienne. Il témoigne cependant de l'engagement des autorités ivoiriennes pour un accès généralisé au traitement antirétroviral. En abrogeant la décision relative au paiement du prix de cession du traitement ARV d'un montant de trois mille francs (3 000) CFA (6,8 \$ US<sup>1</sup>), les autorités sanitaires ivoiriennes visaient l'accès généralisé audit traitement. En effet, la majorité des interviewés indifféremment du sexe et du type d'acteur du système de soin, estiment que ce prix était inaccessible à une frange importante des personnes vivant avec le VIH/sida. Les statistiques nationales indiquent que 48% de la population ivoirienne vit avec moins d'un (1) dollar US par jour en 2008 (RCI, 2009).

Certes, la gratuité du traitement antirétroviral traduit la priorité accordée à la riposte nationale face au sida, mais elle constitue une étape intermédiaire critique de l'accomplissement de l'objectif du Millénaire pour le développement « stopper la propagation du VIH et inverser la tendance de l'épidémie de sida ». Pour les autorités ivoiriennes comme pour le système des Nations Unies, il s'agit, à travers la politique de gratuité, de faire valoir le droit à la santé des personnes infectées dans la perspective d'aider les personnes infectées à assurer de façon optimale leur prise en charge médicale. Cette décision s'inscrit par ailleurs dans une dynamique de réduction du taux de mortalité des personnes atteintes de cette maladie et est porteuse de sens pour l'ensemble des acteurs du système de soin.

---

<sup>1</sup> La valeur du dollar est estimée ici à 450 F CFA.

## 2.2 Une décision salvatrice

Les opinions développées par les usagers autour de la gratuité des ARV indiquent une appréciation positive de cette mesure. La quasi-totalité des participants aux entretiens individuels et de groupe estime, en effet, que la décision gouvernementale est salutaire. Les propos pour l'exprimer situent sur leurs attentes. Pour les hommes comme pour les femmes, cette décision est « une très bonne chose pour les patients », elle est « la meilleure chose qui pouvait arriver », « un don de Dieu », « une bonne nouvelle parce que les ARV sont maintenant accessibles à tous », « un soulagement pour nous les pauvres » et un motif de « ne plus avoir peur pour avoir les ARV par mois ». Elle se présente ainsi comme un acte salvateur compte tenu des conditions économiques des usagers « sans moyens » en général.

A la question de savoir comment a été accueillie la nouvelle de la gratuité des ARV, une convergence des points de vue s'est dégagée de l'ensemble des usagers : « C'est pour moi une très grande satisfaction parce qu'avant on ne pouvait même pas trouver les 3000 francs », indique Moussa.

A sa suite renchérit Bah : « S'il n'y a pas de gratuité des médicaments, je ne sais pas comment j'allais avoir les médicaments. Ça fait seize mois maintenant que je ne fais rien. Je ne fais que demander de l'argent dans la rue partout. Donc là, ça me soulage la gratuité ». Les propos de Yacou confirment les précédents :

« Les ARV là, comme c'est gratuit là, on est content parce que souvent c'était difficile pour nous-mêmes de venir chaque fois payer les médicaments là, vraiment c'était dur parce souvent même on n'a rien même pour venir payer. Des fois je ne pouvais même pas payer. Comme c'est devenu gratuit là, nous-mêmes on est contents... ».

Ces discours sont partagés par les femmes pour qui :

« Il y a des jours où tu n'as même pas cinq francs pour payer de l'eau. Il y a des jours aussi où tu peux gagner 100 francs. Mais il y a aussi des jours où tu ne peux pas obtenir ces 100 francs ; chez qui donc on peut avoir ces médicaments. Dieu merci maintenant c'est cadeau ».

Ou comme l'atteste *Marie Claire* :

« En tout cas les médicaments sont gratuits, ça nous plaît beaucoup. Quand tu penses que tu dois payer tes médicaments à 3 000 francs. Toi-même tu n'arrives pas à payer le transport et puis quand c'est fini, tu n'as

pas l'argent pour acheter et pour te mettre à jour. En tout cas maintenant où c'est gratuit, c'est très bon et on remercie beaucoup le gouvernement pour ce qu'il fait pour nous les malades».

L'analyse des opinions illustre l'enthousiasme de la quasi-totalité des usagers indifféremment du sexe à l'annonce de cette mesure d'exemption et met en exergue la satisfaction des usagers. Ainsi, autant pour les hommes que pour les femmes, la contrainte financière justifie pour l'ensemble des usagers l'accueil favorable de la décision gouvernementale. Ils estiment ainsi que la levée de cet obstacle constitue un catalyseur aussi bien pour leur accès au traitement ARV que pour ceux ayant abandonné le traitement pour des raisons financières. Elle souligne cependant leurs conditions économiques difficiles et la complexité pour eux de satisfaire à leurs besoins de santé. Les opinions traduisent par ailleurs le dilemme des usagers tiraillés entre le désir de se maintenir en bonne santé et la perte de leur « dignité », manifestée par la « main toujours tendue ». Dans cette perspective, la gratuité des ARV se présente pour eux comme un renouveau médical dans la mesure où elle fonde leurs espoirs dans une thérapie moins contraignante aux plans financier, moral et social.

Les réactions des responsables d'organisations de lutte contre le sida s'alignent sur celles des usagers. Tous sont unanimes pour reconnaître l'intérêt médical et de santé publique que constitue la gratuité des ARV. Et la dimension économique liée à la prise en charge de l'infection au VIH sous-tend leurs opinions. Comme l'indique ce responsable de réseau d'ONG :

« Je pense que la gratuité est une bonne chose en ce sens que nos ONG qui doivent en bénéficier de façon directe connaissent un peu les réalités de ces personnes-là, même à 3000 francs c'était encore élevé pour certaines personnes et donc le fait que les ARV soient gratuits est vraiment une bonne chose ».

Ainsi pour les responsables d'ONG, l'insuffisance ou le manque de ressources financières a longtemps freiné l'accès des PVVIH au traitement. Leurs opinions, face à cette décision, révèlent que la gratuité du traitement antirétroviral revêt un double avantage. Elle se présente comme une opportunité d'accès généralisé pour un nombre important de PVVIH dans la mesure où l'exemption des frais d'acquisition des ARV libère ces dernières de la contrainte financière.

En ce qui concerne les organisations elles-mêmes, la gratuité, estiment-elles, contribue à une gestion optimale et efficiente de leurs ressources rares dans la mesure où leurs interventions sont souvent restées inefficaces du fait de l'ampleur de l'inaccessibilité financière. Toutefois malgré cette appréciation positive, certains clichés culturels liés à la gratuité d'un service refont surface et portent à entrevoir la perception de cette mesure sanitaire.

### **2.3 Un vent de pessimisme**

A l'entame de l'application de cette mesure, l'enthousiasme des uns contraste avec le pessimisme des autres. Comme le fait remarquer ce responsable d'organisations. « ... comme on le dit chez nous, quand c'est gratuit, les gens ont tendance à croire que ce n'est pas bon et, cela a un effet psychologique au niveau de ces personnes-là. Ils vont se dire que si c'est gratuit c'est parce que ce n'est pas bon ».

Ces propos sont confirmés par les usagers pour qui la gratuité procède de l'absence d'effet des ARV et de leur péremption. Ces opinions découlent d'une perception négative de la gratuité accordée à tout produit pharmaceutique. Selon les usagers, la gratuité des ARV est synonyme d'inefficacité thérapeutique, un moyen de destruction massif de populations auxquelles la société n'accorde plus d'intérêt et dont elle voudrait se débarrasser.

Bien que la contradiction au sein des groupes de discussion focalisés, argumentés par les exemples des pays limitrophes comme le Burkina Faso, ait permis de rassurer les tenants de cette assertion, il subsiste toutefois des réticences qui renforcent le manque de confiance de certains usagers face à cette mesure visant l'accès généralisé au traitement ARV. L'insuffisance de communication développée autour de cette mesure d'exemption à visée humanitaire et de santé publique justifie ce pessimisme dans les milieux enquêtés. Elle renforce la perception négative du traitement antirétroviral et se présente ainsi comme une stratégie de réduction de la population à l'instar de la théorie antinataliste.

Au-delà de ce scepticisme, la gratuité des ARV est porteuse d'espoir et de sens pour l'ensemble des acteurs du système en général et des usagers en particulier. Cet enthousiasme procède de fait des avantages perçus par les uns et les autres.

## **2.4. Effets collatéraux de la gratuité**

### **2.4.1. Bénéfices pour les usagers**

Les avantages perçus de la gratuité pour les usagers se manifestent au triple plan matériel, psychologique et social.

Au plan matériel, elle suppose pour ceux-ci l'absence d'achat d'ARV par les personnes infectées du fait de l'exonération du prix de cette thérapie. En effet, les malades qui déboursaient mensuellement 1 000 francs CFA (2,2\$ US) ou trimestriellement 3 000 francs CFA (6,8 \$ US) ne devront plus rien payer pour avoir accès au traitement. Pour la plupart des usagers, la somme d'argent destinée à l'achat des ARV contribuera à honorer diverses charges sociales dont celles liées à la satisfaction de leurs besoins sociaux fondamentaux tels l'alimentation, et inciter à une véritable observance du traitement.

Au plan psychologique, la gratuité contribue, selon les usagers, à une meilleure gestion morale de l'infection en dissipant le stress et l'angoisse. En aidant à une gestion positive de leur état de santé, cette exemption contribuerait à sauver des vies notamment à travers l'accroissement de l'espérance de vie des personnes infectées.

Au plan social, elle est valorisation de l'utilisateur en ce sens qu'elle restaure sa dignité car lui évitant 'l'abaissement' et 'la main toujours tendue' pour faire face à ses dépenses de santé.

Allègement financier, effets psychoaffectifs et significations sociales constituent donc les dimensions en constante interaction chez la PVVIH face à une mesure politique longtemps réclamée. Chacune de ces dimensions occupe, en effet, une place relativement importante en fonction des usagers, de leurs conditions matérielles d'existence et de leur environnement social desquels dépend leur accès au système de soins.

### **2.4.2 Perception des avantages de la gratuité par prestataires et responsables d'ONG**

Les appels à la gratuité du traitement antirétroviral pour les personnes infectées tirent leurs sources des avantages perçus aussi bien pour les personnes infectées que pour le système de soins.

Pour l'ensemble des acteurs, l'instauration de la gratuité des ARV offre la double opportunité de l'augmentation générale de la

fréquentation des structures de santé par les patients et de l'accroissement du taux d'utilisation des services de soins. Cette conséquence directe et indéniable de cette mesure est d'ailleurs renforcée par le bénéfice relativement plus élevé que semblent en retirer les couches les plus défavorisées des usagers identifiées comme des « démunis ». Ainsi la gratuité offre l'opportunité d'un accès effectif aux soins et au traitement pour les plus pauvres des usagers.

Elle contribuerait par ailleurs à une stabilisation de la prévalence du VIH sur le territoire ivoirien et à renforcer les acquis de la prise en charge médicale en ce qui concerne l'observance et la réduction des cas de résistance.

## **2.5. Enjeux et défis de la gratuite du traitement ARV**

La gratuité des ARV n'occulte pas les défis liés à sa mise en œuvre. Celles-ci relèvent du système de soins d'une part et des usagers d'autre part.

### **2.5.1 Pour les usagers**

Le principal défi pour les usagers réside dans l'observance thérapeutique. Eu égard au traitement à vie, toute interruption médicale expose le patient au risque de développer des résistances thérapeutiques. Ce qui impliquerait un recours à un schéma thérapeutique différent dit de deuxième ou de troisième ligne dont le coût reste jusqu'à présent à la charge de l'utilisateur.

### **2.5.2. Pour le système**

Au niveau du système de soin, le principal enjeu reste celui de l'efficacité et de l'efficience. Comme le souligne toujours ce responsable de réseau : « La gratuité va peut-être optimiser la demande et notre inquiétude c'est que l'offre puisse suivre en même temps, qu'il n'y ait pas de rupture ». Pour les acteurs du système et pour les responsables des organisations, la gestion optimale des stocks et l'approvisionnement régulier desdites structures constituent les fondements de la réussite de la mise en œuvre de la gratuité. Endiguer le « gros problème de la rupture de stock » participerait à améliorer la disponibilité des ARV et assurer une prise en charge adéquate des

personnes infectées par le VIH, conseille cet autre responsable de structure de prise en charge.

Un autre défi concerne les mesures d'accompagnement de cette décision pour l'effectivité de sa mise en œuvre. Il concerne la prise en charge effective des examens biologiques dans le cadre du suivi biologique et des infections opportunistes. Ceux-ci constituent une épine dorsale pour les usagers. Or, la mesure gouvernementale reste silencieuse sur cet aspect.

En outre, subsiste la question de la couverture intégrale du territoire national par des centres de soins et de prise en charge médicale pour les rendre géographiquement et socialement accessibles par les personnes infectées. Elle implique que les centres soient davantage rapprochés des usagers. En effet, bien que les ARV soient gratuits, les coûts connexes de l'accès à la thérapie antirétrovirale comme les frais de déplacement par exemple, pourraient limiter l'accessibilité et sonner le glas d'une décision pourtant porteuse de sens pour la communauté nationale et pour l'ensemble des partenaires au développement qui conjuguent leurs efforts pour converger vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement.

Au-delà de la gratuité, se pose la question de l'intégration effective des personnes stigmatisées dans leurs communautés. Cet aspect implique une adaptation des messages de communication autour de la question du VIH/sida. Enfin, il faut signaler l'absence d'un mécanisme de contrôle de l'effectivité de la mesure.

## **Discussion**

La présente étude a permis de mettre en exergue l'intérêt de la gratuité des ARV pour les usagers que pour le système de soin. Cette stratégie de démocratisation de l'accès au dit traitement s'inscrit dans une approche de santé publique. Cette stratégie adoptée par les autorités ivoiriennes, comme la plupart des pays de l'Afrique de l'ouest répond non seulement à la recommandation internationale d'appliquer la gratuité (Taverne 2008) mais constitue un impératif de santé publique dans la mesure où en améliorant l'accès aux soins des plus démunis, elle est une voie à l'équité, au réalisme et à l'efficacité des programmes et à la qualité des soins (Taverne 2005; The Lancet, 2012). Bien plus, dans sa généralité, la gratuité des soins est un moyen

vers l'accès universel aux soins (Ridde et Olivier De Sardan 2012). Elle s'enracine dans la volonté des pays africains de faire de la gratuité une stratégie phare pour favoriser l'accès d'une grande majorité des populations aux services de santé (Sambo et al 2011).

Pour autant, la gratuité, malgré les avantages comparatifs qu'elle engendre, est source d'inquiétude du fait des perceptions ou construits sociaux qui entourent la notion de gratuité des soins et des traitements. Cette assertion est mise en exergue par Touré et Escot qui démontrent qu'au Mali « l'opinion est mitigée voire inquiète sur les politiques d'exemption aujourd'hui en œuvre ». Pour les usagers du système de soins malien en effet, « la notion de gratuité des soins est associée à une déperdition, aussi bien en termes de relation que d'efficacité ». Elle entraîne l'impossibilité pour le patient de requérir l'attention du praticien, voire d'exiger la qualité d'un soin « au rabais » (Toure et Escot 2011).

La présente étude a aussi montré que la gratuité induit une dignité retrouvée pour les personnes infectées qui démunies avaient recours à des proches pour satisfaire leurs besoins sociaux. Cette thèse est soutenue par une étude pilotée par l'Agence nationale française de recherche sur le sida (ANRS). Celle-ci rapporte que la gratuité de la prise en charge dans le cadre d'une cohorte d'étude a permis aux patients du Sénégal de ne pas avoir à solliciter l'aide des proches pour leurs dépenses de santé. L'impact social de la gratuité se traduit en effet en termes de « normalisation » du tissu familial de la personne vivant avec le VIH à travers son réinvestissement dans celle-ci (ANRS 2007). Elle a une incidence sur l'observance du traitement, la baisse de la mortalité comme ce fut le cas en Ethiopie passant de 16% avec ticket modérateur à 41% lors de la suppression de celui-ci (Reniers et al 2009). Au Mali par exemple, le recherche sur l'observance au traitement révèle que le mode de vie notamment la vie de couple favoriserait l'assistance mutuelle du partenaire. Par ailleurs l'information d'un proche duquel découlent toutes formes d'assistances sociales induit l'observance (Oumar et al 2007).

Malgré ces faits notables, l'observance du traitement antirétroviral constitue un réel défi pour le système de soin du fait de la stigmatisation dont sont l'objet les personnes infectées et les effets secondaires qui y sont associés. La mauvaise observance est associée

en majorité à l'oubli puis aux difficultés d'accès aux structures de prise en charge, aux effets secondaires des antirétroviraux, à la rupture des stocks et à l'abandon du traitement par les usagers. Ces faits sont confirmés par ceux obtenus au Sénégal et au Rwanda (Laurent et al 2002; Fischer and al 2006).

Le système de soin au regard de ce qui précède (rupture de stocks, abandon du traitement) reste confronté à d'énormes défis. Cette exigence a fait promouvoir la politique de la décentralisation. Au Cameroun par exemple, Broyer et al, rapporte que la décentralisation du programme national a facilité l'augmentation de la couverture des besoins de 15 % fin 2005 à 38 % en 2008, puis 46,3 % fin 2009 (Broyer et al 2010), soit le taux le plus élevé dans le contexte de l'Afrique centrale et de l'Ouest (UNAIDS 2008). En Côte d'Ivoire si le nombre de personnes sous ARV va croissant, il n'en demeure pas moins que la majorité des structures est regroupée au sud (N'guessan 2013). La décentralisation réussie se présenterait ainsi comme une solution à l'approvisionnement continue et à la disponibilité des ARV au niveau local.

### **Conclusion**

La gratuité des ARV constitue une étape cruciale dans la politique nationale de lutte contre le sida en vue d'un accès universel. Elle offre diverses opportunités aux personnes vivant avec le VIH en termes d'allègement financier, de gestion optimale des effets psychoaffectifs de la maladie et de restauration de la dignité de ces personnes. Elle offre du point de vue du système de santé un moyen favorisant l'accès généralisé au traitement antirétroviral pour les personnes infectées et par voie de conséquence la stabilisation de la prévalence du VIH et du renforcement des acquis de la prise en charge médicale. Cette mesure laisse cependant entrevoir divers enjeux. Ils concernent pour les personnes sous traitement l'observance thérapeutique et pour le système de soins, l'adoption de mesures d'accompagnement, la gestion optimale des stocks et l'approvisionnement régulier des structures de prise en charge en vue de l'effectivité de la mise en œuvre de la gratuité.

Compte tenu des avantages individuels et collectifs qu'elle représente, la gratuité s'avère nécessaire. Sa généralisation doit aussi être l'occasion de faire valoir les bénéfices globaux qui peuvent être retirés de ce changement majeur. S'il est indéniable que la communauté nationale et internationale accorde un intérêt particulier à l'accès universel, qui plus est, s'effectue à l'actif du système de soin et de la personne infectée, il est impérieux de (re)construire la communication autour du sida aux fins de réduire la stigmatisation et la discrimination liées au sida. La reconstruction sociale de la gratuité en tant que stratégie d'accès universel aux soins et au traitement est à construire afin d'une réelle appropriation par l'opinion des mesures d'exemption.

### Références Bibliographiques

- ANRS, 2007. Rapport scientifique 2007, *Site ANRS*, Dakar, Sénégal, 92 p.
- Boyer S., Eboko F., Camara M., Abé C., Eric M., Owona-Nguini, Koulla-Shiro S., Moatti J-P et le groupe d'étude EVAL-Cameroun), Chapitre 3, « *Passage à l'échelle de l'accès au traitement antirétroviral du VIH/sida au Cameroun : décentralisation et qualité de la prise en charge in Accès décentralisé au traitement du VIH/sida, Evaluation de l'expérience camerounaise* », Collection Sciences sociales et sida, pp. 29-55.
- Fonds de la Recherche en Santé, 1998. *Énoncé de politique des trois conseils de recherche du Canada : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (1998-Conseil médical du Canada (CMC), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG) et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada), Ottawa.
- Gilks C. F., Crowley S., Ekpini R., Gove S., Perriens J., Souteyrand Y., Sutherland D., Vitoria M., Guerma T., De Cock K., 2006. "The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings", *Lancet*, pp. 505-510.
- Fischer A., Karasi J-C., Kibibi D., et al., 2006. Antiviral efficacy and resistance in patients on antiretroviral therapy in Kigali, Rwanda: the real-life situation in 2002. *HIV Medicine*; 7: 64-66.

- Institut National de la Statistique, Ministère de la Lutte contre le Sida [Côte d'Ivoire] et ORC Macro, 2005, *Enquête sur les Indicateurs du Sida*, Côte d'Ivoire 2005, INS et ORC Macro, U.S.A, Calverton, Maryland.
- Laurent C., Diakhate N., Gueye F. N. N., et al., 2002. The Senegalese government's highly active antiretroviral therapy initiative: an 18-month follow-up study. *AIDS*; 16(10): 1363-1370.
- Macklin R, 2004, "Ethics and Equity in Access to HIV Treatment - 3 by 5 Initiatives", WHO, UNAIDS, Geneva.
- Milleliri J. M., 2006, "Mieux s'engager dans la lutte contre le sida " *Médecine Tropicale*, 66 : 12-14.
- Nations Unies, 2006, *Déclaration politique sur le VIH/sida*, Nations Unies, Genève.
- Nations Unies, 2008. "Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et Déclaration politique sur le VIH/sida : progrès accomplis à mi-parcours du délai fixé pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport du Secrétaire général.", Genève.
- N'guessan T. S., 2013. « *Équité d'accès aux soins et au traitement chez les personnes vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire : cas de l'USAC (Abidjan) et du centre SAS (Bouaké)* », Université Félix Houphouët Boigny, 357 p, Document non publié, Abidjan.
- OMS, 2002. *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : Recommandations pour une approche de santé publique*, OMS. Genève.
- OMS/ONUSIDA, 2004. "3 millions d'ici 2005": *Orientations sur l'éthique et l'accès équitable au traitement et aux soins liés au VIH*, OMS/ONUSIDA, Genève.
- OMS/ONUSIDA, 2005. *3 millions de personnes d'ici 2005: comment y parvenir. La stratégie de l'OMS: l'initiative mondiale de l'OMS et de l'ONUSIDA pour offrir un traitement antirétroviral à trois millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA d'ici la fin de 2005/Initiative 3 millions d'ici 2005*, Genève.
- ONUSIDA and OMS, 2009. *Le point sur l'épidémie de sida*, décembre, ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA, 2008. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*, ONUSIDA, Genève.

- ONUSIDA-CI, 2009. *Draft HIV estimates with bounds UNAIDS (2008), Report on the Global AIDS Epidemic-HIV and AIDS estimates and data, 2007 and 2001*. UNAIDS-CI, Abidjan.
- RCI, 1997. *Sida et secteur de la santé : analyse des conséquences et stratégies de réponses, le cas de la Côte d'Ivoire*, Centre International de l'Enfance et de la Famille/Ministère de la Santé et des Affaires Sociales de la Côte d'Ivoire, Abidjan
- RCI/CNLS, 2010. *Rapport national UNGASS 2010 Côte d'Ivoire, Janvier 2008-Décembre 2009*, Conseil National de Lutte contre le Sida, Abidjan.
- RCI/MSHP, 2008. *Arrêté N°213/CAB/MSHP/du 20 août 2008 portant gratuité du traitement antirétroviral dans les établissements sanitaires publics*, Abidjan.
- Reniers G, Araya T, Davey G, et al., 2009. Steep declines in population-level AIDS mortality following the introduction of antiretroviral therapy in Addis-Ababa, Ethiopia. *AIDS*; 23: 511-8.
- RéSo, 2004, *SIDA : Appel pour un accès aux soins universel*, <http://www.re-so.net/spip.php?article392>.
- Ridde V. et Olivier de Sardan J-P. (eds.), 2012. Les politiques de suppression et de Subvention du paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger, Montréal : CRCHUM/LASDEL; 44 p.
- Robert A.D et Bouillarguet A, 1997. « *L'analyse de contenu* », Collection Le point des connaissances, PUF, Paris.
- Schumacher R., 2002. « *Méthodes qualitatives en recherche sociale, in Méthodes qualitatives en recherche sociale sur les maladies tropicales : rapport du matériel didactique* », chapitre 2, pp.3-9, Genève, PNUD, Banque Mondiale/OMS Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.
- Sambo, L., Kirigia, J., & Ki-Zerbo, G., 2011. "Perceptions and viewpoints on proceedings of the Fifteenth Assembly of Heads of State and Government of the African Union Debate on Maternal, Newborn and Child Health and Development", 25-27 July 2010, Kampala, Uganda. *BMC Proceedings*, 5, S1.
- Taverne B, 2008. « *Gratuité ! Appliquer la recommandation, Convention nationale, plénière de clôture* », pp. 88-96.
- Taverne B, 2005. Gratuité des traitements du sida en Afrique : un impératif de santé publique in *Population, développement et*

- VIH/sida et leurs rapports avec la pauvreté*, 38<sup>ème</sup> session Commission de la population et du développement de l'ONU, New-York, 12 p.
- Taverne B, 2003, "*Pour une délivrance gratuite des traitements antirétroviraux en Afrique.*", Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 96(3), pp. 241-244.
- The Lancet, (2012), the struggle for universal health coverage, *The Lancet*, 380, 859.
- Toure L. et Escot F, 2011, Les perceptions de la « gratuité des soins » au Mali, Programme « *Abolition du paiement* ». Note d'information, n° 5.
- UNAIDS, *2008 Report on the global AIDS epidemic*. UNAIDS, Geneva, 2008.
- Vinard P, 2005. "Analyse de l'impact des paiements et de la gratuité sur l'accès aux soins : L'expérience d'Ennery en Haïti." *Initiative Développement-Association de Solidarité Internationale*, pp. 1-8.

### **Remerciements**

Les auteurs remercient les responsables du Centre Solidarité Action Social de Bouaké, ceux de l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils d'Abidjan, les responsables des ONG locales ainsi que les personnes infectées par la VIH qui ont contribué à la réalisation de cette étude. Ils remercient le Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire pour l'appui technique et financier. Les auteurs attestent du soutien du Pôle National Suisse de Compétence en Recherche (NCCR) Nord-Sud: partenariats de recherche d'atténuation des syndromes du changement global, cofinancé par le Fonds National Suisse (FNS), l'Agence Suisse pour le Développement et la Coopération (DDC) et les institutions participantes.