

**LE
«POINT
DE
BASCULE»**

**SUIVI DES
ENGAGEMENTS
MONDIAUX
DANS LA LUTTE
CONTRE
LE SIDA,
3^È ÉDITION**

ONE

INTRODUCTION

En 2013, après plus de trois décennies de lutte contre le VIH/sida, le monde est parvenu à un véritable tournant : le « point de bascule ». En effet, pour la première fois dans l'histoire de la pandémie, le nombre de nouvelles prises en charge par traitement antirétroviral (ARV) était supérieur au nombre de nouvelles infections par le VIH au cours de la même année. Un événement majeur, marquant « le début de la fin du sida »¹.

Depuis 2011, ONE suit tous les ans les progrès réalisés dans le cadre de la lutte contre le sida, ainsi que les engagements pris en faveur de ce « point de bascule », en analysant les dernières données disponibles pour l'année écoulée. Cet événement majeur n'est évidemment pas le seul indicateur de progrès qui mérite analyse. Cependant, le franchissement de ce seuil revêt une importance capitale : pour la première fois, le monde prend une longueur d'avance sur la maladie au lieu de perdre du terrain. Les prévisions précédentes, basées sur la vitesse des progrès réalisés à l'époque en matière de prévention du VIH et d'accès à un traitement, révélaient qu'il faudrait une décennie, voire plus, pour atteindre le début de la fin du sida. L'année dernière encore, les prévisions indiquaient que ce point de bascule ne serait atteint qu'en 2015². Des prévisions démenties par une remarquable accélération des progrès en 2012, qui nous a permis d'atteindre ce point de bascule bien plus tôt.

Le début de la fin du sida est un événement déterminant qui mérite d'être salué. Dans l'ensemble, s'il est évident que l'augmentation des ressources globales de lutte contre la maladie, appliquées et ciblées de façon plus efficace, a permis d'accélérer les progrès au niveau mondial, ces progrès restent fragiles. Les avancées réalisées au niveau mondial ou régional dissimulent souvent des iniquités démographiques ou nationales aboutissant toujours à des écarts dans l'accès aux services de santé, ainsi qu'à une augmentation des nouvelles infections au sein des populations les plus marginalisées. Ainsi, en 2013, en Afrique, on recensait plus de pays ayant perdu du terrain par rapport à ce point de bascule que de pays ayant fait un pas vers celui-ci³.

Le présent rapport étudie trois obstacles à la réalisation de progrès plus rapides et plus équitables en matière de lutte contre le VIH/sida :

1 Les efforts faits jusqu'à maintenant pour lutter contre la maladie ont donné la priorité aux personnes les plus faciles à atteindre.

Pourtant, dans chaque pays, le VIH a une incidence de plus en plus élevée parmi les populations vulnérables, et notamment parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les adolescentes. Or, dans de nombreux pays, les stratégies politiques et législatives ont rendu ces populations de plus en plus difficiles à atteindre. La seule augmentation du nombre de ressources ne résoudra pas le problème. **Les donateurs et les gouvernements nationaux doivent collaborer et s'unir pour donner la priorité aux programmes destinés aux populations**



Des jeunes hommes reçoivent une formation sur le VIH à l'organisation caritative Hope Worldwide, Nakuru, Kenya

Photo: Jonx Pillemer/(RED)

marginalisées, tout en s'efforçant de lutter contre toute stigmatisation et opposition politique susceptibles de compliquer davantage l'accès à ces programmes ⁴.

2 Aujourd'hui, trop peu de donateurs donnent la priorité au VIH/sida.

D'autres tendances inquiétantes menacent les perspectives d'accélération des progrès. D'un point de vue financier, l'aide extérieure apportée à la lutte contre le sida est insuffisante pour enrayer la maladie. En outre, de moins en moins durable, cette aide provient uniquement de quelques pays à revenus élevés. En attendant, de nombreux pays africains n'ont pas encore tenu leurs propres engagements en matière de dépenses de santé ⁵. **Afin d'aider davantage de pays à atteindre et dépasser ce point de bascule, de nouvelles ressources importantes et provenant de plus de sources doivent être mobilisées.**

3 Des systèmes de santé fragiles menacent les progrès à tous les niveaux.

Le monde ne parviendra jamais à enrayer le sida si nous nous concentrons sur la prévention de la maladie indépendamment des autres difficultés. L'épidémie du virus Ebola qui sévit cette année en Afrique de l'ouest a démontré que les menaces émergentes pour la santé peuvent semer le chaos dans des

systèmes de santé déjà affaiblis et amoindrir les progrès réalisés dans le domaine de la santé, y compris dans celui de la lutte contre le VIH/sida. Il semblerait que l'accès au traitement contre le sida et aux services de soins ait été limité par l'épidémie d'Ebola, les systèmes de santé préférant concentrer leurs ressources limitées sur l'enrayement de propagation ⁶. Plus généralement, la pénurie de personnel de santé touche la majeure partie de l'Afrique subsaharienne, limitant ainsi la capacité des pays à réagir aux difficultés, aussi bien nouvelles qu'existantes ⁷. **Il est primordial de s'assurer que les pays possèdent des systèmes de santé solides pour garantir la stabilité des progrès réalisés dans la lutte contre le sida.**

Dans une année marquée par un événement majeur, le début de la fin du sida, il convient de faire le bilan de ce qui a été accompli depuis l'apparition de cette maladie il y a plus de trente ans. Si la communauté internationale se trouve à un tournant, un point de bascule, nous ne devons pas nous démobiliser, sous peine de reculer et de perdre toute avancée obtenue si durement.

ATTEINDRE LE POINT DE BASCULE AU NIVEAU MONDIAL : PROGRÈS ACCOMPLIS



Des femmes attendent au centre de consultation prénatal et prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) à l'hôpital Terna au Ghana.

Photo: John D. McHugh/(RED)

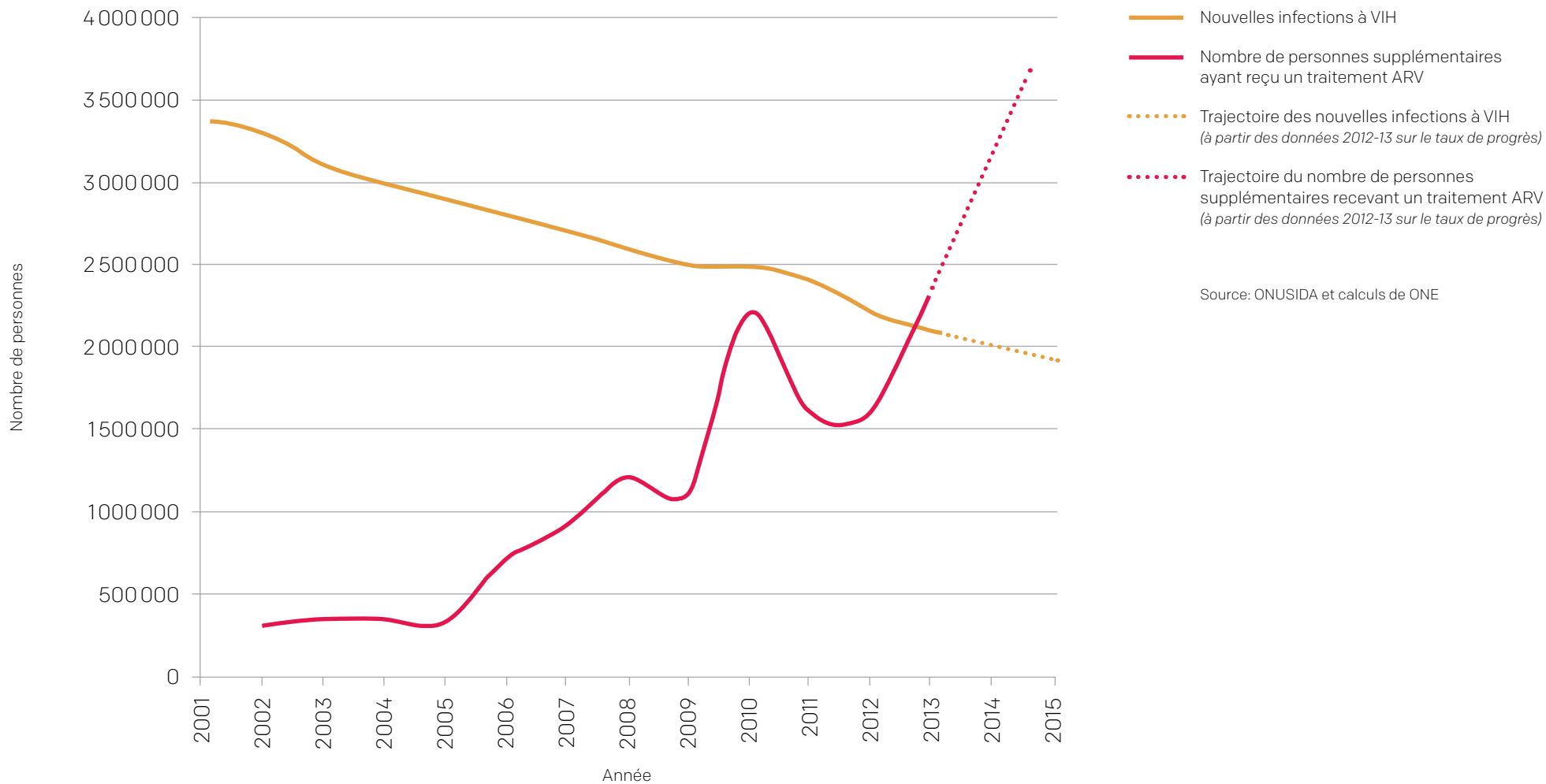
Grâce à l'accélération des progrès opérée ces dernières années, le monde a atteint un point de bascule en 2013, bien avant la date avancée dans les prévisions des années précédentes. En 2013, 2,3 millions de personnes supplémentaires ont reçu un traitement contre le sida, contre 1,6 million de personnes en 2012. Une avancée spectaculaire. Parallèlement, le nombre total de nouvelles infections par le VIH était en légère baisse, passant de 2,2 millions à 2,1 millions⁸.

L'Afrique subsaharienne représente une importante proportion de cette baisse du nombre de nouvelles infections par le VIH et de l'amélioration de l'accès au traitement. Par rapport aux autres régions, entre 2005 et 2013, elle a enregistré la deuxième plus rapide diminution du nombre de nouvelles infections (31,8 %) et a battu la moyenne mondiale (27,6 %).

Cependant, en 2013, elle représentait toujours 71 % des nouvelles infections annuelles par le VIH dans le monde⁹. Sur les 12,9 millions de personnes ayant reçu un traitement en 2013, au moins 9 millions se trouvaient en Afrique¹⁰. Le taux de couverture thérapeutique dans la région est également légèrement supérieur à la moyenne mondiale : en effet, 39 % des personnes nécessitant un traitement en reçoivent un, contre 38 % dans le reste du monde¹¹.

Cependant, le nombre de nouvelles infections augmente parmi les populations marginalisées à travers le monde. Par rapport au reste de la population adulte, la prévalence du VIH est environ 28 fois plus élevée parmi les consommateurs de drogues injectables, 19 fois plus élevée parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, et 12 fois plus élevée pour les travailleurs du sexe. Des tendances inquiétantes qui nécessitent une plus grande attention, des ressources plus importantes et des programmes nuancés de la part des donateurs ainsi que des pays concernés¹².

Illustration 1: Le point de bascule mondial



Source: ONUSIDA et calculs de ONE

ATTEINDRE LE POINT DE BASCULE DANS LES PAYS AFRICAINS : PROGRÈS ACCOMPLIS

Si le point de bascule a été dépassé au niveau mondial en 2013, les progrès n'ont pas été homogènes dans tous les pays. Parmi les 36 pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels des données comparatives étaient disponibles, 15 avaient dépassé ce point de bascule, dont quatre (l'Éthiopie, le Togo, l'Ouganda et le Mozambique) en 2013, et onze qui s'y trouvaient déjà en 2012 et ont réalisé des progrès durables¹³. Cependant, les progrès réalisés par les 21 autres pays ont été divisés : en effet, si 7 pays ont enregistré une amélioration de leur rapport de point de bascule, 14 l'ont vu reculer, loin de l'objectif fixé¹⁴.

On peut notamment remarquer que le fléau du VIH en Afrique subsaharienne est concentré dans une poignée de pays. Environ 38 % des personnes vivant avec le VIH et 36 % des décès liés au sida ont été recensés au Nigeria et en Afrique du Sud. De plus, seuls quatre pays (le Nigeria, l'Afrique du Sud, l'Ouganda et le Mozambique) représentent plus de la moitié des nouvelles infections par le VIH de la région¹⁵.

Dans de nombreux cas, ces pays freinent en quelque sorte les progrès réalisés sur le continent. Il faudra donc redoubler d'efforts, de volonté politique mais également de ressources, si nous voulons poursuivre et accélérer nos progrès.

La cohérence des données à travers tout le continent africain représente également un défi de taille. Parmi les 46 pays considérés comme faisant partie de l'Afrique subsaharienne par l'ONUSIDA, seuls 39 disposaient de données sur les traitements et les infections pour l'année 2013, et 36 possédaient des données permettant de réaliser une comparaison entre 2012 et 2013¹⁶. En raison de ce manque de données, indispensables aux comparaisons et aux analyses, il demeure extrêmement difficile de suivre les progrès globaux réalisés par chaque pays dans la lutte contre le sida.



Patience Apanu et sa fille, Emilia. Patience est atteinte du VIH, Emilia ne l'est pas. Ghana.

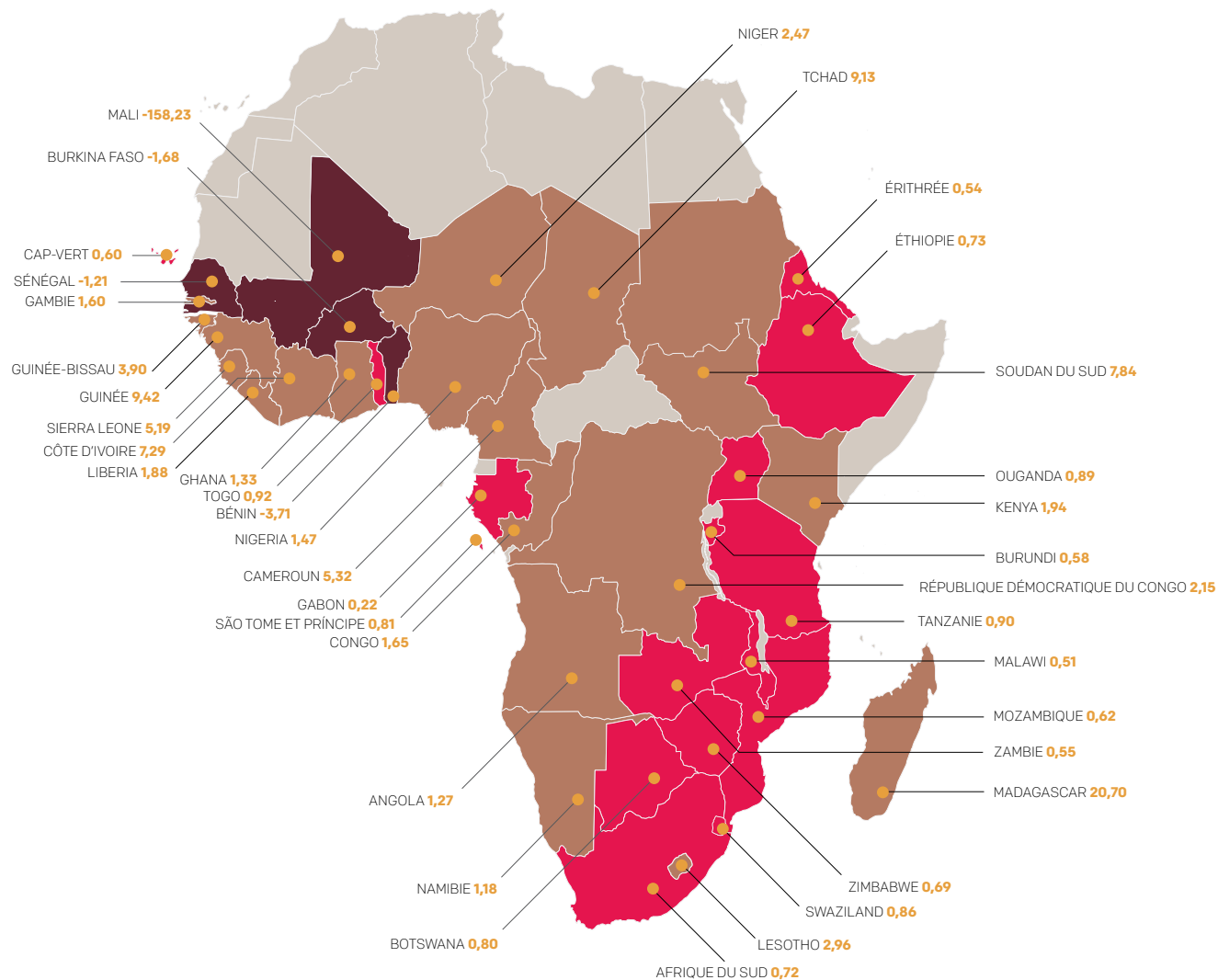
Photo: Nana Kofi Acquah/Fonds mondial

Illustration 2: Rapports de « point de bascule pour le sida » dans les pays d'Afrique subsaharienne en 2013

Pour calculer le rapport de point de bascule d'un pays, nous avons divisé le nombre de nouvelles infections par le VIH en 2013, par le nombre de personnes supplémentaires ayant reçu un traitement. Lorsque le rapport est inférieur ou égal à 1,0, cela signifie que le pays a atteint ou dépassé le point de bascule.

- Point de bascule atteint (ratio de 1,0 ou moins)
- Accélération des progrès nécessaire (ratio de 1,01 ou plus)
- Régression depuis 2013 (ratio négatif)
- Données non-disponibles

Source : ONUSIDA et calculs de ONE



FINANCEMENT

Le financement mondial de la lutte contre le VIH/sida a atteint un seuil historique en 2013, avec 19,1 milliards de dollars dépensés, contre 18,9 milliards en 2012. Cependant, ces dépenses sont inférieures de 3 à 5 milliards de dollars au montant annuel jugé nécessaire (22 à 24 milliards) par l'ONUSIDA pour enrayer la pandémie¹⁷. Sur les 19,1 milliards de dollars mis à contribution, 8,5 milliards de dollars, soit moins de la moitié des dépenses globales, provenaient de l'aide internationale¹⁸; le budget des pays à revenus faibles et moyens représentait plus de la moitié de la somme¹⁹.

Financements extérieurs pour le VIH/sida

Les contributions bilatérales et multilatérales apportées par les pays donateurs du G7 et de la Commission européenne (CE) ont augmenté de 7,7 %, passant de 7 milliards de dollars en 2012 à 7,5 milliards de dollars en 2013²⁰. La majeure partie de cette augmentation est due à une hausse de près de 12 % de l'aide apportée par les États-Unis en 2013 dans la lutte contre le VIH/sida. Le Royaume-Uni et la France ont également augmenté leur financement général, cependant, la CE a plafonné son aide. L'Allemagne, le Japon, le Canada et l'Italie ont réduit leur aide, de 1 % pour l'Allemagne à plus de 82 % pour l'Italie²¹.

De manière inquiétante, le financement externe accordé à la lutte contre le VIH/sida n'est toujours assuré que par quelques donateurs. En 2013, comme c'était déjà le cas en 2012, environ 88 % de l'aide internationale a été assurée par des pays du G7 et de la CE²². Parmi ces donateurs, la contribution était inégalement répartie. En 2013,

les États-Unis ont, à eux seuls, contribué environ aux deux tiers de l'aide internationale accordée à la lutte contre le VIH/sida ; combinée aux ressources des deuxième et troisième plus importants donateurs (le Royaume-Uni et la France), cette contribution a atteint environ 80 %²³.

En attendant, la quatrième conférence de lancement de la reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui a été le moment le plus marquant du financement de la lutte contre le sida en 2013 (parallèlement à celui de la lutte contre la tuberculose et le paludisme), a envoyé des messages contradictoires concernant les ambitions des donateurs. Le Fonds mondial a récolté plus de 12 milliards de dollars pour la période 2014 à 2016, ce qui représente une augmentation de 30 % par rapport à la précédente période de trois ans²⁴. Cependant, les contributions collectives étaient toujours loin de l'objectif des 15 milliards de dollars. Parmi les donateurs traditionnels les plus importants, l'Allemagne est le seul pays à ne pas avoir augmenté sa contribution depuis 2008, tandis que d'autres comme le Japon, l'Australie, les pays pétroliers du Moyen-Orient et les économies émergentes n'ont pas intensifié leur engagement autant que prévu²⁵.

Les ressources des gouvernements restent la première source de financement des programmes de lutte contre le sida. Cependant, le secteur privé a également joué un rôle plus modeste mais non moins important. Les sociétés et autres entreprises ont toujours fourni

des ressources, des aides en nature, ainsi que des projets de lutte contre le VIH/sida à l'initiative de leur personnel et des subventions pour les traitements²⁶. De nombreuses sociétés privées ont fourni ces ressources via le Fonds mondial. Les aides de bailleurs aussi variés que la Fondation Bill & Melinda Gates, la compagnie pétrolière Chevron et d'autres sociétés regroupées au sein de l'initiative (RED) ont été considérables. Cependant, la contribution globale au Fonds mondial de tous les partenaires du secteur privé et de fondations a chuté ces dernières années. En 2011, le secteur privé a contribué au Fonds mondial à hauteur de 209,2 millions de dollars, sur un total de 3 milliards de dollars versés par l'ensemble des donateurs. En 2012 et en 2013, ces chiffres ont chuté à 200,1 millions de dollars et 188,9 millions de dollars sur des totaux de 3,6 milliards et 3,5 milliards de dollars respectivement²⁷. Au vu de l'immense richesse de certaines sociétés, et des nombreux membres du personnel qui bénéficieraient de mesures de lutte contre le sida, le secteur privé pourrait contribuer nettement plus. De nombreux gouvernements ont également eu recours à des mécanismes de financement innovants afin de permettre le financement des programmes de lutte contre le sida. Parmi ces programmes, citons notamment le programme Debt2Health, qui permet aux pays en développement de payer leurs dettes sous la forme de contributions au Fonds mondial, et divers impôts tels que l'initiative « AIDS Levy » du Zimbabwe, qui permet le financement des programmes nationaux de lutte contre le sida²⁸.

Illustration 3: Assistance internationale accordée à la lutte contre le VIH/sida par les membres du G7 et la Commission européenne, 2011-2013 (en millions de dollars)

	Année	Allemagne	Canada	Commission européenne	États-Unis	France	Italie	Japon	Royaume-Uni
Dépenses bilatérales liées au VIH/sida	2011	150,8	48,5	39,9	3 974,8	81,3	5,1	20,9	680,5
	2012	145,8	54,1	30,3	4 359,2	55,9	13,9	20,5	643,4
	2013	134,1	42,1	19,2	4 782,7	50,5	2,4	31,9	680,7
	2011-13 total	430,7	144,7	89,4	13 116,7	187,7	21,4	73,3	2 004,6
Fonds mondial	2011	273,1	176,5	148,8	949,7	457,4	0	114,2	439,7
	2012	259,4	182,4	127,9	1205,7	447,6	0	342,9	203,9
	2013	265,2	174,1	142,2	1470,4	496,7	0	122,3	205,0
Dépenses liées au VIH/sida / Fonds mondial	2011	152,9	98,8	83,3	531,8	256,2	0	64,0	246,2
	2012	142,7	100,3	70,4	663,1	246,2	0	188,6	112,2
	2013	151,2	99,2	81,1	838,1	283,1	0	69,7	116,9
	2011-13 total	446,8	298,3	234,8	2 033	785,5	0	322,3	475,3
UNITAID	2011	0	0	0	0	144,3	0	0	85,1
	2012	0	0	0	0	143,4	0	0	87,2
	2013	0	0	0	0	149,5	0	0	87,2
Dépenses liées au VIH/sida / UNITAID	2011	0	0	0	0	75,3	0	0	44,4
	2012	0	0	0	0	74,9	0	0	45,5
	2013	0	0	0	0	76,2	0	0	44,5
	2011-13 total	0	0	0	0	226,4	0	0	134,4
Total des dépenses liées au VIH/sida	2011	303,7	147,3	123,2	4 506,6	412,7	5,1	84,9	971,2
	2012	288,5	154,4	100,7	5 022,3	376,9	13,9	209,1	801,1
	2013	285,3	141,4	100,6	5 620,8	409,8	2,4	101,6	842,1
	2011-13 total	877,5	443,1	324,5	15 149,7	1,199,4	21,4	395,6	2614,4

Source: Kaiser Family Foundation Reports, "Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments", éditions 2012-14.

Financements nationaux pour le VIH/sida

Pour la troisième année consécutive, les pays à revenus faibles et moyens ont financé plus de la moitié de la riposte mondiale au sida, une tendance encourageante²⁹. Cependant, les ressources de la majorité des gouvernements africains consacrées à la santé sont insuffisantes au regard de leurs propres promesses. En 2012, seuls six des 43 pays de l'Afrique subsaharienne ont respecté leur engagement d'Abuja (2001) de consacrer chaque année au moins 15 % de leurs budgets nationaux aux programmes de santé : le Liberia (19,15 %), le Malawi (17,77 %), le Rwanda (22,12 %), le Swaziland (18,08 %), le Togo (15,38 %) et la Zambie (16,55 %)³⁰. Sur ces 43 pays, 35 ont enregistré une modification de moins d'un pourcent de la proportion de leur budget attribuée à la santé entre 2011 et 2012³¹.

Pour la seule année 2012, l'écart entre les dépenses des pays de l'Afrique subsaharienne et les dépenses qu'ils auraient réalisées si chacun d'entre eux avait atteint l'objectif d'Abuja avoisinait les 20 milliards de dollars³². L'ensemble de ces ressources n'aurait évidemment pas été automatiquement alloué aux programmes de lutte contre le sida. En outre, selon les pays, le fardeau de cette maladie n'est pas le même, d'où des besoins en investissements différents. Mais à titre d'exemple, même avec moins de la moitié de ce total, chaque homme, chaque femme et chaque enfant séropositifs sur l'ensemble du continent auraient pu recevoir un traitement salvateur contre le sida pendant un an³³. Les pays manquent des occasions

d'assumer une plus grande part de responsabilité dans leurs crises liées au sida, ainsi que de renforcer de manière significative leurs systèmes de santé et d'intensifier les programmes vitaux. Ces systèmes de santé manquent notamment souvent de professionnels de santé qualifiés, d'établissements et d'équipements nécessaires pour répondre de manière efficace aux besoins quotidiens de la population en matière de santé³⁴.

Fait notable, l'incitation des pays à respecter leurs engagements de 15 % pris à Abuja ne devrait pas être considérée comme l'unique indicateur de réussite en matière de santé. Dans un pays comme le Liberia, dont le gouvernement a constamment atteint ou dépassé l'objectif, les ressources externes demeurent essentielles car les montants minimaux générés et consacrés à la santé par le gouvernement sont insuffisants pour rétablir un système de santé détruit par une décennie de guerre civile. De plus, dans de nombreux gouvernements, l'objectif atteint de 15 % ne signifie pas automatiquement que ces ressources sont optimisées ou visent à fournir les interventions les plus rentables aux sous-ensembles appropriés de population faisant face aux fardeaux les plus lourds en matière de VIH/sida et d'autres maladies.

Afin de procéder à une meilleure allocation de ces ressources limitées, la lutte contre le sida nécessite des données plus importantes et de meilleure qualité. Les donateurs doivent améliorer la transparence de leurs données, et s'efforcer d'éliminer le double comptage des résultats lors de la collaboration de multiples parties

prenantes dans un pays. En parallèle, les pays concernés doivent veiller à une plus grande transparence de leurs budgets consacrés à la santé ainsi qu'au développement et au renforcement de leur propre capacité statistique, avec l'aide de donateurs si nécessaire. Ainsi, ils peuvent avoir une meilleure compréhension de l'épidémie de sida qui sévit sur leur territoire, aboutir à une meilleure allocation de leurs ressources en faveur d'interventions adaptées aux populations appropriées et renforcer la gestion de leur riposte au fil du temps.

En particulier, la disponibilité et la qualité des données relatives aux populations les plus à risque (PPR) demeurent insuffisantes. L'insuffisance du financement des programmes ciblant particulièrement les PPR est aggravée par la stigmatisation, par des lois criminalisant les populations à risque et par la menace de violence, qui entravent considérablement le recueil des données et la sécurité des organismes en charge de cette collecte³⁵. Par exemple, l'amFAR a déclaré en 2013 qu'au Zimbabwe, les individus soupçonnés de travailler avec ou pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT) sont fréquemment recherchés par la police et risquent d'être arrêtés³⁶. Ce type d'environnement existe dans de nombreuses régions du continent et complique considérablement la collecte méthodique des données relatives aux PPR. Il s'agit d'un obstacle majeur à l'élaboration de programmes de soins plus efficaces, mieux ciblés et destinés à améliorer les résultats en matière de prévention et de traitement pour ces groupes.

ÉTUDES DE CAS

Pour présenter la diversité des luttes contre le sida à l'échelle nationale à travers l'Afrique subsaharienne, nous avons réexaminé le cas du Ghana et du Togo, deux des neuf pays étudiés dans le rapport de l'année dernière. Dans ce rapport, le Ghana était considéré comme un chef de file alors que le Togo était, quant à lui, perçu comme un pays présentant un besoin urgent de progrès. Mais de nombreux changements peuvent survenir en l'espace de 12 mois. S'il est possible d'accélérer les progrès, même dans les pays en difficulté l'année dernière, ces progrès sont fragiles et, en l'absence d'investissements judicieux et durables, même les bons élèves peuvent voir la situation s'inverser.



Ghana

Au cours des dix dernières années, le Ghana a réalisé des progrès relativement constants en vue de l'éradication de l'épidémie de sida, et il a atteint le point de bascule en 2011. Le pays a été salué comme un chef de file dans la lutte contre le sida l'année dernière, avec des progrès significatifs au niveau d'un certain nombre d'indicateurs en matière de traitement et de prévention. Cependant, entre 2012 et 2013, un recul des progrès a été constaté. Le Ghana s'est éloigné de ce point de bascule, principalement en raison de la chute significative du nombre de personnes supplémentaires ayant reçu un traitement ³⁷.

Le Ghana compte fortement sur l'aide internationale en matière de la lutte contre le sida, aide qui a augmenté entre 2012 et 2013. Le pays a notamment reçu 38,4 millions de dollars d'aide du Fonds mondial en 2013, contre 21,9 millions de dollars en 2012 ³⁸. Au même moment, le financement du Plan d'urgence du Président

des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR, President's Emergency Plan for AIDS Relief) a diminué légèrement, passant de 15 millions de dollars en 2012 à 12,5 millions de dollars en 2013³⁹. Le gouvernement ghanéen a procédé à des investissements importants dans le secteur de la santé tout au long des années 2000, respectant pratiquement en permanence l'engagement d'Abuja d'accorder 15 % de son budget aux programmes de santé. Toutefois, cet investissement a diminué ces dernières années, en partie en raison de freins mis aux dépenses par le ministère des Finances dans un souci d'équilibre budgétaire ⁴⁰. Le Ghana a consacré moins de 10 % de son budget à la santé en 2012 (les données de 2013 n'ont pas encore été rendues publiques) ⁴¹.

Malgré l'augmentation de l'aide internationale accordée à la lutte contre le sida, les ressources du Ghana demeuraient insuffisantes pour parvenir à de réels progrès en matière de lutte contre la maladie. En particulier, d'après des experts nationaux, le gouvernement s'était précédemment appuyé sur une subvention pour

l'achat de kits de dépistage du VIH, pierre angulaire de sa stratégie. À l'expiration de cette subvention, il ne disposait plus des ressources nécessaires pour l'achat de ces produits essentiels, ce qui a entraîné une réduction du nombre de tests fournis et de traitements administrés à l'ensemble de la population ⁴². De même, si le pays a réalisé des progrès constants dans l'amélioration de l'accès aux traitements, de nombreux experts estiment que ce développement s'est produit de façon non durable, avec un nombre de personnes supplémentaires ayant reçu un traitement supérieur aux ressources existantes allouées. Ses programmes de lutte contre le sida ont par conséquent été contraints de réduire de manière significative le nombre de personnes supplémentaires recevant un traitement en 2013 ⁴³.

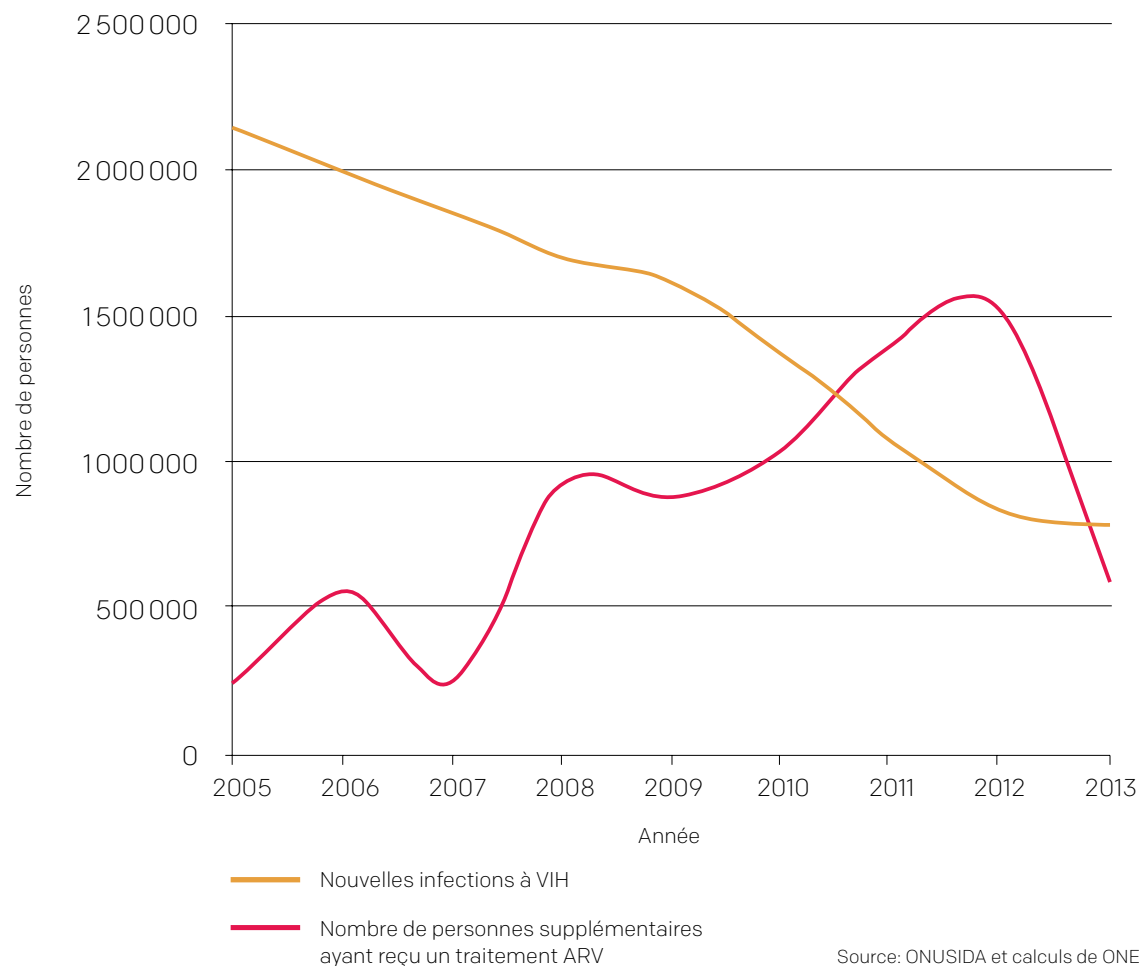
Au cours de l'année prochaine, le Ghana doit veiller au renforcement des programmes de traitement et de prévention de manière durable. Il convient de redoubler d'efforts pour empêcher la transmission de la mère à l'enfant. Même si le pays avait précédemment fait figure

de chef de file dans la réduction des infections pédiatriques, une augmentation des infections d'enfants a été observée en 2013 par rapport à 2012 ⁴⁴.

Le pays doit procéder à l'évaluation critique de la façon dont les dépenses de ses ressources nationales sont hiérarchisées et doit également envisager l'augmentation des dépenses générales consacrées à la santé. Actuellement, 90 % des dépenses nationales en matière de santé sont consacrées aux salaires des professionnels de santé. Pourtant, en 2010, le Ghana ne comptait que dix professionnels de santé qualifiés pour 10 000 habitants environ, une proportion nettement inférieure à la recommandation de l'OMS de 23 pour 10 000 ⁴⁵. Le pays doit réallouer ses dépenses de façon à garantir un nombre et une répartition appropriés de professionnels de santé qualifiés afin de répondre aux besoins de la population tout en poursuivant le renforcement de services clés.

Au cours des dix dernières années, le Ghana a révélé qu'il possède les systèmes, la volonté politique et la capacité à être un chef de file dans la lutte contre le sida. Cependant, l'année précédente a également montré la fragilité des progrès et le danger lié au relâchement une fois le travail accompli. Le Ghana peut et doit surmonter les retournements de situation de l'année dernière à travers un renouvellement des efforts dans les mois à venir.

Illustration 4: Progrès accomplis pour atteindre le point de bascule au Ghana





Togo

Le Togo n'a réalisé que peu de progrès dans la lutte contre le sida au début des années 2000. Toutefois, les progrès ont été réguliers dans la dernière moitié de la décennie et ont permis d'atteindre le point de bascule en 2010. Cependant, la situation s'est inversée en 2011 et 2012, en raison d'une baisse du nombre de personnes nouvellement mises sous traitement. Ce glissement peut être en partie imputé au retard de signature de la subvention du Fonds mondial, qui a été un frein à la mise en œuvre de certains programmes ⁴⁶. Fait encourageant, le Togo a inversé cette tendance et a réalisé des progrès assez spectaculaires au cours des 12 derniers mois. Les nouvelles infections par le VIH chez les adultes et les enfants ont chuté et, grâce à un renforcement significatif du traitement, plus de 4 100 personnes supplémentaires ont reçu un traitement en 2013, contre 3 800 nouvelles infections. Grâce à ces améliorations en matière de traitement et à la réduction du taux de nouvelles infections, le Togo a, une nouvelle fois, atteint le point de bascule et doit désormais œuvrer au maintien de ces progrès ⁴⁷.

Le Togo ne fait pas partie des pays ciblés par les actions PEPFAR ; l'essentiel des aides internationales qui lui sont versées pour la lutte contre le VIH/sida proviennent

du Fonds mondial. Ce dernier a plus que doublé le montant des aides décaissées dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida entre 2012 et 2013, passant de 4,75 millions de dollars en 2012 à 10,57 millions de dollars en 2013 ⁴⁸. Le gouvernement togolais a également fait preuve d'un engagement plus poussé en faveur du secteur de la santé ces dernières années. Après avoir alloué à peine 10 % de son budget à ce secteur pendant la première partie des années 2000, il honore chaque année, depuis 2009, l'engagement d'Abuja consistant à y consacrer 15 % ⁴⁹.

Le Togo a franchi un seuil important en termes de lutte contre le sida, mais les progrès par nature irréguliers qui ont été faits impliquent que les efforts soient redoublés afin de continuer à progresser. Le pays doit continuer à améliorer l'accès au traitement et doit notamment mettre l'accent sur la nécessité de disposer de meilleurs programmes de prévention, car, bien que le nombre de nouvelles infections a diminué au début de la décennie, les progrès ont ralenti au cours des dernières années. Les efforts en matière de prévention et de traitement doivent se concentrer particulièrement sur l'accès aux groupes marginalisés. Des entretiens avec

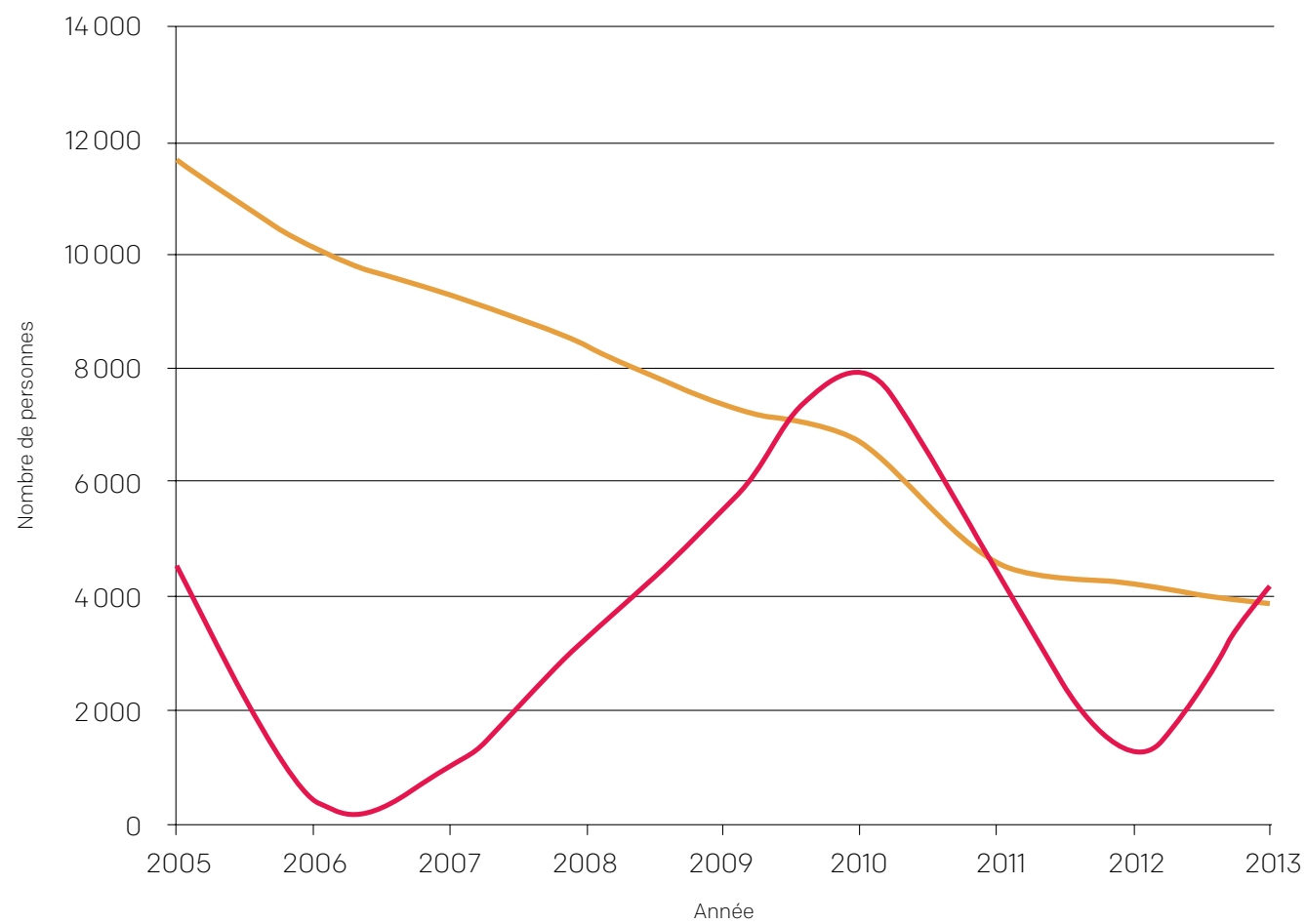
des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et des travailleurs du sexe dans les villes togolaises de Lomé et Kara ont mis en lumière la difficulté qu'ont ces personnes à accéder aux moyens de prévention contre le VIH et à des services de soins, et leurs inquiétudes face aux questions de confidentialité et de persécution ⁵⁰.

Pour soutenir ces efforts, le Togo doit également renforcer son système de santé. Plus précisément, le pays manque de professionnels de santé qualifiés : en 2010, il ne comptait que quatre professionnels de santé pour 10 000 personnes environ, un chiffre nettement inférieur à la recommandation de l'OMS de 23 pour 10 000 ⁵¹. Avec à peine un sixième du personnel de santé recommandé, le système du Togo continuera à rencontrer des difficultés pour pourvoir aux soins basiques de sa population. En outre, il sera d'autant moins possible d'apporter à grande échelle des solutions durables aux maladies ou de faire face à des urgences imprévues, susceptibles de faire régresser les progrès accomplis en matière de santé, comme cela s'est produit dans d'autres pays de la région lors de l'épidémie d'Ebola de 2014. Les progrès réalisés à ce jour sont remarquables et doivent être inscrits dans la continuité, mais sans renforcement du système de santé du pays, ils restent fragiles.

Illustration 5 : Progrès accomplis pour atteindre le point de bascule au Togo

- Nouvelles infections à VIH
- Nombre de personnes supplémentaires ayant reçu un traitement ARV

Source: ONUSIDA et calculs de ONE



CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS



Des adolescentes du lycée Ebenezer à Accra, au Ghana, reçoivent des cours d'éducation sexuelle qui les informent également sur le VIH.

Photo: John D. McHugh/(RED)

Tout comme le fait d'atteindre le point de bascule n'était pas assuré, on ne peut pas tabler sur une accélération des progrès. En réalité, au niveau des pays, il semble évident que malgré les récents progrès accomplis pour se rapprocher de ce point de bascule, les avancées restent fragiles dans de nombreux pays : le VIH continue sa progression au sein des groupes marginalisés, les financements restent insuffisants pour traiter l'épidémie dans sa globalité et la fragilité des systèmes de santé menace la durabilité de ces progrès. Pour consolider les avancées réalisées ces dernières années et assurer une progression rapide et plus équitable vers l'éradication définitive du sida, trois étapes essentielles doivent être accomplies.

1 Cibler le VIH où qu'il soit, pas seulement là où son accès est le plus aisé

Ces dernières années, des améliorations ont été réalisées au profit des populations et des groupes qui se sont avérés plus faciles à atteindre pour des raisons géographiques, politiques ou démographiques. En conséquence, les nouvelles infections par le VIH concernent principalement les populations marginalisées, et sont concentrées dans un nombre plus faible de régions souvent plus difficiles d'accès⁵². Pour garantir des avancées plus équitables et un impact maximal des programmes, les pays donateurs et les pays bénéficiaires doivent développer des stratégies sur mesure et s'engager à allouer des fonds supplémentaires pour cibler les PPR, y compris les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe et les jeunes femmes. Dans le même temps, le monde doit recentrer son attention et ses ressources sur un sous-ensemble plus restreint de pays représentant une proportion de plus en plus importante du nombre de nouvelles infections par le VIH, ainsi que, au sein des pays, sur les communautés, provinces ou États spécifiques qui endiguent un progrès global de plus grande ampleur.

2 Déployer de nouveaux financements à partir de sources plus diverses

Malgré une croissance générale des ressources globales dédiées à la lutte contre le VIH/sida en 2013, plusieurs milliards de dollars de financement manquent encore pour poser les bases qui permettront de contrôler la pandémie d'ici quelques décennies⁵³. Pour combler ce manque de financement, les donateurs doivent maintenir le cap et rehausser leurs ambitions collectives, car l'approche consistant à s'appuyer sur les États-Unis et quelques autres contributeurs pour la grande majorité des ressources n'est pas viable sur le long terme. De nouveaux donateurs en Europe, des économies émergentes et le secteur privé doivent intensifier leurs efforts et contribuer de façon plus significative, que ce soit par le biais de canaux de financement nouveaux ou existants. Enfin, l'augmentation des financements nationaux dans chaque pays africain devrait jouer un rôle central dans la transformation des ambitions et l'aboutissement des efforts pour combattre le sida. Là aussi, les pays peuvent faire preuve d'imagination et apprendre de leurs homologues, en envisageant l'utilisation des taxes, de cotisations et de financements pour la santé spécifiques le cas échéant.

3 Élaborer des systèmes de santé solides, capables de faire face au sida en plus d'autres défis sanitaires

Pendant de nombreuses années, le soutien des donateurs à toutes sortes de fonds sanitaires « verticaux » a directement servi à la lutte contre le sida. Ces programmes ont engendré des résultats impressionnants, notamment en matière de traitement et de prévention, et ont ainsi permis d'atteindre le point de bascule au niveau mondial. De tels programmes doivent continuer de bénéficier d'un soutien continu et même accru. Cependant, comme la crise Ebola l'a illustré cette année, les plaidoyers et investissements pour la lutte contre le sida ne doivent pas se faire au détriment d'importants programmes « horizontaux » visant à renforcer les systèmes de santé et la capacité des pays à fournir, de façon plus efficace, une plus vaste gamme de services pour leurs citoyens. Les donateurs et les pays doivent trouver des moyens d'assurer l'augmentation des financements pour l'ensemble du secteur de la santé, de façon à ce que chaque programme de valeur n'engloutisse pas les fonds nécessaires à un autre. Si les pays avaient des systèmes de santé plus solides et exerçaient un contrôle plus poussé sur ces derniers, cela permettrait non seulement des progrès plus durables dans la lutte contre le VIH/sida, mais également de garantir que ces avancées en matière de lutte contre le sida ou contre d'autres maladies spécifiques ne soient pas aussi facilement réduites à néant lors de l'émergence de nouvelles menaces.

NOTES

- 1 Calculs réalisés par ONE à partir des données de l'ONUSIDA. 2014. « The Gap Report ». http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
- 2 ONE. 2013. « Le début de la fin du sida ? Suivi des engagements mondiaux dans la lutte contre le sida ». http://one_org_international.s3.amazonaws.com/fr/wp-content/uploads/2013/11/One_RapportSida2013.pdf
- 3 Calculs réalisés par ONE à partir des données de l'ONUSIDA. 2014. « AIDS Info Online Database ». <http://aidsinfoonline.org/>
- 4 amfAR, fondation américaine pour la recherche sur le sida et école de santé publique Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2013. « Achieving an AIDS-Free Generation for Gay Men and Other MSM ».
- 5 Analyse réalisée par ONE à partir des données de l'OMS 2014. « Global Health Expenditure Database: National Health Accounts »
- 6 Key Correspondents. 2014. « Ebola outbreak puts access to HIV treatment under threat ». <http://www.keycorrespondents.org/2014/10/08/ebola-outbreak-puts-access-to-hiv-treatment-under-threat/>
- 7 OMS. Personnels de santé http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/fr/
- 8 Calculs réalisés par ONE à partir des données de l'ONUSIDA. 2014. « The Gap Report ».
- 9 ONUSIDA. 2014. « The Gap Report ».
- 10 Ibid.
- 11 Ibid.
- 12 Ibid.
- 13 Calculs réalisés par ONE à partir des données de l'ONUSIDA 2014. « AIDS Info Online Database ».
- 14 Ibid.
- 15 Ibid.
- 16 ONUSIDA. 2014. « AIDS Info Online Database ».
- 17 ONUSIDA. 2014. « The Gap Report ».
- 18 Kaiser Family Foundation. 2014. « Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2013.»
- 19 ONUSIDA. 2014. « The Gap Report ».
- 20 Kaiser Family Foundation. 2014. « Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2013.»
- 21 Ibid.
- 22 Calculs réalisés par ONE à partir des données de la Kaiser Family Foundation. 2014. « Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2013 ». « Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2012. »
- 23 Calculs réalisés par ONE à partir des données de la Kaiser Family Foundation. 2014. « Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2013. »
- 24 Données disponibles auprès du Fonds mondial. 2013. « Quatrième reconstitution des ressources ». <http://theglobalfund.org/fr/replenishment/fourth/>
- 25 Ibid.

- 26 Kaiser Family Foundation. 2014. « Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2013. »
- 27 Données disponibles auprès du Fonds mondial. 2014. « Gouvernements donateurs ». <http://theglobalfund.org/fr/partners/governments/>
- 28 Integrated Implementation Framework. 2007. « Debt2Health ». <http://iif.un.org/content/debt2health>; Friends of the Global Fight. 2014. « Measuring Progress: Zimbabwe's Innovative Financing for HIV/AIDS ». <http://theglobalfight.org/measuring-progress-zimbabwes-innovative-financing-for-hiv aids/>
- 29 ONUSIDA. 2014. « The Gap Report ».
- 30 Calculs réalisés par ONE à partir des données de l'OMS sur le financement. 2014. « Global Health Expenditure Database: National Health Accounts »
- 31 OMS. 2014. « Global Health Expenditure Database: National Health Accounts »
- 32 Calculs réalisés par ONE à partir des données de l'OMS. 2014. « Global Health Expenditure Database: National Health Accounts » et FMI. 2014. « World Economics Outlook Database ».
- 33 Calculs réalisés par ONE à partir des données de l'OMS sur le financement. 2014. « Global Health Expenditure Database: National Health Accounts » et FMI. 2014. « World Economics Outlook Database » ; et données du PEPFAR relatives au coût des ARV. 2014. « 2014 Report on Costs of Treatment in the President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) ».
- 34 McKinsey. 2010. « Strengthening sub-Saharan Africa's health systems: A practical approach ». http://www.mckinsey.com/insights/health_systems_and_services/strengthening_sub-saharan_africas_health_systems_a_practical_approach
- 35 amfAR, fondation américaine pour la recherche sur le sida et école de santé publique Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2013. « Achieving an AIDS-Free Generation for Gay Men and Other MSM ».
- 36 Ibid.
- 37 ONUSIDA. 2014. « AIDS Info Online Database ».
- 38 Le Fonds mondial. 2014. « Grant Portfolio ». <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Home/Index>
- 39 PEPFAR. 2014. « PEPFAR Planned Funding by Country/Region ». <https://dashboard.pepfar.net/planned-budgets/country-region/default.aspx>
- 40 Conversation avec le dirigeant national du Fonds mondial au Ghana, 31 octobre 2014.
- 41 OMS. National Health Accounts. « Ghana »
- 42 Conversation avec le représentant de l'ONUSIDA au Ghana, 30 octobre 2014.
- 43 Conversation avec le dirigeant national du Fonds mondial au Ghana, 31 octobre 2014.
- 44 ONUSIDA. 2014. « AIDS Info Online Database ».
- 45 Données disponibles auprès de la Banque mondiale. 2014. « Health Nutrition and Population Statistics » ; conversation avec le dirigeant national du Fonds mondial au Ghana, 31 octobre 2014.
- 46 Informations fournies à ONE par le représentant du Fonds mondial au Togo. 2014.
- 47 ONUSIDA. 2014. « AIDS Info Online Database ».
- 48 Le Fonds mondial. 2014. « Grant Portfolio ». <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Home/Index>
- 49 OMS. National Health Accounts. « Togo ».
- 50 USAID. 2014. « Examining Risk Factors for HIV and Access to Services among Female Sex Workers (FSW) and Men Who Have Sex with Men (MSM) in Burkina Faso, Togo and Cameroon. »
- 51 Données disponibles auprès de la Banque mondiale. 2014. « Health Nutrition and Population Statistics ».
- 52 ONUSIDA. 2014. « The Gap Report ».
- 53 Kaiser Family Foundation. 2014. « Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2013. »

NOS BUREAUX

BERLIN

Luisenstraße 40
10117 Berlin
Allemagne

BRUXELLES

3rd Floor
Rue d'Idalie 9-13
1050 Bruxelles
Belgique

JOHANNESBURG

Silverstream Office Park
Main Building, 1st Floor
10 Muswell Road
Bryanston 2191
Johannesburg
Afrique du Sud

LONDRES

151 Wardour Street
Londres, W1F 8WE
Royaume-Uni

NEW YORK

49 W. 27th Street
Floor 3
New York, NY 10005
États-Unis

PARIS

47 rue du Montparnasse
75014 Paris
France

WASHINGTON

1400 Eye Street NW
Suite 600
Washington, DC 20005
États-Unis

ONE.ORG