

UN TOURNANT POUR L'ÉCONOMIE DU SIDA DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Jean-Paul Moatti
Université de la Méditerranée
UMR INSERM 379 (Marseille).

La Conférence de Toronto a entériné la faisabilité économique de l'accès aux traitements au Sud, marquant un tournant dans le débat sur le bien-fondé du principe d'accès universel aux anti-rétroviraux.

L'Assemblée générale de l'ONU en septembre 2005, puis le sommet des chefs d'état du G8 à Gleneagles en juillet de la même année, ont adopté l'objectif d'« accès universel » aux traitements du VIH/sida, et ainsi définitivement clôturé le débat international, qui faisait rage depuis plus de cinq ans entre les économistes, sur le bien-fondé de la diffusion massive des multithérapies antirétrovirales dans les pays en développement (PED). La Conférence mondiale de Toronto, et surtout deux conférences « satellites » à Toronto en août et à Harvard en septembre¹, ont donc entériné un tournant majeur dans les recherches sur l'économie du sida dans les PED.

FAISABILITÉ ÉCONOMIQUE

Désormais basés sur des données réelles, observés dans les programmes d'accès « à large échelle » (scaling up) au traitement, et non plus sur de pures simulations hypothétiques, les résultats présentés donnent raison à ceux qui, comme les experts de l'Action concertée Etapsud de l'ANRS², ont d'emblée défendu la faisabilité économique de l'accès au traitement dans les PED. De façon convergente, les modélisations alimentées par les données des programmes thaïlandais³, sud-africain⁴, ougandais⁵ ou ivoirien⁶, confirment que les multithérapies de première ligne, initiées à partir de 200 CD4/mm³ conformément aux recom-

mandations de l'OMS, sont incontestablement coût-efficaces. Les coûts marginaux par année de vie supplémentaire gagnée (en comparaison de la prise en charge sans antirétroviraux) sont de l'ordre de 100 (Afrique du Sud), 600 (Ouganda et Côte d'Ivoire), et 700 (Thaïlande) dollars, ce qui, dans tous les cas, est inférieur ou équivalent au PNB par tête de chacun de ces pays⁷. Si les risques de diffusion de souches virales résistantes aux médicaments disponibles doivent faire l'objet d'une surveillance attentive, leur prise en compte ne peut pas conduire à remettre en cause l'intérêt économique des thérapies antirétrovirales⁸. Il en est de même des problèmes d'adhérence, importants partout mais comparables (et parfois moindres) en Afrique subsaharienne que dans les pays développés⁹.

De même, un nombre croissant d'études font état de résultats empiriques qui montrent qu'au-delà des bénéfices cliniques, l'accès aux antirétroviraux permet une restauration rapide de la productivité au travail d'une population infectée majoritairement composée d'adultes jeunes¹⁰. Ainsi, dans les plantations du Kenya, la quantité mensuelle moyenne de thé récolté, qui était deux fois inférieure pour les travailleurs infectés par le VIH, redevient équivalente à celle des autres travailleurs six mois après la mise sous traitement¹¹.

Ce bénéfice micro-économique des traitements est susceptible de se traduire au plan macro-économique. Les modèles macro-économiques ne se contentent plus de prendre en compte les impacts à

court terme de l'épidémie sur les dépenses de santé et les pertes de production liées à l'absentéisme pour cause de maladie, mais intègrent également les effets à plus long terme sur la transmission du capital humain. Ils suggèrent que les programmes d'accès universel au traitement pourraient, selon les pays (notamment selon la prévalence de l'épidémie et selon les « fondamentaux » de leur économie), limiter d'au moins un tiers, voire compenser en totalité, les pertes de points de croissance impliquées par le sida¹².

PROGRÈS SIGNIFICATIFS

Même si elle n'a pas atteint l'objectif proclamé de 3 millions de personnes traitées dans les PED à l'échéance de fin 2005 (à cette date, le chiffre s'établissait à 1,3 million), l'initiative « 3 by 5 » de l'OMS a cristallisé des progrès significatifs (le nombre de personnes sous traitement a triplé en deux ans)¹³. Même s'il subsiste un manque important par rapport aux besoins de financement qui seraient nécessaires à une « réponse adéquate » face à l'épidémie¹⁴ et si les financements des trois principaux bailleurs de fonds au plan international pour les programmes sida dans les PED¹⁵ ne sont pas assurés de leur pérennité après 2008, les ressources financières disponibles ont connu une augmentation sans précédent dans l'histoire de l'aide au développement pour la santé : elles sont passées de moins de 1 milliard de dollars en 2001 à plus de 8 milliards en 2005 (dont près du tiers en provenance des budgets publics et

des fonds privés des PED eux-mêmes). La question qui se pose désormais à la communauté internationale, aux gouvernements des PED et à l'ensemble de celles et ceux qui luttent sur le terrain contre l'épidémie est bien celle de la « bonne » utilisation de ces ressources pour obtenir un maximum d'amélioration de la santé et du bien-être des personnes atteintes comme de l'ensemble des populations (critère d'efficacité), tout en contribuant à ne pas aggraver, voire à réduire, les inégalités sociales et sanitaires au détriment des plus pauvres (critère d'équité).

LIMITES D'EFFICACITÉ

Si l'opposition de principe entre prévention et traitement n'est donc plus à l'ordre du jour des débats entre économistes du sida, les travaux se concentrent désormais dans trois directions plus utiles pour contribuer à l'évaluation des programmes de scaling up de la lutte contre l'épidémie.

La première est celle de l'optimisation des stratégies de prévention et de traitement et de l'adaptation des recommandations de « bonnes pratiques » cliniques et de santé publique aux contraintes spéci-

fiques des pays « à ressources limitées ». Les analyses coût-efficacité trouvent ici toute leur pertinence. Elles montrent par exemple que contrairement aux pays développés, l'initiation des traitements en dessous de 200 CD4 s'avère plus coûteuse qu'un traitement plus précoce, essentiellement parce que c'est en dessous de ce niveau d'immunodépression que les patients tendent de toute façon à générer des coûts significatifs pour les systèmes de santé des PED (qu'ils aient ou non accès aux ARV) ⁴. Elles montrent aussi que le recours à la mesure des CD4, dès lors qu'elle est disponible dans des conditions logistiques correctes, est une option économiquement raisonnable dans les PED, même si elle implique des surcoûts et une certaine augmentation du coût par année de vie supplémentaire gagnée ⁶, ce qui ne semble pas être le cas de la charge virale ¹⁶. Elles montrent surtout que le passage d'un nombre, inévitablement croissant, de patients aux traitements de seconde ligne s'accompagnera inévitablement d'une « détérioration » du ratio coût-efficacité des ARV (un doublement au moins du coût par année de vie gagnée dans les études thaïlandaise, ivoirienne et sud-africaine déjà citées). En

l'absence d'efforts supplémentaires pour étendre la baisse des prix des molécules à l'ensemble des classes thérapeutiques, y compris les plus récentes et les présentations adaptées aux enfants, les programmes nationaux risquent de rapidement se retrouver devant un choix « tragique » entre la poursuite de la prise en charge de patients nécessitant un passage à la seconde ligne, et l'inclusion de nouveaux patients pour les traitements de première ligne.

PISTES DE RECHERCHE

D'où l'importance, au-delà des évaluations coût-efficacité, d'intensifier les recherches portant sur les conséquences de la législation internationale en matière de propriété intellectuelle et sur les mécanismes à mettre en place pour pérenniser des prix différentiels des médicaments et des tests biologiques entre le Nord et le Sud ¹⁷.

Une seconde direction de recherche, induite par les nécessités d'évaluation des programmes, s'affranchit également du cadre normatif de référence de l'analyse coût-efficacité, pour s'intéresser plutôt aux conditions concrètes qui font que, dans le monde réel, nombre d'in-

GRATUITÉ DES TRAITEMENTS ET DE LA PRISE EN CHARGE : DONNÉES SÉNÉGALAISES

Karim Diop et Bernard Taverne présentaient un poster sur des données sénégalaises avec le soutien de l'ANRS et de l'IRD, concernant la gratuité, non seulement des traitements, mais de l'ensemble de la prise en charge pour les patients séropositifs.

Au Sénégal, le dépistage, le traitement antirétroviral et le bilan CD4 sont gratuits pour le patient depuis 2003 ; l'Etat ne prend pas en charge, en revanche, les consultations, les hospitalisations, les tests complémentaires et certains traitements des infections opportunistes. L'étude présentée à Toronto avait pour objectif d'évaluer le surcoût que repré-

senterait, pour l'Etat, la gratuité de l'ensemble de la prise en charge pour les patients.

Le coût d'une telle prise en charge a été évalué à partir des dépenses sur 22 mois (juillet 2003 – avril 2005) pour 299 patients sous trithérapie ; le coût global des éléments pris en charge par l'Etat s'élevait à 51 euros par mois et par patient ; le coût réel de la prise en charge (c'est-à-dire en ajoutant les consultations et hospitalisations éventuelles, les examens et dépistages complémentaires, les médicaments supplémentaires) s'élevait à 56 euros par mois et par patient. Pour l'Etat, le surcoût représenté par

une prise en charge exhaustive représenterait donc une hausse du budget alloué à la prise en charge des patients VIH d'environ 5 euros par mois et par patient, soit une augmentation globale de 10 %.

Soulignant que la part du budget de la Santé allouée au traitement médical des personnes séropositives n'est que de 2 % depuis 2003, les auteurs concluent qu'une hausse de 10 % serait envisageable à moyen terme. - MH

Diop et al. K., « Economic feasibility of free complete medical treatment for PLWA in Senegal », MOPE0635

terventions sont mises en œuvre de façon inefficace et gaspillent de ce fait des ressources.

Le projet PANCEA, soutenu par l'Onusida, met par exemple en lumière une variabilité des coûts moyens de production d'un même service au « client » (dépistage et conseil préventif) de l'ordre de 1 à 10 voire à 100, non seulement entre pays différents, mais aussi à l'intérieur de chacun d'entre eux¹⁸, ce qui suggère clairement qu'une partie de ces services est loin de fonctionner au mieux dans l'utilisation des ressources. Comme le suggère une étude économétrique détaillée de programmes de prévention mis en œuvre dans différents districts de l'Etat de Karnataka en Inde, cette variabilité dans les coûts de production d'un même service peut tenir à des facteurs logistiques et à des économies d'échelle (les coûts du service tendant effectivement à décroître au fur et à mesure qu'augmente la taille de la population et de la clientèle desservies)¹⁹. Mais les inefficiences peuvent tenir aussi à des facteurs plus « structurels », qui pointent la nécessité de réformes de fond des systèmes de santé (comme lorsque des modalités de rémunération insuffisantes ou inappropriées des professionnels de santé du secteur public les incitent à concentrer plutôt leurs efforts sur une clientèle privée parallèle, ou que les modalités de tarification incitent à la non-coopération entre programmes verticaux de lutte – sida et tuberculose – pourtant potentiellement complémentaires)²⁰.

MAUVAIS USAGE DES RESSOURCES ?

A un niveau plus global, les études de coût des services offerts, comme les tentatives de mettre en place des comptes nationaux détaillés des dépenses consacrées au sida²¹, révèlent des incohérences qui alimentent de forts soupçons quant à un mauvais usage des ressources disponibles. Pourquoi des pays à prévalence voisine comme le Burkina Faso et le Cameroun (de l'ordre de 7 %) consacrent-ils des proportions si différentes de leur budget sida au marketing social des préservatifs (respectivement 50 %

versus 10 %) ? Pourquoi le Mozambique (16 % de prévalence) et la Zambie (17 %) ont-elles fait des choix apparemment si opposés dans l'allocation des grandes masses de leur budget sida (20 % versus 80 % au traitement)²² ? Pourquoi les objectifs quantitatifs fixés en 2001 par l'assemblée générale des Nations Unies²³ ont-ils été largement dépassés en 2005 dans certains domaines (dépistage et conseil préventif) et atteint seulement au tiers (prévention chez les usagers de drogues) et à moins du quart (prévention materno-fœtale) alors qu'il existe des actions dont le caractère coût-efficace est démontré depuis longtemps dans chacun de ces trois domaines ? Si la gestion des systèmes de santé dans les PED est certainement à mettre en cause, les exigences souvent multiples et non coordonnées des donateurs bilatéraux et multilatéraux ne sont pas non plus étrangères à ces incohérences²⁴.

Si la Conférence de Toronto a légitimement mis en avant les apports possibles de nouveaux moyens de prévention « médicalisée » (microbicides, circoncision, prophylaxie pré- et post-exposition par ARV, etc.), il est tout aussi judicieux de surmonter les obstacles qui empêchent la mise en œuvre effective de politiques de prévention dont l'efficacité est pourtant indiscutable (réduction des risques chez les usagers de drogues, prévention de la transmission materno-fœtale, interventions communautaires en direction des « travailleuses du sexe » et de leurs clients, etc.).

Seules des évaluations comparatives (inter et intra-pays) fondées sur des données d'observation et sur des approches pluridisciplinaires associant clinique, épidémiologie, et sciences humaines, économiques et sociales peuvent éclairer ces questions. De ce point de vue, les économistes du sida déplorent unanimement que les financeurs internationaux des programmes de scaling up, s'ils multiplient les exigences de collecte de données aux fins de gestion pour les acteurs de terrain, ne se sont, pour l'instant, guère donnés les moyens d'une véritable évaluation des performances, en

termes de coûts et de résultats²⁵. Ce constat est d'autant plus regrettable que le succès des programmes de lutte contre le sida ne se mesurera pas seulement par leur capacité à maîtriser l'épidémie et à améliorer la situation des personnes atteintes, mais aussi par leur impact global sur l'évolution des systèmes de santé, voire sur la réduction de la pauvreté et le développement économique et humain.

EXTERNALITÉS POSITIVES ET NÉGATIVES

La troisième direction des recherches en économie du sida se fait l'écho des préoccupations des organisations internationales et nationales quant aux retombées d'un investissement massif dans la lutte contre cette maladie sur l'ensemble des systèmes de santé et des systèmes économiques. Si ces préoccupations ne doivent pas servir de prétexte à un retour en arrière dans les efforts consentis, et si l'effet positif d'entraînement que les programmes « verticaux » de lutte contre le sida ont déjà eu sur l'amélioration d'ensemble des infrastructures sanitaires est d'ores et déjà indéniable, des questions légitimes quant à de possibles « externalités négatives » de ces programmes ne peuvent pas être écartées au nom d'*a priori* idéologiques.

Ce n'est pas céder à des rivalités corporatistes pour l'accès aux financements que de poser la question d'une meilleure intégration entre eux de différents programmes verticaux de lutte contre les maladies, comme entre ceux-ci et les soins communautaires de base. Ce n'est pas forcément céder à l'apologie des politiques « néo-libérales » et du fameux « Consensus de Washington » que de constater, avec les économistes du Fonds monétaire international, que les masses financières de plus en plus importantes insufflées pour la lutte contre le sida dans certains PED peuvent être sources de déséquilibres économiques, par exemple en alimentant indirectement les déficits publics²⁶. Ce n'est pas cautionner « l'aveuglement » de certains gouvernements que de comprendre qu'ils puissent s'inquiéter d'une dépendance

croissante de leur politique de santé, et partant de l'ensemble de leurs politiques publiques, à l'égard de l'aide extérieure. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne les plus touchés, les paiements directs des ménages contribuent pour plus de moitié au total des dépenses de santé, et le scaling up des interventions sur le sida, en particulier l'accès au traitement, n'est possible que parce qu'il est financé à plus de 50 % par l'aide extérieure²⁷. Comme le souligne Peter Piot, directeur d'Onusida, c'est la première fois dans l'histoire de l'humanité que la vie de millions de personnes traitées pour une maladie devient directement dépendante d'un transfert Nord-Sud de ressources dont la pérennité à long terme n'est pas assurée²⁸. D'où, également, l'importance de promouvoir internationalement des mécanismes de financement innovants de l'aide au développement qui soient moins tributaires de la versatilité des opinions publiques des pays riches, dont la taxe sur les billets d'avion pour financer les médicaments du sida, de la tuberculose et de la malaria, lancée par la France et adoptée par 14 pays est un premier exemple (voir p. 90).

1 - IAEN Symposium, Toronto, août 2006 ; www.heard.org.za/whatsnew/IAENPreConf06.htm
Conférence « HIV/AIDS in developing countries : Using cost-benefit and cost-effectiveness analysis to help guide policy and action », Université de Harvard (sept. 2006)

2 - Moatti J.-P. et al., *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges*, ANRS, 2003

3 - Revenga A. et al., « The economics of effective AIDS treatment. Evaluating policy options for Thailand. The World Bank, Health Nutrition & Population Series », Washington DC, 2006

4 - Badri M. et al., « When to initiate highly active antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa? A South African cost-effectiveness study. *Antiviral Therapy* », 11 (1), 2006, 63-72

5 - Marseille E. et al., « Cost-effectiveness of a program of home-based ART delivery in rural Uganda », Harvard, septembre 2006

6 - Goldie S.J. et al., « Cost of HIV treatment in resource-poor settings. The case of Côte d'Ivoire », *N Engl J Med*, 355 (11), 2006, 1141-1153

7 - Si le choix de la valeur-seuil de coût marginal par année de vie gagnée au-delà de laquelle on doit considérer qu'un investissement sanitaire n'est plus rentable pour la collectivité demeure débattu, il existe un large consensus parmi les économistes de la santé pour considérer que des interventions qui « gagnent » une année de vie supplémentaire pour moins de une, voire deux fois, le PNB par tête doivent être adoptées. Moatti J.-P. et al., « Antiretroviral treatment for HIV infection in developing countries : an attainable new paradigm », *Nature Medicine*, 9 (12), 2003, 1449-1452

8 - Lasserre P. et al., « Early initiation of highly active antiretroviral therapies for AIDS : dynamic choice with endogenous and exogenous learning. *Journal Of Health Economics* », 25 (3), 2006, 579-598

9 - Mills, E.J. et al., « Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America : a meta-analysis. *JAMA*, 296(6), 2006, 679-690

10 - Ramiah I. et al., « Public-private partnership and antiretroviral drugs for HIV-AIDS : lessons from Botswana. *Health Affairs* », 24(2), 2005, 545-551

11 - Rosen S. et al., « The private sector and HIV/AIDS in Africa », IAEN Symposium, Toronto, août 2006

12 - Jefferis K. et al., « Kinghorn A. Economic impact of HIV/AIDS in Botswana : Linkages between macroeconomic sector and household levels », Harvard, septembre 2006
Moatti J.P. et al., « Time is costly : modelling the macro-economic impact of scaling up access to antiretroviral treatment for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa », THLB0501

13 - OMS, Evaluation of WHO's contribution to 3 by 5. Main Report, 2006

14 - Selon l'Onusida, l'écart entre financements disponibles et besoins à satisfaire serait, dans l'état actuel, respectivement de 6 et 8 millions de dollars pour 2006 et 2007. Voir : Onusida, « Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries », 2005

15 - Le programme PEPFAR de l'Administration américaine, le Fonds global de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria, et le Multicountry AIDS Programme (MAP) de la Banque mondiale assurent à eux trois plus de la moitié du financement total disponible

16 - Les coûts par année de vie supplémentaire gagnée par adjonction de la charge virale aux stratégies de suivi thérapeutique varient de plus de 10 000 à plus de 100 000 dollars selon les scénarios et l'accès ou non à des traitements de seconde ligne.
Bishai D., « Modeling the cost-effectiveness of antiretroviral treatment strategies with laboratory monitoring in resource-limited settings », Harvard, septembre 2006

17 - Krikorian G., « Impact of trade negotiations on access to medicines : the new situation with free trade agreements (FTA) », MOPE0622
Vasan A. et al., « Examining the costs of antiretroviral drug », MOPE0653
Meiners C.M. et al., « Pharmaceutical patents and access to HIV/AIDS treatments : the Brazilian experience », TUAD0202

18 - La comparaison a porté sur des centres de dépistage dans 5 pays (Mexique, Ouganda, Russie, Inde et Afrique du Sud). Bautista S. et al., « Optimizing HIV/AIDS prevention programs : towards multidimensional allocative efficiency », IAEN Symposium, Toronto

19 - Chandrashekar S. et al., « Learning effects on the costs of phased scale-up implementation of targeted HIV prevention among high risk populations in Karnataka, India », IAEN Symposium, Toronto, août 2006

20 - Kumaranayake L., « Scaling up costs : cost estimation and ability to generalise », Harvard, septembre 2006

21 - Izazola-Licea J.A., « Issues on Resource Tracking : Global Flows and Domestic spending », IAEN Symposium, Toronto, août 2006

22 - World Bank MAP Programme, *Review of national HIV/AIDS strategies for countries participating in the MAP Programme*, Washington DC, 2005

23 - 9 millions de clients des centres de dépistage, 3 millions d'utilisateurs de drogues enrôlés dans des actions de prévention, et 35 millions de femmes enceintes bénéficiant de la prévention materno-fœtale en 2005

24 - Arnett S. et al., « How do donors allocate available HIV/AIDS funds across countries in sub-Saharan Africa? », Harvard, septembre 2006

25 - Forsythe S., « Economics and HIV/AIDS resource allocation », Harvard, septembre 2006

26 - Les programmes sida, même subventionnés par l'aide étrangère, peuvent par exemple contribuer à renchérir les prix de certains biens et services ou des salaires des employés du secteur public, aggravant ainsi les déficits des budgets publics. Voir : Haacker M. et al., « Fiscal and macroeconomic aspects of the response to HIV/AIDS », in Beck E. et al., *The HIV pandemic, local and global implications*, Oxford University Press, 2006

27 - Kabore A., « HIV/AIDS resources tracking in Burkina Faso », IAEN Symposium, Toronto, août 2006

28 - Piot P., « AIDS in the next 25 years : from crisis to a sustained strategy », Harvard, septembre 2006