

Ce dont les pays ont besoin

Investissements nécessaires pour atteindre
les objectifs de 2010



ONUSIDA/09.03F / JC1681F (version française, mars 2009)

Version originale anglaise, UNAIDS/09.03E / JC1681E, mars 2009 :

What countries need: investments needed for 2010 targets.

Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) 2009.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès de l'Equipe Gestion du contenu de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées à l'Equipe Gestion du contenu à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 48 35 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'ONUSIDA ne saurait être tenu responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Photo de couverture : ONUSIDA / P. Virot

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS :

Ce dont les pays ont besoin : investissements nécessaires pour atteindre les objectifs de 2010.

« ONUSIDA/09.03F / JC1681F ».

1.Syndrome d'immunodéficience acquise – économie. 2.Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et contrôle. 3.Économie – orientations. 4.Financement, Santé – orientations. 5.Accessibilité service santé. 6.Programme national santé. I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9173 760 4

(NLM classification: WC 503.7)

Ce dont les pays ont besoin

Investissements nécessaires pour atteindre les objectifs de 2010



Photo ONUSIDA / OMS

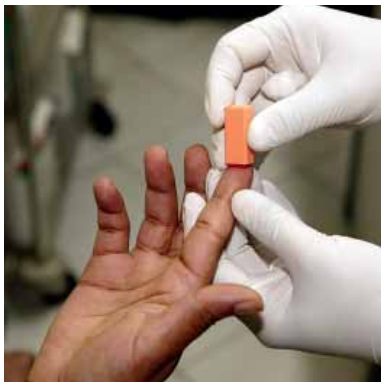


Photo ONUSIDA / P. Viroit



Photo ONUSIDA / L.Taylor



Photo ONUSIDA / P. Virot



Photo ONUSIDA / J.A. Wainwright

Ce dont les pays ont besoin

La crise économique mondiale a contraint les gouvernements, la société civile et même les individus à réexaminer leurs investissements et à trouver des mesures novatrices et souvent audacieuses pour améliorer la situation.

Les plans de relance injectent des milliards de dollars dans les économies nationales. Mais derrière chaque statistique de perte d'emploi, il y a un visage humain et une famille qui sont touchés à un niveau personnel. Derrière chaque annonce d'un ensemble de mesures économiques, il y a l'espoir que la situation va s'améliorer. Le mouvement mondial de lutte contre le sida comprend bien cette situation.

Le VIH a rendu les familles encore plus pauvres qu'elles ne l'étaient auparavant. Des enfants ont été retirés de l'école, des emplois perdus, et du bétail et des possessions vendus pour permettre aux personnes infectées d'accéder à un traitement.

Cependant, au fur et à mesure que nous avançons sur la voie de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien, les personnes vivant avec le VIH pourront recommencer à travailler, les orphelins retourneront à l'école, les jeunes auront appris à se protéger du VIH, des mères auront accouché de bébés sans leur transmettre le VIH, et les communautés les plus affectées par l'épidémie seront revitalisées.

L'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien d'ici 2010 est le plan de relance que les gouvernements ont accepté lorsqu'ils ont adopté la déclaration politique sur le VIH/sida lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006. Réaliser cet objectif est essentiel à l'accomplissement de l'Objectif 6 du Millénaire pour le développement qui est d'arrêter et d'inverser la propagation du VIH

d'ici 2015. Son accomplissement aura un impact positif sur les autres objectifs du Millénaire pour le développement qui concernent l'égalité des sexes, la survie infantile et maternelle et l'atténuation de la pauvreté.

Depuis 2001, des progrès importants ont été faits dans la fourniture de services liés au VIH à des millions de personnes, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Aujourd'hui, près de quatre millions de personnes suivent un traitement antirétroviral. A fin 2007, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH était tombé à 2,7 millions par rapport à 3 millions en 2005. Les nouvelles infections parmi les enfants ont chuté grâce à la rapide extension des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Les jeunes dans de nombreuses parties du monde attendent plus longtemps avant de devenir sexuellement actifs, ont moins de partenaires sexuels, ou utilisent plus de préservatifs. Et des millions d'enfants rendus orphelins par le sida ont maintenant accès à un soutien et à une protection sociale.

On estime à 13,7 milliards de dollars la somme investie dans la riposte au sida en 2008. Aujourd'hui, de nombreux pays comptent sur le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour financer leurs programmes sida nationaux. Le Fonds mondial est un mécanisme novateur permettant de transférer des ressources aux communautés qui ont besoin d'investissements pour leurs programmes sida. Pour atteindre l'objectif d'un accès universel, il est impératif que le Fonds mondial soit pleinement financé.

Jusqu'ici, 111 pays se sont fixé des objectifs pour atteindre l'accès universel. Ces objectifs sont ambitieux et réalisables. Il reste moins de 23 mois pour les atteindre.

Objectifs définis par les pays pour 2010

Dans plus de 130 pays, les personnes vivant avec le VIH, les groupes communautaires, les organisations de la société civile, les gouvernements et les organisations internationales ont participé à un processus mené par les pays afin de fixer des objectifs ambitieux pour atteindre l'accès universel. Ce processus a été l'occasion, pour les leaders nationaux et un large éventail de participants à la riposte au VIH, de mieux comprendre les schémas de transmission du VIH, d'identifier les obstacles, de réexaminer les systèmes existants de fourniture des programmes, d'évaluer les besoins de la communauté et de choisir les interventions prioritaires. Cette clarté renouvelée quant aux aspects singuliers de l'épidémie dans chaque pays et aux ripostes qui seraient les plus

efficaces a contribué à former des objectifs et étapes décisives.

Les objectifs définis par les pays :

- répondent aux besoins locaux : les objectifs de chaque pays sont spécifiques à son épidémie ;
- comprennent des étapes décisives visant à augmenter le potentiel et les capacités des pays à élargir leurs programmes ;
- sont fondés sur une analyse des obstacles et des solutions possibles ; et
- sont réellement sous le contrôle de toute une gamme de parties prenantes nationales.

Chaque pays atteindra ses objectifs programmatiques particuliers à un moment différent, la

L'accès universel

Qu'est-ce que l'accès universel ? L'accès universel, c'est tout à la fois un engagement concret et une détermination renouvelée des gens du monde entier pour inverser le cours de l'épidémie. L'accès universel offre une plateforme sur laquelle ceux qui ont besoin de services liés au VIH peuvent y accéder. Cependant, cela n'implique pas que toutes les personnes utilisent à 100% chaque intervention de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH.

Au contraire, grâce au mouvement vers l'accès universel, le monde s'est engagé à réaliser des progrès mesurables et durables vers une couverture plus élevée des interventions les plus efficaces nécessaires à la gestion des diverses épidémies dans les pays.

Les principes de base qui définissent l'accès universel exigent également que les services soient équitables, accessibles, financièrement abordables, complets et viables sur le long terme.

Un financement à long terme et prévisible est crucial pour obtenir le maximum de progrès sur la voie de l'accès universel. Pour atteindre l'accès universel, il faudra mobiliser des investissements considérablement plus importants que les 13,7 milliards de dollars mis en 2008 à la disposition des programmes sur le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Il faudra également un processus discipliné d'allocation des ressources afin de garantir la fourniture des services essentiels, en particulier ceux dédiés à la prévention.

plupart d'entre eux parvenant à l'accès universel aux services prioritaires d'ici 2010. Alors que la plupart des pays ont fixé des objectifs ambitieux, certains ne l'ont pas fait. La Figure 1 montre les écarts existant dans les objectifs des pays pour un ensemble d'interventions programmatiques prioritaires. La Figure 2 présente plusieurs exemples d'objectifs fixés par les pays pour 2010. Les pays aux objectifs moins ambitieux doivent les réexaminer de toute urgence. Ils auront ainsi l'occasion d'accélérer leur marche vers l'accès universel.

La Figure montre que la plupart des pays ont fixé un objectif de 80% pour la couverture des programmes de traitement antirétroviral et de prévention de la transmission mère-enfant, ce qui est largement accepté comme une définition standard de l'accès universel pour ces interventions, c'est-à-dire un accès réalisable, qui aura aussi l'impact le plus important sur les populations concernées. Dans les régions connaissant des épidémies concentrées, les pays ont accordé la priorité à la disponibilité des services pour des populations clés exposées à un risque élevé de VIH, telles que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. En Afrique subsaharienne, les pays ont donné une importance particulière à

l'établissement d'objectifs visant à fournir des interventions de soutien social pour les orphelins et les autres enfants vulnérables.

Le simple processus d'établissement d'objectifs en vue de l'accès universel a incité de nombreux pays à agir. Certains pays, déjà, tels que le Botswana, la République démocratique populaire lao et la Namibie ont accompli des progrès spectaculaires, en particulier sur la voie de l'accès universel au traitement antirétroviral.

A fin 2006, le Kenya a lancé une 'Initiative pour des résultats rapides' demandant aux districts d'établir des objectifs de traitement à atteindre en 100 jours. Les résultats ont été extraordinaires. Presque tous les districts ont dépassé leurs objectifs, démontrant ainsi le pouvoir de motivation et la priorisation de l'action que peut engendrer l'établissement d'objectifs chiffrés.

L'Ethiopie a adopté des stratégies visant à garantir une fourniture décentralisée des services, en formant au moins 50 000 personnes. D'autres pays tels que l'Inde, le Nigéria et la République-Unie de Tanzanie réalisent de bons progrès, mais si leur rythme actuel se poursuit, ils ne seront probablement pas en mesure d'atteindre leur objectif d'accès universel au traitement avant 2012 ou même plus tard.

FIGURE 1

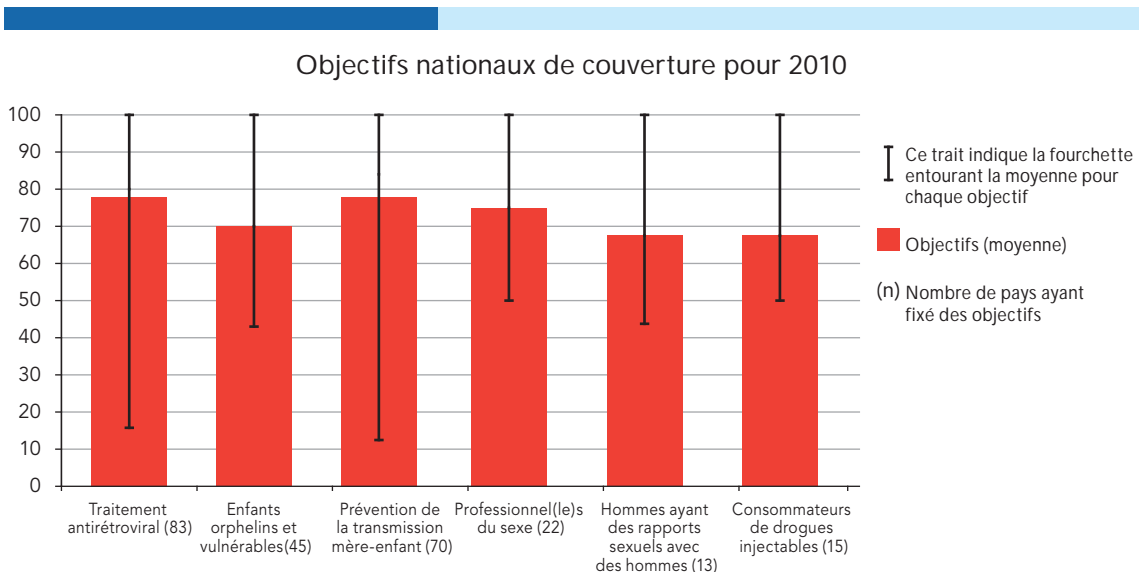
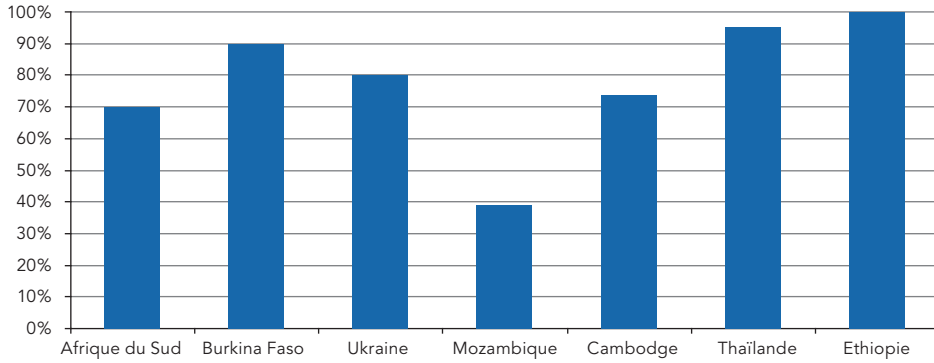


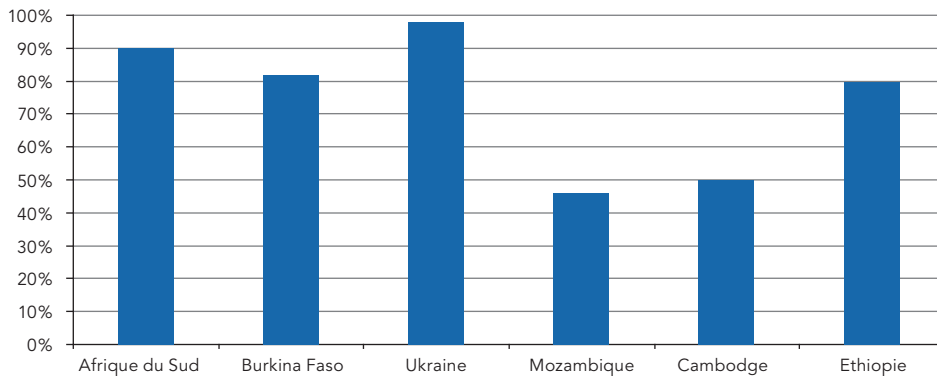
FIGURE 2

Exemples d'objectifs nationaux pour 2010

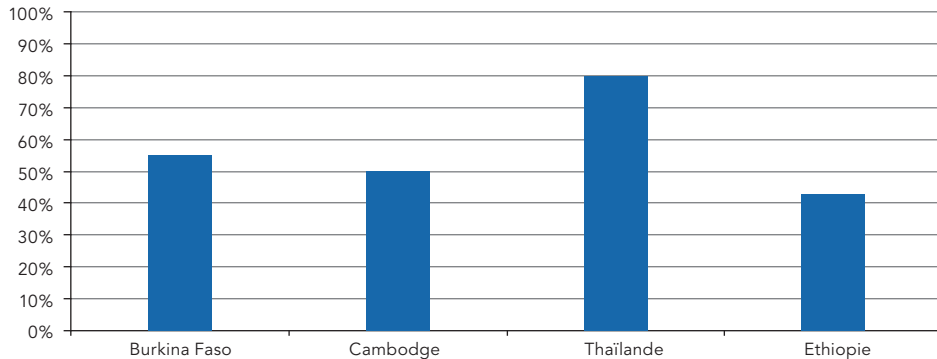
Pourcentage de femmes, d'hommes et d'enfants atteints d'une infection à VIH avancée qui bénéficient d'une trithérapie antirétrovirale



Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale complète pour réduire le risque de transmission mère-enfant



Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables de moins de 18 ans vivant dans des familles qui bénéficient d'un ensemble de mesures d'appui



Investissements nécessaires pour 2010

En se fondant sur les objectifs définis par les pays pour 2010, on estime qu'il faudra cette année-là US\$ 25,1 milliards (US\$ 18,9 milliards–US\$ 30,5 milliards) pour la riposte au sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Sur ce total, près de 11,6 milliards de dollars iront à la prévention du VIH et 7 milliards de dollars aux traitements. Le Tableau 1 présente une répartition des investissements requis par domaine programmatique.

Il est prévu que l'argent public national couvre environ un tiers des investissements nécessaires à l'échelle mondiale. Les sources extérieures devront couvrir les deux tiers restants et la majeure partie de l'aide ira aux pays à faible revenu, notamment en Afrique subsaharienne. La Figure 3 présente une répartition régionale des investissements requis.

Comme par le passé, les pays à revenu intermédiaire supérieur, en particulier en Asie, en Europe orientale et en Amérique latine, continueront à financer la quasi-totalité de leurs ripostes par leurs propres moyens.

Sur la totalité des investissements nécessaires, un tiers environ sera consacré à des activités portant sur les changements de comportement, les moteurs sociaux de l'épidémie, les améliorations sociales et d'autres services gérés par des secteurs extérieurs à celui de la santé, par l'intermédiaire de programmes multisectoriels. Cependant, ces estimations ne couvrent pas complètement certains domaines programmatiques qui ne sont pas directement liés à la prestation des services VIH. Par exemple, certaines mesures visant à agir sur la violence à l'égard des femmes ont été intégrées dans ces estimations, mais

l'éventail complet des actions nécessaires pour prendre intégralement en charge la question de la violence à l'égard des femmes, notamment les réformes juridiques, l'autonomisation des femmes et l'éducation de base des jeunes filles, devra être financé dans le cadre d'autres interventions de développement.

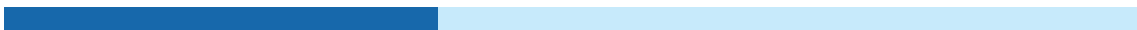
Un deuxième tiers est destiné au renforcement des systèmes de santé. La faiblesse des systèmes de santé constitue un obstacle majeur sur la voie de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien. Les éléments pris en compte dans les estimations des besoins en ressources aux fins du renforcement des systèmes de santé figurent à l'Annexe 2.

Le Tableau 2 présente une répartition des besoins estimés de ressources par catégorie d'activité. Les services prioritaires pour chaque pays ont été choisis sur la base des directives de l'ONUSIDA en matière de prévention, qui demandent aux pays de dresser une liste d'interventions programmatiques prioritaires en fonction du type d'épidémie en cours. Par exemple, les pays dont les épidémies sont généralisées doivent de toute urgence élargir les services de prévention à l'intention des jeunes—en particulier ceux qui pratiquent des comportements à risque, et se pencher sur les causes sociétales sous-jacentes qui favorisent la prise de risque. Les pays connaissant des épidémies concentrées sont invités à cibler en premier lieu la fourniture de services et programmes destinés aux populations les plus exposées au risque, dont les professionnel(le)s du sexe, leurs clients, les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Tableau 1 : Investissements nécessaires pour des services VIH dans 132 pays à revenu faible et intermédiaire (en milliards de dollars)

Objectifs définis par les pays	2009	2010
Prévention	9,0	11,6
Traitement et prise en charge (y compris les soins palliatifs)	5,5	7,0
Orphelins et enfants vulnérables	1,7	2,5
Coûts d'appui aux programmes	3,4	3,7
Prévention de la violence à l'égard des femmes	0,2	0,3
Total	19,8	25,1
Fourchettes	(16,2 – 23,7)	(18,9 – 30,5)

FIGURE 3



Répartition des investissements nécessaires par région (en milliards de dollars)

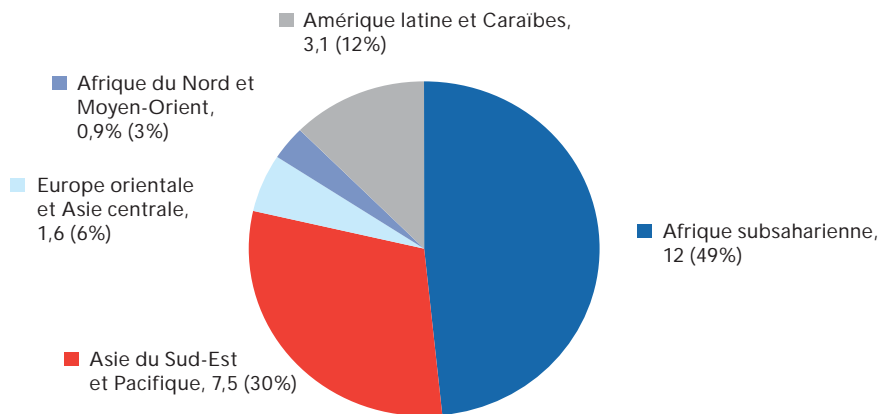


Tableau 2 : Investissements nécessaires – par domaine d'activité (en milliards de dollars)

Objectifs définis par les pays	2009	2010
Services de santé dédiés au VIH	7,6	9,4
Renforcement des systèmes de santé et activités interdépendantes ^a	7,5	9,2
Services multisectoriels	4,7	6,5
Total	19,8	25,1

^a Les activités interdépendantes comprennent les coûts programmatiques, le renforcement de la société civile, le plaidoyer et la coordination à l'échelle mondiale, les politiques, les droits de la personne et la lutte contre la stigmatisation.



Photo ONUSIDA / J. A. Wainwright

L'Annexe 1 présente une liste des interventions prioritaires sur le VIH par type d'épidémie.

Les investissements nécessaires pour le traitement et la prise en charge vont au-delà de la distribution des traitements antirétroviraux. Ils comprennent également le conseil et le test proposés par les fournisseurs de soins (diagnostic

et offre systématique de dépistage), le traitement et la prophylaxie des infections opportunistes, l'appui nutritionnel, les tests de laboratoire, les soins palliatifs et les coûts de la logistique de l'approvisionnement en médicaments. Les coûts du comptage des CD4 pour déterminer la réaction à la thérapie antirétrovirale et la progression de la maladie sont également compris.

Ce que 25 milliards de dollars permettront de faire

Avec la réalisation des objectifs fixés par les pays pour leurs services liés au VIH, on comptera environ 6,7 millions de personnes sous traitement antirétroviral en 2010. Plus de 70 millions de femmes enceintes feront un dépistage et bénéficieront des services de prévention de la transmission mère-enfant ; 20 millions d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 7 millions de professionnel(le)s

du sexe et 10 millions de consommateurs de drogues injectables bénéficieront de services de prévention du VIH. Sept millions d'orphelins recevront un appui et près de 8,1 milliards de préservatifs (masculins et féminins) seront distribués. On évitera ainsi 2,6 millions de nouvelles infections à VIH, ce qui abaissera de près de 50% l'incidence du VIH et permettra d'éviter 1,3 million de décès. (voir Tableau 3)

Tableau 3 : Résultats et effets attendus si la totalité des investissements sont appliqués à la réalisation des objectifs définis par les pays pour 2010, dans 132 pays à revenu faible et intermédiaire (en millions)

Nombre de nouvelles infections à VIH évitées (2009-2010)	2,6
Nombre de décès évités (2009-2010)	1,3
Personnes sous traitement antirétroviral	6,7
Enseignants primaires formés	1,0
Professionnel(le)s du sexe atteint(e)s	7,5
Conseil et test volontaires	40,9
Préservatifs fournis	8 153,7
Travailleurs atteints	46,2
Unités de sang sûr produites	42,6
Femmes enceintes bénéficiant de services complets de prévention de la TME	74,5
Consommateurs de drogues injectables atteints par des programmes de réduction des risques	9,6
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints	20,4
Détenus atteints	6,2
Injections sûres fournies	4 247,1
Circoncision masculine pratiquée	1,5
Orphelins aidés	6,7
Personnes bénéficiant du traitement des infections opportunistes et des soins palliatifs	2,1

La crise économique et son impact sur le sida

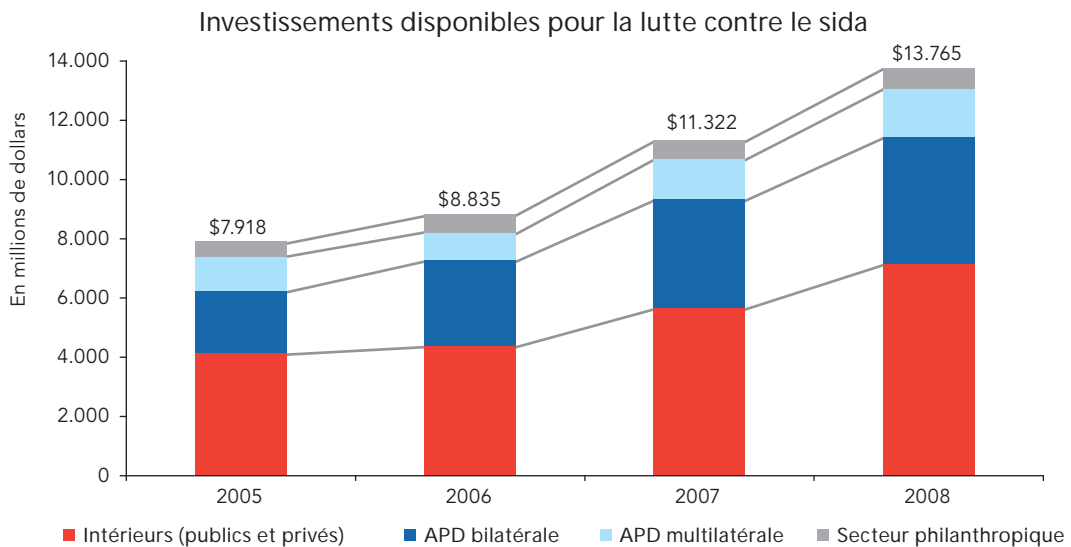
En janvier 2009, le Fond monétaire international a estimé que la croissance économique mondiale allait tomber de 5,2% en 2007 à 0,5% à peine en 2009. La croissance dans les économies avancées devrait reculer de 2% en 2009 et ralentir de 8,3% (en 2007) à 3,3% dans les économies émergentes et en développement. Les pays à faible revenu connaîtront une baisse de l'emploi et des versements de leurs ressortissants migrants qui aura un profond effet sur la pauvreté et sur la capacité des ménages à assumer leurs dépenses de santé. Dans le même temps, les pays à faible revenu disposeront de moins de recette ce qui limitera leur capacité à accroître leurs dépenses dans le secteur social. Ceci pourrait avoir un impact important

sur la riposte mondiale au VIH. A l'échelle mondiale, les plus importantes sources de financement des programmes sur le VIH à fin 2008 étaient les dépenses intérieures des pays touchés (52%), la coopération bilatérale directe (31%) les institutions multilatérales (12%) et le secteur philanthropique (5%). Les fonds d'origine nationale comprennent les coûts-patients assumés par les individus et les familles et en 2008, ils étaient estimés à près d'un milliard de dollars (Figure 4). Chacune de ces sources est rendue vulnérable d'une manière ou d'une autre par le recul économique. Par conséquent, il conviendra de trouver des approches novatrices pour garantir et accroître les investissements consacrés à la riposte mondiale au sida.



Photo UNUSIDA

FIGURE 4

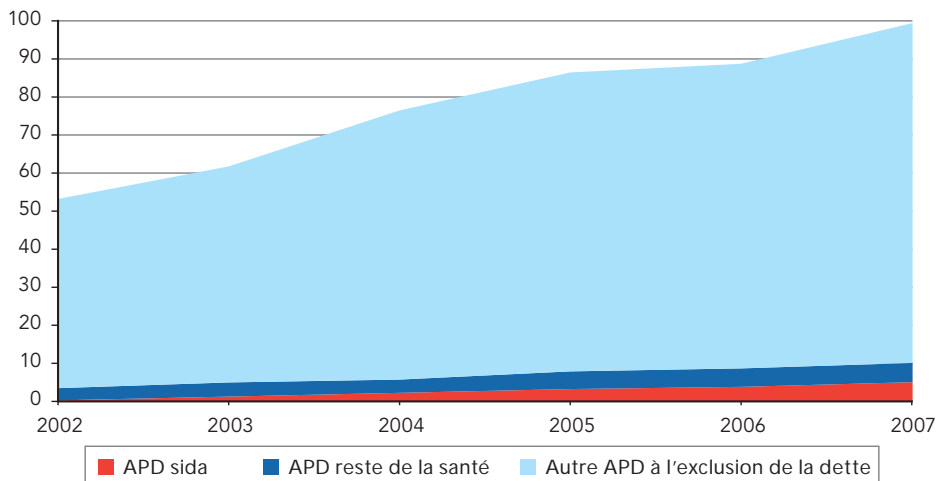


Si les ajustements fiscaux et économiques vont vraisemblablement devenir une réalité, il conviendra de les appliquer en gardant à l'esprit que des êtres humains sont concernés, car le monde ne peut se permettre de ralentir son effort de lutte et de réduction de l'épidémie de sida.

Il faut donc poursuivre et élargir les programmes sur le VIH afin de sauver des vies et protéger les capacités humaines. Il convient de pérenniser le financement de la lutte contre le VIH en s'appuyant à la fois sur les sources extérieures et intérieures. Les programmes sur le VIH

FIGURE 5

Total de l'Aide publique au développement (APD) fournie par les membres du Comité d'aide au développement, 2002-2007, sida et santé présentés séparément (en milliards de dollars actuels)



Source : OCDE/CAD/SNPC ; données extraites le 15/01/2009 des statistiques de l'OCDE (sans l'allègement de la dette).

doivent devenir plus efficaces sur le plan des coûts, les coûts unitaires doivent baisser et l'exécution des programmes devenir plus efficace. En résumé, il faut faire mieux travailler l'argent en faveur des populations.

Il est encourageant de noter qu'aucun des grands bailleurs de fonds n'a indiqué vouloir réduire le niveau de l'APD totale ou des contributions aux programmes sur le VIH. Les engagements doivent être honorés au cours des mois à venir.

Le financement de l'aide a régulièrement augmenté ces dernières années (Figure 5). L'expérience suggère que le financement international du secteur social par le biais de l'APD a été quelque peu protégé des fluctuations de l'économie. Cependant, la situation doit être suivie avec attention.

Par contre, certains pays à faible revenu pourraient bien couper dans leurs dépenses du secteur social lors d'une période de crise économique. C'est pourquoi la vulnérabilité de chaque pays est différente—elle dépend de la proportion de fonds provenant de sources nationales et de sources internationales ainsi que de la richesse du pays par rapport aux besoins de ses programmes de lutte contre le VIH.

Par exemple, les programmes des pays qui dépensent beaucoup pour combattre le sida au moyen de fonds d'origine intérieure pour la plupart (comme le Botswana) seront vulnérables en raison de leur propre croissance économique réduite, mais seront moins immédiatement touchés par des changements dans le financement de l'aide internationale. Par contraste, les pays dont les dépenses autour du sida sont élevées et qui

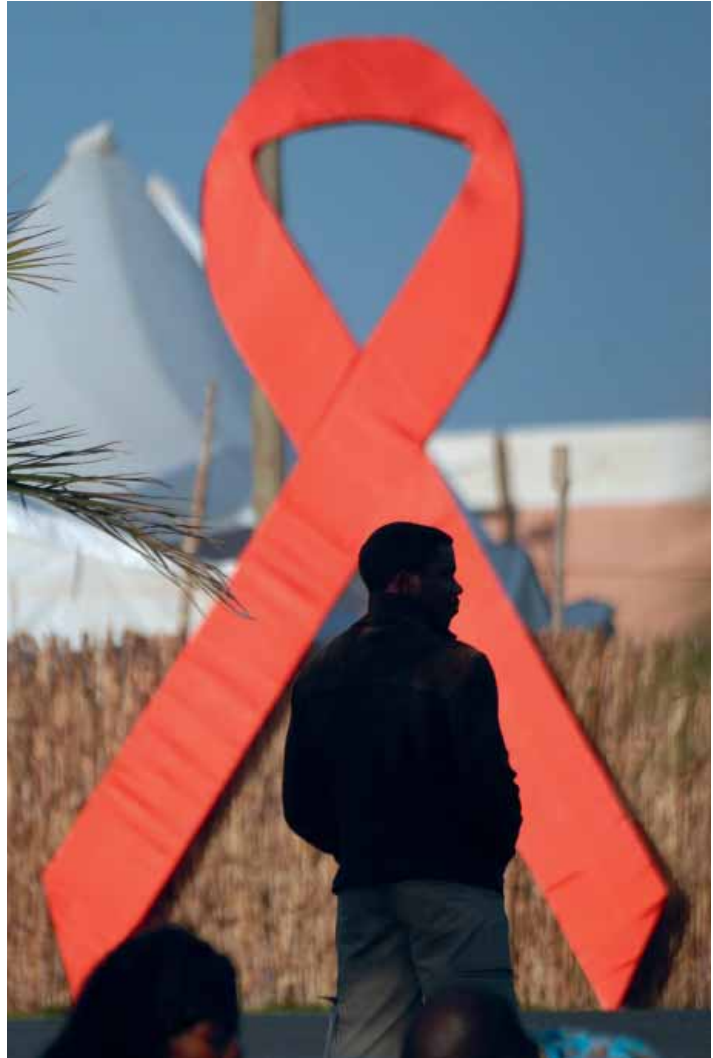


Photo ONUSIDA / J. D. Ly

sont très dépendants de l'aide publique (tels qu'Haïti ou le Mozambique) auront moins de chances d'accroître leurs budgets intérieurs et seront également vulnérables aux coupures éventuelles de l'aide internationale.

A moyen terme, on peut raisonnablement s'attendre à ce que de nombreux pays soient confrontés à une augmentation des pressions sur leurs budgets nationaux et recherchent un financement international accru.

Conclusion



La réalisation des objectifs fixés par les pays pour 2010 sera l'occasion d'accélérer le rythme de la riposte au sida. Elle permettra de sauver des vies—en plaçant davantage de personnes sous traitement, en protégeant les bébés et les jeunes de l'infection et garantissant que toute une génération d'enfants termine sa scolarité. Elle permettra aussi de jeter les bases de la pérennisation de la riposte au sida pour les années à venir et contribuera à renforcer les systèmes de santé et accroître les ressources humaines. Elle aidera à réduire l'homophobie ainsi que la stigmatisation et la discrimination subies notamment par ceux qui sont sans voix et vivent en marge. Elle contribuera à réduire la violence faite aux femmes et aux jeunes filles et donnera à des millions d'individus les moyens de se protéger du VIH et des violences sexuelles.

Bien évidemment, dans le climat financier actuel, il faudra investir avec sagesse. Mais il ne faudra pas oublier le facteur humain ; derrière chaque réduction ou coupure budgétaire se trouvent une personne, une famille. Pour cela, il faudra faire mieux travailler l'argent disponible en faveur des populations : les programmes devront présenter un bon rapport coût-efficacité, être plus efficaces sur le plan de la prestation des services et réduire les coûts unitaires.

Les investissements requis peuvent être trouvés, et les récents progrès enregistrés en matière de traitement et de prévention montrent bien ce qui est possible.

Il faut aujourd'hui un leadership politique plus déterminé, associé à une réelle compréhension de la question des droits de la personne. L'accès universel doit devenir une réalité pour les centaines de millions de personnes qui sont vulnérables à l'infection par le VIH ainsi que pour les millions de personnes vivant avec le VIH et leurs proches. Les investissements déjà consentis pour les ripostes au sida portent leurs fruits. C'est le moment de les consolider et non pas de les réduire.

Méthodologie utilisée pour calculer les besoins en matière d'investissements

Investissements requis = nombre de personnes dans le besoin x couverture (pourcentage de la population bénéficiant du service) x coût unitaire (coût de la prestation du service à un individu).

- Les estimations des besoins des pays ont été produites pour 132 pays à revenu faible et intermédiaire, et sont fondées sur le type d'épidémie et les objectifs fixés par le pays à partir des données les plus récentes. Dans le cas où un pays ne disposait pas d'objectifs définis pour un domaine ou service particulier, un ensemble d'objectifs définis à l'échelle mondiale a été utilisé par défaut pour déterminer les objectifs de l'accès universel dans ce pays.
- Un modèle d'estimation des coûts fondé sur une approche par élément la plus détaillée possible a été utilisé pour estimer les coûts annuels de chacune des interventions programmatiques. Soixante activités ont été groupées en cinq catégories : (1) prévention ; (2) traitement et prise en charge ; (3) appui aux orphelins ; (4) soutien programmatique ; et (5) interventions destinées à prévenir la violence à l'égard des femmes.
- Les coûts unitaires ont été principalement extraits de publications, de descriptions de projets et d'informations proposées par les spécialistes du pays. Des moyennes régionales ont été appliquées pour les pays ne disposant pas de données particulières. On est parti du principe que les coûts unitaires des services de prévention allaient baisser avec l'expansion des programmes.
- Les coûts des activités pour lesquels les coûts unitaires par habitant n'étaient pas pertinents (p. ex. administration, recherche opérationnelle, et suivi et évaluation) ont été estimés en chiffrant les éléments standards de l'activité.
- Les catégories d'interventions programmatiques ont été alignées sur les orientations les plus récentes de l'ONUSIDA, notamment les directives de l'ONUSIDA relatives à la prévention¹ et les directives OMS sur la thérapie antirétrovirale pour les adultes et adolescents².
- Conformément à l'importance donnée par les directives de l'ONUSIDA relatives à la prévention au problème posé par les moteurs de l'épidémie, l'ensemble chiffré des services de prévention du VIH comprend pour la première fois des actions programmatiques et politiques pour faire face aux inégalités entre les sexes qui contribuent à la propagation des épidémies nationales. Il s'agit par exemple de programmes destinés à promouvoir l'égalité des sexes, former les personnels et les sensibiliser aux questions de sexospécificité par des programmes encourageant le conseil et le test volontaires, prévenir la violence à l'égard des femmes et fournir des services complets dont une prophylaxie post-exposition pour les femmes qui ont subi un viol. Les interventions figurant dans cette catégorie ne sont nullement exhaustives, mais comprennent des approches prometteuses qui sont déjà en application.
- Les prix des traitements antirétroviraux proviennent de la base de données de l'OMS sur les prix des antirétroviraux.
- Les estimations des besoins en ressources comprennent tous les enfants devenus orphelins en Afrique subsaharienne. Les experts de ce domaine recommandent que tous les orphelins soient inclus, car il est difficile de distinguer un enfant rendu orphelin par le sida d'un enfant devenu orphelin pour d'autres raisons et il est problématique sur le plan éthique de mettre en place un programme de prestation de services faisant une telle distinction.^{3,4} Hors de l'Afrique subsaharienne, seuls les orphelins dus au sida sont compris dans les estimations.
- L'approche de l'accès universel définie par les pays présuppose l'adoption d'une méthode globale de transfert des tâches dans le domaine des ressources humaines et du recrutement des personnels supplémentaires ; il faudra ainsi employer l'équivalent de 133 200 personnels de santé à temps complet entre 2010 et 2015, p. ex. 13 340 médecins et 36 100 personnels infirmiers ainsi que d'autres agents de santé.
- Tous les besoins en investissements sont présentés en US\$ constants 2007.

¹ ONUSIDA. Intensification de la prévention du VIH : Plan d'action de l'ONUSIDA, 2006-2007. Genève, 2006. ONUSIDA. Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH sur la voie de l'accès universel. Genève, 2007.

² OMS. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent. Recommandations pour une approche de santé publique, version 2006.

³ Recommandation formulée par le Conseil consultatif de l'ONUSIDA sur les besoins en ressources lors de sa réunion à Glion, Suisse, le 10 mai 2007. Le Conseil consultatif est composé d'économistes et experts du sida internationaux provenant de pays donateurs et de pays en développement, de la société civile, des institutions des Nations Unies, dont l'UNICEF ainsi que d'autres organisations internationales.

⁴ Stover J, Bollinger L, Walker N, and Monasch R. Resource needs to support orphans and vulnerable children in sub-Saharan Africa. Health Policy and Planning 2007; 22:21–27. (doi:10.1093/heapol/czl033)

ANNEXE 1 : Interventions et objectifs prioritaires de prévention du VIH par type d'épidémie

Couverture des activités programmatiques (en % sauf mention contraire)	Type d'épidémie		
	Faible niveau	Concentrée	Généralisée/ hyper- endémique
Communication pour le changement social et comportemental			
Nombre moyen de campagnes dans les médias de masse par année	2	4	5
Mobilisation communautaire			
Adultes atteints	0	0	70
Conseil et test volontaires (CTV)⁵			
Proportion maximum de la population demandant chaque année le CTV	0,1	1	5
Besoins en CTV satisfaits	100	100	100
Interventions à l'intention des jeunes			
Enseignants primaires formés (max. 1/3 dans chaque école)	30	45	100
Enseignants secondaires formés (max. 1/8 dans chaque école)	30	45	100
Jeunes non scolarisés atteints, âgés de 6 à 11 ans ⁶	10	20	50
Jeunes non scolarisés atteints, âgés de 12 à 15 ans	10	20	50
Interventions destinées aux professionnel(le)s du sexe et leurs clients			
Professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par intervention chaque année	80	80	80
Moyenne de l'utilisation systématique du préservatif	100	100	100
Proportion de préservatifs qui sont des préservatifs féminins	5	5	5
Programmes destinés aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH)			
HSH atteints par intervention chaque année	80	80	80
Moyenne de l'utilisation systématique du préservatif	80	80	100
Interventions de réduction des risques			
Consommateurs de drogues injectables bénéficiant de mesures de réduction des risques	80	80	80
Interventions sur les lieux de travail			
Personnel ayant accès à des programmes d'éducation au VIH par les pairs	0	3	50
Préservatifs fournis sur le lieu de travail	10	10	10
Traitement des IST offert par l'employeur	0	3	50
Hommes atteints d'IST symptomatiques traités sur le lieu de travail	0	70	70
Femmes atteintes d'IST symptomatiques traitées sur le lieu de travail	0	70	70
Populations vulnérables			
Détenus atteints	80	80	80

	Faible niveau	Concentrée	Généralisée/hyper-endémique
Fourniture accrue de préservatifs par le secteur public			
Gaspillage de préservatifs au cours du stockage et de la distribution	10	10	10
Rapports sexuels occasionnels durant lesquels des préservatifs ont été utilisés	80	80	80
Personnes mariées qui ont des partenaires occasionnels et utilisent des préservatifs lors des rapports avec leur conjoint(e)	30	30	30
Marketing social des préservatifs			
Préservatifs distribués par des programmes de marketing social	25	25	25
Préservatifs distribués qui sont des préservatifs féminins	2	2	2
Amélioration de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles			
Hommes atteints d'IST symptomatiques traités dans des dispensaires par rapport à ceux qui y ont accès	60	75	100
Femmes atteintes d'IST symptomatiques traitées dans des dispensaires par rapport à celles qui y ont accès	60	75	100
Syphilis dépistée et traitée chez des femmes en consultations prénatales	60	75	100
Interventions de prévention de la transmission mère-enfant			
Femmes enceintes dépistées dans le cadre des consultations prénatales	80	80	80
Femmes invitées à suivre un traitement qui l'acceptent et le mènent à terme	90	90	90
Femmes séropositives au VIH qui utilisent des substituts du lait maternel	10	10	10
Circoncision masculine⁷			
Hommes de 15 à 24 ans circoncis	0	0	80
Mesures de sécurité du sang			
Unités de sang testées avant transfusion	100	100	100
Prophylaxie post-exposition			
Besoins en prophylaxie post-exposition satisfaits	100	100	100
Sécurité des injections (pays d'Afrique subsaharienne à faible revenu seulement)			
Vaccinations utilisant des seringues AD (2007)	77	92	99
Baisse du nombre d'injections médicales inutiles	25	25	25
Autres injections utilisant des seringues AD (2007)	77	92	99
Précautions universelles (pays d'Afrique subsaharienne à faible revenu seulement)			
Agents de santé couverts (2007)	77	92	99

⁵ Conseil et test volontaires (CTV) et confidentiels à la demande du client : les besoins en ressources ont été calculés sur la base de la demande prévue qui varie selon la prévalence. Le conseil et le test volontaires proposés par les prestataires de soins figurent sous traitement et prise en charge.

⁶ L'objectif pour les jeunes non scolarisés est limité à 50% car les investissements requis au-delà de ce pourcentage pour des activités extra-institutionnelles dans ce groupe (un agent de proximité pour 20 à 40 jeunes) ne se justifient pas étant donné que l'on préfère consacrer les investissements dans ce groupe à la scolarisation des jeunes.

⁷ Expansion en vue de réduire de moitié l'écart entre la prévalence actuelle de la circoncision masculine et l'objectif de 80%. Les précautions universelles sont appliquées dans l'ensemble du système de santé ; elles ne sont pas particulières au sida et sont donc plus pertinentes pour les pays connaissant des situations hyperendémiques et des épidémies généralisées de VIH.

ANNEXE 2.

Éléments de renforcement des systèmes de santé compris dans l'estimation des besoins en investissements

1. Précautions universelles
2. Sécurité du sang
3. Sécurité des injections médicales
4. Suivi des laboratoires en rapport avec le VIH
5. Prophylaxie des infections opportunistes
6. Traitement des infections opportunistes
7. Soins de santé de base pour les orphelins et enfants vulnérables
8. Suivi et évaluation
9. Systèmes d'approvisionnement en médicaments
10. Technologie de l'information
11. Amélioration et construction des infrastructures
12. Amélioration des infrastructures de laboratoire et nouveaux équipements
13. Construction de nouveaux centres de santé
14. Formation des ressources humaines

Services de santé en rapport avec le VIH compris dans l'estimation des besoins en investissements

1. Circoncision masculine
2. Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)
3. Prévention de la transmission mère-enfant
4. Prophylaxie post-exposition (dans les établissements de santé)
5. Médicaments antirétroviraux de première intention pour adultes
6. Médicaments antirétroviraux de première intention pour enfants
7. Médicaments antirétroviraux de deuxième intention pour adultes
8. Traitements antituberculeux et antirétroviraux
9. Laboratoires de premier recours
10. Laboratoires de deuxième recours
11. Nutrition
12. Prestation de services de premier recours
13. Prestation de services de deuxième recours
14. Traitement des infections opportunistes
15. Soins palliatifs
16. Cotrimoxazole
17. Prophylaxie des infections opportunistes
18. Conseil et test proposés par les fournisseurs de soins
19. Dépistage des IST
20. Conseil à l'intention des personnes vivant avec le VIH et leurs familles/partenaires

Notes

Notes

L'ONUSIDA, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, rassemble les efforts et les ressources de 10 organismes des Nations Unies dans la riposte mondiale au sida. Les organismes coparrainants sont les suivants : le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'ONUDC, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale. Basé à Genève, le Secrétariat de l'ONUSIDA est présent sur le terrain dans plus de 80 pays à travers le monde.

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENÈVE 27
SUISSE

Tél. : (+41) 22 791 36 66
Fax : (+41) 22 791 48 35
courriel : distribution@unaids.org

www.unaids.org

Unir le monde contre le sida



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONU/DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE