

Sida : une catastrophe peut en cacher une autre

Paul Collier, Richard Manning et Olivier Sterck



Fillette dans un orphelinat pour enfants dont les parents sont morts du sida, Geita Town, Tanzanie.

Le sida étant désormais «maîtrisable», pays et donateurs doivent se focaliser sur le financement des traitements et investir dans la prévention

Il y a encore vingt ans, un diagnostic de sida équivalait pratiquement à un arrêt de mort. Aujourd'hui, grâce aux thérapies antirétrovirales, les personnes infectées dans les pays à faible revenu peuvent mener une vie quasiment normale, moyennant un coût de quelques centaines de dollars par an. Initialement, il était plus ou moins admis que ces thérapies ne seraient pas viables en Afrique, en raison de la nature très exigeante des programmes de traitement (Stevens, Kaye et Corrah, 2004). Pourtant, ces craintes se sont révélées infondées, et des millions d'Africains sont aujourd'hui en vie et en bonne santé, grâce à ces traitements.

Illustrant l'idée qu'il est désormais possible de vaincre le sida, la couverture du magazine *The Economist* titrait, pour le 30^e anniversaire de la découverte du virus : «La fin du sida?». Toutefois, si la fin du sida comme catastrophe médicale est proche, une catastrophe financière pourrait lui succéder. En effet, face à l'augmentation considérable du taux de survie des personnes séropositives, les pays pauvres où la prévalence du VIH est élevée se trouvent confrontés à un redoutable défi budgétaire (Haacker et Lule, 2011).

Un dilemme d'ordre moral

Le VIH détruit progressivement les globules blancs essentiels au fonctionnement du système immunitaire. Sans traitement, les personnes dont le taux de CD4 (c'est-à-dire de ce type de globules blancs) tombe sous 350 unités par mm³ risquent de décéder dans les cinq ans; avec un traitement, ils peuvent mener une vie quasiment normale. Dans les pays pauvres, malgré la disponibilité de médicaments génériques et à prix réduit, le

coût des traitements reste trop élevé pour les malades, mais aussi pour la société, qui ne peut assumer cette dépense pour eux. Du point de vue des pays riches, ce coût est négligeable : seulement quelques centaines de dollars pour sauver une vie. Cette situation a entraîné une obligation de sauver : nul ne saurait laisser des personnes séropositives face à une mort certaine alors qu'il est possible de les sauver facilement. Ainsi, des chefs d'État comme le Président américain George W. Bush ou le Président français Jacques Chirac ont, en leur temps, lancé de vastes opérations destinées à financer les programmes liés au VIH/sida, alors même que l'aide au développement ne comptait pas parmi leurs priorités.

Le financement des traitements antirétroviraux s'accompagne d'un certain nombre de questions d'ordre moral. Une fois un traitement commencé, il serait aberrant de l'interrompre faute de moyens. En effet, arrêter un traitement reviendrait à condamner délibérément des personnes séropositives connues, tandis que refuser de leur accorder un traitement relèverait de la négligence coupable. Or, si les dépenses liées aux traitements antirétroviraux s'étalent sur une longue période, c'est justement en raison de l'efficacité de ces derniers sur l'espérance de vie : les jeunes malades d'aujourd'hui devront être traités pendant plusieurs décennies.

Grâce aux thérapies antirétrovirales et à la prévention, le nombre de contaminations est en baisse dans la plupart des régions du monde. Entre 2001 et 2013, elles ont diminué de 38 %, passant de 3,4 millions à 2,1 millions (UNAIDS, 2014). Les décès imputables au sida ont eux aussi reculé grâce au traitement, de 35 % depuis 2005. En revanche, comme les personnes contaminées restent nettement plus nombreuses que les décès dans beaucoup de pays, le nombre de séropositifs continue à augmenter, si bien que les coûts risquent de grimper encore pendant de nombreuses années. En outre, la plupart des personnes déjà contaminées par le virus ne sont pas encore sous thérapie antirétrovirale, soit parce que leur taux de CD4 n'a pas encore assez chuté pour qu'elles aient automatiquement droit au traitement, soit parce qu'elles n'ont pas encore été diagnostiquées. À terme, les personnes ayant besoin d'un traitement seront beaucoup plus nombreuses. Et pour ne rien arranger, parmi ceux qui bénéficient de la thérapie et ceux qui en bénéficieront à l'avenir, beaucoup deviendront résistants au traitement standard. Il leur faudra alors une batterie de soins plus complexes... et bien plus coûteux.

Le caractère particulier de ces dépenses conduit à en distinguer deux corollaires majeurs, qui justifient de s'intéresser à la question du VIH/sida. Ce cadre de réflexion peut toutefois être adapté à toute autre maladie ayant les mêmes caractéristiques, notre analyse ne signifiant en aucun cas que les autres problèmes de santé sont moins prioritaires en matière d'investissement.

Premièrement, puisque la décision de commencer un traitement implique la constitution d'une réserve de financement pour l'avenir, l'engagement financier doit être connu en amont. Les donateurs et les gouvernements des pays concernés doivent donc se mettre d'accord sur des règles claires quant à la manière

dont les dépenses seront réparties, faute de quoi les gouvernements pourraient hésiter de prendre des engagements qui deviendraient intenables si les priorités des donateurs venaient à changer.

Deuxièmement, puisque le développement de l'épidémie entraîne des engagements financiers considérables pour l'avenir, les arguments en faveur des politiques de prévention se multiplient. Bien que la prévention ne soit plus médicalement indispensable pour empêcher la mort des patients, elle est néanmoins utile du point de vue financier : il vaut la peine de dépenser plus pour la prévention, du moins tant que chaque dollar investi permet d'économiser un dollar de traitement.

Cela signifie que le traitement et la prévention du VIH/sida, qui relevaient jusqu'à présent des ministres de la Santé, concernent aussi directement les ministres des Finances. Selon des études récentes, l'augmentation des budgets de prévention du VIH permettrait de faire globalement des économies (voir Collier, Sterck et Manning, 2015, et études du consortium RethinkHIV sur le même sujet).

Évaluer les coûts

Nous avons étudié la prévalence du virus et ses implications budgétaires futures pour huit pays africains. Il est certes justifié de traiter le VIH/sida, tant du point de vue du bien-être des personnes que du point de vue économique, mais nous nous intéressons ici aux implications budgétaires de l'«obligation morale de sauver» (voir tableau). À l'aide d'un modèle épidémiologique standard intégré au logiciel Spectrum bien connu, nous estimons la propagation vraisemblable du virus d'ici à 2050 (Avenir Health, 2014). Nous calculons ensuite le coût total des traitements futurs. Pour cela, nous nous basons sur les coûts unitaires estimés par Schwartländer *et al.* (2011) en postulant la stabilité de ces coûts dans le temps. Nous appliquons aux coûts futurs un «taux d'actualisation» qui est le taux d'intérêt. Plus celui-ci est élevé, plus faible est la valeur actuelle de l'engagement financier associé aux coûts futurs. En général, les économistes de la santé utilisent un taux d'intérêt de 3 % seulement, qui se traduirait par un engagement considérable. Nous utilisons, quant à nous, un taux plus élevé (et donc

Coûts futurs

Le risque de déstabilisation induit par le coût futur des traitements antirétroviraux justifie une aide internationale pour certains pays.

	Prévalence du VIH chez les adultes	PIB par habitant	Encours de la dette extérieure, 2012	Financement national du VIH		Coût budgétaire des traitements antirétroviraux en 2015	Coût budgétaire global des traitements futurs	
				(adultes, pourcentage)	(pourcentage du RNB)	(pourcentage du RNB)	financement total du VIH)	(pourcentage du PIB)
Afrique du Sud	17,3	6.477	36,6	0,52	88	0,63	21,1	
Botswana	21,6	8.332	17,7	2,12	77	1,04	24,1	
Kenya	3,7	1.588	31,1	0,34	30	0,34	9,1	
Lesotho	13,9	1.390	31,3	2,08	57	1,95	73,6	
Malawi	8,0	275	31,7	0,05	2	3,33	80,3	
Nigéria	6,3	3.677	4,2	0,05	23	0,15	6,8	
Ouganda	4,5	685	22,5	0,19	13	0,72	21,3	
Zimbabwe	13,4	1.073	75,5	0,28	29	1,81	38,7	

Sources : FMI; Banque mondiale; Spectrum, base de données AIDS Info Online; calculs des auteurs.

Remarque : Les données portent sur l'année 2015, sauf indication contraire. Le coût budgétaire des traitements futurs est mesuré en tant que valeur actuelle nette du coût pour la période 2015-50, avec le calcul d'une valeur terminale (pour une explication de ce terme, voir Collier, Sterck et Manning, 2015). RNB = revenu national brut.

plus prudent) de 7 %, qui est le taux auquel les gouvernements africains peuvent actuellement emprunter sur les marchés de la dette souveraine, car il reflète mieux les coûts d'opportunité. Or, même avec ce taux d'actualisation élevé des dépenses futures, les engagements financiers liés au traitement du VIH/sida sont assez importants pour avoir un effet marqué sur les économies des pays.

Dans quatre des huit pays étudiés (Botswana, Afrique du Sud, Zimbabwe et Lesotho), plus de 10 % des habitants sont contaminés.

Compte tenu de la propagation actuelle du virus, le Botswana et l'Afrique du Sud seraient confrontés à des engagements supérieurs à 20 % de leur PIB juste pour financer les traitements. Comme il s'agit de deux pays à revenu intermédiaire, ils ne peuvent compter sur l'aide de la communauté internationale pour assumer ce fardeau. Heureusement, ils sont gérés de façon prudente, et leurs ratios dette/PIB sont donc faibles ou modérés, de sorte que les engagements liés aux traitements sont considérables, mais n'auront pas d'effets déstabilisants. De fait, au Botswana et en Afrique du Sud, les dépenses induites par le VIH sont en grande partie déjà financées à l'échelle nationale.

Au Zimbabwe, la maladie est légèrement moins répandue qu'au Botswana ou en Afrique du Sud, mais le revenu du pays est nettement inférieur, et sa dette avérée plus élevée. En l'occurrence, il serait souhaitable que les autorités s'entendent à l'avance sur le partage de cette charge financière, faute de quoi les donateurs et le gouvernement pourraient se renvoyer indéfiniment la balle en apportant la plus petite contribution possible et en laissant l'autre assumer l'obligation de sauver.

La situation du Lesotho est complètement différente. Ce pays est beaucoup plus pauvre que le Botswana et l'Afrique du Sud, mais avec un niveau de contamination identique. Il se retrouvera donc face à des engagements financiers bien plus lourds, correspondant à plus de 70 % du PIB. La dette extérieure du Lesotho ne s'élève qu'à 31 % du PIB, mais les dépenses futures associées au VIH la porteraient à plus de 100 %, niveau considéré comme insoutenable au sens de l'initiative PPTE du FMI. C'est précisément pourquoi les donateurs ne sauraient laisser le Lesotho seul face à un tel fardeau. La communauté internationale admet déjà que les dettes «insoutenables» des pays pauvres devraient être annulées. La population du Lesotho étant faible, le financement des dépenses induites par le VIH/sida dans le pays sera une charge financière négligeable pour la communauté internationale.

Au Malawi, même si la prévalence du VIH est inférieure, la charge financière liée aux traitements futurs est gigantesque comparée à l'endettement extérieur modeste du pays. Mais, comme le Malawi est beaucoup plus grand que le Lesotho, le coût sera forcément bien plus élevé pour la communauté internationale. Le gouvernement du Malawi devra donc recevoir une assurance raisonnable des donateurs pour pouvoir s'engager dans le financement des traitements futurs.

Il va de soi que, compte tenu de ces engagements financiers pour les traitements futurs, les ministères des Finances doivent tenir compte du facteur VIH/sida et réfléchir aux moyens de réduire autant que possible les risques qui en découlent. En effet, même pour un pays où la prévalence du virus est faible, comme l'Ouganda, les engagements latents pour les traitements futurs sont aussi élevés que la dette avérée.

Pour certains des pays étudiés, les engagements financiers dépassent largement la capacité de l'État. Face à l'obligation de sauver,

c'est à la communauté des donateurs qu'il incombera de financer cet excédent, et ce pendant plusieurs décennies. Les ministres des Finances doivent donc exiger des donateurs des réponses très claires quant à leurs engagements futurs. Même s'il peut être compliqué pour les donateurs de prendre des engagements juridiquement contraignants sur le long terme, un accord sur un cadre de partage des charges permettrait de limiter le risque de voir un jour les donateurs reporter leur financement vers les nouvelles priorités du moment.

Les fonds de lutte contre le VIH/sida constitués par la communauté internationale répondent à une situation de crise née de la nouvelle obligation de sauver. Il s'agit de financement de court terme, et non de stratégies de partenariat à long terme avec les gouvernements africains. Il est toutefois possible de prévoir l'évolution des besoins de chaque pays en analysant l'historique des dépenses consacrées au VIH/sida par le gouvernement et les donateurs. Pour une prévalence donnée du VIH, les dépenses du gouvernement augmentent avec le revenu par habitant. Mais, pour chaque dollar supplémentaire dépensé par le gouvernement, les donateurs diminuent leur aide de presque un dollar, de sorte que les dépenses totales consacrées au VIH/sida restent à peu près constantes. Si les ministres des Finances ne parviennent pas à renégocier ce schéma de répartition des charges, ils devront accepter le fait qu'à mesure que leur croissance économique s'améliorera, le coût croissant des traitements devra être absorbé par les budgets nationaux.

Les pays qui décident de renégocier peuvent s'inspirer de repères existants pour déclencher l'aide, en retenant, par exemple, le point auquel le total des engagements pour les traitements antirétroviraux futurs et de la dette extérieure avérée dépasse le seuil de surendettement convenu. Il va sans dire que le consensus international nécessaire pour permettre ce type de renégociation ne sera pas facile à atteindre.

Quelles que soient les décisions prises, donateurs et gouvernements ne sauraient avancer à l'aveuglette vers une future crise qui placerait des millions de personnes devant la perspective d'une mort imminente et pourtant évitable, pendant qu'ils s'en renverraient mutuellement la responsabilité. Cela dit, il ne suffira pas pour vaincre le VIH de dépenser de l'argent et de fournir des médicaments; des investissements continus sont essentiels pour renforcer les campagnes de dépistage, diffuser les connaissances et promouvoir la prévention.

Place à la prévention

Il ressort de nos estimations du coût de l'obligation de sauver qu'il est nécessaire de mettre en place des politiques efficaces pour éviter la propagation de la maladie. Pour le Lesotho et l'Ouganda, la moitié environ des engagements financiers futurs a trait aux contaminations à venir. Pour le Malawi, celles-ci feront bondir les engagements de 50 % à 80 % du PIB. Sur le plan médical, depuis la découverte de la thérapie antirétrovirale, les traitements ont pris le pas sur la prévention, mais il existe aujourd'hui des arguments budgétaires majeurs en faveur de mesures visant à limiter l'épidémie.

La première mesure prise par la communauté internationale a été de promouvoir le traitement comme clé de la prévention. En effet, une fois les patients sous thérapie antirétrovirale, ils sont nettement moins contagieux. L'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2015) utilise actuellement cet argument pour traiter des patients bien avant que leur seul pronostic vital le justifie. Cependant, l'extension des traitements à titre préventif induirait une



Une poignée de pilules pour le traitement du sida, Pepo La Tumaini Jangwani HIV/AIDS Community Rehabilitation Program, Orphelinat & Clinique, Isiolo, Kenya.

charge financière supplémentaire considérable alors que, du point de vue de la prévention seule, il existe des moyens plus abordables de limiter la propagation du virus.

En se basant sur des simulations réalisées pour le Malawi, par exemple, nous constatons que l'expansion d'un programme de circoncision des adultes serait largement rentabilisé sur le plan financier, ce qui ne serait pas le cas d'un programme de traitement à titre préventif. De nets progrès ont été accomplis à certains égards dans les pays africains, notamment en matière de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Le fait d'encourager les adolescentes à poursuivre leur scolarité a aussi donné des résultats encourageants (Santelli *et al.*, 2015), mais il n'y a pas, actuellement, assez de programmes de prévention ayant fait leurs preuves. Or, plutôt que de continuer à dépenser des sommes considérables pour traiter des patients à titre préventif, il serait plus judicieux de piloter d'autres stratégies de prévention, notamment celles qui visent à modifier les comportements sexuels, et de déterminer ce qui est le plus efficace.

La crainte de stigmatiser les personnes séropositives a souvent découragé les mesures non médicales. Une campagne très tôt mise en place par Yoweri Museveni, Président de l'Ouganda, présentait de façon très directe les risques associés aux relations avec des partenaires multiples. Elle s'est avérée très efficace. Les taux de contamination en Ouganda sont ensuite remontés quand la première campagne a été remplacée par une autre, moins réaliste, qui en appelait à l'abstinence. Il existe aussi de bonnes raisons de cibler les traitements préventifs plus particulièrement sur les professionnel(le)s du sexe et les routiers, deux groupes qui contribuent fortement à la propagation du virus. Un ciblage géographique plus précis serait aussi utile : par exemple, au Kenya, les risques d'infection peuvent être multipliés par dix d'un comté à l'autre.

Dernière implication importante de ces résultats : donateurs et gouvernements doivent prévoir de façon très précise la part qui incombera à chacun, entre les dépenses liées au traitement des futures personnes contaminées et la prévention. Tout manquement significatif à ce principe exposerait les parties à un vrai aléa moral.

Par exemple, si les donateurs financent la majorité des traitements des nouvelles personnes contaminées et que le gouvernement finance la majorité de la prévention (ou l'inverse), aucune des parties n'a intérêt, financièrement, à porter les dépenses de prévention à leur meilleur niveau de rentabilité. En dépit des milliards de dollars dépensés à ce jour pour le VIH/sida, l'utilité du principe élémentaire d'un financement assorti d'incitations n'a jamais été reconnue, et encore moins mise en place. Ce principe deviendra bien plus important quand de nouvelles stratégies de prévention efficaces seront découvertes et devront être étendues.

À ce jour, les gouvernements ont laissé les ministères de la Santé se charger des questions liées au VIH/sida, et la communauté internationale a mis en place de vastes réserves financières pour financer les interventions. De part et d'autre, des réflexions ont été engagées. Mais, avec le développement des thérapies antirétrovirales, on ne peut plus faire abstraction des implications budgétaires du VIH/sida. Il est temps que les ministères des Finances participent plus directement à la prise de décisions sur la gestion des engagements financiers de leurs pays, que le FMI insiste sur les répercussions financières des différents cas de figure, et, enfin, que les agences donatrices intègrent les besoins liés au VIH/sida dans le cadre plus général du financement du développement. ■

Paul Collier est professeur d'économie et de politique publique à la Blavatnik School of Government de l'université d'Oxford, où Richard Manning est directeur de recherche principal. Olivier Sterck est chercheur postdoctoral à l'université d'Oxford, au Centre d'études des économies africaines.

Cet article est basé sur une étude (Collier, Sterck et Manning, 2015) qui fait partie des travaux de RethinkHIV, un consortium de chercheurs confirmés financé par la RUSH Foundation, dont l'objectif est d'évaluer les données sur les coûts, avantages, répercussions financières et impacts sur le développement des interventions liées au VIH en Afrique subsaharienne. La méthode de calcul des coûts utilisée dans cet article et les conclusions qui en découlent sur le rapport coût-éfficacité des différentes politiques ont été formulées par Markus Haacker.

Bibliographie :

- Avenir Health (formerly Futures Institute), 2014, Spectrum Manual, Spectrum System of Policy Models (Glastonbury, Connecticut).
- Collier, Paul, Olivier Sterck, and Richard Manning, 2015, "The Moral and Fiscal Implications of Antiretroviral Therapies for HIV in Africa," CSAE Working Paper WPS/2015-05 (Oxford, United Kingdom: Centre for the Study of African Economies).
- Haacker, Markus, and Elizabeth Lule, 2011, *The Fiscal Dimension of HIV/AIDS in Botswana, South Africa, Swaziland, and Uganda* (Washington: World Bank).
- Santelli, John S., Zoe R. Edelstein, Ying Wei, Sanyukta Mathur, Xiaoyu Song, and Ashley Schuyler, 2015, "Trends in HIV Acquisition, Risk Factors and Prevention Policies among Youth in Uganda, 1999–2011," AIDS, Vol. 29, No. 2, p. 211–19.
- Schwartländer, Bernhard, John Stover, Timothy Hallett, and others, 2011, "Towards an Improved Investment Approach for an Effective Response to HIV/AIDS," Lancet, Vol. 377, No. 9782, p. 2031–41.
- Stevens, Warren, Steve Kaye, and Tumaini Corrah, 2004, "Antiretroviral Therapy in Africa," BMJ, Vol. 328, No. 7434, p. 280.
- UNAIDS, 2014, The Gap Report (Geneva).
- World Health Organization (WHO), 2015, Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV (Geneva).