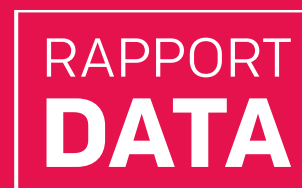


LE DÉBUT DE LA FIN DU SIDA ?

Suivi des engagements mondiaux
dans la lutte contre le SIDA

2^e édition





UN DES MILLIERS D'AGENTS DE SANTÉ AU
RWANDA QUI DISPENSE DES SOINS ET QUI
S'ASSURE QUE LES PATIENTS PRENNENT
LEURS MÉDICAMENTS CONTRE LE SIDA ET
LA TUBERCULOSE

PHOTO : JOHN RAE © LE FONDS MONDIAL

SOMMAIRE

05	Introduction
07	État des lieux et analyse
17	Suivi des engagements financiers des donateurs
23	Recommandations
28	Notes



UNE RÉUNION DE FEMMES SÉROPOSITIVES
AYANT BÉNÉFICIÉ DES SERVICES DE
PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION
MÈRE-ENFANT AVEC DES CONSEILLERS
DE SANTÉ À DANGBO, BÉNIN.

PHOTO : JOHN RAE © LE FONDS MONDIAL

INTRODUCTION

En 2012, ONE a publié le premier volume d'une série de rapports sur le sida, dans lequel nous avons fait le point sur les avancées vers le « début de la fin du sida ». Cette vision de ONE, et de nombreux autres activistes et acteurs de la communauté scientifique, correspond à un point de bascule : c'est le moment où le nombre de personnes nouvellement diagnostiquées séropositives dans une année sera inférieur ou égal au nombre de personnes nouvellement mises sous traitement antirétroviral (ARV) au cours de la même année. Dans ce premier rapport, ONE décrivait également trois objectifs majeurs nécessitant toute l'attention des dirigeants pour se rapprocher de l'éradication de la maladie¹ :

1. L'élimination quasi-totale de la transmission mère-enfant du VIH d'ici à 2015

2. L'accès au traitement pour 15 millions de personnes séropositives d'ici à 2015

3. La diminution considérable des nouvelles infections au VIH chez les adolescents et les adultes, à moins de 1,1 million de cas par an, d'ici à 2015

Le rapport 2012 de ONE, « Le début de la fin ? Suivi des engagements mondiaux dans la lutte contre le sida », a mis en avant les avancées considérables aux quatre coins du monde dans l'amélioration du traitement et l'offre de services aux femmes enceintes séropositives pour prévenir la transmission du virus à l'enfant. Il a toutefois montré le peu de progrès réalisés dans le domaine de la prévention des nouvelles infections au VIH chez les adolescents et les adultes. Nous constatons aussi que même si les dirigeants avaient commencé à appeler au « début de la fin du sida », ce qui représente une évolution importante, il n'y avait pas encore un véritable sentiment d'urgence face à la nécessité de réaliser cet objectif. Les projections tendanciennes – basées sur nos calculs présentés dans le rapport 2012 – indiquaient en effet que ce point de bascule ne serait pas atteint avant 2022².

Nous voilà un an plus tard et l'analyse 2013 de ONE montre que le monde est parvenu à accélérer considérablement ses progrès vers la réalisation du début de la fin du sida. Plus encourageant encore, les données mises à jour indiquent que si le taux de mise sous traitement et de réduction des nouvelles infections au VIH se poursuit au rythme actuel, l'objectif de début de la fin du sida sera atteint d'ici à 2015³. Ce progrès impressionnant confère toute sa crédibilité à cette vision, désormais considérée comme réalisable dans un avenir proche.

Afin d'analyser les facteurs à l'origine de cette accélération, nous examinons dans ce rapport 2013, les avancées pour les trois indicateurs clés énumérés ci-dessous et sur la voie du « point de bascule » de l'épidémie de sida, en décrivant les tendances internationales et régionales. Cette section met également en avant les

autres efforts et interventions qui influencent indirectement les progrès, comme le renforcement des systèmes de soins de santé, l'offre de services aux populations marginalisées et la lutte contre la co-infection VIH/Tuberculose.

Pour améliorer encore l'efficacité des efforts dans le domaine du traitement et de la prévention, il est impératif de mobiliser et de déployer efficacement des ressources supplémentaires. C'est sur cet aspect que se concentre la deuxième partie du rapport, qui fait le point sur les efforts de financement de la lutte contre le sida dans le monde. Cette analyse porte à la fois sur le financement des bailleurs de fonds en faveur de la lutte contre le sida – qui n'a pas progressé en 2012 – et sur les dépenses publiques africaines dans ce domaine, qui augmentent mais restent insuffisantes⁴.

Mobiliser davantage de fonds pour la lutte contre le VIH/sida n'est cependant qu'un aspect des efforts plus globaux visant à éradiquer la maladie. La définition d'une riposte durable contre l'épidémie nécessite de la part des pays les plus touchés par le VIH/sida – essentiellement les pays d'Afrique subsaharienne – davantage qu'un leadership financier. La volonté politique aux niveaux national et local a apporté une contribution majeure aux avancées réelles observées sur l'ensemble du continent.

Par ailleurs, bien que les chiffres de progression du VIH/sida, et notamment ceux des nouvelles infections, soient globalement en baisse, on ne peut ignorer que les populations les plus à risque restent encore très vulnérables face à la maladie. Dans de nombreux pays, et notamment dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, l'homosexualité est illégale. Cette stigmatisation des populations à risque comme les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, mais aussi les consommateurs de drogues, les travailleurs du sexe et les prisonniers complique fortement la prévention et les soins. La volonté politique doit aussi se renforcer dans ce domaine.

Enfin, le rapport recommande cinq pistes que devraient suivre les acteurs mobilisés en faveur de la lutte contre le sida pour renforcer leurs efforts en vue d'améliorer encore les avancées sur la voie de l'éradication de la maladie, au bénéfice des générations futures. 2014 doit être une année de responsabilisation pour les bailleurs de fonds, les chercheurs et les activistes face à la question suivante : faisons-nous bien tout ce qui est en notre pouvoir pour éradiquer le sida de notre vivant ? Si la communauté internationale se borne à maintenir à leur niveau actuel les efforts de financement et de prévention, la réponse sera négative. Mais si les acteurs peuvent adopter les recommandations qui figurent dans ce rapport et font preuve d'ambition en renforçant vraiment leurs efforts, la réponse à cette question sera sans nul doute un formidable « oui »⁵.



DANS UNE RÉGION RECLÉE DU RWANDA,
CLAUDINE REND VISISTE AUX MÈRES
SÉROPOSITIVES CHEZ ELLES. ELLE LES
AIDE À PRENDRE LEURS MÉDICAMENTS ET
À SUIVRE DES PROCÉDURES SÛRES.

PHOTO : JOHN RAE © LE FONDS MONDIAL

ÉTAT DES LIEUX ET ANALYSE

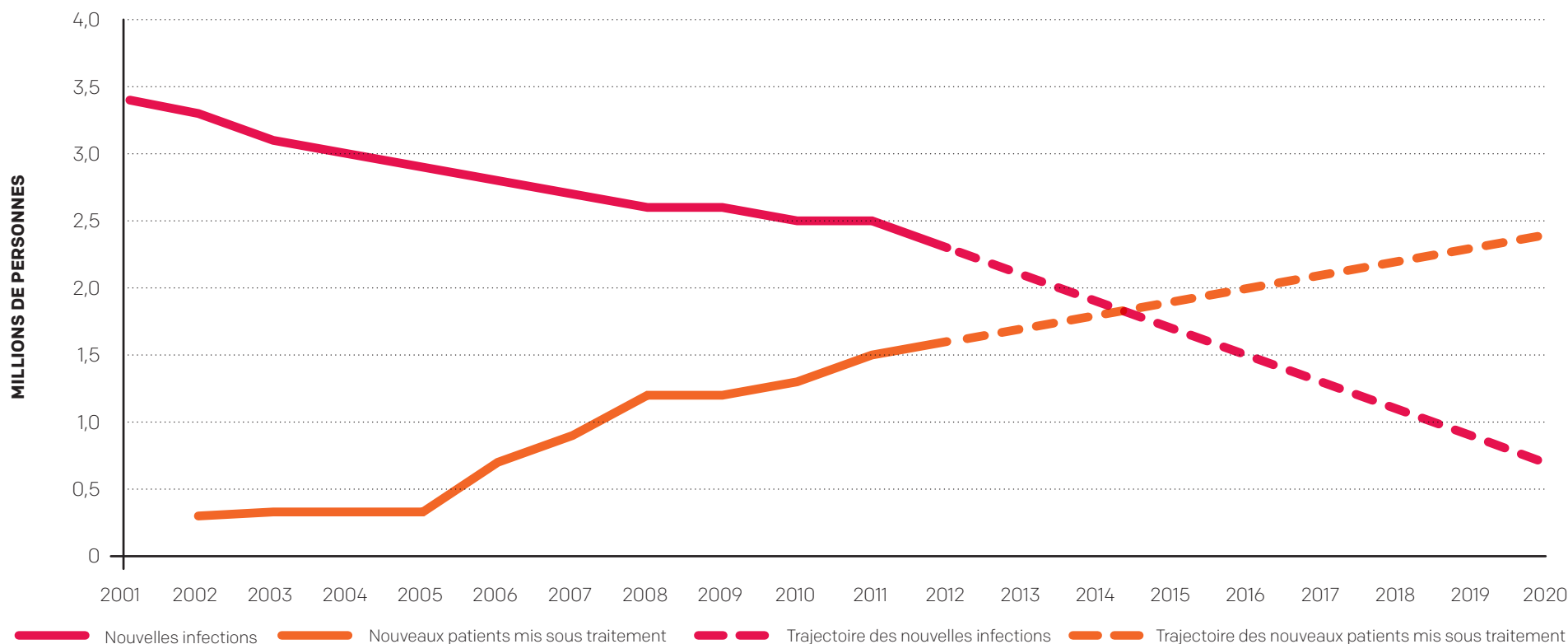
1 Le monde est parvenu à accélérer considérablement les progrès vers le début de la fin du sida

Si les progrès continuent au rythme actuel, les deux courbes indiquant le nombre de nouvelles infections au VIH et le nombre de patients mis sous traitement se croiseront en 2015 – c'est-à-dire plusieurs années avant la date prévue par ONE sur la base des données de 2012. Un véritable exploit ! Cette accélération s'explique en partie par l'utilisation de données nouvelles et plus précises publiées en 2013 concernant les années précédentes. Ces données imparfaites avaient en effet faussé le rythme de progression que nous prévoyions⁶. Mais cette accélération s'explique aussi par les avancées réelles réalisées l'année dernière. C'est le cas, en particulier, du taux de diminution des nouvelles infections au VIH, qui a doublé au cours de l'année dernière : environ 200 000 nouvelles infections en moins ont été enregistrées en 2012, contre un statu quo en 2011 et environ 100 000 nouvelles

infections en moins en 2010. Dans le même temps, 1,6 million de nouveaux patients séropositifs ont eu accès au traitement en 2012, contre 1,5 million en 2011 et 1,3 million en 2010⁷.

Cette accélération observée à l'échelon mondial peut en grande partie être attribuée aux progrès réalisés en Afrique subsaharienne. Dans cette région, le nombre de patients mis sous traitement au cours de la seule année 2012 a atteint un niveau record, alors que le nombre de nouvelles infections n'avait jamais été aussi bas. L'amélioration, sur le front de la diminution de la transmission mère-enfant, du nombre de décès dus au sida et des taux de prévalence du VIH a été nettement plus marquée en Afrique subsaharienne que partout ailleurs dans le monde⁸.

ILLUSTRATION 1. Trajectoires actuelles des efforts mondiaux de prévention et de traitement contre le VIH



2 Le monde reste à la traîne pour des indicateurs clés 2015 en rapport avec le traitement et la prévention

Grâce aux efforts menés dans le monde entier, le point de bascule pour le début de la fin du sida est en vue. Les progrès sont par contre insuffisants en ce qui concerne l'atteinte de certains objectifs spécifiques en 2015. Les programmes axés sur la réduction de la transmission mère-enfant du VIH ont continué à se généraliser en 2012, en particulier dans les 22 pays les plus durement touchés. Sept pays d'Afrique subsaharienne – l'Afrique du Sud, le Botswana, l'Éthiopie, le Ghana, le Malawi, la Namibie et la Zambie – impulsent l'essentiel de ces progrès, chacun ayant réduit de 50 % ou plus les nouvelles infections au VIH chez les enfants depuis 2009. Mais, collectivement, le monde n'est pas en bonne voie de réaliser l'objectif d'éradication quasi-totale du sida d'ici à 2015 et quelques pays, comme le Nigeria et l'Angola, freinent les avancées mondiales et régionales⁹.

Grâce à l'amélioration de l'accès au traitement ARV, le monde peut à nouveau espérer réaliser l'objectif de mettre sous traitement 15 millions de personnes séropositives – un véritable exploit, surtout quand on sait qu'il y a dix ans,

300 000 personnes seulement dans le monde bénéficiaient d'un traitement. Les nouvelles lignes directrices de l'OMS publiées en 2013 ont toutefois considérablement augmenté le nombre de patients éligibles au traitement¹⁰, au nombre de 28 millions aujourd'hui¹¹. Ces nouvelles directives ont ainsi considérablement élargi la définition générale d'accès universel au traitement, relevant ainsi la barre pour notre définition du succès.

Pour la première fois depuis deux ans, de réelles diminutions du nombre de nouvelles infections chez les adolescents et les adultes ont été enregistrées. Si ce résultat est encourageant, nous sommes encore loin de l'objectif de diminuer de moitié le nombre des nouveaux cas, encore plus au sein des populations marginalisées. Le nombre de nouvelles contaminations dépasse toujours de loin le nombre de patients mis sous traitement et, dans l'ensemble, la prévention du VIH reste le domaine ayant enregistré le moins de progrès et bénéficié du moins d'attention.

3 Les niveaux actuels de financement pour le VIH/sida ne suffisent pas pour maîtriser et, finalement, éradiquer la maladie

Selon les estimations d'ONUSIDA, les efforts internationaux de financement contre le sida restent en-deçà (sous-financement de 2,2 à 3,7 milliards d'euros) des 16 à 18 milliards d'euros nécessaires chaque année pour réaliser les objectifs clés de traitement et de prévention d'ici à 2015¹². Et si l'on tient compte des montants nécessaires supplémentaires conformément aux nouvelles lignes directrices 2013 de l'OMS en matière de traitement, ce déficit de financement augmente encore de 10 %¹³.

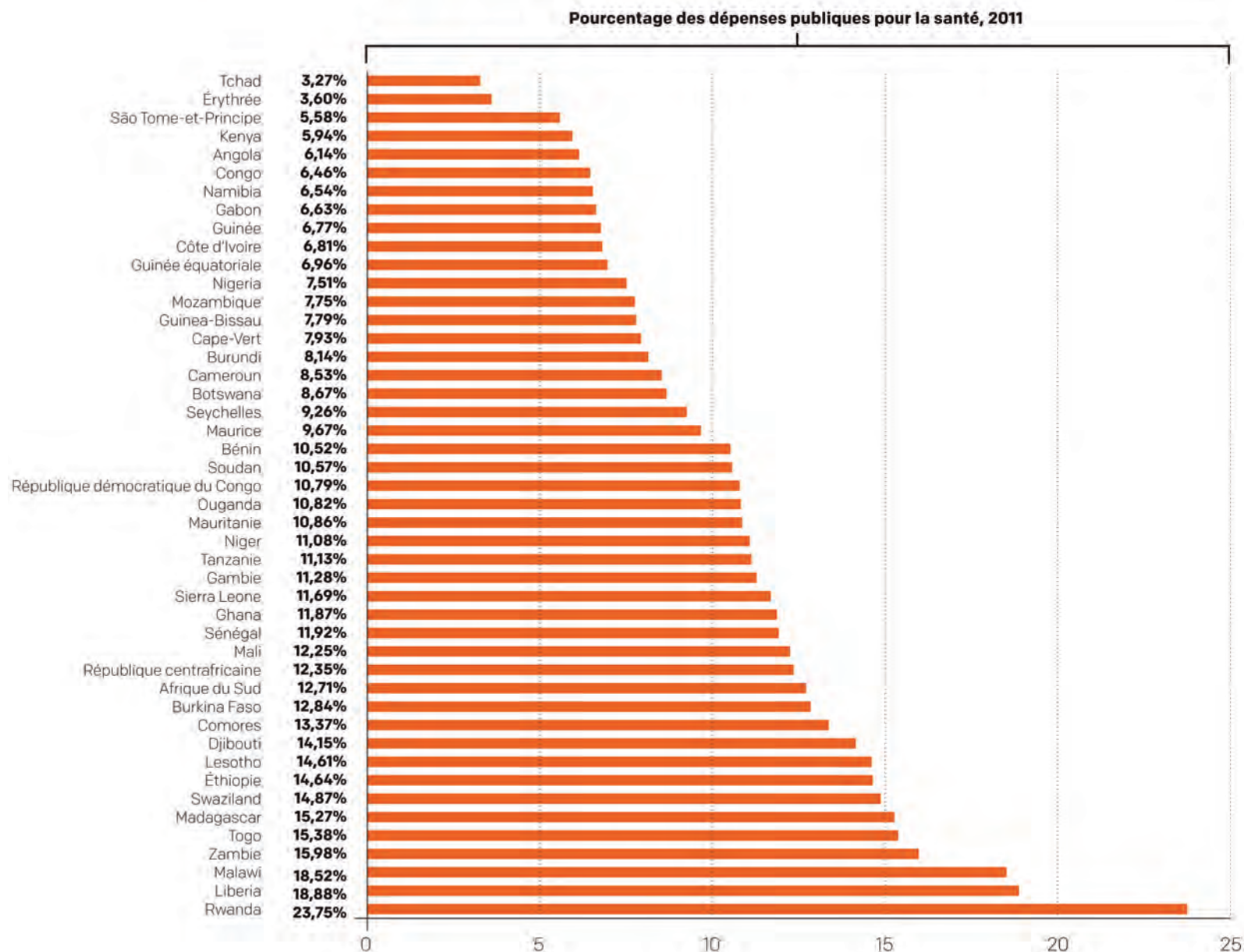
L'année dernière, plus de deux tiers des pays à revenus faibles et intermédiaires ont augmenté leurs dépenses publiques pour la lutte contre le VIH, qui représentent aujourd'hui 53 % de l'ensemble des ressources mondiales engagées contre le VIH/sida. Pour la deuxième année consécutive, ces pays ont assumé plus de la moitié de la riposte mondiale contre le sida. Toutefois, de nombreux pays africains n'affectent pas encore suffisamment de fonds au secteur de la santé¹⁴. En 2011, six pays seulement avaient respecté les engagements d'Abuja, pris lors d'un sommet de l'Union africaine de 2011, d'affecter à la santé 15 % de leur budget national. Et près d'un quart des pays pour lesquels des données sont disponibles n'ont même pas alloué la moitié de cette somme¹⁵.

Les besoins mondiaux de financement pour le traitement, la prévention et les soins VIH/sida restent si importants que la riposte ne peut être assurée par la seule

augmentation des investissements domestiques. Même si l'appropriation de cette riposte par ces pays est essentielle pour des avancées durables, les efforts des bailleurs de fonds restent indispensables et doivent être plus soutenus pour que l'on parvienne à endiguer l'épidémie. Or, l'année dernière, les ressources affectées par les bailleurs de fonds aux programmes VIH/sida n'ont pas augmenté et certains donateurs ont même revu leurs dépenses à la baisse – une tendance des plus préoccupantes face à l'augmentation constante et considérable de la demande pour des services VIH¹⁶.

En 2012, les États-Unis sont clairement restés le premier bailleur de fonds pour la lutte mondiale contre le sida, et le Royaume-Uni, l'Australie, le Japon, l'Italie et la Suède ont revu à la hausse leurs contributions. À l'opposé, des pays comme le Danemark, le Canada, la France, l'Irlande, la Norvège et les Pays-Bas, de même que la Commission européenne, ont malheureusement diminué leur contribution totale en 2012. Si l'on tient compte du nombre d'habitants dans les pays donateurs, on constate toutefois que les pays nordiques (Danemark, Norvège et Suède) ont clairement mis le plus la main à la poche, avec des dépenses par habitant de respectivement 25, 19 et 15 euros. Les États-Unis (13 euros), les Pays-Bas (12 euros) et le Royaume-Uni (12 euros) suivent, alors que la France (5 euros), l'Australie (5 euros), le Canada (4 euros) et l'Allemagne (3 euros) sont tous restés à la traîne.

ILLUSTRATION 2. Pays africains en fonction des dépenses de santé



Source : indicateurs des comptes nationaux de la santé de l'OMS.

Remarque : ce graphique exclut tous les pays d'Afrique du Nord et ceux d'Afrique subsaharienne pour lesquelles les données n'étaient pas disponibles.

ILLUSTRATION 3. Aide internationale des principaux bailleurs allouée à la lutte contre le VIH/sida¹⁷

TOTAL DE L'AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT CONSACRÉE AU SIDA (EN EUROS, EN MILLIONS)

PAYS	2012	CLASSEMENT 2012	2011	CLASSEMENT 2011	2010	CLASSEMENT 2010	ÉVOLUTION 2010-2012
ÉTATS-UNIS	4067,41	1	3388,44	1	3006,55	1	35,28 %
ROYAUME-UNI	736,47	2	642,55	2	631,70	2	16,59 %
FRANCE	310,98	3	308,71	3	305,10	3	1,93 %
ALLEMAGNE	233,38	4	233,57	5	243,61	5	-4,20 %
PAYS-BAS	208,41	5	240,41	4	290,53	4	-28,27 %
JAPON	169,15	6	63,51	12	121,38	7	39,36 %
DANEMARK	138,34	7	141,52	6	134,31	6	3,00 %
SUÈDE	138,12	8	122,00	7	109,82	8	25,77 %
CANADA	123,27	9	117,02	8	105,69	9	16,63 %
AUSTRALIE	100,85	10	82,73	11	81,72	11	23,41 %
NORVÈGE	93,45	11	88,86	10	93,42	10	0,03 %
COMMISSION EUROPÉENNE	81,43	12	91,49	9	78,76	12	3,40 %
IRELANDE	42,39	13	51,91	13	76,69	13	-44,73 %
ITALIE	11,25	14	3,83	14	8,95	14	25,66 %
TOTAL	6 454,89		5 576,55		5 288,22		22,06 %

Sources : The Kaiser Family Foundation; UNITAID; Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; et calculs de ONE. La conversion de dollars américains en euros a été faite en utilisant des taux de conversion annualisés : <http://www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Yearly-Average-Currency-Exchange-Rates>

4 « Le sida en Afrique » est une expression dépassée : il existe de grandes différences d'un pays à l'autre en termes de volonté politique, d'investissement financier et de progrès

Malgré les formidables avancées réalisées dans la lutte contre le sida en Afrique subsaharienne, la situation est loin d'être uniforme. La volonté politique et les investissements financiers ont considérablement varié d'un pays à l'autre ; il en va de même pour les succès relatifs des pays dans leur rapprochement du début de la fin du sida – représenté par un ratio obtenu en divisant le nombre total de nouvelles infections pour l'année par le nombre de nouveaux patients mis sous traitement au cours de la même année. Un ratio de 1,0 étant équivalent au « point de bascule », seize des 37 pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels des données sont disponibles ont atteint ou dépassé cet objectif en 2012. Sur les 21 restants, cinq sont incroyablement proches de cet objectif, avec un ratio compris entre 1,01 et 1,1, tandis que les pays restants affichent un ratio de l'ordre de 1,5 à 21,3 (avec même un recul pour certains, notamment pour le Libéria et le Mali)¹⁸.

Il n'existe pas de formule unique pour combattre efficacement le sida au niveau national, toutefois, l'analyse de ONE montre que les pays d'Afrique subsaharienne qui ont fait preuve d'une solide volonté politique et qui ont affecté les fonds des bailleurs et les fonds publics à des programmes nationaux clairement définis, ont réalisé les progrès les plus importants au cours de ces dix dernières années. D'autres pays ont vraiment besoin de réaliser des avancées ou affichent des progrès mitigés. Neuf pays fournissent de bons exemples des trois niveaux de progression enregistrés.

En tête : le Ghana, le Malawi et la Zambie illustrent parfaitement comment les gouvernements nationaux, les bailleurs de fonds internationaux et les acteurs clés de la société civile peuvent coopérer pour accélérer les avancées dans la lutte contre le sida. La Zambie et le Malawi ont commencé cette décennie en étant confrontés chacun à une épidémie de sida des plus étendues et des plus dévastatrices. Aujourd'hui, ces deux pays – ainsi que le Ghana – sont les champions mondiaux de la lutte contre l'épidémie, avec des progrès rapides et constants au cours de ces dernières années. Ils ont tous les trois affecté d'importantes ressources à la santé, ont atteint et dépassé le « point de bascule » au niveau national et progressent encore davantage sur la voie du contrôle et de l'éradication de la maladie¹⁹.

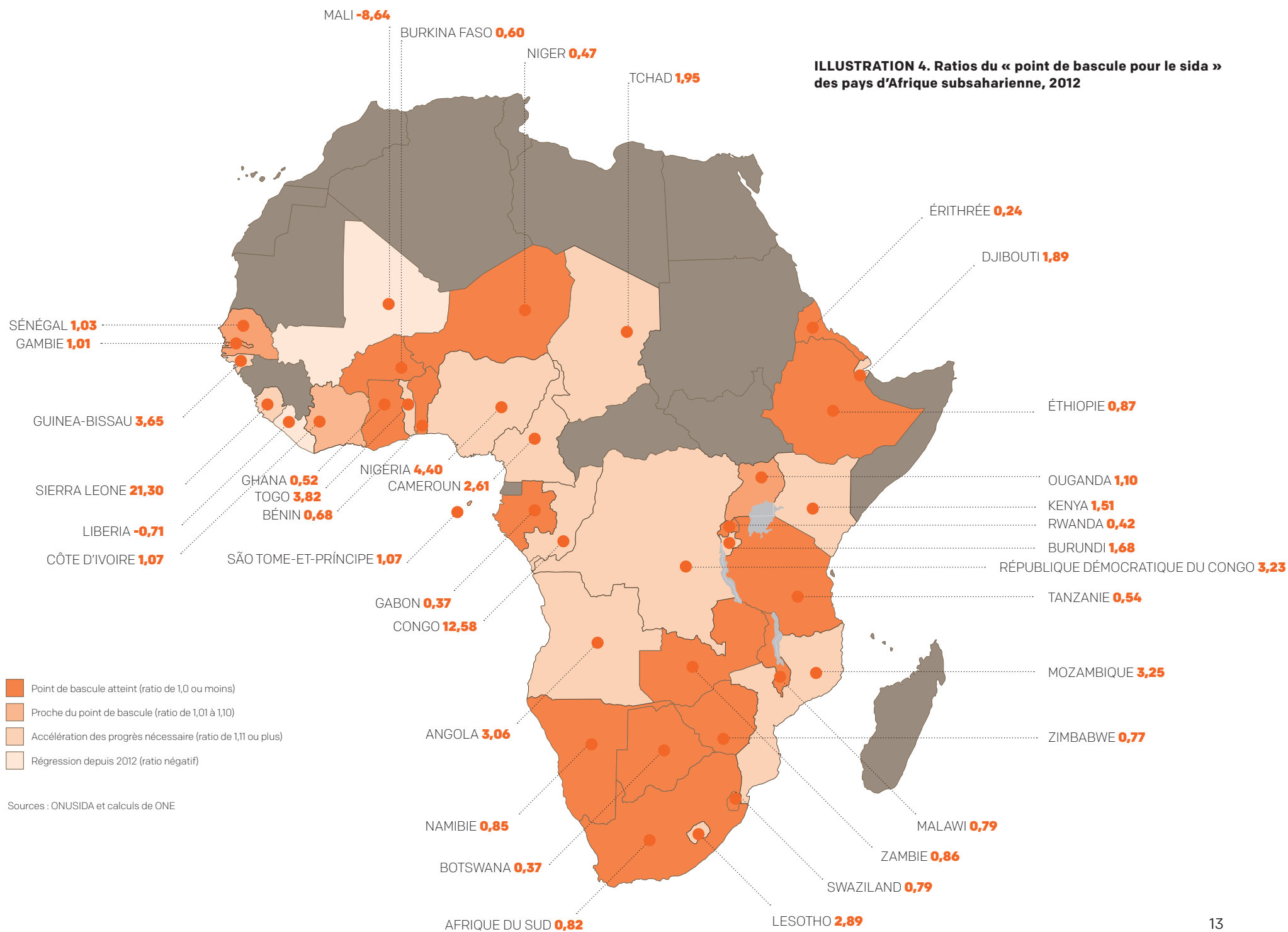
À tenir à l'œil : malgré une réelle mobilisation, l'Afrique du Sud, la Tanzanie et l'Ouganda n'ont enregistré que des progrès mitigés. Ils sont en effet confrontés à une épidémie majeure, à une évolution du paysage politique national et à des défis nationaux spécifiques. Ces pays ont réalisé de réelles avancées ces dernières années, mais ils progressent toutefois plus lentement que les pays qui se classent en tête. L'Afrique du Sud et la Tanzanie

ont atteint pour la première fois l'année dernière leur « point de bascule » et l'Ouganda – avec un ratio sida de 1,1 – s'en rapproche sans l'atteindre. Vu les progrès mitigés enregistrés ces dernières années dans la lutte contre l'épidémie de sida, la réalisation des objectifs dépendra beaucoup des efforts menés dans les toutes prochaines années²⁰.

Progrès nécessaires de toute urgence : le Cameroun, le Nigeria et le Togo restent à la traîne. Leurs efforts se sont en effet souvent heurtés à un manque de volonté politique ou à des priorités politiques contradictoires, à des engagements financiers insuffisants, à des systèmes de prise en charge inefficaces et à l'absence d'une attention spécifique sur la prévention. Le Togo, en particulier, avait atteint le point de bascule en 2010 mais a reculé depuis. Le Nigeria et le Cameroun n'ont pour leur part réalisé aucun progrès sur la voie du début de la fin du sida, malgré des fluctuations considérables du ratio d'une année à l'autre. Ces pays, ainsi que d'autres se trouvant dans la même situation, doivent redoubler d'efforts pour réaliser l'objectif de début de la fin du sida d'ici à 2015²¹.

Dans tous les pays, et c'est là un signe encourageant, de très nombreuses ONG et divers acteurs participent activement, au sein de leurs communautés et dans leur pays, à la lutte contre la maladie. Certains de ces groupes supportent et engendrent des efforts à plus grande échelle, à l'échelon national, tandis que d'autres impulsent des progrès en dépit d'un contexte défavorable ou de l'intransigeance du gouvernement. Leur engagement et leur plaidoyer ont été essentiels pour les avancées réalisées sur le continent au cours des deux dernières décennies.

**ILLUSTRATION 4. Ratios du « point de bascule pour le sida »
des pays d'Afrique subsaharienne, 2012**



Suivi des progrès dans la lutte contre le sida en Afrique subsaharienne

Au cours de ces dernières années, l'Afrique subsaharienne – la région la plus touchée par le VIH/sida – a réalisé des avancées considérables sur le front de l'épidémie, en partie grâce aux investissements massifs des bailleurs de fonds internationaux (les dépenses mondiales totales affectées aux programmes VIH/sida de l'Afrique subsaharienne dépassent les dépenses mondiales en faveur des programmes menés dans n'importe quelle autre région) et, ces dernières années, grâce à l'augmentation des dépenses publiques pour les programmes VIH/sida²².

En 2001, cette région affichait un taux de prévalence du VIH chez les adultes d'environ 5,8 %, et 21,7 millions d'adultes et d'enfants étaient séropositifs. En 2012, le taux de prévalence chez les adultes était tombé à 4,7 %, mais l'on dénombrait 25 millions de personnes porteuses du virus, une évolution qui s'explique par la croissance démographique. Le nombre de nouvelles infections annuelles a cependant suivi une courbe descendante, passant de 2,6 millions en 2001 à 1,6 million en 2012 – soit un million de contaminations en moins en tout juste dix ans. Durant la même période, le nombre de patients mis sous traitement est passé de 50 000 en 2002 à 7,5 millions en 2012. Sur la base des lignes directrices de l'OMS de 2010, 12 millions de personnes étaient

éligibles au traitement, ce qui correspond à un taux de couverture ARV de seulement 62,5 %. Ce déficit de couverture se creusera considérablement avec la mise en œuvre des nouvelles directives 2013 de l'OMS. Avec environ 1,4 million de personnes mises pour la première fois sous traitement en 2012 et 1,6 million de nouvelles infections – soit un ratio de 1,18 – l'Afrique subsaharienne est à présent très proche du « point de bascule »²³. Des résultats particulièrement impressionnants quand on sait que la région affichait un ratio de 11,9 en 2004, il y a tout juste huit ans²⁴.

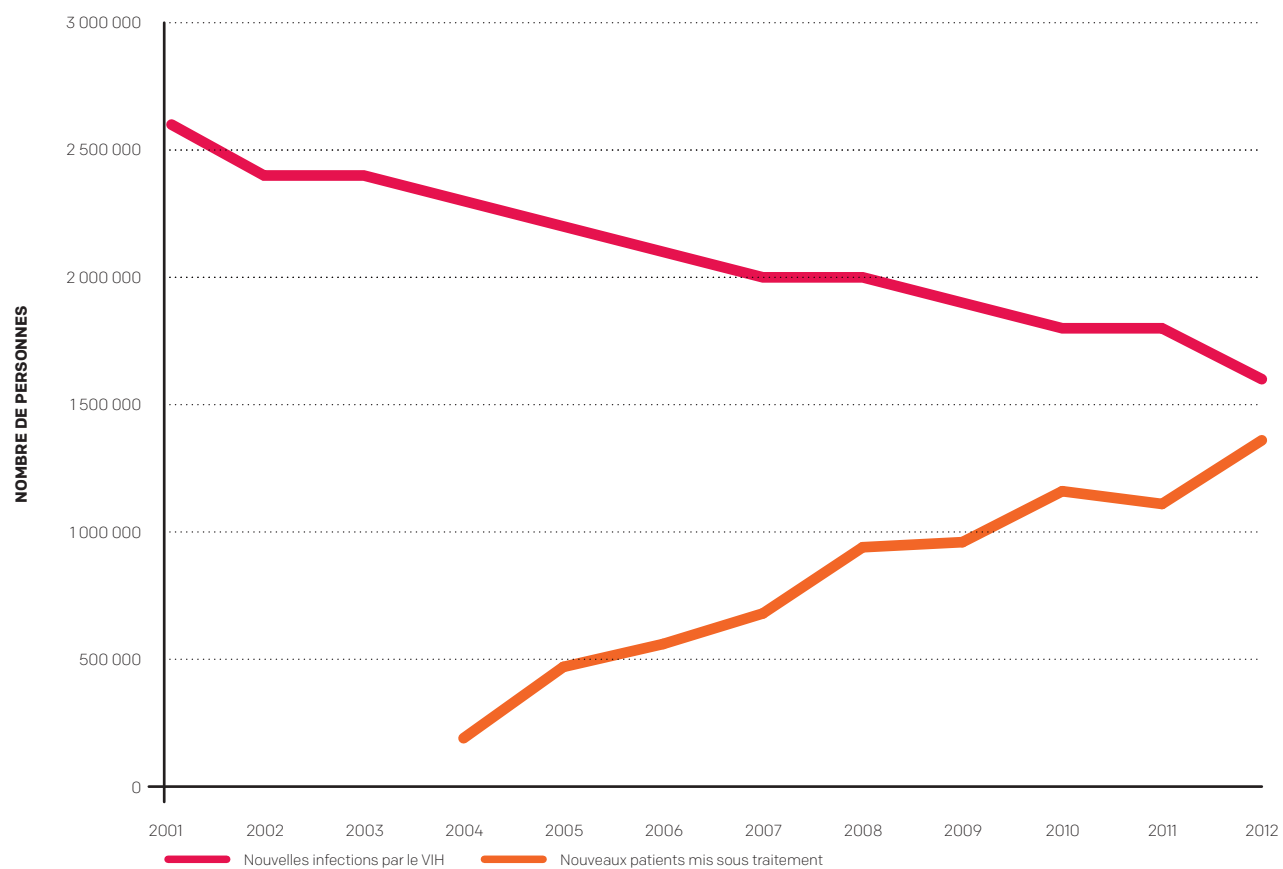
Vingt-et-un des 22 pays prioritaires du Plan mondial pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) se situent en Afrique subsaharienne, région où le nombre de bébés nés séropositifs a toujours été très élevé. Toutefois, l'accent mis de plus en plus sur la PTME dans la région – notamment sous la pression des acteurs participant à l'élaboration et à la mise en œuvre du Plan mondial – a permis de réduire considérablement le nombre de cas de transmission mère-enfant. Ainsi, alors que 500 000 nouvelles infections infantiles avaient été enregistrées en 2001, ce chiffre est descendu à 230 000 en 2012, soit une diminution de plus de la moitié²⁵.

Même si la région dans son ensemble réalise de réelles avancées vers le point de bascule, l'ampleur

de l'épidémie varie considérablement d'un pays à l'autre et il est donc impossible de formuler des recommandations applicables à toute l'Afrique subsaharienne. Le Nigeria, par exemple, compte 3,4 millions de personnes séropositives, soit 14 % de l'ensemble des porteurs du virus de la région.

L'année dernière, 259 000 nouvelles infections ont été enregistrées – contre 284 000 il y a trois ans – mais 59 000 patients seulement ont été mis sous traitement. Pendant ce temps-là, l'Afrique du Sud était confrontée à une épidémie d'une ampleur bien plus préoccupante, qu'elle est toutefois parvenue à contrôler. En 2012, alors qu'elle comptait 6 millions de personnes séropositives et enregistrait 367 000 nouvelles infections, l'Afrique du Sud a mis sous traitement près de 449 000 patients supplémentaires²⁶. En bonne voie d'atteindre le point critique du début de la fin du sida, l'Afrique subsaharienne doit à présent concentrer ses efforts sur plusieurs objectifs : briser la trajectoire de l'épidémie en tenant compte des besoins à l'échelon national et mettre en œuvre des interventions pertinentes, tout en continuant à accroître les financements nationaux et améliorer la redevabilité en matière de résultats.

Illustration 5. Trajectoires actuelles des efforts de prévention et de traitement en Afrique subsaharienne



Sources : ONUSIDA et calculs de l'ONE



DES AGENTS DE SANTÉ DE L'INITIATIVE
BACKBONE OF ETHIOPIA RENDENT LES
SOINS DE SANTÉ PLUS ACCESSIBLES
À LA POPULATION, DONT 83%
VIT DANS LES ZONES RURALES.

PHOTO : JOHN RAE © LE FONDS MONDIAL

SUIVI DES ENGAGEMENTS FINANCIERS DES DONATEURS

Depuis plus d'une décennie, un grand nombre de donateurs internationaux ont fait preuve d'une formidable volonté politique et ont mobilisé des ressources substantielles pour faire avancer la lutte contre le sida dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires. L'aide bilatérale mais aussi l'aide multilatérale ont été – et demeurent – indispensables pour aider ces pays à avoir accès au traitement antirétroviral ainsi qu'à une assistance technique et à des fonds suffisants pour offrir à leurs habitants des services de dépistage, de prévention et de soins. Maintenir ces niveaux de financement apparaît plus nécessaire que jamais pour renforcer les efforts de prévention et de traitement et faire face à la demande accrue de soins dans un avenir proche. À long terme, une augmentation en amont de ces contributions aura même pour effet de minimiser le coût financier pour les bailleurs puisque les pays bénéficiaires renforceront progressivement leurs propres systèmes de santé et de gestion et s'approprient ainsi davantage leurs programmes de lutte contre le VIH/sida au fil des ans.

Depuis 2009 cependant, le financement des bailleurs de fonds a globalement atteint un plafond²⁷. Même si la somme totale des fonds alloués à la lutte contre le VIH/sida dans les pays à revenus faibles et intermédiaires a atteint des records en 2012 (14,1 milliards d'euros²⁸), ce sont les dépenses domestiques qui ont assuré pratiquement la totalité de l'augmentation du financement mondial, avec plus de la moitié des ressources (53 % en 2012²⁹), et ce pour la seconde année consécutive. Même si l'on ne peut que se féliciter de la croissance du financement domestique – louable et nécessaire – le tableau du financement international, qui ne progresse que de manière marginale dans l'ensemble, est préoccupant et laisse penser que les bailleurs de fonds négligent l'urgence de réaliser collectivement de réelles avancées dans la lutte contre le VIH/sida. Entre 2010 et 2012, le financement des bailleurs de fonds a également été fort volatil, faisant obstacle aux efforts visant à faciliter une plus grande appropriation de la

problématique du VIH/sida par les pays concernés et la mise en œuvre de programmes pluriannuels.

Les pays du G7 (le G8 à l'exclusion de la Russie³⁰) ainsi que la Commission européenne ont largement contribué à maintenir la lutte contre le VIH/sida à l'agenda politique international et à financer de manière substantielle le contrôle de l'épidémie. Le rapport 2012 de ONE – « Le début de la fin ? Suivi des engagements mondiaux dans la lutte contre le sida » – a dressé un profil détaillé de ces pays et cartographié leurs contributions financières bilatérales et multilatérales, leur leadership politique et leurs efforts de programmation. Dans cette section, nous proposons un état des lieux des efforts de financement consentis l'année dernière par ces donateurs, sur la base des dernières données de 2012 relatives au financement et à la lumière des nouveaux développements politiques et des réorientations stratégiques. Nos conclusions montrent une riposte à la pandémie de VIH/sida de plus en plus diversifiée et l'absence de vision collective et programmatique. Si un petit nombre de pays donateurs ont accéléré leurs efforts de lutte contre le sida, d'autres maintiennent le statu quo, ou, plus inquiétant, se désengagent progressivement. Or, un sentiment plus aigu de l'urgence, ainsi que des investissements pluriannuels plus efficaces de la part de tous les bailleurs sont nécessaires pour atteindre l'objectif de début de la fin du sida – et finalement son éradication – de notre vivant.

 **Les États-Unis** restent au premier rang de la lutte contre le sida dans le monde, avec la plus grande part du financement de la lutte contre l'épidémie en 2012. Ils ont également fixé des objectifs ambitieux et mesurables et le président Barack Obama³¹, l'ancienne secrétaire d'État Hillary Clinton et l'actuel secrétaire d'État John Kerry ont solidement soutenu la réalisation de l'objectif « génération sans sida ». Entre 2011 et 2013, les États-Unis ont revu à la hausse leur aide financière bilatérale et multilatérale contre le VIH/sida, malgré la proposition faite cette année de réduire le

financement bilatéral par l'intermédiaire du PEPFAR, le plan d'urgence du Président pour la lutte contre le sida. Les objectifs actuels fixés pour le programme, notamment ceux axés sur le traitement, la circoncision masculine, la prévention de la transmission mère-enfant et la distribution de préservatifs, arrivent à échéance en 2013. Au moment de la rédaction de ce rapport, les États-Unis n'avaient pas encore déterminé leur prochaine série d'objectifs bilatéraux. L'efficacité des investissements américains bilatéraux dans les années à venir dépendra de la nature de ces objectifs et de la priorité donnée aux résultats plutôt qu'aux moyens engagés.

Les États-Unis maintiendront vraisemblablement leur aide financière en faveur de la lutte contre le sida en 2014, par le biais d'un engagement à hauteur de 1,65 milliard de dollars (1,23 milliard d'euros) pour le Fonds mondial. En cas de feu vert du Congrès sur ce montant, les États-Unis seraient sur la voie de doter le Fonds mondial de près de 5 milliards de dollars (3,73 milliards d'euros) pour les trois prochaines années – soit environ un tiers des besoins de financement du fonds pour la période 2014-2016 (15 milliards de dollars, 11,2 milliards d'euros). Les États-Unis n'ont pas encore annoncé d'engagement pluriannuel, mais la législation ne leur permet pas de financer plus de 33 % du total du budget du Fonds mondial. La quatrième réunion de reconstitution du fonds aura lieu début décembre 2013, aux États-Unis.

 **Le Royaume-Uni** a légèrement augmenté ses dépenses – en termes absolus et par habitant – au titre du VIH/sida entre 2011 et 2012. Avec environ 10 euros par citoyen, il est également l'un des principaux bailleurs par habitant. En septembre 2013, le Royaume-Uni a annoncé qu'il reverrait nettement à la hausse sa dotation au Fonds mondial, pour la porter à

un milliard de livres sterling (pour 2014-2016, 1,2 milliard d'euros), à condition que l'objectif de reconstitution des ressources du fonds – 11,2 milliards d'euros sur cette période de trois ans – soit atteint et que le Royaume-Uni n'assure pas plus de 10 % du montant total de la reconstitution. Cet engagement s'ajoute au 1,2 milliard de livres promis au Fonds mondial en 2007, dont seulement 1 milliard ont été décaissés à ce jour³².

Le Royaume-Uni soutient depuis longtemps les organisations multilatérales de la santé et le Fonds mondial figurait en très bonne place dans l'audit 2013 de son programme d'aide internationale multilatérale (« 2013 updated Multilateral Aid Review »). La secrétaire d'État au développement international, Justine Greening, a clairement indiqué que la santé, et les programmes d'aide multilatérale en général, devaient faire partie des priorités du Department for International Development (DFID), lequel devait également mettre l'accent sur l'implication du secteur privé ainsi que sur les femmes et les filles. Le Royaume-Uni s'est engagé à faire le point sur les avancées par rapport aux résultats de son Document de position sur le VIH en 2013 et à réévaluer, par la même occasion, ses priorités stratégiques.

 **La France** a légèrement réduit ses efforts financiers pour le VIH/sida entre 2011 et 2012. La problématique du sida figure cependant toujours au rang des priorités politiques du gouvernement français. Le président François Hollande est ainsi le premier chef d'État européen à s'être engagé pour le début de la fin du sida, deux mois seulement après son élection en 2012. La France est aussi le second pays à avoir annoncé un engagement sur trois ans pour la reconstitution en 2013 du Fonds mondial et elle a maintenu sa contribution pour la période 2014-16 à son niveau actuel, soit 1,08 milliard d'euros (1,4 milliard de dollars)³³.

Toutefois, le Royaume-Uni ayant annoncé en septembre 2013 une augmentation de sa contribution au Fonds mondial, la France risque de perdre sa position de deuxième donateur du fonds et de « donateur numéro un » par habitant.

La France reste un ardent et solide bailleur d'UNITAID, un mécanisme de financement novateur qui vise à étendre l'accès au traitement contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme dans les pays en développement³⁴. Elle a également affecté au développement 10 % d'une taxe sur les transactions financières – dont une partie sera utilisée pour lutter contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme – et a appelé d'autres pays à suivre son exemple. Suite aux Assises du développement³⁵ réunies de la fin 2012 au début 2013, la France prépare actuellement sa toute première loi sur le développement, qui sera examinée par le parlement au début 2014. Le gouvernement français a d'ores et déjà affirmé sa volonté de rester un champion de l'aide à la santé mondiale.

 **L'Allemagne** a quant à elle diminué le montant de ses dépenses totales au titre du VIH/sida et sa contribution par habitant entre 2011 et 2012. Cette évolution s'inscrit dans la droite ligne de la diminution globale de son aide au développement, limitée à 0,38 % de son revenu national brut (RNB), en 2012³⁶. Lors du Forum économique mondial de 2013, l'Allemagne a par contre été le premier pays à annoncer un engagement pluriannuel en faveur du Fonds mondial pour la période 2014-16, garantissant, par cette annonce, le maintien de ses contributions à un niveau identique à celui pour 2011-13, soit 200 millions d'euros par an³⁷. Depuis cette annonce, plusieurs autres bailleurs de fonds ont revu à la hausse leurs engagements pour la prochaine période de reconstitution du Fonds mondial, certains décidant même de multiplier par plus de

deux leur contribution. Plusieurs pays n'ayant pas encore annoncé le montant de leurs engagements au moment de la rédaction du présent rapport, l'Allemagne est pour l'instant l'un des deux donateurs du top 10 du Fonds mondial à ne pas avoir revu à la hausse sa contribution depuis 2008³⁸. La reconstitution du Fonds offre au prochain gouvernement allemand la possibilité d'améliorer en tout début de mandat la contribution de l'Allemagne à la fin du sida. En 2007, lors de sa présidence du G8, elle avait ainsi doublé sa contribution au Fonds mondial. En doublant une nouvelle fois son engagement, l'Allemagne pourrait mettre à profit les 13 prochains mois qui la séparent de sa présidence du G8 en 2015 pour conforter sa position internationale sur cette question et consolider l'héritage positif de 2007.

 **Le Japon** s'est mobilisé davantage contre le sida et pour la santé mondiale en 2012, après une chute de ses contributions suite au tremblement de terre et au tsunami qui l'avaient dévasté l'année précédente. Par rapport à 2011, il a ainsi plus que doublé ses dépenses totales et par habitant au titre de la lutte contre le VIH/sida en 2012. Il a aussi renouvelé son engagement à financer le Fonds mondial en 2012 mais, au moment où nous écrivons ces lignes, il n'avait pas encore annoncé un nouvel engagement pour 2014-16. Le Japon devrait ainsi se repositionner comme contributeur financier et programmatique majeur à la riposte mondiale contre le sida en revoyant à la hausse ses engagements, ceux-ci restant nettement inférieurs, par habitant, à ceux de ses pairs sur la scène internationale. Le Premier ministre Abe s'est réellement attelé à faire en sorte que les systèmes de santé et la « couverture de santé universelle » bénéficient d'une attention suffisante dans les années à venir³⁹. En mettant à profit son influence dans ce débat pour soutenir les programmes de lutte contre le VIH/sida, le Japon peut contribuer

à l'intégration des services de soins de santé et à l'accès de groupes clés de population au traitement, à commencer par les populations marginalisées actuellement privées de services de soins de santé⁴⁰.

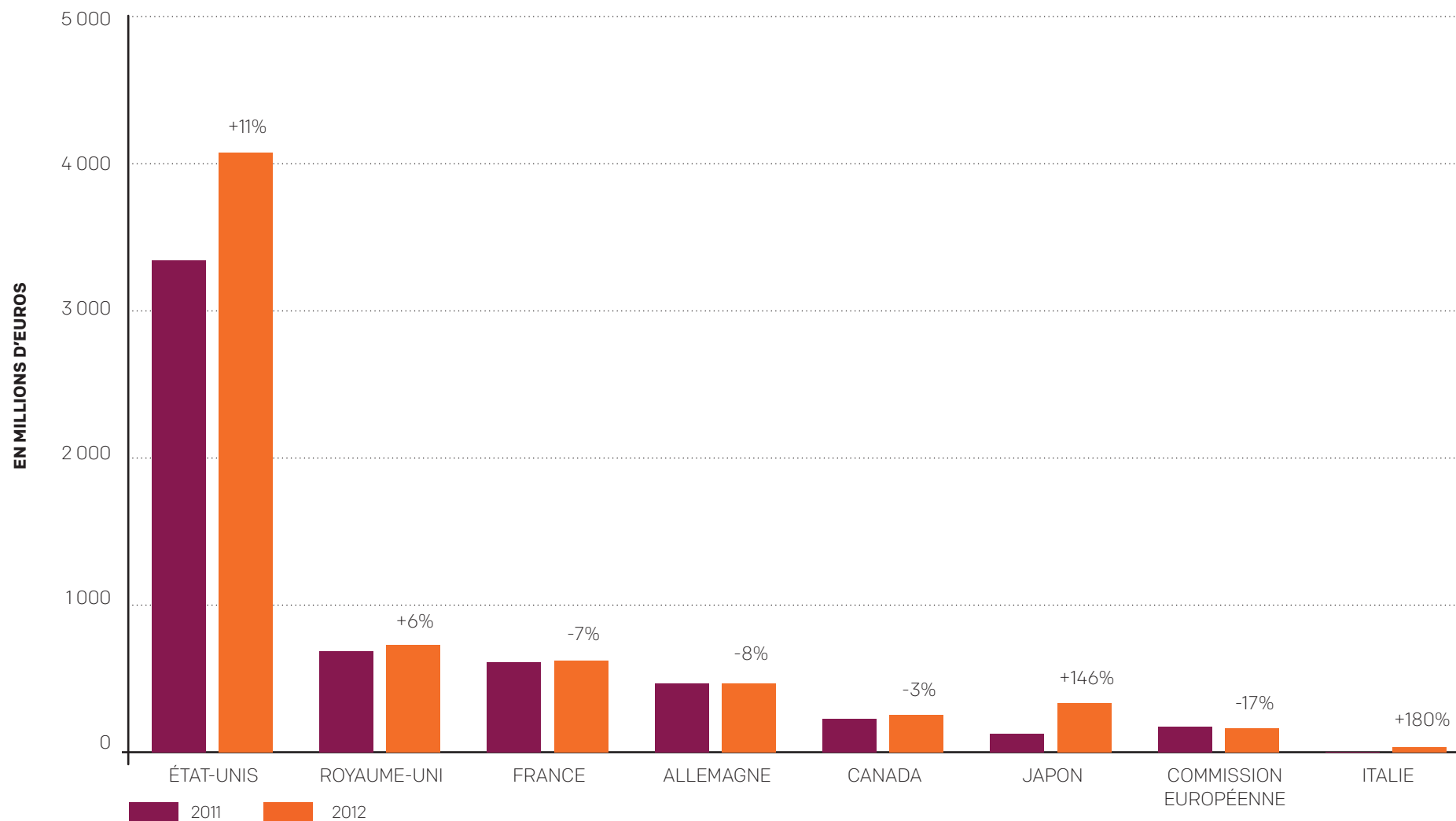
➤ **Le Canada** soutient nettement moins la lutte contre le sida que ses pairs et a encore creusé l'écart par rapport à ceux-ci entre 2011 et 2012, tant en ce qui concerne ses dépenses totales que ses dépenses par habitant. Ses dépenses par habitant restent cependant toujours supérieures à celles de l'Allemagne et le pays continue à influencer les discussions internationales en redéfinissant les liens entre l'agenda de la lutte contre le sida et l'agenda de la stratégie SMNI (santé maternelle, néonatale et infantile). Tout récemment, en septembre 2013, le Premier ministre Harper a annoncé dans un discours à l'Assemblée générale des Nations unies qu'il dégagerait 10 millions de dollars canadiens (7,2 millions d'euros) pour soutenir, à l'échelon communautaire, les programmes PTME et SMNI pour la période 2012–16⁴¹. Afin de contribuer lui aussi à faire de la fin du sida une réalité, le Canada devrait renforcer sa stratégie de lutte contre le sida et l'axer davantage sur les résultats, en veillant à revoir en conséquence son financement. Au moment de la rédaction du rapport, le Canada n'avait pas encore pris d'engagement par rapport à la reconstitution du Fonds mondial pour la période 2014–16.

➤ **La Commission européenne**, qui gère un budget d'aide au développement pour le compte des 28 États membres de l'Union européenne (UE) apporte une contribution financière modeste à la lutte contre le sida par rapport à ses autres priorités de développement. Le montant de son aide financière totale à la lutte contre le VIH/sida a diminué entre 2011 et 2012. Au moment où nous écrivons ces lignes, les négociations sur

le budget 2014–2020 de l'UE étaient toujours en cours, ce qui ne permet pas de prédire l'évolution future des dépenses au titre de la lutte contre le VIH/sida. La Commission a toutefois soutenu le processus de reconstitution du Fonds mondial en accueillant la première réunion préparatoire à Bruxelles, en avril 2013. Lors d'un événement organisé par ONE, Andris Piebalgs, commissaire européen en charge du développement, a confirmé que la Commission continuerait à soutenir le Fonds mondial, au moins à concurrence de son actuel niveau d'engagement (110 millions d'euros par an).

➤ **L'Italie** a plus que doublé ses dépenses bilatérales en faveur de la lutte contre le sida, qui ont grimpé de 3,7 millions d'euros en 2011 à 10,4 millions en 2012, même si elle reste la lanterne rouge des pays du G8 analysés. Il s'agit du premier pays à avoir manqué totalement à ses promesses de financement du Fonds mondial pour un montant équivalent à deux années de contributions promises. Au moment de la rédaction de notre rapport, elle ne s'était pas engagée à décaisser son arriéré d'engagement ou à contribuer à la reconstitution du fonds pour la période 2014–16. Les premiers signes émanant du nouveau gouvernement en place semblent positifs et laissent à penser que l'Italie assumera ses responsabilités en matière de lutte contre le sida en renouvelant son engagement à financer le Fonds mondial.

ILLUSTRATION. Dépenses totales allouées à la lutte contre le sida (aide internationale bilatérale et multilatérale du G7 et de la Commission européenne), 2011 et 2012



Sources : Kaiser Family Foundation; UNITAID; Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale et calculs de ONE.
La conversion de dollars américains en euros a été faite en utilisant des taux de conversion annualisés: <http://www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Yearly-Average-Currency-Exchange-Rates>



DES UNITÉS MOBILES SE RENDENT DANS
LES VILLAGES REULÉS DU RWANDA POUR
SENSIBILISER LES COMMUNAUTÉS À LA
PRÉVENTION DU PALUDISME ET DU SIDA.

PHOTO : JOHN RAE © LE FONDS MONDIAL

RECOMMENDATIONS

Réaliser le début de la fin du sida et préserver cette dynamique lorsque le point de bascule est atteint exigent davantage que des discours audacieux. Cela nécessite surtout des actions et des investissements soutenus. ONE adresse donc aux responsables gouvernementaux, aux bailleurs de fonds et aux acteurs techniques investis dans la lutte contre le sida les cinq recommandations suivantes, afin d'accélérer les progrès :

Jeter les bases d'une « révolution de la prévention », en particulier auprès des adolescents et au sein des populations marginalisées

Même si le point de bascule est atteint dès 2015, le nombre de nouvelles infections au VIH se chiffrera toujours à plusieurs millions par an, ce qui ne fera que prolonger la durée de vie de l'épidémie et les coûts qui lui sont associés⁴². Pour une maladie qui est totalement évitable grâce aux technologies existantes, il s'agit là d'une situation inacceptable.

Contrairement aux efforts visant à étendre l'accès au traitement, qui ont été soutenus par des objectifs mondiaux ambitieux, la communauté du sida ne poursuit toujours pas un objectif central et communicable de prévention pour orienter l'élaboration des politiques, la définition de priorités et les activités de plaidoyer. Alors que les rapports 2012 et 2013 de ONE appellent à diminuer de moitié le nombre de nouvelles infections chez les adolescents et les adultes (à 1,1 million) d'ici à 2015, cet objectif n'a pas été véritablement intégré dans les

politiques officielles. D'ici 2014, l'OMS, l'ONUSIDA et les Nations unies dans leur ensemble doivent appeler à la définition d'un objectif de prévention, adopté à l'échelle mondiale, qui permettrait d'accélérer les progrès si nécessaires.

Pour réduire massivement le nombre de nouvelles infections, les bailleurs de fonds et les pays bénéficiaires doivent faire l'effort de déployer beaucoup plus les outils de prévention existants. Dans le même temps, il convient d'améliorer et de développer la recherche sur le terrain afin de tester de nouvelles modalités de prévention, y compris l'approche du « traitement comme moyen de prévention », notamment chez les groupes à risque. Enfin, il conviendra également de soutenir les efforts visant à développer des mesures améliorées et en temps réel de l'incidence, de façon à pouvoir évaluer l'efficacité des efforts de prévention, plus rapidement et avec plus de précision.

Affecter des ressources supplémentaires et mieux ciblées pour impulser les progrès sur la voie de la fin du sida

Pour que le monde, dans son ensemble, progresse sur la voie de la fin du sida, la tendance au plafonnement des dépenses des bailleurs que nous observons actuellement doit être inversée. Dans les semaines qui suivront la publication du présent rapport, les gouvernements bailleurs de fonds et les donateurs privés se réuniront à Washington pour doter le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme de nouvelles ressources pour les trois prochaines années. La capacité du Fonds mondial à mobiliser la totalité des 15 milliards de dollars dont il a besoin fournira une première indication quant à la volonté réelle des bailleurs à endiguer le sida, mais aussi la tuberculose et le paludisme. En effet, une reconstitution efficace du Fonds pourrait relancer les efforts visant à améliorer la santé dans le monde. L'association des contributions du Fonds mondial et des programmes bilatéraux renforcés et plus ciblés contre le sida aidera également certains pays à se rapprocher de l'objectif de la fin du sida.

De la même façon, les gouvernements africains et les autres gouvernements concernés doivent assumer leurs responsabilités et veiller à affecter judicieusement leurs ressources domestiques. Cela implique, avant toute chose, que les pays africains doivent s'efforcer de respecter l'engagement pris à Abuja d'affecter 15 % de leur budget à la santé, comme ils l'ont promis en 2001⁴³. À partir de là, les pays particulièrement touchés par le VIH/sida doivent affecter

un pourcentage approprié de ces ressources financières pour la santé au contrôle et à l'éradication de la maladie. Bien sûr, augmenter le budget national de la santé ne se traduit pas nécessairement et automatiquement par une amélioration des résultats. Des efforts complémentaires, axés sur l'amélioration de la gestion des programmes et du système de santé au sens large, sont essentiels. Toutefois, l'augmentation des dépenses nationales de santé, surtout dans les pays riches en ressources, permettrait de dégager des millions, voire des milliards de dollars pour des médicaments antirétroviraux, des programmes de prévention et d'autres services de santé pour les citoyens dans le besoin.

Dans ce climat économique difficile, il convient de déployer de nouvelles sources de financement pour accélérer les efforts mondiaux de lutte contre le sida. Il importe ainsi de mettre au point ou de déployer des systèmes de financement novateurs, susceptibles de générer de nouveaux revenus pour le secteur de la santé, par exemple une taxe sur les transactions financières, mais aussi de promouvoir une participation plus efficace du secteur privé. De nombreuses entreprises – en particulier celles dont les travailleurs sont concernés – pourraient ici apporter leur contribution, par le biais de ressources financières mais aussi d'une expertise technique qui pourrait être mise à profit pour améliorer les systèmes de santé et l'efficacité de l'achat de médicaments.

Renforcer l'appropriation, par les gouvernements africains, de la lutte contre le sida, au niveau des politiques et des programmes

Les efforts de lutte contre le VIH/sida dans le monde ont pendant très longtemps mis l'accent sur des solutions conçues et mises en œuvre par les pays à haut revenu. Les chercheurs, les bailleurs de fonds et les activistes de ces pays ont tous joué un rôle clé dans le rapprochement vers le point de bascule pour la pandémie de sida. Toutefois, leurs efforts collectifs ont parfois fait de l'ombre ou fait obstacle à l'appropriation de cette problématique par l'Afrique elle-même. Depuis plusieurs dizaines d'années, comme le montre notre rapport, de nombreux gouvernements et citoyens africains s'emploient à lutter contre la pandémie. Ils ne disposent toutefois pas toujours des ressources nécessaires pour financer correctement les programmes de prévention et de traitement nécessaires.

Les gouvernements africains ne doivent pas seulement augmenter le montant des dépenses publiques affectées à la lutte contre le sida, ils doivent aussi redoubler d'effort pour élaborer des plans antisida nationaux, solides, dûment chiffrés et qui tiennent compte de leur contexte épidémiologique unique. Ils doivent aussi absolument développer leurs propres capacités de mise en œuvre de ces plans. Lorsque c'est possible, les bailleurs de fonds doivent coordonner et déployer leurs

ressources financières par le biais de ces plans – et non autour de ceux-ci – et aider les gouvernements africains en leur apportant la formation technique dont ils ont besoin pour gérer efficacement ces programmes.

À l'échelon politique, les dirigeants africains peuvent s'employer davantage à faire en sorte que la riposte nationale contre le VIH/sida soit plus efficace, équitable et non stigmatisante. Lutter contre le sida, en particulier au sein des populations marginalisées, exigera dans certains cas un changement radical en ce qui concerne la perception et le traitement de ces groupes. Un engagement politique à haut niveau sera essentiel pour assurer à tous l'accès aux services.

Au niveau régional et international, les dirigeants africains doivent continuer à consolider les dispositifs clés mis en place au cours de ces deux dernières années, notamment la « Feuille de route pour la responsabilité partagée et la solidarité mondiale » de l'Union africaine. Dans les mois à venir, ils devront dépasser le stade des discours sur ces cadres pour les transformer en plans d'actions responsables et réalisables.

Améliorer le reporting et la transparence des ressources et des résultats dans le domaine de la lutte contre le sida

Même si la transparence et la redevabilité ont pris davantage d'importance dans l'agenda politique international au cours de ces dernières années, l'utilisation des ressources dédiées à la lutte contre le sida ne fait pas suffisamment l'objet de transparence. Le rapport examine une série de sources de données, notamment la base de données du CAD de l'OCDE, le suivi des ressources nationales par l'ONUSIDA et les documents budgétaires des pays africains. Toutefois, aucun d'entre eux ne fournit des données suffisamment détaillées et comparables sur l'utilisation des ressources engagées dans la lutte contre le sida, les canaux utilisés et les objectifs poursuivis. Faute de transparence, il est difficile d'évaluer si des ressources appropriées sont affectées aux bons types d'intervention au niveau local et national et plus encore, d'analyser l'impact des interventions.

Les pays africains qui ne le font pas encore devraient au moins publier un minimum de documents clés du cycle budgétaire – notamment les budgets proposés, approuvés et contrôlés – à intervalles réguliers et à des moments opportuns. Les données relatives aux dépenses doivent être suffisamment désagrégées pour permettre l'analyse des dépenses totales affectées à des domaines prioritaires ou à des programmes spécifiques comme le VIH/sida. Afin de faciliter ces améliorations, les gouvernements africains et les bailleurs de fonds doivent s'employer à

augmenter les capacités statistiques des pays, pour qu'ils puissent suivre plus régulièrement et plus efficacement les interventions ainsi que la progression par rapport aux indicateurs fixés.

En outre, et cela complique encore cet effort de reporting et de transparence, de nombreux bailleurs communiquent sur leurs dépenses dans le domaine du sida par le biais de différents canaux et à des degrés de précision divers. Et rarement au même moment. La mesure dans laquelle l'aide aux bailleurs figure dans les budgets des gouvernements africains varie aussi de manière considérable. Qui plus est, comme la programmation est de plus en plus intégrée sur le terrain – ce qui est en soi un objectif louable – les canaux de financement le sont aussi et il est dès lors difficile de savoir où finissent les investissements domestiques et où commencent les investissements des bailleurs. Alors que de nombreux bailleurs plaident en faveur d'une approche durable pour la riposte au sida, reposant davantage sur les ressources domestiques et le leadership national, les pays bailleurs de fonds et bénéficiaires doivent coopérer et mettre en place une méthode standardisée permettant à chaque acteur de définir clairement comment et dans quelle mesure le soutien financier et programmatique contribue aux résultats.

Remettre clairement le VIH/sida à l'agenda politique international

À bien des égards, la lutte contre le VIH/sida est devenue victime de son propre succès. Lorsqu'elle est apparue, dans les années 1980 et 1990, la pandémie de VIH/sida était considérée comme une véritable urgence. Mais grâce à l'accès amélioré au traitement, le sida est de plus en plus considéré comme une maladie chronique et gérable, et est sorti du radar de la politique internationale. Pour endiguer et finalement éradiquer le VIH/sida, la communauté internationale doit engager maintenant des ressources et mobiliser toute l'énergie politique nécessaire pour éviter de nouveaux coûts et de nouveaux décès évitables dans les années à venir.

Au cours des 12 prochains mois, outre la conférence de reconstitution du Fonds mondial, trois forums mondiaux offriront une chance de préserver cette dynamique : la Conférence mondiale sur le sida, en juillet 2014 à Melbourne, en Australie, les sommets du G8 et du G20 organisés respectivement par la Russie et l'Australie et les débats politiques en vue de la définition du programme de développement pour l'après-2015.

Les organisateurs de la Conférence mondiale sur le sida doivent fixer un agenda très musclé qui ne se contente pas de mettre en avant les dernières études scientifiques mais qui cherche également à relancer la volonté politique. La conférence devra mettre en avant les progrès réalisés vers le début de la fin du sida et associer judicieusement leadership africain et asiatique. De même, les organisateurs du G8 et du G20 doivent ensemble s'efforcer de remettre le VIH/sida et les questions plus générales de santé à l'agenda politique et de rendre des comptes sur les ambitieuses promesses faites au cours de ces 10 dernières années. Enfin, alors que les parties prenantes commencent à formuler des propositions plus concrètes pour les objectifs et les indicateurs de développement pour l'après-2015, les citoyens ainsi que les dirigeants politiques doivent veiller à ce que le VIH/sida reste au cœur des discussions et qu'il soit considéré comme un moteur dynamique dans le paysage plus général de la santé dans le monde. Dans l'idéal, tout nouvel objectif de santé développé doit inclure une cible ambitieuse, spécifique et réalisable pour le VIH/sida.

ILLUSTRATION. Aide internationale allouée à la lutte contre le VIH/sida des pays du G7 et de la Commission européenne (en euros, 2012)⁴⁴

	ÉTATS-UNIS	ROYAUME-UNI	FRANCE	ALLEMAGNE	JAPON	CANADA	COMMISSION EUROPÉENNE	ITALIE
AIDE BILATÉRALE POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	3526,6	520,5	45,2	118,0	16,6	43,8	24,5	11,2
FONDS MONDIAL (CONTRIBUTION TOTALE)	983,3	327,2	375,1	209,9	277,4	144,6	103,5	0,0
FONDS MONDIAL (DÉPENSES VIH/SIDA)	540,8	180,0	206,3	115,4	152,6	79,5	56,9	0,0
UNITAID (CONTRIBUTION TOTALE)	0,0	70,5	116,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
UNITAID (DÉPENSES VIH/SIDA)	0,0	36,0	59,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
DÉPENSES VIH/SIDA (TOTALE)	4067,4	736,5	311,0	233,4	169,2	123,3	81,4	11,2
DÉPENSES VIH/SIDA PAR HABITANT	12,96	11,65	4,73	2,85	1,33	3,53	0,16	0,18

Sources : Kaiser Family Foundation; UNITAID; Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale et calculs de ONE

NOTES

1. ONE. 2012. « Le début de la fin ? Suivi des engagements mondiaux dans la lutte contre le sida », <http://www.one.org/fr/rapports/le-debut-de-la-fin-suivi-des-engagements-mondiaux-dans-la-lutte-contre-le-sida/>
2. Ibid.
3. Calculs de ONE sur base de l'ONUSIDA. 2013. « Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013 » (en anglais). http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.
4. ONUSIDA. 2013. « Rapport mondial », op. cit.
5. Ibid.
6. Dans le rapport de l'année dernière, nous avons mis en évidence une non-progression du nombre de personnes nouvellement mises sous traitement. Les données disponibles en 2012 montraient en effet que 1,4 million de personnes avaient été mises sous traitement en 2010 et en 2011. Les nouvelles données publiées cette année indiquent cependant que 1,3 million de personnes ont été mises sous traitement en 2010, 1,5 million en 2011 et 1,6 million en 2012. Dès lors, au lieu de pointer vers un modèle de croissance aplatie, nos nouvelles trajectoires indiquent une croissance accélérée de l'accès au traitement.
7. Calculs de ONE sur base de l'ONUSIDA. 2013. « Rapport mondial », op. cit.
8. ONUSIDA. 2013. « Rapport mondial », op. cit.
9. ONUSIDA 2013. « Rapport d'avancement 2013 sur le Plan mondial », http://www.emtct-iatt.org/wp-content/uploads/2013/07/Global-Plan-Progress-Report_French-Version.pdf
10. OMS. 2013. « Lignes directrices consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention des infections à VIH : Recommandation pour une approche de santé publique ». http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8867&Itemid=2593
11. ONUSIDA. 2013. « Rapport mondial », op. cit.
12. Ibid.
13. OMS. 2013. « Lignes directrices consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention des infections à VIH » op cit.
14. ONUSIDA. 2013. « Rapport mondial », op. cit.
15. OMS. 2012. « Global Health Expenditure Database: National Health Accounts Indicators » (en anglais), <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>
16. Kaiser Family Foundation (KFF)/ONUSIDA. Septembre 2013. « Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2012 » (en anglais). <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/09/7347-09-financing-the-response-to-hiv.pdf>.
17. Sources: Analyse des dépenses bilatérales en 2012 – Rapport de la Kaiser Family Foundation (KFF)/ONUSIDA. Septembre 2013. « Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries », op cit. – inclut les contributions liées à ONUSIDA ; Contributions 2012 des donateurs au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. « Gouvernements donateurs » http://www.theglobalfund.org/Documents/core/financial/Core_PledgesContributions_List_en/ and <http://www.theglobalfund.org/en/partners/governments/>. Part du VIH/sida : calculs de ONE sur base d'une part de 55 %. Debt4Health initiative for Germany, plus 13 670 434 dollars pour la Côte d'Ivoire, l'Indonésie et le Pakistan : calculs de ONE ; UNITAID. http://www.unitaid.eu/images/budget/Dec-31-2012_Financial_Statements.pdf. Part du VIH/sida: calculs de ONE sur base d'une part de 51 % ; Calculs de ONE cc les données dépenses totales VIH/sida et les dépenses par habitant sur base des données démographiques de la Banque mondiale. Banque mondiale. <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POPTOTL>, à l'exception de l'UE, pour laquelle les données de la Commission européenne pour 2012 ont été utilisées (27 États membres, étant donné que la Croatie n'avait pas encore rejoint l'UE en 2012) : Union européenne, Eurostat. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00001>.
18. Calculs de ONE sur base de AIDS Info Online Database v. 3.0 (en anglais). <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx>.
19. Ibid.
20. Ibid.
21. Ibid.
22. ONUSIDA. 2013, « Rapport mondial », op. cit.
23. Ibid.
24. Calculs de ONE et d'ONUSIDA sur base de AIDS Info Online Database v. 3.0 (en anglais). Op.cit.
25. ONUSIDA. 2013. « Rapport mondial », op. cit.
26. Ibid.
27. ONUSIDA. 2013. « Rapport mondial », op.cit.
28. Ibid. (convertis de dollars américains en euros selon le taux de change du 13 novembre 2013)
29. Ibid.
30. Même si la Russie est officiellement membre du G8 et qu'elle contribue au Fonds mondial, elle n'est pas couverte par notre analyse étant donné qu'elle était un bénéficiaire net de l'aide à la lutte contre le sida en 2012.
31. Ce que le président Obama a indiqué très clairement dans son Discours 2013 sur l'État de l'Union. The White House. « State of the Union 2013 ». <http://www.whitehouse.gov/state-of-the-union-2013>. (en anglais)
32. Fonds mondial, « Gouvernements donateurs ». http://www.theglobalfund.org/Documents/core/financial/Core_PledgesContributions_List_en/
33. Fonds mondial. Nouvelles http://www.theglobalfund.org/fr/mediacenter/newsreleases/2013-07-16_Global_Fund_Welcomes_Contribution_by_France/
34. UNITAID. <http://www.unitaid.eu/fr/>.
35. Ministre français délégué au développement. <http://paca.eelv.fr/pascal-canfin-mai-2012-mai-2013-un-an-de-changements-pour-le-developpement/>
36. CAD-OCDE. « ODA Trends ». <http://www.oecd.org/dac/stats/odatrendsfrom1960to2012.htm>.
37. Fonds mondial. Communiqué de presse. http://www.theglobalfund.org/fr/mediacenter/newsreleases/2013-01-24_Germany_Makes_EUR_1_Billion_Contribution_to_the_Global_Fund/
38. Les Pays-Bas étant l'autre « bailleur du top dix ».

39. The Lancet. 2013 « Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters ». [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61639-6/fulltext-article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61639-6/fulltext-article_upsell).
40. Mark Dybul. 2013 « Better Health, Better Human Rights ». Huffington Post. http://www.huffingtonpost.com/amb-mark-dybul/better-health_b_3423909.html.
41. Premier ministre canadien. <http://pm.gc.ca/fra/nouvelles/2013/09/25/nouveau-soutien-destine-des-initiatives-la-sante-des-meres-des-nouveau-nes-et>.
42. Calculs de ONE basés sur ONUSIDA. 2013. « Rapport mondial », op. cit.
43. Union africaine. 2001. « Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes »
44. Sources : Analyse des dépenses bilatérales en 2012 – Rapport de la Kaiser Family Foundation (KFF)/ONUSIDA. Septembre 2013. « Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2012 ». <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/09/7347-09-financing-the-response-to-hiv.pdf>– (en anglais) inclut les contributions liées à ONUSIDA ; Contributions 2012 des donateurs au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. « Gouvernements donateurs ». http://www.theglobalfund.org/Documents/core/financial/Core_PledgesContributions_List_en/ and <http://www.theglobalfund.org/en/partners/governments/>– Part du VIH/sida: Calculs de ONE sur base d'une part de 55 %. Debt4Health initiative for Germany, plus 13 670 434 dollars pour la Côte d'Ivoire, Indonésie et Pakistan ; UNITAID. http://www.unitaid.eu/images/budget/Dec-31-2012_Financial_Statements.pdf– Part du VIH/sida: calculs de ONE sur base d'une part de 51 % ; Calculs de ONE concernant les données dépenses totales VIH/sida et les dépenses par habitant sur base des données démographiques de la Banque mondiale. Banque mondiale. <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>, à l'exception de l'UE, pour laquelle les données de la CE pour 2012 ont été utilisées (27 États membres, étant donné que la Croatie n'avait pas encore rejoint l'UE en 2012) : Union européenne, Eurostat. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00001>.

Erreurs et omissions

Ce rapport a été mis sous presse le 22 octobre 2013. Les informations contenues dans ce rapport étaient, à notre connaissance, d'actualité jusqu'à cette date. Les événements après cette date peuvent rendre obsolètes certains chiffres et engagements contenus dans ce rapport.

La conversion de dollars américains en euros a été faite en utilisant des taux de conversion annualisés.



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, Johannesburg
Afrique du Sud

Londres

151 Wardour Street
Londres, Royaume-Uni
W1F 8W E

New York

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

Paris

7 rue du Montparnasse
75014 Paris, France

Washington, DC

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

ONE.ORG