

DR CT TAGNY

DONS DE COMPENSATIONS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

18/11/2011

Claude Tayou Tagny
SAFHEMA_Bamako_Novembre 2011

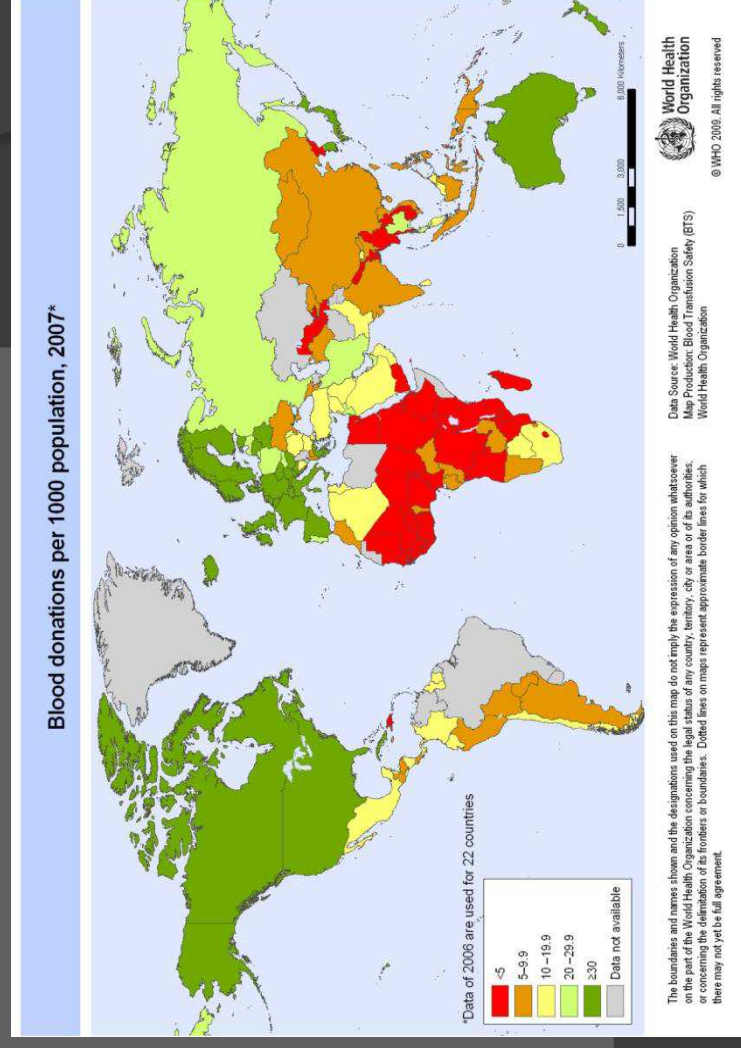
CONTEXTE DE L'APPROVISIONNEMENT EN ASS

- 855 millions d'habitants , 54 pays
- Trois modes d'approvisionnement:
 - DVNR, DF/DC/DR, DRém.
- Trois modèles: Centralisé, Décentralisé, Hybrides
- Deux difficultés majeures:
 - Besoins quantitatifs importants/
Approvisionnement limité
 - Inadéquation qualitative/Difficulté de
préparation des PSL



CONTEXTE DE L'APPROVISIONNEMENT EN ASS BESOINS QUANTITATIFS

- **Besoins (OMS,2007):**
 - 8 millions
 - 10-20 ‰
- **Offre :**
 - 3,2 millions
 - 0,39 ‰ en Ethiopie
 - 34,7 ‰ à l'île Maurice



CONTEXTE DE L'APPROVISIONNEMENT EN ASS BESOINS QUALITATIFS

- **Sang total:** plus de 50% des produits sanguins dans plus de 80% des pays (OMS,2007)
- **Plaquettes:** 1 pays sur 3 ne prépare pas les plaquettes
- **2009:** Etude dans 7 pays d'Afrique Francophone):

TABLE 5. Component production at the seven centers (%)

| Component | Cameroon | Mali | Niger | Rwanda | Ivory Coast | Congo | Burkina Faso |
|---------------------------|------------|------------|----------|----------|-------------|-------|--------------|
| Whole blood | 85.1 | 87.5 | 60 | 2 | >50 | 100 | 14.5 |
| RBCs (mean volume, mL) | 14.9 (220) | 10.7 (200) | 40 (200) | 98 (200) | <50 (200) | 0 | 75.8 (232) |
| Standard PLT concentrates | 2.4 | 1.3* | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.5 |
| FFP | 3.1 | 0.5 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0.3 |

* PLT-rich plasma.

CONTEXTE DE L'APPROVISIONNEMENT EN ASS

LES RAISONS DE LA FAIBLESSE DU DON

18/11/2011

Claude Tayou Tagny
SAFHEMA_Bamako_Novembre 2011

TYPES DE DONS EN AFRIQUE FRANCOPHONE (GRTAF, 2011: 366.924 donateurs dans 28 centres)

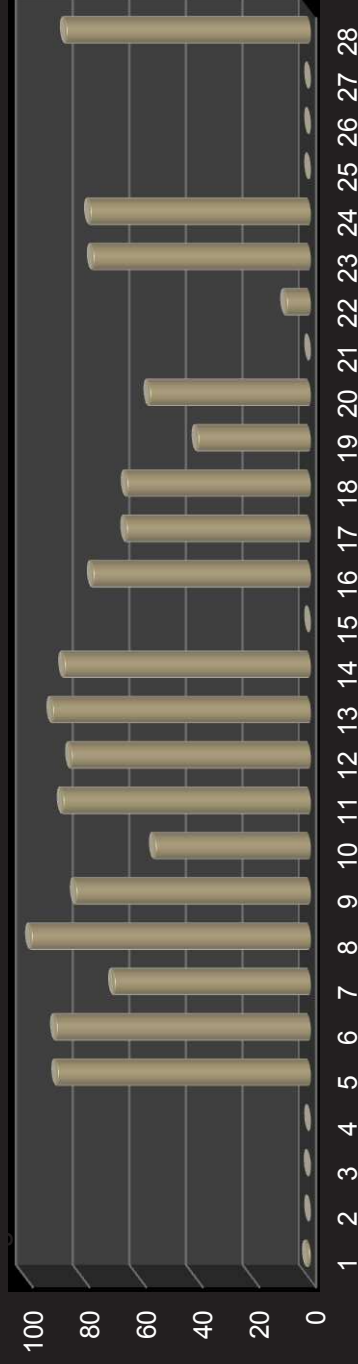
N (médiane): 79,3%
R(médiane):20,7%

VNR (médiane): 44%
F/C/R (médiane):56%
(OMS 2006: 58% dans 44 pays)
Rémunéré (médiane):0%
?VNR Désintéressé: ≈ 50%
?VNR Intéressé: ≈ 50%

REPARTITION DES DONNEURS FAMILIAUX EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE FRANCOPHONE EN 2011

| 28 centres (15 pays) | N=253.225 | Médiane | Moyenne |
|----------------------|-----------|------------|--------------------------------|
| DF | 98.934 | 56% | 38,1% (OMS 2006: 22,3%) |

Proportions de donneurs familiaux dans 28 centres d'Afrique Subsaharienne Francophone



| %DF | 0 | <30 | ≥30 | ≥50 | ≥80 |
|-------------|-------|-------|---------|----------------|--------|
| % (centres) | 25(7) | 36(9) | 64 (18) | 61 (17) | 29(10) |

PROBLEMATIQUE DU DON DE COMPENSATION EN ASS

Approvisionnement:

- ⦿ Organisation de la collecte
- ⦿ Motivation du donneur/Sociologie
- ⦿ Gestion des stocks
- ⦿ Cout

Sécurité

- ⦿ Risque infectieux

Don de compensation

Gestion de la collecte

- Gestion de l'information:
 - Don Pas de logiciel standard validé pour ce type de don
 - Certaines données sont gérables mais non standardisé pour suivre les autres processus: qualification, hemovigilance: ex: combien de personnes ont donné pour quel receveur?
- dirigé parfois inévitable (stock absent)
- Dans un système centralisé et en urgence, collecte au centre mais transfusion ailleurs(à l'hôpital)!

Don de compensation

Gestion des stocks à la banque

- Don familial effectué en situation d'urgence, pas de stock
- Don familial ne peut pas couvrir des catastrophes
- Don familial ne satisfait pas les compatibilités (on prend ce qu'on a en urgence), notamment phénotypes rares

Don de compensation

Cout de la poche

- Moyens du malade très limités : 400 à 1000 dollars par an de revenus (Réf)
- Cout de la poche doit donc être faible
- Cout faible seulement si assistance (problème de durabilité des programmes)
- Don de compensation: 50% moins cher que le VNR : cout élevé de la promotion du don

DON DE COMPENSATION COUT DE LA POCHE

● Allain et al, 2007

| Country | Reference | Original cost year | Transfusion system | Viral marker screened | Costs per unit (2006 US\$) |
|---------------|----------------------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Cote d'Ivoire | Allain <i>et al.</i> (2004) | 2004 | Centralized, integrated | HIV, HBV, HCV | 43 |
| Malawi | Medina Lara <i>et al.</i> (2007) | 2001 | Hospital-based | HIV, HBV | 16 |
| Malawi | Medina Lara <i>et al.</i> (2007) | 2006 | Centralized | HIV, HBV, HCV | 56 |
| Tanzania | Jacobs & Mercer (1999) | 1999 | Hospital-based | HIV, part HBV | 15 (recurrent costs only) |
| Uganda | World Bank (1997) | 1993 | Centralized | HIV, HBV | 54 |
| Zambia | Foster & Buve (1995) | 1995 | Hospital-based | HIV | 15 |
| Zimbabwe | McFarland <i>et al.</i> (1995) | 1995 | Centralized | HIV, HBV, HCV | 56-90 |

Don de compensation

Motivation du donneur

« Nebié et al, 2007; Koster et al,2011)

- **Altruisme:** « Pour Dieu, Pour un malade »
- **Sentiment Familial:** « Pour mon frère, ma sœur », « Mais pas pour celui qui n'a pas mon sang, j'ai peur de transmettre mes traits génétiques »
- **Pression familiale, amicale:** « Parce qu'on a insisté »
- **Urgence:** « Je n'ai pas réfléchi, il risque de mourir »

Don de compensation

Motivation du donneur

- Intérêt personnel:
 - Reconnaissance familiale, position recherchée
 - Acte de responsabilité, de sacrifice « Je suis le PÈRE de la famille »
 - Rémunération cachée

« Le don de compensation est volontaire, souvent non rémunéré, mais généralement égoïste et occasionnel »

DON DE COMPENSATION RISQUE INFECTIEUX

- Allain et al, GHANA
- Loua et al, Guinée
- Mbanya et al, CAMEROUN

« Le nouveau donneur familial n'est pas plus à risque que le nouveau donneur volontaire non rémunéré »

Table IV. Comparison of prevalence of viral markers between first-time VNRD and replacement donors in three Sub-Saharan African countries.

| Country (reference) | Viral marker | First-time | | Replacement | | P value |
|---------------------------------------|--------------|-----------------|------------------|------------------|------------|---------|
| | | VNRD (%) | donors (%) | donors (%) | donors (%) | |
| Ghana (Allain <i>et al</i> , 2010) | Anti-HIV | 69/6640 (1·0) | 50/4360 (1·1) | 50/4360 (1·1) | 0·87 | |
| | HBsAg | 919/6640 (13·8) | 649/4360 (14·9) | 649/4360 (14·9) | 0·13 | |
| Guinea (Loua & Nze Nkoure, 2010) | Anti-HIV | 26/1784 (1·5) | 42/8956 (0·5) | 42/8956 (0·5) | <0·001 | |
| | HBsAg | 259/1784 (14·5) | 1142/8956 (12·8) | 1142/8956 (12·8) | 0·047 | |
| Cameroon (Mbanya <i>et al</i> , 2010) | Anti-HIV | 11/272 (4·0) | 114/3053 (3·7) | 114/3053 (3·7) | 0·9 | |
| | HBsAg | 49/272 (18·00) | 233/3053 (7·6) | 233/3053 (7·6) | <0·001 | |

DON DE COMPENSATION

RISQUE INFECTIEUX

- Tous les deux types de donneurs issus appartenant à la société générale et non à un groupe à faible risque
- Risque infectieux chez le **VNRI**
- Mensonge des DF lors de sélection médicale ayant peu d'impact (*Nébié et al, 2007*)

POUR LE DON DE COMPENSATION:

- Approvisionnement insuffisants malgré politique de l'OMS
- Cout élevé et peu supportable de la collecte exclusive auprès des VNR
- Motivation « familiale » culturelle
- Risque infectieux similaire dans une cadre (actuel) de faible taux de donneur régulier

CONTRE LE DON DE COMPENSATION

- Altruisme égoïste (à decourager)
- Approvisionnement occasionnel, en urgence
- Stock inexistant
- Gestion non standardisé et complexe
- Risque infectieux plus élevé (à confirmer)

ORIENTATIONS

- Formation d'un pool de donneur regulier familial et benevole
- Progressivmenet reduire le don familial par reconversion et fidelisation des donneurs familiaux
- Volonté politique pour degager les moyens de la promotion du don
- Ameliorer la selection médicale

MERCI DE VOTRE ATTENTION

