

Malawi:

Les progrès dans le traitement du VIH/sida menacés par un financement incertain

Le Malawi figure sur la liste des pays les moins avancés et fait aussi partie du triste « top ten » des pays affichant la plus forte prévalence du VIH. Il est aussi le premier pays à mettre en œuvre la nouvelle option PTME « B+ » pour lutter contre la transmission du virus de la mère à l'enfant. Mais alors que les bailleurs de fonds cessent peu à peu de financer la lutte contre le VIH, le Malawi risque de voir anéanties les avancées réalisées jusqu'ici.

Grâce à un ambitieux programme national et à son approche de santé publique reposant sur des protocoles thérapeutiques simplifiés et la délégation des tâches au sein du personnel soignant pour lutter contre l'épidémie, le Malawi a réalisé ces dernières années des avancées considérables dans la lutte contre le VIH/sida. L'accès au traitement s'est ainsi nettement amélioré et les chiffres indiquent une diminution de la prévalence de la maladie.

Cependant, la lutte contre le VIH au Malawi dépend presque exclusivement des fonds extérieurs. Si le Malawi soutient au moins 5% de son programme national (personnel soignant, infrastructures et autres contributions), la totalité de ses antirétroviraux (ARV) proviennent du Fonds mondial (FM). Cette dépendance quasi totale à l'égard d'un seul bailleur de fonds rend le Malawi extrêmement vulnérable aux déficits ou aux retards de financement.

L'actuelle subvention du FM finançant l'essentiel de l'intervention nationale contre le VIH/sida – y compris les ARV qui sauvent de nombreuses vies – prendra fin au début 2014. Le Malawi devra par conséquent trouver des fonds pour les quelque

450 000 à 500 000 patients qui seront alors sous traitement, mais aussi pour pouvoir mettre sous ARV les nouveaux patients. La facture s'annonce d'ores et déjà très élevée : 500 millions de dollars pour cinq ans, pour le seul approvisionnement en ARV. Des fonds seront également nécessaires pour que tous les patients qui sont actuellement sous d4T (stavudine), l'ancien régime thérapeutique, puissent recevoir du tenofovir (TDF), un médicament mieux toléré et qui s'administre plus facilement.

Mais il faut être réaliste. De réels efforts sont nécessaires pour mettre fin à cette dépendance quasi totale à l'égard d'un seul et unique bailleur de fonds. Or, les autres acteurs clés de la lutte contre le VIH/sida hésitent à se lancer dans l'approvisionnement en ARV. C'est le cas du US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), pourtant actif dans d'autres domaines de la lutte contre le VIH, qui ne soutient pas l'approvisionnement régulier en ARV. Même constat pour le fonds SWAp (approche sectorielle) qui regroupe les contributions des donateurs. Enfin, le Clinton Health Access Initiative (CHAI)/UNITAID envisage pour sa part de cesser l'approvisionnement de formules ARV pédiatriques d'ici à la fin 2012.

Faits et chiffres

- Environ 960 000 personnes (soit 10,6% de la population adulte) sont séropositives.
- À la fin mars 2012, 347 983 patients recevaient une thérapie antirétrovirale.
- Alors que le Malawi s'est engagé à offrir un traitement ARV à tous les enfants de moins de deux ans, 19 à 24% seulement des enfants éligibles en bénéficient.
- Le pays doit faire face à une réelle pénurie

de personnel soignant. En moyenne, 65% des postes de cadres sont vacants.

- Le pays aura bientôt le plus grand mal à assurer la rétention du personnel soignant travaillant dans le secteur public. La subvention du FM, qui leur garantissait un complément salarial de 52%, a été entièrement utilisée et le pays connaît une situation économique très instable. Aucun plan – ni aucun engagement de la part du gouvernement ou d'un bailleur de fonds – ne prévoit à ce jour de faciliter le retour aux anciennes structures salariales.

Les enjeux

■ Le Malawi a adopté les dernières recommandations de l’OMS relatives au commencement précoce du traitement ARV (seuil de CD4 inférieur à 350 mm³) et a introduit le tenofovir (TDF), le médicament de première ligne recommandé par l’OMS. Cependant, en raison du manque de financement, le pays a été contraint de faire des choix difficiles, en n’offrant un traitement au TDF qu’à certains groupes de patients : les femmes enceintes, les patients co-infectés par la tuberculose, et les patients présentant de graves effets secondaires.

■ Afin de protéger les enfants en bas âge et d’améliorer la santé maternelle, le Malawi a adopté de nouvelles politiques nationales qui prévoient un traitement de longue durée pour toutes les femmes enceintes et allaitantes séropositives (B+). Il est ainsi le premier pays africain à avoir adopté une telle stratégie. La poursuite du financement sera toutefois primordiale pour assurer la réussite de ces programmes ainsi que leur durabilité.

■ Le Malawi a adopté une stratégie de surveillance de la charge virale afin de pouvoir détecter plus tôt les patients en échec thérapeutique et d’adapter leur traitement. Ceci permet d’éviter les résistances aux médicaments. Toutefois, la mise en œuvre et le déploiement de cette stratégie nécessite des fonds plus importants.

■ Le Malawi n’a pas pu obtenir de fonds dans le cadre du 10^e round du FM. Cet échec s’explique en partie par le caractère jugé trop ambitieux de ses plans qui incluaient la mise en œuvre de toutes les

recommandations de l’OMS dans le domaine du traitement du VIH/sida ainsi que la prévention par le biais de la circoncision. Malgré cet échec et l’annulation du 11^e round, le Malawi est néanmoins parvenu à commencer à réaliser une partie de ces plans, en réorientant les ressources financières existantes.

■ Face à la difficulté d’obtenir des fonds des bailleurs, des gouvernements de pays comme le Malawi sont contraints d’affecter des ressources supplémentaires pour financer leur propre réponse au VIH. Cette charge financière reste toutefois trop élevée pour que le pays puisse intervenir suffisamment rapidement. Pour 2011, le coût des ARV s’élève à 60 millions de dollars, alors que le budget national alloué à la santé ne dépasse pas les 90 millions de dollars. Ces coûts sont tellement élevés qu’ils ne peuvent être absorbés sur le court terme. Ce constat a été également confirmé par une étude commandée par l’ONUSIDA qui a conclu que, même si tous les mécanismes de financement novateurs (taxes sur les billets d’avion, intégration au niveau du secteur privé) étaient déployés au Malawi, les fonds récoltés couvriraient à peine 17% du déficit de financement de la lutte contre le sida attendu d’ici 2020/21. À cet horizon, et cela même si toutes les sources alternatives étaient exploitées, le déficit de financement atteindrait 348 millions de dollars. Un montant qui correspond à 4,5% du PIB du Malawi ou encore à 16,4% du total des dépenses publiques annuelles (source : Sustainable Financing for HIV/AIDS in Malawi, Oxford Policy Management, mars 2012).

« Au Malawi, nous nous sommes engagés à mettre en œuvre des programmes basés sur les récents progrès scientifiques. Pourtant, alors que le succès est à portée de main, nous faisons face à d’importantes contraintes financières. Je suis convaincu que nous pouvons mettre fin au sida. Mais nous ne pouvons pas le faire seuls. »

Stuart Chuka, Chargé du programme ARV pour la Malawi Business Coalition Against HIV and AIDS

CONTACT

Médecins Sans Frontières (MSF) Unité d’Analyse et de Plaidoyer Bruxelles
Rue Dupré 94
1090 Bruxelles
Belgique

Pour en savoir plus, veuillez contacter : aaub@brussels.msf.org
Ou Marielle Bemelmans, Conseillère stratégique MSF pour le VIH :
00 32 476 87 44 69

Juillet 2012

