



# DOCUMENT DE TRAVAIL DE L'OMS PARTICIPATION FINANCIÈRE DES PATIENTS SUR LE LIEU DE PRESTATION DES TRAITEMENTS ET DES SOINS CONTRE LE VIH/SIDA

DÉCEMBRE 2005

## INTRODUCTION

Le mouvement international visant à élargir l'accès aux traitements antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, qui s'inscrit dans le cadre de la réponse globale à cette pandémie, se fonde à la fois sur le droit de l'être humain à la santé et sur les données démontrant le bénéfice en terme de santé publique. Le coût du traitement reste toutefois un obstacle insurmontable pour un grand nombre de personnes issues de communautés démunies. Même avec des barèmes adaptés, le recouvrement des coûts sur le lieu de prestation des services entraîne vraisemblablement une diminution du recours au traitement antirétroviral, et une moindre adhérence au traitement pour les personnes qui y ont déjà accès. C'est pourquoi il est conseillé aux pays d'adopter une politique de **gratuité d'accès, sur le lieu de prestation du service**, à un « paquet essentiel » de soins et de traitements contre le VIH, incluant le traitement antirétroviral. Cette recommandation se fonde sur les données les plus fiables et les expériences les plus probantes dans les pays. Elle fait partie de l'arsenal exceptionnel qu'il importe de mettre en place pour faire reculer l'épidémie de SIDA.

L'adoption par les dirigeants du G8 en juillet 2005, puis par les Etats membres des Nations Unies en septembre 2005, de l'accès universel aux traitements et aux soins contre le VIH comme objectif pour 2010, impose désormais que les stratégies de financement du secteur de la santé figurent au premier plan des préoccupations internationales. La rapide extension des programmes dans le cadre des efforts déployés pour atteindre l'objectif « 3 millions d'ici 2005 »<sup>1</sup> a mis en évidence le défi de l'équité, notamment pour les populations rurales et marginalisées<sup>2,3,4</sup>. Il apparaît que la participation financière imposée au patient sur le lieu de prestation du service a pour effet « d'institutionnaliser l'exclusion » et compromet les efforts déployés pour assurer un accès universel aux soins de santé<sup>5</sup>. La suppression de cette participation exige toutefois que l'on examine attentivement, et sans tarder, les stratégies de financement à long terme du système de santé, aux niveaux national et international.

## L'ACCÈS UNIVERSEL AUX TRAITEMENTS ET AUX SOINS CONTRE LE VIH : UN OBJECTIF PRIORITAIRE DE SANTÉ PUBLIQUE

L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » était inspirée d'un fort consensus international, selon lequel l'accès universel aux traitements antirétroviraux et aux soins constitue un impératif éthique. Avec l'expansion continue des programmes de traitements et de soins dans les pays à ressources limitées, l'accessibilité de ces programmes apparaît comme une nécessité, tant pour promouvoir la santé publique que pour protéger le développement économique et social.

*Economies en termes de dépenses publiques.* Les pays industrialisés qui garantissent un accès universel aux traitements et aux soins ont enregistré une baisse considérable de la mortalité et de la morbidité liées au SIDA. La diminution de la charge financière qui pèse sur les établissements de soins (coûts médicaux directs<sup>6,7</sup>) peut ainsi permettre aux finances publiques de réaliser d'importantes économies nettes. Au Brésil, pays à revenu intermédiaire qui garantit

depuis 1996 un accès gratuit et universel aux traitements antirétroviraux, les économies réalisées sur les dépenses publiques de santé dans le cadre du programme national sont estimées à 1,1 milliard de dollars (200 millions de dollars nets) sur la période 1997-2001<sup>8</sup>. Faire en sorte que tous les membres de la communauté puissent accéder aux traitements et aux soins contre le VIH constitue manifestement un investissement rentable sur le plan économique.

*Santé publique.* Le traitement antirétroviral est accessible depuis trop peu de temps dans les pays les plus pauvres et les plus affectés pour que l'on puisse évaluer la relation entre le taux de couverture en traitement et l'épidémiologie du VIH. Cependant, l'expérience récente des pays développés conforte l'hypothèse selon laquelle un accès universel peut présenter d'importants bénéfices pour la santé de la population. A Taiwan (Chine), la mise en œuvre, en 1997, d'une politique garantissant l'accès universel aux traitements antirétroviraux s'est traduite par une baisse de plus de 50% du taux de transmission du VIH<sup>9</sup>. En l'occurrence, une large disponibilité du traitement a modifié l'évolution de l'épidémie. Par ailleurs, le fait de faciliter l'accès au traitement permet de prévenir l'apparition de la pharmacorésistance qui peut résulter d'une mauvaise adhérence au traitement.

*Développement.* Selon les derniers modèles macroéconomiques, le SIDA pourrait, à long terme, avoir pour les économies nationales des conséquences beaucoup plus graves que celles envisagées par les analyses antérieures.<sup>10,11</sup> Selon ces modèles, l'incapacité à mettre en œuvre une réponse globale peut provoquer une dégradation du capital humain telle, qu'elle pourrait déboucher, en l'espace de quelques générations, sur l'effondrement progressif de l'économie. Les économistes s'accordent aujourd'hui à penser que les conséquences macroéconomiques du SIDA vont augmenter de manière considérable dans les pays les plus durement touchés. La préservation du capital social et de la main-d'œuvre productive constituant pour une économie un gain net, une planification économique rationnelle au niveau national se doit donc impérativement de lever tous les obstacles qui freinent l'accès aux traitements.

*Cohésion sociale.* Un accès universel aux traitements peut également contribuer au maintien de la cohésion sociale dans les endroits les plus touchés. On sait depuis longtemps que le phénomène de stigmatisation lié au VIH/SIDA est un obstacle majeur à l'efficacité des mesures de santé publique. La peur d'être rejeté ou maltraité dissuade en effet de nombreuses personnes de faire un test de dépistage, et à plus forte raison de commencer un traitement. Dans les contextes à très forte incidence, la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA peut également avoir un coût économique très élevé et mettre à mal la cohésion sociale. Elle aggrave l'exclusion dont souffrent déjà les groupes vulnérables, en particulier les femmes et les jeunes filles.

Il est généralement admis que «redonner l'espoir à travers... la dispensation du traitement antirétroviral à toutes les personnes éligibles sur le plan médical» est une composante essentielle de toute intervention globale contre le SIDA<sup>12</sup>. En supprimant l'un des fondements de l'exclusion et de la peur dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH, la mise à disposition du traitement peut faire reculer sensiblement la stigmatisation et ses effets négatifs. Toutefois, un accès inéquitable aux traitements et aux soins contre le VIH agit comme un révélateur des inégalités entre classes sociales et entre hommes et femmes, et peut ainsi aggraver la stigmatisation. Vaincre la stigmatisation constitue un autre argument de poids pour faire de l'accès universel un principe fondamental en matière de traitements, de soins et de prévention.

## UN DÉFI À RELEVER : ASSURER UN ACCÈS UNIVERSEL AUX TRAITEMENTS ET AUX SOINS CONTRE LE VIH

Même en réduisant sensiblement le prix des médicaments, le traitement antirétroviral reste très coûteux et représente, lorsque tous les coûts associés au traitement sont pris en compte, une dépense plusieurs fois supérieure au revenu moyen par habitant. La pérennité à long terme des programmes est donc devenue un enjeu essentiel. Le patient doit pouvoir bénéficier du traitement antirétroviral pendant toute sa vie, il importe donc, tant pour des raisons d'ordre clinique et éthique que pour des considérations de santé publique, que les interventions de santé puissent bénéficier d'un financement adéquat et régulier.

Au cours des vingt dernières années, la participation du patient aux dépenses ou le co-paiement par l'utilisateur sont devenus deux caractéristiques de plus en plus courantes du financement du système de santé, en particulier à l'échelon local ou au niveau du district.<sup>13,14,15</sup>

Si les sommes recueillies auprès des bénéficiaires ne représentent pas un montant très important en termes absolus, elles jouent cependant, du fait de la décentralisation du secteur public, un rôle important tant pour la solvabilité des services de santé locaux ou de district que pour la motivation du personnel – eu égard en particulier au budget alloué aux ressources humaines.<sup>16,17,18</sup> Supprimer la participation du patient sans faire le nécessaire pour amortir la perte de recettes qui en découle peut de ce fait se révéler contre-productif. Cette perte pourrait soit être reportée sur d'autres services de soins, soit être récupérée, de façon informelle, par les prestataires des services.<sup>19,20</sup>

Il importe par ailleurs, si l'on tient à ce que les interventions de traitements et de soins contre le SIDA aient un quelconque impact, que les personnes vivant avec le VIH puissent effectivement accéder à ces services. Si la participation financière exigée constitue pour le patient un obstacle insurmontable, l'impact négatif sur l'économie concernée peut être considérable, car la dégradation de l'état de santé entraîne la population dans la pauvreté ou l'empêche d'en sortir. Même si telle ou telle personne est en mesure de financer son traitement, des dépenses élevées peuvent avoir pour les ménages de graves répercussions économiques. S'agissant du financement des traitements antirétroviraux, l'un des principaux enjeux consiste à s'assurer que l'élargissement de l'accès au traitement n'entraîne pas de charge financière excessive pour les personnes concernées ni pour celles qui en dépendent.

Parvenir à équilibrer les priorités, apparemment contradictoires de la pérennité et de l'accès constitue un défi majeur pour les décideurs publics et les responsables de programmes. C'est ainsi que de nombreux pays à prévalence du VIH élevée, peu confiants quant à la pérennité de l'appui à long terme des donateurs, et quant à la capacité d'assurer gratuitement la fourniture des services avec leurs propres ressources, ont été amenés à imposer des politiques de recouvrement des coûts.

## GRATUITÉ DES TRAITEMENTS ET DES SOINS CONTRE LE VIH SUR LE LIEU DE PRESTATION DES SERVICES : UNE NÉCESSITÉ CLINIQUE ET PROGRAMMATIQUE

Lorsque les ressources locales sont limitées, la part de gains que l'on peut escompter, par rapport à l'ensemble des dépenses engagées, de la contribution des bénéficiaires, est relativement modeste; si l'on ajoute à cela des coûts de transaction élevés ainsi que l'important investissement en temps que représente pour le personnel le travail d'évaluation de la solvabilité des patients, on peut conclure que ces mécanismes ne peuvent pas véritablement contribuer à assurer la viabilité financière des programmes dans les sites où les traitements antirétroviraux sont le plus indispensables. Au cours des dernières années, de nombreux établissements de soins ont du dépendre de la contribution des patients pour pouvoir payer leur personnel et couvrir leurs coûts de fonctionnement. Cependant, les modèles qui préconisent la participation financière des bénéficiaires d'un traitement antirétroviral soulèvent de sérieuses préoccupations, d'ordre clinique mais aussi en matière de santé publique, qui donnent à penser que le système de recouvrement des coûts est très mal adapté au contexte social dans lequel s'inscrit la pandémie de VIH. Il serait donc nécessaire d'augmenter les salaires et d'améliorer les conditions

de travail grâce à des systèmes de financement qui ne reposent pas sur la participation financière des patients sur le lieu de prestation des services.

Généralement, lorsque la fourniture d'un traitement antirétroviral est assurée par le secteur public, le montant de la participation financière exigée du patient s'évalue selon un barème dégressif qui s'efforce de tenir compte de la situation financière de l'intéressé. Mais dans les milieux où le revenu moyen est nettement inférieur au seuil de pauvreté absolue, il est peu vraisemblable que ce type d'estimation de la solvabilité, qui opère sur la base de variations minimales du niveau de subsistance, puisse véritablement contribuer à lever les barrières à l'accès au traitement. Les pays qui imposent aux utilisateurs de financer une partie du coût du traitement antirétroviral ont souvent constaté que les méthodes d'évaluation de la solvabilité sont inadéquates, ce qui compromet gravement l'efficacité des programmes.

Le coût est le facteur le plus fréquemment évoqué pour expliquer l'échec en terme d'adhérence. Dans le cadre du programme mis en œuvre au Sénégal (l'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux), qui a fait l'objet d'une évaluation détaillée, le niveau des prix a été établi en fonction de sept catégories de revenus. Outre le fait que le système d'exemption a été compromis par des problèmes liés à la procédure de sélection, la majorité de ceux qui ont renoncé au traitement ont fait valoir que c'était à cause de son coût rétroviral<sup>21</sup>, aussi modeste qu'il ait pu être la contribution que l'on exigeait d'eux pour le financement des médicaments. Ce résultat confirme ce qui a pu être observé dans le cadre d'autres interventions sanitaires spécifiques, tout particulièrement celles qui concernent la tuberculose, domaine dans lequel la suppression progressive de la participation financière du patient a également été fortement recommandée<sup>22</sup>.

Les données de l'Ouganda<sup>23</sup>, du Nigéria<sup>24</sup>, du Botswana<sup>25,26</sup> et de la Côte d'Ivoire<sup>27,28</sup> confirment ce que l'expérience sénégalaise nous a appris sur le lien entre le coût pour l'usager et l'adhérence au traitement. Dans chaque cas, les mécanismes de subvention et d'exemption se sont révélés inappropriés et ont compromis l'adhérence chez les personnes en cours de traitement. Après épuisement de leurs ressources, beaucoup de patients ont déclaré que l'évaluation initiale de leur capacité financière avait été beaucoup trop optimiste.

En décembre 2003, soit au moment du lancement de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », le Sénégal a annoncé qu'il renonçait à adapter la participation financière du patient aux revenus de ce dernier, et qu'il fournirait désormais le traitement gratuitement, dans le cadre d'un vaste programme public. De nombreux pays, dont la Zambie, la Tanzanie et l'Éthiopie, ont adopté la même solution.

## PÉRÉNNITÉ DE LA GRATUITÉ DES TRAITEMENTS ET DES SOINS CONTRE LE VIH SUR LE LIEU DE PRESTATION DU SERVICE

Les données disponibles montrent à l'évidence que, même lorsqu'on évalue la solvabilité des intéressés, la participation aux frais exigée de ces derniers sur le lieu de prestation du service restreint l'accès des plus démunis aux traitements et aux soins et fait obstacle à l'adhérence durable au traitement. De nombreux pays en proie à des difficultés financières estiment cependant qu'il est difficile d'abolir ce système. C'est la raison pour laquelle il est impératif que les donateurs internationaux et les agences techniques comme l'OMS contribuent

à résoudre ce dilemme, faute de quoi les deux principales missions de l'OMS – à savoir fournir une assistance technique lorsque des impératifs médicaux ou de santé publique l'exigent, et promouvoir des systèmes de santé véritablement fiables, équitables, efficaces et de qualité – risquent de perdre tout leur sens.

Un défi majeur que doivent relever l'OMS et l'ensemble de la communauté internationale est d'aider les pays et les partenaires à développer des alternatives accessibles à court terme au système de recouvrement des coûts et à mettre en place des systèmes durables de financement du secteur de la santé. Un autre défi consiste à convaincre les grandes agences internationales qu'il est possible d'injecter des fonds importants dans le secteur de la santé, en particulier pour la lutte contre le SIDA, afin de réduire les distorsions économiques ou systémiques, susceptibles d'affecter de manière disproportionnée les plus démunis.

Une solution prometteuse au plan national consisterait à adopter des stratégies de partage des risques permettant de répercuter sur l'ensemble de la population les coûts engagés sur le lieu de prestation des services, et qui pourraient par exemple se concrétiser par la mise en place de systèmes de prépaiement indexés sur la solvabilité des intéressés. Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2005<sup>29</sup>, les 192 pays membres ont approuvé l'adoption de stratégies de ce type. L'OMS est déterminée à aider les pays à choisir les modèles appropriés, à les mettre en œuvre, et à contrôler leur impact sur le financement des programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

Reste que les solutions purement nationales ne suffisent pas à régler le problème. Dans nombre de pays confrontés à d'importantes difficultés, il faudra jusqu'à nouvel ordre compter sur un financement extérieur pour assurer de manière durable la fourniture de traitements et de soins contre le VIH. S'agissant de la mise en œuvre des mesures de lutte contre le VIH/SIDA, toute approche de la question de la pérennité qui ne tiendrait compte que des ressources nationales et locales, serait illusoire et potentiellement dangereuse. Face à une pandémie qui se joue des frontières, il faut, à des modèles de pérennité à caractère strictement national, substituer une approche de portée mondiale.

Les mécanismes durables de financement proposés pour aider les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires, doivent être promus car ils permettront d'assurer à long terme le financement des programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Il faut toutefois veiller à ce que les ressources externes soient utilisées de manière à renforcer durablement la mise en place des systèmes de santé. Il importe, à cette fin, de mettre au point les outils analytiques et les cadres d'évaluation susceptibles d'aider les pays à mettre en place leur propre infrastructure de financement de la santé.

Les plus hautes instances internationales déploient depuis deux ans des efforts sans précédent pour vaincre la pandémie de VIH. Pour prévenir les terribles répercussions sociales, macroéconomiques et politiques du SIDA, la réponse doit être basée sur les services et sur les besoins du patient. Si l'introduction de la gratuité des soins doit se faire avec prudence, de manière à réduire autant que possible tout impact négatif sur les systèmes de santé, il a été démontré que le co-paiement par le patient constitue une solution inadéquate dans le cadre des programmes de traitements et de soins contre le VIH/SIDA, qui peut avoir de graves conséquences sur le plan de la santé, sans par ailleurs contribuer en quoi que ce soit à la pérennité des programmes.

## ACTIVITÉS DE L'OMS DESTINÉES À PROMOUVOIR LA GRATUITÉ DE L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS ET AUX SOINS SUR LE LIEU DE PRESTATION DU SERVICE

- ▶ Examiner, suivre, évaluer et rendre compte de l'ensemble des politiques et stratégies nationales de financement, en particulier celles qui prévoient la participation financière des patients sur le lieu de prestation du service.
- ▶ Elaborer l'argumentaire pour la gratuité des traitements et des soins sur le lieu de prestation du service.
- ▶ Examiner les conséquences éventuelles d'une telle politique sur la santé publique, l'équité, le système de santé et la planification budgétaire, en tenant compte également du problème de l'imputation des coûts à d'autres services de santé.
- ▶ Coordonner, aux niveaux national et international, l'élaboration et l'évaluation de modèles de mécanismes de financement compatibles avec l'accès gratuit aux traitements et aux soins sur le lieu de prestation du service.
- ▶ Proposer un appui technique adéquat aux pays qui mettent en œuvre des politiques de gratuité d'accès ou qui envisagent de le faire.
- ▶ Utiliser les différents forums nationaux, régionaux et internationaux qui s'y prêtent pour orienter le débat sur a) les politiques adaptées à la distribution d'un «paquet» d'interventions dans le domaine du VIH (traitements, soins et prévention); b) les procédures d'évaluation et de décision destinées aux responsables des pouvoirs publics, des donateurs et de la société civile; c) les autres stratégies de financement envisageables.
- ▶ Documenter les expériences de suppression progressive du système de co-paiement par l'usager pour le traitement et les soins de l'infection par le VIH.

## PRINCIPES POUR LE FINANCEMENT DU PASSAGE À L'ÉCHELLE DES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX

- ▶ Parce que la pandémie de SIDA est un fléau d'une ampleur sans égale dans l'histoire, qui déborde les frontières des Etats, et qui peut compromettre totalement le développement économique et social des pays les plus touchés, les contraintes liées au financement ne doivent pas constituer un obstacle à l'accès au traitement pour ceux qui en ont besoin.
- ▶ Pour parvenir à assurer un accès universel et durable, les traitements et les soins contre le VIH devraient être proposés gratuitement sur le lieu de prestation du service.
- ▶ Des stratégies alternatives de financement susceptibles d'assurer un accès durable et universel aux traitements et aux soins contre le VIH, doivent être utilisées. Il importe que l'élaboration et la mise en œuvre de ces stratégies soient considérées comme des objectifs prioritaires par les décideurs, aux niveaux national et international.
- ▶ Equité, qualité, efficacité et pérennité sont des notions solides, qu'il ne faut pas dissocier lors du passage à l'échelle.

## RÉFÉRENCES

1. Il est ici fait référence à l'initiative lancée par l'OMS et l'ONUSIDA et visant à obtenir que, à la fin de 2005, trois millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays en développement puissent bénéficier d'un traitement antirétroviral.
2. Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA. Orientations sur l'éthique et l'accès équitable au traitement et aux soins liés au VIH. Genève: OMS, 2004.
3. Wilson DP, Blower SM. Designing Equitable Antiretroviral Allocation Strategies in Resource-Constrained Countries, *PLoS Medicine*, févr. 2005; 2(2): e 50.

4. Scott VE, Chopra M, Conrad L, Ntuli A. How equitable is the scaling up of HIV service provision in South Africa? *SAfr Med J*, févr. 2005; 95(2): 109-13.
5. Organisation mondiale de la Santé. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant: rapport sur la santé dans le monde 2005. Genève: OMS, 2005.
6. Bastos FI, Kerrigan D, Malta M, et al. Treatment for HIV/AIDS in Brazil: Strengths, challenges, and opportunities for Operations Research. *AIDScience (Science knowledge environment)* 2001; 1 (15).
7. Remien RH, Bastos FI, Berkman A et al. Universal Access to Antiretroviral Therapy May be the best Approach To "Do no Harm" In Developing Countries: The Brazilian Experience. *AIDS*, 28 mars 2003; 17(5): 786-787.
8. Ministère de la Santé du Brésil. Politique nationale de lutte contre le sida. Brasilia, 2002.
9. Chi-Tai F, Hsu-Mei H, Shiing-Jer T, et al. Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan. *JID* 2004; 190: 879-85.
10. Clive Bell, Shantayanan Devarajan et Hans Gersbach, "Thinking about the Long-Run Economic Cost of AIDS" In: *The Macroeconomics of HIV/AIDS*, ed. Markus Haacker, Washington, D.C: FMI, 2004.
11. Ventelou B, Drouhin N, Touzé. AIDS and Economic Growth in Africa. In: *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS treatment: issues and challenges*, document publié sous la direction de Moatti JP, Souteyrand Y et al. Editions ANRS, Paris, 2003.
12. Etats-Unis, Office of the Global Aids Coordinator. *The President's Emergency Plan for AIDS Relief: 5-year Global HIV/AIDS Strategy*. Washington, D.C: OGAC, février 2004. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.state.gov/documents/organization/29831.pdf>.
13. Organisation mondiale de la Santé. Evaluation des récentes réformes opérées dans le financement des services de santé. Série de rapports techniques n° 829. Genève: OMS, 1993.
14. McPake B. User Charges for Health Services in Developing Countries: A Review of the Economic Literature. *Social Science and Medicine*, 1993; 37: 369-83.
15. Nolan B, Turbat V. Cost recovery in Public Health Services in Sub-Saharan Africa. Washington: Institut de développement économique de la Banque mondiale, 1995.
16. Killingsworth JR, Hossain N, Hedrick-Wong Y, et al. Unofficial fees in Bangladesh: Price, Equity and Institutional Issues. *Health Policy and Planning*, 1999; 14 (2):152-63.
17. Thomas S, Killingsworth JR, Acharya S. User Fees, Self-Selection and the Poor in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 1998; 13 (1):50-58.
18. Shuler SR, Khairul Islam M. Reconciling Cost Recovery With Health Equity Concerns In a Context of Gender Inequality and Poverty: Findings From a New Family Health Initiative in Bangladesh. *International family Planning Perspectives*, décembre 2002, 28 (4): 196-204.
19. Willis CY. Means testing in cost recovery of health services in developing countries. Phase 1: review of Concepts and Literature and Preliminary Field Work Design. Health Financing and Sustainability Project Major Applied research Paper n° 7. Bethesda, Md: Abt Associates, novembre 1993.
20. Okuonzi SA. Learning from failed health reform in Uganda. *BMJ*, 13 nov. 2004; 329 (7475): 1173-5.
21. Lanièce J, Mounirou C, Desclaux A et al. Adherence to HAART and Its Principal Determinants in a Cohort of Senegalese Adults. *AIDS* 2003; 17 (suppl. 3): S103-S108.
22. Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2003 des prescriptions en matière de tuberculose. OMS, 2003. Disponible à l'adresse suivante: [http://www.who.int/tb/publications/advocacy\\_report\\_2003/en/](http://www.who.int/tb/publications/advocacy_report_2003/en/).
23. Byakika-Tusime J, Oyugi JH, Tumwirikize WA, Katabira ET, Mugenyi PN, Bangsberg DR. Adherence to HIV antiretroviral therapy in HIV+ Ugandan patients purchasing therapy. *International J STD& AIDS* 2005; 16: 38-41.
24. Adherence Pattern tu ARV Drugs Among AIDS Patients On Self-Purchased Drugs and Those on Free Medications in Sagamu, Nigéria, document présenté lors de la 15e conférence internationale sur le Sida (Bangkok, 12-16 juillet 2004). Résumé n° WePeB5768.
25. Weiser S, Wolfe W, Bangsberg D et al. Barriers To Antiretroviral Adherence for Patients Living With HIV Infection and AIDS in Botswana. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 1er nov. 2003; 34(3): 281-288.
26. Nwokike JI. Baseline Data and Predictors of Adherence to Antiretroviral therapy in Maun General Hospital (MGH), Maun, Botswana. *Intivarl Therapy* 2003; 8 (Suppl 1): S 936.
27. Laguide R, Elengua N, Fassinou P. Direct costs of medical care for HIV-Infected Children Before and During HAART in Abidjan, Côte d'Ivoire, 2002-2002. In: *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in developing Countries. Issues and challenges*. Ouvrage publié sous la direction de Moatti J-P, Coriat B, Souteyrand Y et al. Paris, éditions ANRS, 2003: 311-327.
28. Delaunay K, Vidal L, Mselatti O, Moatti J-P. La mise sous traitement antirétroviral dans l'initiative: l'explicite et l'implicite d'un processus de sélection. In: *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire*. Document publié sous la direction de Mselatti P, Vidal L, Moatti J-P. Paris, ANRS, 2001: 87-113.
29. Organisation mondiale de la Santé. Conseil exécutif. Cent quinzième session. Systèmes de sécurité sociale. Rapport du secrétariat (document EB 115/8, 2 décembre 2004).