

POINT SUR LA SITUATION DES ANTIRETROVIRAUX AU CAMEROUN EN 2013

THE CASE OF ANTIRETROVIRALS IN CAMEROON AT 2013

Auteurs :

Emmanuel Noel Essomba^{1,2},
Jean Gustave Tsagadigui¹,
André Bitá Fouda¹,
Joseph Ibile Abessougoue³
Dupont Minkemdeffo²
Sandrine Tsakam²,
Agbor Etang¹,
Leopold Lehman¹

¹Faculté de Médecine et des
Sciences Pharmaceutiques de
l'Université de Douala

²Groupe Technique Régional
de lutte contre le SIDA du
Littoral - Cameroun:

³Groupe Technique Central du
Comité National de Lutte contre le
SIDA, Cameroun

Correspondant :

Emmanuel Noël Essomba
Faculté de Médecine et des Sciences
Pharmaceutiques de Douala,
B.P : 15253 Douala
Université de Douala-Cameroun
Tél : +237 77551808
Fax : 237 33 42 4459
Email : noelesso@yahoo.fr

Résumé :

Les traitements antirétroviraux ont manifestement amélioré la qualité de vie des patients infectés par le virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). La mortalité due à cette infection a baissé de plus de 50% depuis 1996. Pour cela l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande depuis juin 2013 de mettre les patients sous traitement antirétroviraux (ARV) lorsque le taux de CD4 devient inférieur ou égal à 500/mm³. Ceci vient accentuer le problème de tensions d'ARV que connaissent la plupart des pays en voie de développement et notamment le Cameroun.

Avec sa projection de 903 000 patients infectés au VIH en décembre 2013, le Cameroun entend placer sous traitement plus de 150 000 patients d'ici fin décembre 2013, sur plus de 320 000 éligibles aux ARV. Ce qui pose avec acuité la problématique de la disponibilité en ARV dont les solutions proposées revêtent simultanément des aspects techniques et financiers. Elles devront intégrer l'amélioration de la contribution du fonds de solidarité en santé, le vote du budget pour l'acquisition des ARV par le parlement camerounais, le plaidoyer en direction des partenaires au développement pour une consolidation de leurs dotations, une minime contribution des patients, ceci dans l'optique de stabiliser et d'augmenter le budget pour l'achat des ARV. Sur le plan technique, l'Etat devrait encourager des initiatives de fabrication locale de médicaments et les missions de supervision du personnel en charge de la coordination de la riposte au VIH (CNLS) devraient être renforcées. Reste entendu que le personnel médical responsable de la dispensation de ces molécules en même temps que les personnes infectées doivent être sensibilisés.

Mots clés : Situation ; Antirétroviraux ; 2013; Douala; Cameroun.

Summary :

Antiretroviral treatment has clearly improved the quality of life of patients infected with human immunodeficiency virus (HIV). The mortality from this infection has fallen by more than 50% since 1996. Following this, the recommendation of the World Health Organization (WHO) since June 2013 states that patients be placed on antiretroviral (ARV) treatment when the CD4 count is less than or equal to 500/mm³. This accentuates the problem of availability of ARVs that most developing countries including Cameroon encounter

With its projection of 903.000 HIV patients in December 2013, Cameroon predicts to place at least 150,000 patients on over 320.000 eligible by the end of December 2013. This difficulty in the availability of ARV, a subject of stock pressure could find solution through several ways

including technical and financial aspects. They should include improving the contribution of health solidarity fund, the budget voted for the purchase of ARVs by the Cameroonian parliament, advocacy towards development partners for consolidating their contributions, a minimal contribution patients, this in view of stabilizing and increasing the budget for the purchase of ARVs. On the technical point of view, the state should encourage initiatives on local drug production and supervisory missions of the staff responsible for coordinating the response to HIV (NACC) should be strengthened. It is well known that the medical staffs responsible for the delivery of these molecules at the same time as the infected people need to be sensitized.

Key words : Situation; Antiretrovirals; 2013; Douala; Cameroon.

I- Introduction

L'avènement des antirétroviraux (ARV) au début des années 90, a révolutionné la riposte à l'infection du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) dans le monde avec notamment la diminution de la mortalité, de la morbidité et l'amélioration de la qualité de vie des patients. Le taux annuel de décès liés au Syndrome de l'Immunodéficience Acquise (SIDA) a baissé de plus de 50% et l'on constate un recul de l'incidence de la tuberculose et d'autres infections opportunistes [1]. Globalement, l'incidence de l'infection à VIH a baissé de 20% environ ces dix dernières années de plus de 25% dans 33 pays, dont 22 sont situés en Afrique subsaharienne. Plus de 14 millions d'années de vie ont été gagnées grâce aux traitements antirétroviraux (TARV) depuis 1996 [1]. Le nombre de personnes ayant accès au traitement a été multiplié par plus de 22 depuis l'an 2001. D'après l'essai contrôlé randomisé (HPTN 052), le risque de transmission diminue de 96% chez les couples séro-discordants quand le partenaire séropositif est sous TARV [2].

En Afrique, 8 à 9 millions de malades éligibles au traitement sous ARV, en restent encore privé [3]. Plusieurs pays en Afrique au dessous du Sahara connaissent des ruptures, ou tout au moins des tensions de stocks d'antirétroviraux de façon permanentes. Dans les pays en voie de développement, la fréquence des ruptures des ARV se présentent comme le « ventre mou » de la lutte contre le VIH/SIDA.

Bien sûr, le Cameroun n'est pas épargné par cette situation. Classé pays à épidémie généralisée par l'Organisation des Nations Unies de lutte contre le SIDA (ONUSIDA), avec une prévalence de 4,3% de la population totale répartie entre 5,6% chez les femmes et 2,9% chez les hommes [4]. Le Cameroun connaît cette année des difficultés caractérisée par des tensions de stocks d'antirétroviraux dans l'ensemble du pays, ceci, malgré son statut de pays prioritaire des programmes de soutien de l'ONUSIDA [5]. Avec une projection de près de 150.000 malades sous traitement sur un total de plus de 320.000 personnes éligibles en fin décembre 2013, le Cameroun est pour l'instant confronté à des contraintes liées à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Le gouvernement came-

rounais annonçait en 2012 des dépenses de 15 milliards de francs CFA pour l'achat de ces médicaments qui font intervenir la mise en ligne de huit protocoles due au fait que ce pays d'Afrique centrale concentre les différents types du VIH 1et 2 et particulièrement le sous type O [5].

Face à cette problématique d'une sensibilité certaine, une analyse de la situation serait susceptible d'ouvrir d'autres horizons, dans une posture de recherche de solutions

II- Rappel des protocoles d'ARV recommandés au Cameroun.

D'un prix mensuel de 600 000 CFA pour un traitement au début des années 2000, les antirétroviraux sont désormais gratuits sur l'ensemble du triangle national depuis mai 2007. Les ARV sont administrés sous forme de génériques en huit protocoles dans 155 centres de traitement agréés sur le territoire national. Leur disponibilité est souvent sujette à caution en raison des tensions de stocks. Dans un souci d'harmonisation de la prise en charge thérapeutique des patients, un guide national en la matière a été édité par les pouvoirs publics. Il tient compte des recommandations « 2010 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) » sur la prise en charge des PVVIH, quoique la directive de juin 2013 de l'OMS prônant pour une mise sous traitement de tout patient présentant un taux de CD4 \leq 500/mm³ n'y est pas encore intégrée [6, 7]. (Tableau I et II)

Tableau I : Protocoles de première ligne recommandés dans les centres de prise en charge des PVVIH adultes au Cameroun.

Protocoles de 1ere ligne
AZT+3TC+NVP/EFV
ABC+3TC+NVP/EFV
AZT + 3TC + ABC (si traitement ANTI TB concomitant)

AZT : Azudovidine 3TC : Lamuvidine ; NVP : Névirapine ; EFV : Effavirenz ; ABC : Abacavir

Tableau II : Protocoles de deuxième ligne recommandés dans les centres de prise en charge des PVVIH adultes au Cameroun.

Protocole	Protocole de 2e ligne recommandé
1ere ligne en échec	2INRT + IIP
2INRT+1INNRT	INRT + IP
1ere ligne contenant AZT	ddI + ABC + LPV/r ou SQR/r ou NFV/r

ddI : Didanosine ; LPV : Lopinavir ; SQR : Saquinavir ; NFV : Nelfinavir ; r : ritonavir ; IP : inhibiteur de la protéase
 INNRT : Inhibiteurs non nucléotidique de la reverse transcriptase ;
 INRT : Inhibiteurs nucléotidique de la reverse transcriptase

III- La problématique des ruptures

a)- le circuit des médicaments ARV

Les commandes des ARV sont transmises à la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments (CENAME) pour achat auprès des fournisseurs le plus souvent étrangers. Une fois les médicaments présents, ils sont livrés à chaque Centrale d'Approvisionnement Pharmaceutique Régionale (CAPR) par la CENAME sur la base d'une commande d'ARV initiée par le Groupe Technique Régional de lutte contre le SIDA (GTR) de la Région concernée. Chaque formation sanitaire peut ainsi s'approvisionner dans sa CAPR sur la base d'une commande dûment validée par le GTR, et qui tient compte de sa file active et des protocoles thérapeutiques qui y sont prescrits. Les Médicaments sont stockés dans un magasin au Centre de Traitement Agréé (CTA) et livrés selon les besoins à l'équipe de prise en charge pour la distribution. Les malades peuvent ainsi être servis.

b)- Les difficultés de quantification des ARV.

Si l'aspect théorique des prévisions en ARV est bien défini depuis les structures de prise en charge jusqu'à la CENAME, la pratique fait le lit de plusieurs formes de difficultés débouchant sur des ruptures ou des tensions des stocks. En effet :

1)-Les données relatives aux files actives ne sont toujours pas disponibles en temps réel, sachant par ailleurs que depuis la décision ministérielle de mai 2007 relative à la gratuité des ARV, toutes les files actives ont une tendance vers la hausse. Tout manquement de données est sujet à une perturbation des provisions d'ARV, affectant tout de suite les différents stocks.

2)- Le maintien de huit protocoles de trithérapie rend certainement difficile la disponibilité sur l'ensemble du territoire national des médicaments. En effet, la satisfaction de toutes les commandes d'ARV est rendue difficile par la multitude des molécules à assurer, ajouter à cela les changements de protocole effectués par les comités thérapeutiques pour de nouveaux patients et parfois même pour des patients déjà enregistrés (certainement pour des raisons cli-

niques), après l'envoi des données statistiques au niveau central.

3)-La mobilité des patients passant d'une structure de prise en charge à une autre pour des raisons diverses perturbe également le management des ARV. Ces « nouveaux patients » dont les statistiques n'ont pas été prises en compte, mais qui doivent impérativement recevoir leurs traitements viennent contribuer à distendre les stocks d'ARV de leur « nouvelle » formation sanitaire.

4)-Les données officielles et récentes font état d'une séroprévalence nationale de 10 à 15% concernant les hépatites [8]. La prise en charge par les ARV est assurée pour ceux ayant le type d'hépatite répondant aux ARV de même type que ceux du VIH. Ces médicaments sont prélevés dans les stocks des pharmacies des centres de prise en charge des PVVIH, mais dont les prévisions ne sont pas faites. Les conséquences sur les tensions de ces stocks sont facilement explicables.

5)- D'après certaines informations actuellement à notre disposition, plusieurs patients sous ARV, pour des raisons non avouées, ne sont pas enregistrés dans les comités thérapeutiques, mais se font servir des médicaments avec la complicité de certains personnels en charge de la dispensation de ces molécules. Cela pose un problème de gestion parallèle des stocks dans les formations sanitaires. Les données sur ce type de malades ne sont pas disponibles et au Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS), on pense que cette forme de dispensation peu orthodoxe, serait l'une des causes majeures des tensions voire même des ruptures d'ARV. Ces malades ne sont aucunement pris en compte par les données statistiques et partant dans les commandes effectuées. Plus grave encore, parce que disposant des faveurs de certains dispensateurs, ils bénéficient de plusieurs mois de traitement à des périodes pendant lesquelles la formation sanitaire connaît des tensions de stock et que la stratégie de management mis en place recommande d'administrer à tout patient quelques jours de traitement, en attendant une éventuelle dotation du CAPR. Ces dysfonctionnements occasionnés plongent la formation sanitaire dans une ruptu-

re de stock d'ARV sans autre forme de procédure. Dans ce chapitre vient se greffer le comportement à déplorer de certains prescripteurs (médecins), qui, usant certainement de l'influence qu'ils exercent sur le personnel « moins gradé » chargé de la dispensation viennent s'approvisionner dans les pharmacies sous prétexte de prendre en charge des patients venant d'autres structures, mais dont les dossiers ont été acceptés au comité thérapeutique du site. Tous ces dysfonctionnements que l'on pourrait qualifier de « technique », singulièrement négligeables, constituent une fois mis ensemble une macro défaillance dont la résultante inéluctable est la tension des stocks largement décrite par les populations.

c)- Les coûts

On ne saurait oublier de mentionner le perpétuel problème d'insuffisance des ressources financières.

En effet, les projections sur le taux de prise en charge de personnes vivantes avec le VIH pour décembre 2013 est de 49%, c'est-à-dire 150.000 patients sous ARV sur un total de 322.000 personnes éligibles. Selon le Ministre de la Santé Publique, "aujourd'hui, les traitements antirétroviraux sous forme générique que nous avons, coûtent entre 7.500 et 10.000 francs CFA au maximum par mois et par individu. Ce qui veut dire qu'en un an, ça représente par individu dans l'ordre de 100.000-120.000 francs CFA [9]. Le coût pour une année de traitement pour les patients légitimement enregistrés est alors vite fait. Pour les 150 000 en patients projection, il faudrait un minimum de 15 milliards de francs CFA pour assurer la disponibilité des ARV au Cameroun. Bien évidemment la mise sous traitement de tous les patients éligibles (322 000) nécessitera plus de 35 milliards CFA. Malgré les efforts manifestement notés des pouvoirs publics et des partenaires, il serait utopique de penser atteindre ce budget, tant il reste vrai que la disponibilité des ARV n'est qu'un des aspects de la riposte à l'infection au VIH. Il serait judicieux de rappeler que, courant 2009, en plus des besoins de traitements mensuels, les structures étaient dotées d'un stock de sécurité conséquent et chaque malade pouvait avoir deux à trois mois de traitement sans aucun risque.

IV- Propositions de solutions et Perspectives

S'il est vrai qu'assurer l'accès aux soins est un devoir régalien de l'Etat, il est désormais davantage admis que la riposte à l'infection au VIH est une question de solidarité. Une solidarité qui interpelle de facto tous les acteurs impliqués dans cette œuvre et qui oblige à des sacrifices. Les solutions au problème de la disponibilité en antirétroviraux passeront certainement aussi bien par une disponibilité permanente et une amélioration de la dotation financière y afférente, par une prise de conscience des uns et des autres que par une innovation des stratégies d'acquisition et de management de ces molécules.

a)- Disponibilité permanente et amélioration de la dotation financière

La problématique des ARV est désormais comme qui dirait « un problème d'Etat » au Cameroun et dans plusieurs autres pays en voie de développement. Il frise un problème de « souveraineté ». Il serait donc judicieux que sa prise en compte relève du parlement camerounais et que le budget alloué à ce problème soit voté directement en ces lieux et ne dépende plus du budget du Ministère de la Santé Publique. Ce qui lui confèrera un caractère permanent et une disponibilité certaine. Parallèlement, un plaidoyer fort devrait être fait à l'endroit des partenaires au développement afin d'améliorer leurs différentes dotations, malgré la crise économique générale qui paralyse les donateurs. Le partenariat avec le secteur privé déjà engrangé par le Ministre de la Santé Publique doit être amélioré. Dans un élan de solidarité nationale, des taxes minimales déjà prélevées sur plusieurs produits de consommation doivent être améliorées. Et si chaque patient payait la modique somme de 12 000 CFA par an ? Cela fera bien près de 2 milliards CFA de contribution par an sur les 15 attendus. On se rapprochera mieux de l'objectif visé. Il nous semble qu'une concertation avec les associations des patients pourrait déboucher sur ce résultat. Toutefois, il faudrait fortement saluer la double réaction, dans un premier temps des pouvoirs publics et de celle des partenaires au développement, intervenues début août 2013, qui ont fait des ajouts budgétaires, respectivement de 5 milliards et 5,2 milliards CFA sur les 9,2 milliards du budget d'investissement déjà exist-

tant pour l'achat des ARV. Le total du budget alloué à l'achat des ARV étant alors pour l'année 2013 de près de 20 milliards CFA, qui augure à des lendemains meilleurs en termes de stocks d'ARV. Au-delà de cette grosse oxygénation, une solution stable et à long terme s'impose.

b)- La prise de conscience des uns et des autres.

Les personnes vivantes avec le VIH sont les premières à être interpellées dans ce chapitre. Principales bénéficiaires des efforts consentis pour l'accès aux soins par les pouvoirs publics, elles devraient contribuer à travers une facilitation des procédures, en se conformant à la réglementation. Les ruptures de médicaments lorsqu'on les vit affectent tous les patients, ceux connus (enregistrés) tout comme ceux tapis dans l'ombre. Ce dernier groupe gagnerait donc à se faire répertorier pour permettre de réaliser des provisions conformes. Il n'est certainement pas nécessaire de faire un rappel à l'ordre au personnel de dispensation impliqué dans ces manœuvres, des responsabilités qui sont les leurs et des conséquences auxquelles ils s'exposent.

c)- Innovation des stratégies d'acquisition des médicaments ARV

Courant 2011, pour pouvoir mieux répondre à ces besoins importants, les autorités camerounaises ont choisi d'encourager les initiatives de production locale de médicaments liés à la pandémie. Le Cameroun entendait ainsi franchir une étape significative dans ses efforts de lutte contre le VIH/SIDA en produisant dès cette année là ses propres médicaments, dans le but de rendre les soins plus accessibles à ses malades. Les premiers médicaments étaient attendus au cours de l'année 2012. Ce type d'initiative serait pourtant la clé au problème de ruptures de médicaments, ou tout au moins permettrait de réduire considérablement son ampleur. Selon Bruno Eto Professeur en sciences du médicament responsable de laboratoire à la Faculté de Médecine Xavier Bichat à Paris en France, Pour fabriquer localement un médicament chimique il faut entre 150 000 et 1,5 millions de dollars US [9]. Tout calcul fait, la fabrication d'une quarantaine de molécules génériques

tournerait donc autour de 4 milliards CFA en tenant compte de l'existence du laboratoire. Si pour une firme pharmaceutique privée, les problèmes de fiscalité et des différentes charges y compris les charges douanières viennent compliquer le processus, pour un éventuel laboratoire étatique, des exonérations de tout genre pourraient alléger et ainsi faciliter ce processus. L'Etat gagnerait certainement à encourager la fabrication de ces médicaments.

Une lueur d'espoir vient certainement aussi du « Traitement 2.0 » qui est une initiative de l'OMS et de l'ONUSIDA qui vise à accélérer la prochaine phase d'extension du traitement de l'infection à VIH en favorisant l'innovation et les gains d'efficacité [10]. Elle aidera les pays à instaurer durablement l'accès universel au traitement et à tirer parti de l'effet préventif du traitement anti-rétroviral (TARV). Elle mènera une action ciblée dans certains domaines prioritaires, garantissant par ailleurs des schémas thérapeutiques d'un comprimé par jour, efficaces, économiquement abordables, administrables à la plupart des populations avec une toxicité ou des interactions médicamenteuses minimales. Les barrières au développement des résistances et surtout la disponibilité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire seront assurées.

Somme toute, toutes ces mesures pour être efficaces, doivent être renforcées par une amélioration des stratégies de contrôle et de management de la dispensation des ARV. Des missions de supervision et d'audit du CNLS doivent être renforcées en direction de toutes les structures intervenant dans la dispensation des ARV, notamment les CAPR et les formations sanitaires.

V- Conclusion

L'avènement des ARV a nettement permis d'améliorer la riposte à l'infection à VIH. Les réponses positives de la mise sous traitements des patients sont de plusieurs ordres. Il est de plus en plus recommandé de mettre les patients infectés par le VIH sous ARV le plus tôt possible. La disponibilité des ARV devait pour cela être assurée. La mise en place d'un fonds de solidarité en santé, le vote du budget pour l'acquisition des ARV par le parlement camerounais, le plaidoyer en direction des partenaires au développe-

ment pour une amélioration de leurs dotations, une minime contribution des PVVIH, sont entre autres des solutions à la stabilisation et l'augmentation du budget pour l'achat des ARV. L'Etat doit également encourager des initiatives de fabrication locale de médicaments.

VI- Références.

1- Organisation des Nations Unies contre le SIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 2012. ONUSIDA, Genève 2012.

2- Eshleman SH, Hudelson SE, Redd AD, Wang L et al. Analysis of genetic linkage of HIV from couples enrolled in the HIV Prevention Trials Network 052 trial. *J Infect Dis.* 2011, 204: 1918-26

3- Fousséno S. AFRIQUE- VIH/SIDA-ARV. Des Progrès notables de puis 2007 sur fonds de rupture de stocks d'ARV. <[http://www.monde.diplomatique.fr/cahier/proche orient/balfour-fr](http://www.monde.diplomatique.fr/cahier/proche_orient/balfour-fr)> (consulté le 07 aout 2013).

4- EDS-MICS 2011 Rapport Préliminaire sur la prévalence du VIH Enquête réalisée par l'Institut National de la Statistique Avec l'appui

technique de MEASURE DHSICF International Février 2012.

5- National AIDS Control Committee. National monitoring policy statement report on HIV/AIDS Cameroon. MINSANTE-NACC, Yaoundé 2012; 39-37.

6- World Health Organization. New HIV recommendations to improve health, reduce infections and save lives. WHO, Geneva 2009.

7- World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. WHO, Geneva June 2013.

8- Ministère de la Santé du Cameroun. Rapport sur les hépatites au Cameroun, journée internationale des hépatites. MINSANTE, Yaoundé 2013.

9- Xinhua. Le Cameroun se lance dans sa production d'ARV.

<[http://www. news.jetcamer.com/index.php](http://www.news.jetcamer.com/index.php). consulté le 11/08/2013

10- World Health Organization. The treatment 2.0 Framework for Action: Catalysing the Next Phase of Treatment, Care and Support. WHO, Geneva 2012.

