

Utilisation des factures des médicaments antirétroviraux pour le suivi d'un programme de traitement. Exemple à Abidjan, Côte-d'Ivoire.

M. Coulibaly, K. Laymond, J. E. Malkin, C. Léger & J.-L. Rey

ESTHER « Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau » ; 36, rue de Charenton, 75015 Paris. E-mail : jean-loup.rey@esther.fr

Courte note n° 2758. "Santé publique". Reçue le 6 janvier 2005. Acceptée le 2 novembre 2005.

Summary: Use of antiretroviral drugs invoices for the follow-up of a treatment programme. Example in Abidjan, Côte d'Ivoire.

A retrospective analysis of the prescriptions of the ARV treatment programme in Abidjan, Côte-d'Ivoire enabled the authors to assess the collected anonymous information in order to evaluate the efficacy of the programme.

This collection of information helps to supervise each center at a lower cost, to alert on some working problems and to follow the quality of the observance. This supervision is possible regardless of the health care places, it can be carried out systematically from the administrative or financial services.

In this study, this follow-up reveals some problems.

**prescription
programme evaluation
antiretroviral treatment
compliance
Abidjan
Côte-d'Ivoire
Sub-Saharan Africa**

**ordonnance
suivi programme
traitement antirétroviral
observance
Abidjan
Côte-d'Ivoire
Afrique intertropicale**

Le Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI) a apporté, à partir de 1999, son appui à l'initiative ivoirienne d'accès aux antirétroviraux (ARV) en finançant 80 % de la part due par les malades pour l'achat de leurs ARV, soit 20 % du coût total. Ce volet financier a permis de décaisser entre 1999 et 2003 un million d'euros versés à la pharmacie de santé publique (PSP). Le complément des coûts du traitement était pris en charge par le gouvernement de Côte-d'Ivoire.

Méthode

Chaque mois, lorsque le malade quittait le médecin avec une ordonnance d'ARV, il se rendait à la pharmacie du centre qui lui dispensait ses médicaments. Une copie de l'ordonnance visée par le pharmacien était alors retournée au responsable du programme qui contrôlait et engageait la dépense en faveur de la PSP, chargée de centraliser la gestion de tous les ARV pour les différents centres.

Nous avons repris les tableaux de facturation établie par la PSP, visés par le responsable du programme FSTI et qui constituaient les justificatifs pour le remboursement des dépenses d'ARV engagées par la PSP. Chaque ligne, correspondant à une dispensation d'ARV, portait le numéro de code du malade et le libellé de l'ordonnance (date, nature des médicaments et durée de la prescription). Un tableur a permis de regrouper toutes les factures d'un même malade dans un fichier. Nous

avons considéré que la première facture correspondait à l'inclusion. Il a été possible de calculer pour chaque patient deux durées : la durée A qui est la différence entre les dates de la dernière et de la première ordonnance et la durée B qui est la différence entre la date du 31 décembre 2001 (fin de l'étude) et la date de la première ordonnance.

Les trois principaux centres de traitement agréés ont été inclus dans l'étude : le centre antituberculeux d'Adjamé (CAT), le service de maladies infectieuses (SMIT) et l'unité de soins, accueil et conseils (USAC), tous les deux situés dans le CHU de Treichville.

Résultats

Suivi des visites

Tableau I.

Suivi des rendez vous des patients pris en charge par le FSTI entre juin 1999 et décembre 2001 à Abidjan.

Follow-up of the patients' appointments taken in charge by the FSTI between June 1999 and December 2001 in Abidjan

	CAT	SMIT	USAC	total
nb de patients	112	334	514	960
nb de patients venus une seule fois	23	93	162	278
%	21	28	32	29
durée A (moyenne en mois)	17	8	10	12
durée B (moyenne en mois)	21	16	10	16
taux de suivi	0,6	0,5	0,7	0,6

Environ 29 % des patients s'inscrivent dans un centre une fois, reçoivent leurs médicaments pour un mois et ne reviennent jamais dans le même centre. Ce taux de perdus de vue à l'issue de la première prescription varie selon les centres de 20,5 à 31,5 % ($p = 0,06$).

Tous les résultats qui suivent ne concernent que les patients suivis sur une durée supérieure à un mois.

Le taux de suivi qui est le rapport entre la durée A (suivi réellement effectué) et la durée B (durée prévue du traitement subventionné par le FSTI) varie selon le centre de 0,48 à 0,65 ($p = 0,03$).

Taux de dispensation

Les données recueillies ont permis également de suivre la dispensation des ARV en examinant la posologie et la durée de traitement des ordonnances servies (tableau II).

Tableau II.

Suivi des ordonnances servies par les centres de traitement à Abidjan de juin 1999 à décembre 2001.

Follow-up of the prescriptions made out by the treatment centers in Abidjan from June 1999 to December 2001

	CAT	SMIT	USAC	total
taux de dispensation	0,77	0,83	0,90	0,83
nb moyen d'ordonnances pour une durée > 1 mois	0,21	0,64	0,46	0,44
dont injustifiées (moyenne)	0	0,44	0,40	0,28

Le taux de dispensation est le rapport entre le nombre moyen d'ordonnances servies sur le nombre moyen d'ordonnances prescrites. La différence entre les deux chiffres peut s'expliquer par le fait que certains malades ne vont pas prendre leurs ARV à la pharmacie du centre à l'issue de la consultation chez le médecin. Il ne varie pas significativement selon les centres ($p = 0,06$).

Surdélivrance

L'analyse des durées de prescription de chaque ordonnance, théoriquement établie pour un mois, a permis de mettre en évidence un effet pervers. En effet, à la demande de certains patients, en cas de voyage à venir par exemple, des ordonnances pour deux ou trois mois sont prescrites. Cette pratique, nécessaire pour simplifier la vie du patient, pose problème puisque la moitié de ces ordonnances environ se révèle injustifiée, c'est-à-dire que le patient revient néanmoins le mois suivant en disant qu'il n'a plus de comprimés. Cet indicateur varie selon les centres ($p = 0,02$).

Coûts

Une analyse plus précise pour le mois d'octobre 2001 a montré des différences significatives ($p = 0,03$) entre les coûts moyens d'une ordonnance selon les centres de 190 à 240 euros. La différence peut s'expliquer par une prescription plus fréquente d'un inhibiteur de protéase qui ne fait pas partie des ARV

fournis à prix négociés par les laboratoires pour le programme ACCESS avec ONUSIDA.

Conclusion

Cette étude s'est déroulée dans des conditions minimales de terrain, elle répond partiellement aux interrogations de l'OMS/ONUSIDA sur la poursuite des traitements à 6, 12 et 24 mois (2). Les résultats concernant la régularité, donc partiellement l'observance, diffèrent des données recueillies dans le cadre d'études contrôlées dont les résultats sont difficilement extrapolables car obtenus dans des conditions de suivi et accompagnement plus favorables (1, 3).

Au total, quand les factures ou les ordonnances sont disponibles, cette méthode simple de supervision se révèle efficace puisqu'elle permet de mettre en évidence des différences significatives entre les centres. Les causes de ces différences doivent ensuite être étudiées avec des méthodes spécifiques.

Globalement, il apparaît que les perdus de vue au premier mois sont nombreux et doivent faire l'objet d'efforts importants et spécifiques pour prévenir ce nomadisme préjudiciable à une bonne observance. Cette recommandation reste valable même si certains de ces malades ont pu s'inscrire dans un autre centre le mois suivant.

Chaque centre obtient des scores différents sans parallélisme des divers scores pour un même centre : par exemple, l'USAC a un fort taux de perdus de vue au premier mois et, par contre, des taux élevés de suivi des rendez vous et de dispensation. Ces observations devraient permettre d'identifier les handicaps de chaque centre et de trouver les moyens d'y remédier.

Il s'avère nécessaire d'utiliser avec précaution des durées d'ordonnances supérieures à un mois, ou à la durée prévue initialement entre les visites, car cela apparaît comme un facteur de gaspillage non négligeable.

Ces constats gagneraient à être explorés par des études complémentaires en sciences humaines pour approfondir les raisons de ce nomadisme ou de la mauvaise utilisation des ordonnances.

Références bibliographiques

1. LAURENT C, DIAKHATE N, NGOM GUEYE NF *et al.* – The Senegalese government's highly active antiretroviral therapy initiative: an 18 month follow up study. *AIDS*, 2002, **16**, 1363-1370.
2. OMS – Programmes nationaux de lutte contre le SIDA. *Guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des traitements antirétroviraux*. Genève, 2005.
3. ORRELL C, BANGSBERG DR, BADRI M & WOOD R. – Adherence is not a barrier to successful antiretroviral therapy in South Africa. *AIDS*, 2003, **17**, 1369-1375.