

LA VOIE À SUIVRE POUR PÉRENNISER LES RÉSULTATS DE LA RIPOSTE AU SIDA

Documents supplémentaires relatifs à ce point de l'ordre du jour : aucun

Action requise lors de cette réunion—le Conseil de Coordination du Programme est invité à :

Le Conseil de Coordination du Programme est invité à :

173. Rappeler les engagements pris dans la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida, ainsi que le Programme pour le développement durable à l'horizon 2030, afin de progresser vers l'objectif de la fin de l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 ;
174. Reconnaître les défis émergents, les coûts potentiellement élevés de la passivité et l'importance de veiller à ce que l'objectif de durabilité façonne les décisions de tous les partenaires, parties prenantes nationales, communautés et donateurs ;
175. *Prendre note* du rapport ;
176. *Encourager* les pays à élaborer des plans d'investissement intégrés en matière de sida, ainsi que des plans de transition et des plans de viabilité qui soient liés aux stratégies de financement des objectifs en matière de santé et de développement durable et à respecter leurs engagements pour combler les déficits de financement en matière de VIH ; et
177. *Demander* à l'ONUSIDA d'élaborer un cadre de programme commun sur les investissements et la durabilité et des indicateurs pour une approche cohérente centrée sur la population qui sera utilisée pour orienter l'appui concret aux pays et aux communautés ; et de rendre compte à la réunion du CCP en décembre 2019 des résultats obtenus et des enseignements tirés dans au moins 10 pays.

Conséquences des décisions en termes de coûts : aucune

Résumé

1. Ce rapport décrit les tendances récentes en matière de mobilisation des ressources pour les ripostes nationales au sida et résume l'impact de ces investissements. Il passe ensuite en revue les principaux défis qui affectent la durabilité du financement des résultats de la riposte au sida et esquisse la voie à suivre. Il propose un cadre de durabilité pour orienter l'appui aux pays et aux partenaires en vue d'atteindre l'objectif de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique à l'horizon 2030 et d'obtenir des résultats durables à long terme. Ce cadre s'appuie sur le Cadre d'investissement de l'ONUSIDA de 2011.
2. Le leadership politique au plus haut niveau a été associé à l'appropriation au niveau des pays, à l'innovation, aux investissements et aux activités entreprises par les communautés, permettant d'atteindre de remarquables résultats en matière de riposte au sida au cours des dix dernières années. Les ressources ont presque doublé, passant de 10 milliards de dollars US en 2006 à 20 milliards de dollars US en 2017, alors que la part nationale est passée de 50 % en 2006 à 57 % en 2015 et 2016.
3. Grâce à ces efforts, moins d'un million de personnes meurent chaque année de maladies liées au sida pour la première fois au cours de ce siècle. On estime que 21,7 millions [19,1 millions-22,6 millions] de personnes vivant avec le VIH avaient accès au traitement antirétroviral à la fin de 2017, soit cinq fois et demie plus qu'il y a dix ans. Les nouvelles infections à VIH ont été réduites de 47 % depuis le pic de 1996. Trois personnes vivant avec le VIH sur quatre connaissent maintenant leur statut sérologique, ce qui constitue la première étape vers l'obtention d'un traitement. Le monde est sur la bonne voie pour atteindre d'ici 2020 l'objectif de 30 millions de personnes vivant avec le VIH ayant accès au traitement.
4. Les investissements dans la lutte contre le VIH améliorent également la qualité de vie et la productivité des personnes vivant avec le VIH, favorisent l'égalité et la justice sociales, contribuent au renforcement de la santé et du système communautaire et à la réalisation des objectifs du développement durable. L'espérance de vie moyenne s'est redressée : on estime que les investissements dans la lutte contre le VIH à eux seuls ont permis d'augmenter l'espérance de vie de plus de cinq ans dans plusieurs pays ayant une prévalence du VIH supérieure à 10 %. Le Malawi, par exemple, est l'un des huit pays d'Afrique subsaharienne où l'espérance de vie des femmes a augmenté de plus de 10 ans, principalement en raison de la réduction de la mortalité liée au sida.¹
5. L'ONUSIDA a guidé, facilité et appuyé ces réalisations de nombreuses manières, notamment en mettant l'accent sur les mécanismes de financement de la lutte contre le VIH qui peuvent permettre aux pays d'atteindre l'objectif 2030 et de maintenir leurs obligations en matière de riposte au sida au-delà de cette réalisation. Ce travail comprend le Cadre d'investissement 2011, l'appui aux plans d'investissement nationaux, l'accent mis sur la responsabilité partagée, le travail de la Banque mondiale sur l'efficacité en matière d'allocation des ressources et l'efficacité technique, l'implication des communautés en matière de contractualisation sociale, et la mise en évidence conjointe des considérations relatives aux droits humains avec le Programme des Nations Unies pour le développement et les autres Coparrainants.
6. La durabilité est reconnue comme un impératif de santé mondiale. La Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida comprend des engagements visant à accroître les contributions des ressources nationales, à innover dans la prestation de services liés au VIH et à tracer la

voie vers une couverture de santé universelle (qui partage les principes et objectifs clés de la riposte au sida) et à atteindre d'autres objectifs de développement durable.

La situation est précaire à l'heure actuelle

7. La menace posée aux gains obtenus est un enjeu majeur. Nous n'avons pas encore fait basculer l'épidémie de sida dans un déclin décisif. Les services de prévention du VIH ne sont pas fournis à une échelle adéquate et avec une intensité suffisante, et ils n'atteignent pas les personnes qui en ont le plus besoin. L'élargissement de l'accès au traitement du VIH ne doit pas être tenu pour acquis : 2,8 millions de personnes supplémentaires devront recevoir un traitement chaque année au cours des trois prochaines années, par exemple.
8. L'éradication du sida d'ici 2030 en tant que menace pour la santé publique est un objectif de développement durable. Endiguer l'épidémie est également une condition préalable à la durabilité à long terme des résultats de la riposte au sida. Si cet objectif n'est pas atteint, les exigences budgétaires et le coût humain et social de l'épidémie de sida continueront d'augmenter à l'avenir.
9. À l'échelle mondiale, environ quatre cinquièmes des 26,2 milliards de dollars US nécessaires pour atteindre les objectifs de prévention et de traitement de 2020 adoptés par les États Membres de l'ONU dans la Déclaration politique sur la fin du sida de 2016 étaient disponibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire en 2017. Le déficit de financement serait plus important si les programmes de lutte contre le VIH n'avaient pas bénéficié d'un financement national accru.
10. Après un taux de croissance annualisé sans précédent de 11,4 % au cours de la première décennie du XXI^e siècle, l'aide au développement pour la santé est restée stable depuis 2010, tandis que les dépenses totales de santé ont continué à augmenter.² La disponibilité des ressources internationales allouées à la riposte au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire a chuté de 7 % par rapport à 2014, et ce, en raison d'une restriction des décaissements en 2015 des donateurs bilatéraux (gouvernements) et multilatéraux.³ Les approches multisectorielles n'ont pas encore contribué à combler le déficit de financement ; dans le même temps, les gains d'efficacité et l'efficacité des programmes ne sont pas encore suffisamment visibles à grande échelle.⁴
11. Les tendances du financement masquent des inégalités inquiétantes. Les personnes marginalisées, les adolescentes, les jeunes femmes et les filles et les communautés sont laissées pour compte en raison d'un financement insuffisant des programmes axés sur les populations clés et sur les adolescentes et les femmes. Dans de nombreux pays, les programmes qui existent bel et bien (en particulier ceux qui sont axés sur les populations clés) sont fortement tributaires de l'aide extérieure, dont le financement est en baisse. Des tendances similaires caractérisent le financement des programmes relatifs aux droits de l'homme et à l'égalité des sexes.
12. Le prix de la complaisance sera lourd à payer. La riposte au sida est un engagement à long terme. Si les nouvelles infections à VIH ne sont pas réduites de manière drastique dans un avenir proche, les coûts à moyen et long terme continueront d'augmenter à mesure que le nombre de personnes nécessitant un traitement antirétroviral augmentera. Si les services de lutte contre le VIH n'atteignent pas les jeunes femmes et les adolescents dans la fleur de l'âge, l'épidémie peut imposer un fardeau économique indirect aux pays. La complaisance à l'égard de la nécessité d'accélérer des ripostes équitables au sida entraînera des pressions accrues sur les dépenses de santé des patients, des gouvernements, des assureurs privés et des bailleurs de fonds. Dans les pays à faible revenu les plus durement touchés, la charge budgétaire qui en résulterait pourrait dépasser toutes les autres dépenses de santé.

13. Nous évoluons dans un environnement complexe. Les pays et leurs partenaires ont cherché à renforcer la durabilité des résultats de la riposte au sida. Les principaux bailleurs de fonds de la riposte au sida, tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida, ont élaboré des politiques pour appuyer ces efforts.
14. Toutefois, les résultats sont mitigés. Les transitions de l'aide internationale dans certains pays d'Europe orientale et d'Asie centrale ont gravement compromis leurs ripostes au sida, à tel point que ces pays sont redevenus admissibles au soutien du Fonds mondial.⁵
15. Les pays et les communautés s'engagent avec les donateurs dans des transitions « à l'intérieur des pays », où les bailleurs de fonds peuvent réallouer des fonds dans les pays cibles ou réduire la couverture. Pourtant, les partenaires nationaux sont souvent mal équipés et mal préparés pour s'engager dans de telles transitions de manière structurée, et de nombreux pays manquent encore de plans de transition et/ou de durabilité.
16. Mobiliser des ressources nationales pour relever les défis de la riposte au VIH, atteindre la couverture de santé universelle et atteindre les objectifs du développement durable est une tâche qui incombe à tous les pays, quels que soient leur niveau de revenu, leur charge de morbidité et leur niveau de développement socioéconomique. Les pays ont des capacités variables pour financer leurs ripostes au sida avec des ressources nationales. De nombreux facteurs déterminent ces capacités, notamment le fardeau de la dette, l'efficacité de leurs systèmes de recouvrement des recettes et de dépenses, l'ampleur et l'urgence des priorités concurrentes, la dynamique politique et plus encore.
17. Il semble que le revenu national brut par habitant soit une mesure insuffisante de la capacité de paiement des pays et qu'il puisse entraîner des réductions hâtives et risquées du soutien des donateurs. Cela a des implications majeures pour les ripostes au sida dans les pays qui passent au statut de pays à revenu intermédiaire (ce que l'on appelle le « milieu risqué ») : ils risquent de perdre l'aide extérieure pour des programmes et services clés, avec le risque potentiel de perturbations des services pour des populations clés. Une option serait d'encourager la mobilisation des ressources intérieures en fonction de la capacité des pays à absorber les coûts, tandis que les donateurs devraient appliquer des critères nuancés pour l'allocation de l'aide afin d'éviter les interruptions de service et les inégalités croissantes dans l'accès aux services.
18. Dans certains pays, il peut être très difficile de susciter la volonté politique nécessaire pour accroître les investissements nationaux dans les programmes destinés aux populations clés, les services communautaires et les programmes relatifs aux droits de l'homme. Si la communauté mondiale tient vraiment à atteindre les objectifs du développement durable (en particulier l'objectif primordial qui consiste à « ne laisser personne pour compte »), une approche sur mesure est nécessaire pour assurer un financement provisoire pour les populations clés, les adolescentes et les jeunes femmes, et les autres populations qui sont laissées pour compte. Cela peut contribuer à faire en sorte qu'elles bénéficient de programmes VIH, sanitaires et sociaux fondés sur les droits de l'homme.

La voie à suivre

19. Dans ce contexte complexe, est proposé un Cadre de durabilité redéfini pour orienter les efforts visant à atteindre l'objectif de « la fin du sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 et à maintenir les résultats grâce à une approche axée sur la population ». L'objectif est d'avoir une approche commune et cohérente qui tienne compte des dynamiques émergentes et des transitions épidémiques, programmatiques, politiques et

financières respectives des pays, en mettant l'accent sur les personnes qui sont restées au pays.

20. Mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 en tenant compte des droits de l'homme et des principes d'équité est le fondement du Cadre de durabilité, sans lequel l'objectif ne pourra être atteint.

21. Le Cadre de durabilité proposé reposerait sur quatre éléments principaux :

- *Engagement politique inébranlable en faveur de la responsabilité partagée* : Maintenir l'engagement politique, accroître les ressources nationales et adopter des politiques et autres changements pour accélérer les résultats durables de la riposte au sida. Renforcer le financement des donateurs, notamment par l'utilisation de critères plus nuancés pour les décisions de financement afin d'éviter de perturber ou de saborder les services qui sont essentiels pour respecter le principe selon lequel il ne faut laisser personne pour compte ;
- *Investir pour avoir un impact (et des stratégies nationales solides)* : Un processus décisionnel efficace et des stratégies novatrices qui allouent les ressources en vue d'un impact maximal fondé sur le principe localisation-population continueront d'être une priorité. L'adoption de la couverture de santé universelle permettra d'améliorer l'efficacité des programmes et des systèmes ;
- *L'obtention de résultats durables* : Il est justifié d'accélérer la mise en œuvre de programmes sur le VIH entièrement financés, y compris des programmes sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes, qui s'attaquent au double problème du VIH et de la tuberculose. Ces programmes devraient être mis en œuvre par le biais de systèmes de santé et communautaires renforcés, y compris la contractualisation sociale ; et
- *S'engager dès maintenant en faveur de la durabilité à long terme* : Poursuivre la couverture de santé universelle, le financement multisectoriel de la lutte contre le VIH, les droits de l'homme, les facteurs sociaux et les activités de santé et intégrer le financement des donateurs dans les systèmes fiduciaires dirigés par les gouvernements pour jeter les bases de la durabilité. Il est essentiel de se préparer aux transitions de financement et aux transitions « à l'intérieur des pays » et d'élaborer des plans de durabilité.

22. L'ONUSIDA a un rôle clé à jouer dans la révision des paramètres de mesure pour suivre la transition épidémique ainsi que les progrès programmatiques et financiers (y compris les investissements dans le VIH, la santé et d'autres secteurs) vers la durabilité. Elle a également un rôle important à jouer pour faire en sorte que les programmes destinés aux populations clés, aux adolescentes et aux jeunes femmes, ainsi qu'aux autres groupes laissés pour compte, ainsi que les programmes relatifs aux droits de l'homme et les services communautaires, reçoivent les ressources et le financement nécessaires et soient davantage intégrés dans les décisions de financement nationales.

23. Les recommandations de ce rapport reconnaissent que le Programme commun est particulièrement bien placé pour faire ce qui suit :

- Contribuer à susciter l'engagement politique nécessaire à tous les niveaux ;
- Impliquer les parties prenantes nationales, les communautés, les personnes vivant avec le VIH et les donateurs pour soutenir les groupes de travail dirigés par les pays sur les investissements et la durabilité ;
- Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de dossiers d'investissement équitables, adaptés aux pays et intégrés, de stratégies nationales solides en matière de VIH et de santé, de plans de transition et de cadres de durabilité ;
- Veiller à ce que le VIH figure dans la couverture de santé universelle, les stratégies concernant le secteur de la santé et d'autres secteurs ;

- Intensifier le soutien dans ces domaines et élaborer un cadre politique cohérent et de nouvelles mesures pour aider les pays à naviguer dans un environnement complexe à la recherche de la durabilité ; et
- Tirer parti des partenariats avec les donateurs, les institutions des Nations Unies, les organisations de la société civile, les banques régionales de développement et d'autres entités pour susciter des innovations et accélérer les résultats.

Introduction

24. Le segment thématique de la 37e réunion du CCP, intitulé « Responsabilité partagée et solidarité mondiale pour assurer une riposte efficace, équitable et durable au sida dans le programme pour l'après-2015 », a souligné la nécessité d'« augmenter les financements nationaux pour garantir une riposte globale au sida qui donne des résultats durables, et notamment faire en sorte que les financements nationaux respectent le principe GIPA et répondent aux besoins des populations clés, y compris les femmes et les filles, et les autres groupes vulnérables, en tenant compte des contextes épidémiologiques. »
25. Lors de la 42e réunion du CCP, le Conseil a demandé à l'ONUSIDA de présenter à la 43e réunion du CCP un rapport sur les travaux du Programme commun visant à assurer la durabilité des résultats en matière de sida à l'ère des ODD.
26. Le présent rapport répond à la demande du CCP. Il décrit les tendances récentes en matière de mobilisation des ressources pour les ripostes nationales au sida et résume l'impact de ces investissements. Il passe ensuite en revue les principaux défis qui affectent la durabilité du financement des résultats de la riposte au sida et esquisse la voie à suivre.
27. Il propose un cadre de durabilité pour guider l'appui aux pays et aux partenaires en vue d'atteindre l'objectif 2030 de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique et d'obtenir des résultats durables à long terme. Ce Cadre s'appuie sur le Cadre d'investissement de l'ONUSIDA de 2011. Le rapport comprend les sections suivantes:
 - un résumé de l'état actuel de la durabilité de la riposte au sida ;
 - un bref aperçu des principaux défis émergents ;
 - un cadre de durabilité proposé pour soutenir les résultats de la riposte au sida ;
 - la voie à suivre ; et
 - des points de décision et recommandations

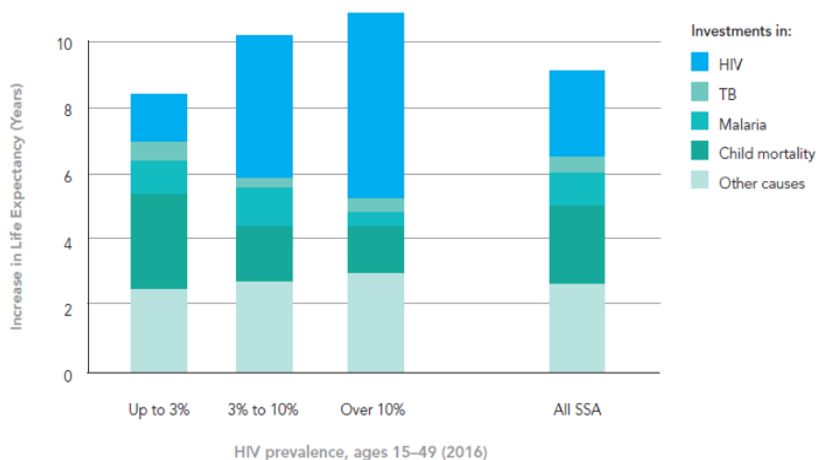
UN RÉSUMÉ DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA DURABILITÉ DE LA RIPOSTE AU SIDA

28. Le leadership politique au plus haut niveau a été associé à l'appropriation au niveau des pays, à l'innovation, aux investissements et aux activités entreprises par les communautés pour obtenir de remarquables résultats en matière de riposte au sida au cours des dix dernières années. Les ressources totales ont presque doublé, passant de 10 milliards de dollars US en 2006 à 20 milliards de dollars US en 2017, alors que la part nationale est passée de 50 % à 57 % rien qu'en 2015 et 2016.
29. Ces actions ont permis à quelque 21,7 millions [19,1-22,6 millions] de personnes vivant avec le VIH de recevoir un traitement antirétroviral (TAR) à la fin de 2017, soit cinq fois et demie plus qu'il y a à peine une décennie. Les trois quarts des personnes vivant avec le VIH dans le monde connaissaient leur statut sérologique à la fin de 2017 et six pays avaient atteint l'objectif de la suppression de la charge virale chez 73 % des personnes vivant avec le VIH. À l'échelle mondiale, les nouvelles infections à VIH ont diminué, mais pas au rythme requis :

il n'y a eu qu'une réduction de 18 % depuis 2010, soit beaucoup moins que la réduction de 75 % prévue pour 2020.

30. La Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida comprend des engagements visant à accroître les contributions des ressources nationales, à innover dans la prestation de services liés au VIH et à tracer la voie vers la contribution de la CSU aux autres objectifs de développement durable (ODD). Les ODD orientent les actions et donnent un nouvel élan vers un programme plus holistique et intégré d'autonomie et de résilience. La Feuille de route de l'Union africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour le sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique, adoptée en 2012 et prolongée jusqu'en 2020 pour parvenir à une mise en œuvre intégrale, fournit un cadre d'action pour la durabilité sur le continent africain. Elle donne un rôle clair à la communauté internationale à travers un soutien continu, mais reconnaît que la solution à long terme réside dans l'appropriation de ces ripostes par l'Afrique.
31. Les investissements dans la lutte contre le sida ont considérablement accru l'espérance de vie des personnes appartenant aux groupes d'âge les plus productifs, quel que soit leur niveau de revenu, ont amélioré la qualité de vie et ont renforcé le capital humain, condition préalable à des sociétés prospères et stables. Dans les pays où la prévalence du VIH est supérieure à 10 %, l'on estime que les investissements dans la lutte contre le VIH à eux seuls ont permis d'augmenter l'espérance de vie de plus de cinq ans entre 2003 et 2016 (Figure 1). Le Malawi, par exemple, est l'un des huit pays d'Afrique subsaharienne où l'espérance de vie des femmes a augmenté de plus de 10 ans, principalement en raison de la réduction de la mortalité liée au VIH/sida.⁶ Pour être compétitifs dans un monde globalisé, les pays doivent investir dans le capital humain et le protéger.

Figure 1. Contributions des principaux programmes de santé publique à l'allongement de l'espérance de vie moyenne en Afrique subsaharienne, 2003-2016



Source : IHME, 2017 ; Base de données mondiale sur la charge de morbidité 2016 ; estimations de l'ONUSIDA

32. Plus de 52 pays, tirant parti du soutien de l'ONUSIDA, de la Banque mondiale et d'autres partenaires, ont appliqué le Cadre d'investissement 2011 de l'ONUSIDA pour mieux hiérarchiser et cibler leurs ripostes au sida et maximiser l'impact des investissements. Les plans d'investissement par pays éclairent également d'autres documents de politique nationale et processus de développement, y compris les demandes nationales du Fonds mondial et les plans opérationnels nationaux financés par le PEPFAR.
33. L'approche du plan d'investissement a mis en lumière l'importance de la prise en compte des rendements et des bénéfices à long terme pour plaider en faveur d'une riposte élargie au sida. Par exemple, le plan d'investissement de la Namibie comportait deux phases distinctes. Jusqu'en 2020, le traitement et la prévention à grande échelle dominent, les coûts dépassant ceux du scénario de référence. Par la suite, les économies découlant de la réduction de l'incidence du VIH augmentent et les écarts de coût se rétrécissent entre les scénarios. La diminution du nombre de nouvelles infections à VIH entraîne au final une baisse du besoin de traitement (par rapport au scénario de référence), un point de transition qui arrive vers 2033.⁷
34. En Afrique du Sud, les dossiers d'investissement de la lutte contre le VIH et la tuberculose, financés par le Trésor national, indiquent des allocations spécifiques pour des activités de communication visant à modifier les comportements et pour intensifier rapidement le dépistage et le traitement.⁸ Au Zimbabwe, l'approche de l'investissement a entraîné un changement dans la programmation. Les interventions les plus efficaces (prévention de la transmission mère-enfant, sensibilisation des professionnel(le)s du sexe, promotion du préservatif et circoncision masculine médicale volontaire) ont été intensifiées, d'autres ont été réduites de 20 % (sauf pour les TAR) et les ressources ont été redistribuées géographiquement en fonction de la prévalence du VIH. Des économies considérables ont été faites grâce aux économies d'échelle réalisées pour réduire les coûts de gestion des programmes.⁹
35. On estime que le Belarus pourrait réduire de 43 % le nombre de nouvelles infections à VIH en faisant passer de 0,7 à 2,8 millions de dollars les fonds alloués aux traitements de substitution aux opioïdes et de 1,1 à 3,6 millions de dollars pour les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, et en investissant davantage dans les programmes de TAR. Le Kazakhstan pourrait réduire ses coûts de gestion du VIH de 20 % s'il réaffectait ses ressources aux programmes les plus rentables.¹⁰

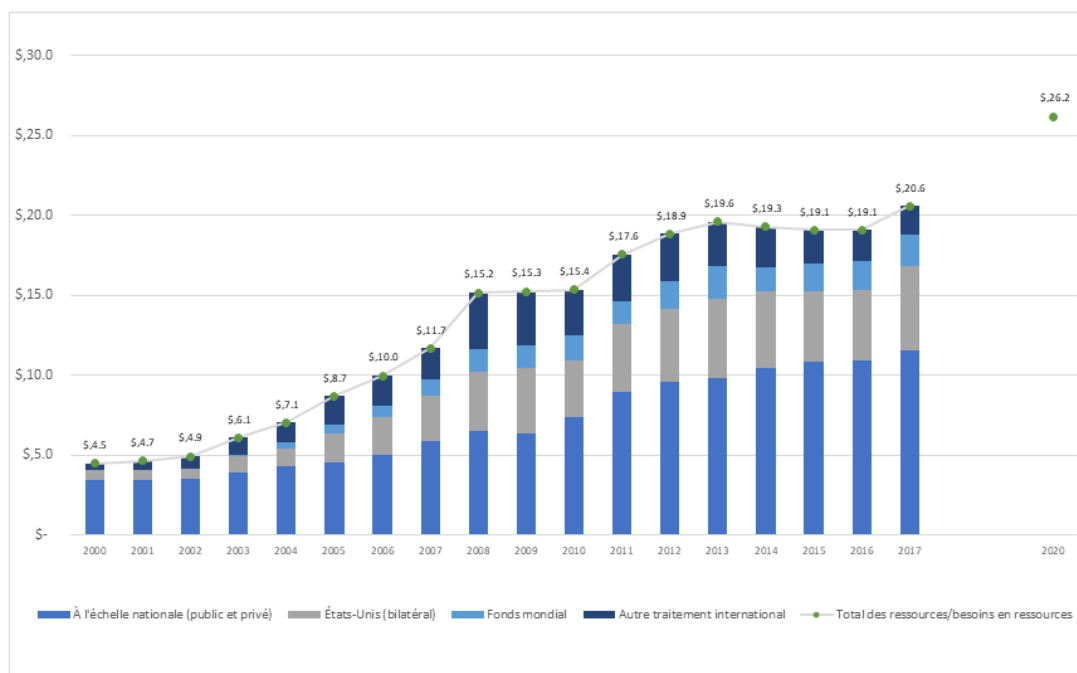
VUE D'ENSEMBLE DES DÉFIS DE LA DURABILITÉ

36. Un écart important persiste cependant entre les réalités actuelles et la vision d'une santé durable pour tous. Les estimations les plus récentes de l'ONUSIDA montrent que les succès des dernières années n'ont pas encore fait basculer l'épidémie de sida dans un déclin décisif. Dans le même temps, pour obtenir des résultats durables à long terme, il faudra un financement et des activités de programme durables bien au-delà de 2030.
37. Compte tenu du besoin à long terme d'investissements pour atteindre les objectifs et maintenir l'impact de la riposte au sida, ainsi que des investissements dans des systèmes de santé robustes qui peuvent fournir une CSU et soutenir la réalisation d'autres ODD, la durabilité est désormais reconnue comme un impératif sanitaire mondial.
38. Sachant que les pays sont confrontés à des transitions épidémiologiques, programmatiques et financières, on s'accorde de plus en plus à reconnaître que la durabilité exige une approche centrée sur l'être humain sur trois fronts, fondée sur les principes du droit à la santé et à l'équité :
- l'engagement politique, une gouvernance et des politiques efficaces ;
 - l'efficacité durable des programmes ; et
 - un financement adéquat et durable.
39. Un certain nombre de défis, cependant, barrent la voie de l'éradication de l'épidémie de sida d'ici 2030 en tant que menace pour la santé publique (ODD 3.3), du maintien des programmes visant à réduire les infections à VIH et à fournir un traitement aux personnes vivant avec le VIH après 2030, et de la réalisation des objectifs de la CSU et des ODD au sens large.

Des déficits de financement persistants

40. À l'échelle mondiale, environ quatre cinquièmes des 26,2 milliards de dollars US nécessaires pour atteindre les objectifs de prévention et de traitement de 2020 adoptés par les États Membres de l'ONU dans la Déclaration politique sur la fin du sida de 2016 étaient disponibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire en 2017.¹¹ L'aide au développement pour la santé, après un taux de croissance annualisé sans précédent de 11,4 % au cours de la première décennie du XXI^e siècle, est restée stable depuis 2010, tandis que les dépenses totales de santé ont continué à augmenter.¹² La disponibilité des ressources internationales allouées à la riposte au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire a chuté de 7 % par rapport à 2014, et ce, en raison d'une restriction des décaissements en 2015 des donateurs bilatéraux (gouvernements) et multilatéraux.

Figure 2. Disponibilité des ressources en matière de VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par source de financement, 2000-2017 (en dollars constants de 2016)



Source : Estimation des ressources disponibles et des besoins de l'ONUSIDA, 2018.

Remarque : L'augmentation apparente des ressources disponibles pour le VIH en 2016-2017 (de 19,1 milliards de dollars à 20,6 milliards de dollars) reflète la disponibilité de fonds non dépensés et non de nouveaux engagements internationaux. Le récent déclin du financement international dans la lutte contre le VIH devrait se poursuivre en 2018, à moins que de nouveaux engagements de la part des donateurs ne se concrétisent.

41. Ces tendances sont aggravées par les difficultés associées aux transitions en cours entre les donateurs. Les transitions des donateurs se réfèrent aux processus par lesquels les bailleurs de fonds externes de la santé retirent ou réallouent progressivement leur soutien financier, technique et programmatique, augmentant ainsi l'urgence d'un investissement national accru pour soutenir les programmes VIH existants. Ils peuvent réaffecter des fonds dans les pays cibles ou réduire la couverture, des changements qui ont été qualifiés de « transitions à l'intérieur d'un pays ».
42. La terminologie utilisée pour décrire l'évolution des relations d'aide n'est pas la même pour tous les donateurs. Dans la Politique de durabilité, de transition et de cofinancement du Fonds mondial, le terme « transition » est défini comme « le mécanisme par lequel un pays, ou une composante d'un pays, s'oriente vers le financement et la mise en œuvre de ses programmes de santé de manière totalement indépendante du soutien du Fonds mondial tout en continuant à soutenir les gains et à les intensifier selon les besoins ». Pour le PEPFAR, la durabilité de la riposte au VIH signifie qu'un pays dispose de l'environnement propice, des services, des systèmes et des ressources nécessaires pour lutter efficacement contre l'épidémie de VIH et de SIDA.¹³ Le Ministère du développement international du Royaume-Uni (DFID), quant à lui, utilise le terme « sortie » pour décrire le processus d'élimination progressive de l'aide bilatérale du DFID, tandis que le terme « transition » désigne la création d'un nouveau partenariat de développement¹⁴.
43. La stagnation de l'aide extérieure, conjuguée à la concurrence d'autres priorités sanitaires et non sanitaires, jette le doute sur la question de savoir si les 26,2 milliards de dollars

nécessaires pour financer intégralement une riposte au VIH en 2020 et assurer la durabilité à long terme de la programmation du VIH après 2030 seront atteints.

Les tendances varient considérablement d'une région à l'autre et à l'intérieur d'une même région

44. Les niveaux de dépendance à l'égard des donateurs sont relativement élevés en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes, mais plus faibles en Amérique latine, en Asie-Pacifique et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. En Asie-Pacifique, plus des trois quarts (78 %) des ressources provenaient des caisses nationales, mais certains pays à faible revenu dépendent fortement du financement des donateurs. Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, les trois quarts (72 %) du financement de la lutte contre le VIH provenaient de sources nationales, les niveaux de financement des donateurs ayant baissé de 30 % au cours de la dernière décennie. En Amérique latine, les ressources disponibles pour les programmes de lutte contre le VIH ont plus que doublé depuis 2008 et la riposte régionale au sida est financée presque entièrement (96 %) par des ressources nationales.
45. En Afrique orientale et australe, l'augmentation des ressources consacrées à la lutte contre le VIH a mis les pays sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de la Stratégie d'accélération 2020. Environ 10,6 milliards de dollars américains étaient disponibles pour les programmes de lutte contre le VIH dans la région en 2017. Le financement national et international des programmes de lutte contre le VIH a augmenté au cours de la dernière décennie, les investissements nationaux représentant 42 % des ressources totales (leur niveau le plus élevé à ce jour) en 2017.
46. Toutefois, les augmentations nationales ne sont pas suffisantes pour combler les déficits de financement créés par la nécessité d'élargir la riposte au sida et par la stagnation de l'aide internationale. En Asie-Pacifique, par exemple, les ressources consacrées au VIH ont augmenté jusqu'en 2011, puis se sont stabilisées, laissant la région en deçà des besoins prévus pour 2020.
47. En Afrique occidentale et centrale, une région qui accuse un retard considérable par rapport aux objectifs de la Stratégie d'accélération 2020, les ressources consacrées au VIH ont globalement diminué après 2013, les ressources nationales représentant moins d'un tiers (31 %) du total. Environ 1,8 milliard de dollars par an sont nécessaires pour atteindre les objectifs de 2020, soit 81 % de plus que le financement disponible en 2017. Dans les Caraïbes, la dépendance à l'égard des donateurs reste élevée, près des trois quarts (72 %) du financement de la lutte contre le VIH provenant de l'extérieur en 2017.ⁱ

Ce n'est pas qu'une question d'argent

Les déficits de financement qui pourraient miner les progrès et accroître les inégalités

48. Il y a toujours un manque de financement pour les interventions axées sur les personnes laissées pour compte, notamment les adolescentes et les jeunes femmes et les populations clés, et pour la création d'environnements favorables. Dans de nombreux pays, une grande partie du financement disponible pour de telles interventions provient de l'extérieur. Le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) et le Fonds mondial ont investi des fonds dédiés au VIH et à d'autres programmes pour les adolescentes et les jeunes femmes et les populations clés.

ⁱ Les données n'étaient pas accessibles au public pour la Fédération de Russie, qui connaît de loin la plus grande épidémie de VIH en Europe orientale et en Asie centrale. Il n'a donc pas été possible de donner un aperçu régional précis.

49. Les risques sanitaires sont particulièrement graves pour les adolescentes et les jeunes femmes. Le risque de nouvelles infections à VIH chez les femmes vivant dans des pays d'Afrique subsaharienne où la charge de morbidité est élevée atteint son maximum entre 15 et 24 ans, soit environ 10 ans plus tôt que chez leurs pairs masculins. Le sida continue d'être la quatrième cause de décès chez les adolescentes et les jeunes femmes dans cette région.¹⁵ Le partenariat ambitieux du PEPFAR, DREAMS (Determined Resilient, Empowered, AIDS-Free, Mentored and Safe), d'un montant total de 385 millions de dollars, finance dans dix pays un ensemble de services de base qui vont au-delà du secteur de la santé et s'attaquent aux facteurs structurels qui augmentent directement ou indirectement le risque pour les filles de contracter le VIH¹⁶. Toutefois, les programmes actuels ont une portée limitée pour avoir un impact au niveau de la population. Dans cinq pays sur 10 (Afrique du Sud, Mozambique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Mozambique et Zimbabwe), moins de 50 % des lieux avec une incidence élevée chez les adolescentes et les jeunes femmes étaient couverts par des programmes de prévention.¹⁷ L'incapacité actuelle de suivre les allocations et les dépenses consacrées aux programmes en faveur des adolescentes et des jeunes femmes affaiblit également la capacité d'obtenir un financement international et national adéquat.
50. Le financement de la prévention dans les populations clés provient en très grande majorité de sources internationales ou externe, rendant ces programmes très vulnérables au retrait des donateurs. Il s'agit là d'une vulnérabilité alarmante, étant donné la lenteur des progrès dans la prévention des nouvelles infections à VIH, en particulier chez les jeunes femmes et les adolescentes, les populations clés marginalisées telles que les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles et les détenus. Une diminution ou un arrêt du financement extérieur peut entraîner une augmentation rapide des infections à VIH si le gouvernement national n'assume pas la responsabilité des principaux programmes de lutte contre le VIH. Cela a été observé en Roumanie au début de la décennie, lorsque la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables est passée de 3 % à 28 % en quatre ans.^{18 19}
51. *Financement de la prévention primaire du VIH : une occasion manquée.* Depuis 2010, seuls trois pays ont enregistré une baisse de 50 % ou plus du nombre de nouvelles infections à VIH chez les adultes et 17 autres ont enregistré une baisse d'au moins 25 %. Beaucoup de pays n'ont pas fait de progrès significatifs et au moins 50 pays ont enregistré une augmentation inquiétante de l'incidence du VIH. Le sous-investissement chronique dans la prévention primaire et combinée a contribué à cette tendance. La recommandation de la Déclaration politique sur la fin du sida de 2016, selon laquelle les ressources financières destinées à la prévention devraient être suffisantes et représenter au moins 25 % des fonds mondiaux, n'est pas prise en compte.ⁱⁱ Il y a un besoin considérable de revoir les allocations aux interventions à fort impact telles qu'identifiées par la Coalition mondiale pour la prévention du VIH.
52. *Le financement des programmes de lutte contre le VIH fondés sur les droits est inadapté.* Les fonds catalytiques du Fonds mondial, notamment pour les activités relatives aux droits de l'homme et les programmes en faveur de l'égalité des sexes, visent à encourager l'augmentation du financement national. Ces ressources ont été essentielles pour mettre en place des programmes complets qui comprennent des interventions en faveur des droits de l'homme et de l'égalité des sexes. Cependant, les défis liés aux droits de l'homme restent omniprésents dans tous les pays et toutes les populations. La stigmatisation est un obstacle majeur à l'utilisation des services VIH par les adolescents,²⁰

ⁱⁱ L'allocation stipulée est une estimation globale et ne s'applique pas à un pays ou à une région en particulier.

de même que les lois sur l'âge du consentementⁱⁱⁱ et les attitudes peu accueillantes et intimidantes de nombreux prestataires de soins de santé.^{21 22 23} Le conservatisme social place l'éducation sexuelle hors de portée des adolescents dans de nombreux pays et limite leur accès aux services de santé sexuelle et reproductive et aux services VIH.

53. L'examen et la réforme des lois sur l'âge du consentement, le recours au dépistage communautaire et aux méthodes d'autotest, ²⁴la prestation de services différenciés et sensibles aux besoins des jeunes^{25 26} et le soutien psychosocial font partie des nombreuses améliorations possibles.^{27 28} La combinaison des services VIH avec d'autres services sociaux de soutien peut avoir un effet massif, comme le montrent des études récentes importantes menées en Afrique du Sud.^{29 30} En 2018, les dépenses consenties dans les activités de promotion sociale^{iv} allaient de 1 % à 32 % des dépenses totales allouées au VIH dans 42 (57 %) des 72 pays ayant répondu, avec un apport limité des ressources nationales.³¹ Il est impératif de continuer à financer les programmes relatifs aux droits de l'homme et à l'égalité des sexes tout en veillant à leur intégration dans les flux de financement nationaux afin de garantir leur durabilité à long terme.

Maintenir l'implication de la société civile

54. Les approches centrées sur les personnes et fondées sur les droits de l'homme exigées par les communautés et défendues par l'ONUSIDA sont devenues des caractéristiques de la riposte au sida. La société civile est de plus en plus impliquée dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des services liés au VIH, ce qui est particulièrement frappant dans le cas des interventions qui ciblent des populations clés. Les organisations communautaires sont souvent les seules entités capables de mobiliser de manière fiable les populations clés et marginalisées et de les relier au VIH et à d'autres services essentiels. La valeur particulière des services communautaires ou dirigés par les communautés est reconnue dans la CSU et devrait être pleinement légitimée et soutenue.
55. La contractualisation sociale (définie comme l'utilisation des ressources gouvernementales pour financer des entités non gouvernementales)³² est de plus en plus essentielle au succès des programmes VIH, en particulier dans les contextes où les interdictions légales, le harcèlement et la discrimination sociale officiels bloquent l'accès des populations clés aux services.
56. Au Mexique, le Centre national de prévention et de contrôle du VIH et du sida (Censida) gère un mécanisme de financement public transparent et compétitif pour les organisations non gouvernementales (ONG). Reconnaisant la portée unique des ONG, Censida a alloué plus de 38,7 millions de dollars US à 766 projets au cours de la période 2013-2018 pour permettre aux ONG d'atteindre les populations clés avec un ensemble complet de services VIH et de services de santé, en ce compris la prévention du VIH, l'orientation et la réduction de la stigmatisation.³³ La Namibie étudie la possibilité de recourir à la contractualisation sociale pour renforcer le financement public des systèmes communautaires dans un contexte de diminution du financement des donateurs, pour accélérer la mise en œuvre de la riposte et pour remédier aux contraintes en matière de ressources humaines dans le système de santé.

ⁱⁱⁱ En 2017, 78 des 110 pays déclarants exigeaient le consentement parental pour qu'un enfant de moins de 18 ans ait accès au test du VIH, et 61 des 109 pays déclarants exigeaient le consentement parental pour le traitement du VIH. En outre, 68 des 108 pays ayant répondu ont déclaré que le consentement parental était nécessaire pour que les enfants aient accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

^{iv} Dépenses dans les programmes relatifs à l'égalité des sexes, les programmes pour les enfants et adolescents (à l'exclusion des transferts de liquidités, qui ont été classés comme un des piliers de la prévention), la protection sociale, la mobilisation communautaire, les dialogues politiques, les programmes sur les principaux droits de l'homme, et le développement institutionnel spécifiquement focalisé sur le VIH

57. Toutefois, pour exploiter pleinement le potentiel de l'engagement de la société civile, il faut supprimer les obstacles juridiques et administratifs et les goulets d'étranglement en matière de financement. Mais l'espace politique pour l'activité de la société civile se rétrécit dans de nombreux pays, tandis que la confiance et le désir de collaboration entre les structures gouvernementales des organisations de la société civile s'est affaibli.^{34 35} En outre, les organisations communautaires et les autres organisations de la société civile sont extrêmement vulnérables aux changements dans les priorités, les critères et les procédures de financement des bailleurs de fonds. L'investissement mondial dans les activités de lutte contre le sida gérées par les organisations de la société civile a légèrement diminué depuis son pic enregistré en 2012-2013.

Nous n'avons pas fait le tour des gains d'efficience potentiels

58. Les déficits de financement de la riposte au sida sont aggravés par un programme inachevé visant à accroître l'efficience technique et en matière d'allocation des ressources des programmes VIH. Il est essentiel de prendre des décisions efficaces pour allouer les ressources de manière à maximiser l'impact. Dans 23 pays d'Afrique, d'Asie, d'Europe de l'Est et d'Amérique latine, une allocation plus efficace des ressources en matière de VIH pourrait réduire les nouvelles infections à VIH cumulées de 18 % en moyenne d'ici 2020 et de 25 % d'ici 2030, ainsi que la mortalité liée au sida de 25 % pour les deux échéances. Une combinaison de gains d'efficience et de ressources accrues permettra aux pays d'atteindre les objectifs de la riposte au sida.³⁶

59. On estime que 20 à 40 % des dépenses publiques de santé³⁷ peuvent être économisées grâce à des gains d'efficience et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) conseille aux pays d'organiser des évaluations de l'efficience en divisant les systèmes de santé en quatre grandes fonctions : prestation de services ; financement ; ressources humaines et autres ; et gouvernance et responsabilité.³⁸ L'amélioration de l'efficience des systèmes de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire peut se traduire par un allongement de l'espérance de vie allant jusqu'à cinq ans.³⁹

60. Les coûts unitaires des traitements antirétroviraux varient considérablement d'un pays et d'un établissement à l'autre, ce qui donne à penser que l'amélioration de la prestation des services peut théoriquement apporter d'importants gains potentiels.⁴⁰ Au Botswana, par exemple, 31 % des hôpitaux et 37 % des cliniques fonctionnaient en dessous du seuil national d'efficience pour le traitement antirétroviral, ce qui suggère qu'ils pourraient augmenter leur productivité (nombre de personnes recevant un traitement contre le VIH) sans ressources supplémentaires. Les données provenant de pays comme le Kenya, l'Ouganda et la Zambie montrent que les établissements de santé ont une efficacité technique relativement faible (avec des scores moyens d'efficience inférieurs à 50 %).

61. Le transfert des tâches aux infirmières et aux agents de santé non professionnels, la formation et l'intégration des cadres des agents de santé communautaires dans les programmes de santé publique se sont révélées être des pratiques qui améliorent l'efficience. Un examen des études menées en Afrique subsaharienne a permis de conclure que la qualité des soins dispensés par des infirmières et/ou des agents de santé communautaires formés et soutenus était comparable à celle des soins dispensés par des médecins. Dans une étude réalisée à Dar es Salaam en République-Unie de Tanzanie, 83 % des bénéficiaires étaient très satisfaits des soins à domicile et du TAR au niveau communautaire fourni par des travailleurs non professionnels. La qualité des soins infirmiers a été jugée égale à celle fournie par les infirmières, mais à un coût par personne atteinte considérablement inférieur.⁴¹

62. Les services et les méthodes de prestation sont en cours d'adaptation afin d'accroître l'efficience et l'efficacité de la mise en œuvre en cascade. L'étude ENGAGE4HEALTH

menée au Mozambique a révélé que les liens avec les soins et la rétention dans les soins étaient plus importants lorsque les gens recevaient une thérapie antirétrovirale immédiate et recevaient des rappels par téléphone : 70 % sont demeurés sous traitement après 12 mois contre 46 % dans le groupe témoin.⁴² Dans l'étude LINK4HEALTH à Eswatini, une approche similaire a également conduit à des taux élevés de rétention dans les soins. La poursuite de l'intégration et de l'établissement de liens entre les services de prise en charge du VIH et d'autres services de santé promet également d'importants gains d'efficacité.

63. Au niveau des établissements, une étude exploratoire de la riposte de l'Ouganda au sida, appuyée par l'ONUSIDA, a montré que des économies annuelles de 10 à 15 millions de dollars entre 2017 et 2019 pourraient être réalisées en s'approvisionnant auprès des fournisseurs les moins chers, tout en utilisant les trois systèmes de la chaîne logistique : gouvernement, PEPFAR et Fonds mondial. En Afrique du Sud, la mise à jour 2017 du plan d'investissement dans la lutte contre le VIH estime qu'en remplaçant le traitement de première intention actuel par un traitement à base de dolutégravir, le pays pourrait économiser entre 12 et 16 % du coût du programme. Les économies réalisées pourraient permettre de couvrir 95 % de la couverture de la stratégie universelle du dépistage et du traitement, ainsi que de financer la prophylaxie pré-exposition pour les populations clés. L'utilisation de ces possibilités pourrait permettre d'éviter 25 à 56 % des nouvelles infections à VIH.
64. Cependant, les gains d'efficacité générés par la réduction des prix des traitements de première intention peuvent être compensés par le passage aux TAR de deuxième et de troisième intention après l'échec du traitement, ce qui devrait augmenter progressivement mais substantiellement le coût budgétaire du traitement à long terme du VIH. Les modèles de l'Afrique subsaharienne indiquent que, d'ici 2030, plus de 4 millions de personnes auront besoin d'un traitement de deuxième intention, ce qui représente près de 20 % de toutes les personnes sous TAR.⁴³

Gouvernance et capacités de gestion de la transition des donateurs et de renforcement de la durabilité

65. Les pays sont confrontés à des transitions épidémiologiques, programmatiques et financières. Le financement à grande échelle des donateurs continue de se concentrer davantage sur un plus petit nombre de pays prioritaires. Cela reflète la stagnation du financement international des programmes nationaux de santé (et des programmes de lutte contre le VIH en particulier).
66. Les pays s'adaptent à ces changements. Un plan régional historique visant à renforcer la durabilité à long terme est actuellement élaboré en Afrique orientale. L'ONUSIDA, le Fonds mondial et ses partenaires ont aidé plusieurs pays à entreprendre des évaluations de l'état de préparation à la transition et à transformer les résultats en plans de financement nationaux (Arménie, Kirghizistan et République de Moldovie, par exemple). Le Cambodge et les Philippines ont appliqué des cadres d'évaluation de l'état de préparation à la transition pour identifier les risques et les vulnérabilités liés à la transition vers une plus grande utilisation des ressources nationales. La Namibie et le Sénégal sont en train d'élaborer des feuilles de route de durabilité pour leurs ripostes au sida et intègrent la durabilité à long terme dans leurs stratégies sanitaires et autres stratégies sectorielles.
67. Les partenaires nationaux et les communautés s'engagent avec les donateurs concernant le déclin de l'aide internationale « à l'intérieur du pays » dans les cas où les plans de durabilité et de transition ne sont pas encore en place. Ces défis sont aggravés par des connaissances et des capacités limitées pour naviguer dans un environnement complexe qui comprend le financement des stratégies ODD, l'introduction de la CSU et l'ajustement des stratégies de financement de la santé.

68. Les transitions mal planifiées et mal exécutées affectent de manière disproportionnée les populations clés, les adolescentes et les jeunes femmes et les interventions favorables à l'environnement, car ces programmes ont tendance à dépendre fortement du financement des donateurs.⁴⁴
69. Parmi les problèmes communs, on peut citer la réticence des gouvernements à financer des programmes démographiques clés, le manque de capacités techniques ou réglementaires (par exemple, des mécanismes juridiques pour contracter des services VIH par l'intermédiaire de la société civile et des groupes communautaires) et des événements extérieurs imprévus qui mettent les pays sous trop de pression financière pour remplir leurs engagements antérieurs. Les transitions de l'aide internationale dans certains pays d'Europe orientale et d'Asie centrale ont gravement compromis leurs ripostes au sida, à tel point que ces pays sont redevenus admissibles au soutien du Fonds mondial.⁴⁵
70. Les capacités nationales en matière d'établissement des coûts des programmes, de conception des plans d'investissement des pays et d'amélioration de l'efficacité de l'allocation des ressources ont été renforcées. Mais la capacité d'établir des liens efficaces avec les efforts plus larges visant à négocier les transitions et à établir des cadres de durabilité est encore limitée. De même, les organisations de la société civile et les organisations communautaires ont des capacités limitées pour s'engager dans des mécanismes de contractualisation sociale et pour négocier leurs rôles alors que le financement des donateurs diminue. Le suivi des ressources et l'évaluation des coûts ne sont pas intégrés dans les systèmes nationaux.
71. De plus en plus, en particulier dans les grands pays, d'importantes décisions politiques et budgétaires sont transférées du niveau national aux unités administratives infranationales, ce qui permet d'accroître les ressources nationales. Cela peut poser un problème lorsque les partenaires infranationaux ont des capacités limitées en matière de planification, de financement et de mise en œuvre efficaces de la lutte contre le VIH. En Afrique du Sud, par exemple, le degré élevé d'autonomie des provinces peut conduire à des situations où les allocations provinciales aux programmes sur le VIH et la tuberculose reflètent des priorités différentes. Dans certains cas, cela peut se justifier. Dans d'autres, cela peut refléter d'autres considérations que les réalités épidémiologiques et les besoins de santé publique. Il existe des défis similaires au Kenya, au Pakistan et dans d'autres pays où la décentralisation signifie que les provinces ou les États prennent des décisions clés sur l'affectation des ressources.
72. Il est rare qu'il existe des forums formels au niveau des pays pour examiner ces défis et prendre des décisions éclairées, même lorsque les gouvernements et les responsables de la mise en œuvre discutent de ces questions. Ce type de contraintes sont reflétées dans le nombre très limité de plans de transition et de cadres de durabilité qui existent actuellement pour tracer les voies, les options de financement et les systèmes de responsabilisation des donateurs, du gouvernement et des communautés.

VERS UNE PLUS GRANDE DURABILITÉ DES RÉSULTATS

73. La réduction urgente des nouvelles infections à VIH et l'accélération de la mise en œuvre de la qualité dans la cascade de la prévention et du traitement demeurent le fondement d'un impact durable de la riposte au sida. Dans le même temps, pour obtenir des résultats durables à long terme, il faudra un financement et des activités de programme durables bien au-delà de 2030.
74. Cela devra se produire au fur et à mesure que les pays cesseront de dépendre de l'aide extérieure, placeront le financement de la lutte contre le VIH dans le cadre de financement

des ODD en général, introduiront et développeront la CSU, et répondront à la demande croissante liée aux maladies non transmissibles.

75. Ces tendances aiguïssent les débats sur la hiérarchisation des ressources rares (humaines et financières). Le financement des interventions nécessaires pour atteindre les objectifs des ODD peut sembler onéreux, mais il représente une « bonne affaire » à 3-4 % du produit intérieur brut mondial.⁴⁶ Toutefois, les ressources publiques actuelles sont insuffisantes pour financer pleinement les programmes nécessaires à la réalisation des ODD.⁴⁷
76. Bien que la logique d'investissements initiaux pour atteindre la fin du sida d'ici 2030 en tant que menace pour la santé publique soit saine, l'augmentation du financement nécessite l'établissement de priorités par les pays et les donateurs. Les pays, les donateurs, les responsables de la mise en œuvre et les communautés sont confrontés à un dilemme : comment la riposte au sida peut-elle maintenir son élan dans le contexte des transitions épidémiologiques, programmatiques et financières ?

Mobilisation des ressources nationales

77. Mobiliser des ressources nationales pour relever les défis de la riposte au VIH, atteindre la CSU et atteindre les ODD est une tâche qui incombe à tous les pays, quels que soient leur niveau de revenu, leur charge de morbidité et leur niveau de développement socioéconomique. Une prestation de services de qualité et l'efficacité des programmes et des systèmes peuvent contribuer à réduire les déficits de financement, mais il faudra encore augmenter les ressources.
78. Environ 56 % de tous les fonds disponibles pour le VIH en 2017 provenaient de ressources nationales (publiques et privées). Le déficit de financement serait plus important si les programmes de lutte contre le VIH n'avaient pas bénéficié d'un financement national accru. Cependant, il existe de nombreuses ressources inexploitées. La Déclaration d'Abuja de 2001 engageait les gouvernements africains à consacrer au moins 15 % de leur budget aux efforts visant à améliorer la santé de leurs populations.⁴⁸ En 2015, aucun pays d'Afrique subsaharienne n'avait atteint l'objectif et la plupart des dépenses étaient nettement inférieures (<50 %) au niveau engagé.

Tableau 1. Dépenses intérieures de santé en pourcentage des dépenses des administrations publiques en Afrique subsaharienne, 2015

Pays	%	Pays	%
Afrique du Sud	14 %	Éthiopie	6 %
Namibie	13 %	Togo	6 %
Burundi	12 %	Ouganda	6 %
Cap Vert	11 %	Mauritanie	6 %
Malawi	11 %	Nigeria	5 %
Sao Tomé-et-Principe	11 %	Côte d'Ivoire	5 %
Gambie	11 %	République démocratique du Congo	5 %
Îles Salomon	11 %	Niger	5 %
Seychelles	10 %	Mali	4 %
Maurice	10 %	Sénégal	4 %
Guinée Bissau	10 %	République centrafricaine	4 %
Lesotho	9 %	Djibouti	4 %
Botswana	9 %	Comores	4 %
Zimbabwe	8 %	Angola	4 %

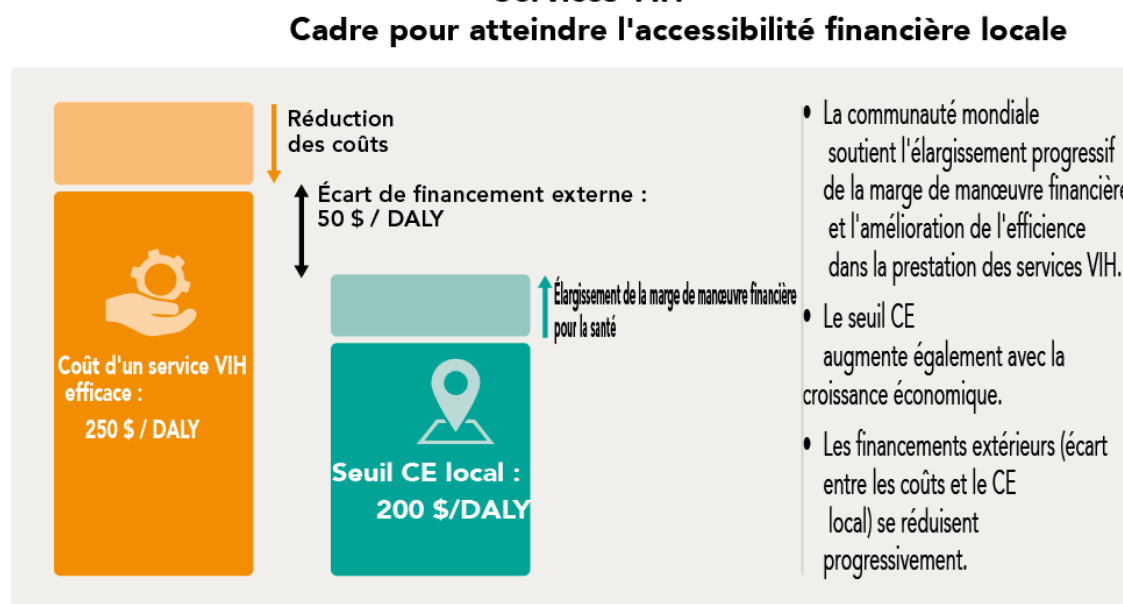
Sierra Leone	8 %	Bénin	3 %
République-Unie de Tanzanie	7 %	Cameroun	3 %
Burkina Faso	7 %	Congo, Rép. du	3 %
Ghana	7 %	Guinée	3 %
Gabon	7 %	Liberia	3 %
Zambie	7 %	Érythrée	2 %
Kenya	6 %	Guinée équatoriale	1 %
Tchad	6 %	Mozambique	1 %
Rwanda	6 %	Somalie	0 %

Source : Base de données sur les dépenses mondiales de l'Organisation mondiale de la santé

79. La classification des pays en fonction de leur revenu guide traditionnellement l'évaluation de la capacité de paiement des pays et, par conséquent, les décisions relatives à l'aide extérieure. Le revenu national brut par habitant est pertinent pour déterminer la capacité d'un pays à financer sa riposte sanitaire et au sida, mais c'est un facteur parmi tant d'autres qui détermine cette capacité. Si la croissance économique se produit, elle peut élargir la marge de manœuvre budgétaire pour financer la riposte sanitaire et au sida. Des taux plus élevés d'imposition effective, des gains d'efficacité en matière de programmes et des allocations budgétaires plus importantes en matière de santé peuvent également contribuer à accroître la marge de manœuvre budgétaire.

80. Au niveau de base, un financement totalement national pourrait être possible dans des contextes où les services VIH sont localement abordables et rentables (Figure 3). On estime que la plupart des interventions de base en matière de VIH coûtent 250 dollars US ou moins par année de vie ajustée sur l'incapacité (indice DALY) évitée, ⁴⁹tandis que le coût du TAR a continué à baisser. Dans les pays où les services de prise en charge du VIH sont localement abordables - c'est-à-dire où le rapport coût-efficacité d'un service de prise en charge du VIH est inférieur au seuil de rentabilité des services de santé fixé par le gouvernement - le gouvernement national devrait, en théorie, être en mesure d'autofinancer le coût total des services VIH. Dans les pays où les services de prise en charge du VIH sont moins rentables que le seuil de rentabilité local, le financement extérieur restera essentiel pour combler le déficit de financement.

Figure 3. Cadre pour atteindre l'accessibilité financière locale Services VIH



81. Cependant, d'autres évolutions peuvent atténuer l'impact de ces facteurs et limiter la capacité d'un pays à financer sa riposte nationale au sida, y compris les services intégrés de lutte contre le VIH et la tuberculose. Il s'agit notamment du nombre croissant de nouvelles infections à VIH, des contraintes budgétaires (remboursement de la dette ou obligations d'austérité), des transitions coûteuses vers des médicaments antirétroviraux de deuxième ou de troisième intention, de l'obligation de financer d'autres services de santé tels que les vaccins, la planification familiale, la lutte contre le paludisme et la tuberculose en raison d'autres transitions de donateurs, et des demandes concurrentes sur le budget de santé publique, notamment pour les maladies non transmissibles, les hôpitaux et les soins chirurgicaux et oncologiques.
82. Le financement multisectoriel a occupé une place importante au début de la riposte au sida. Toutefois, la mise en œuvre conjointe et le partage des coûts avec d'autres secteurs ont progressivement diminué. Le défi consiste à revitaliser les synergies et à identifier les changements juridiques et réglementaires nécessaires pour faire en sorte que les fonds réservés aux programmes de lutte contre le VIH soient utilisés, soit par des transferts au Ministère de la Santé, soit par d'autres mécanismes déterminés au niveau national.⁵⁰ Lorsque l'investissement dans la riposte au sida contribue également à plusieurs autres ODD, les coûts devraient être partagés. Un pourcentage des budgets des autres ministères devrait être consacré aux activités de santé de ce ministère afin de soutenir les activités intersectorielles du VIH et d'autres secteurs.
83. Dans l'ensemble, cependant, la mobilisation d'un financement extérieur durable et prévisible, fondé sur le principe de la responsabilité partagée, continuera d'être nécessaire pour combler les déficits de financement.

La capacité de payer et le « milieu risqué ».

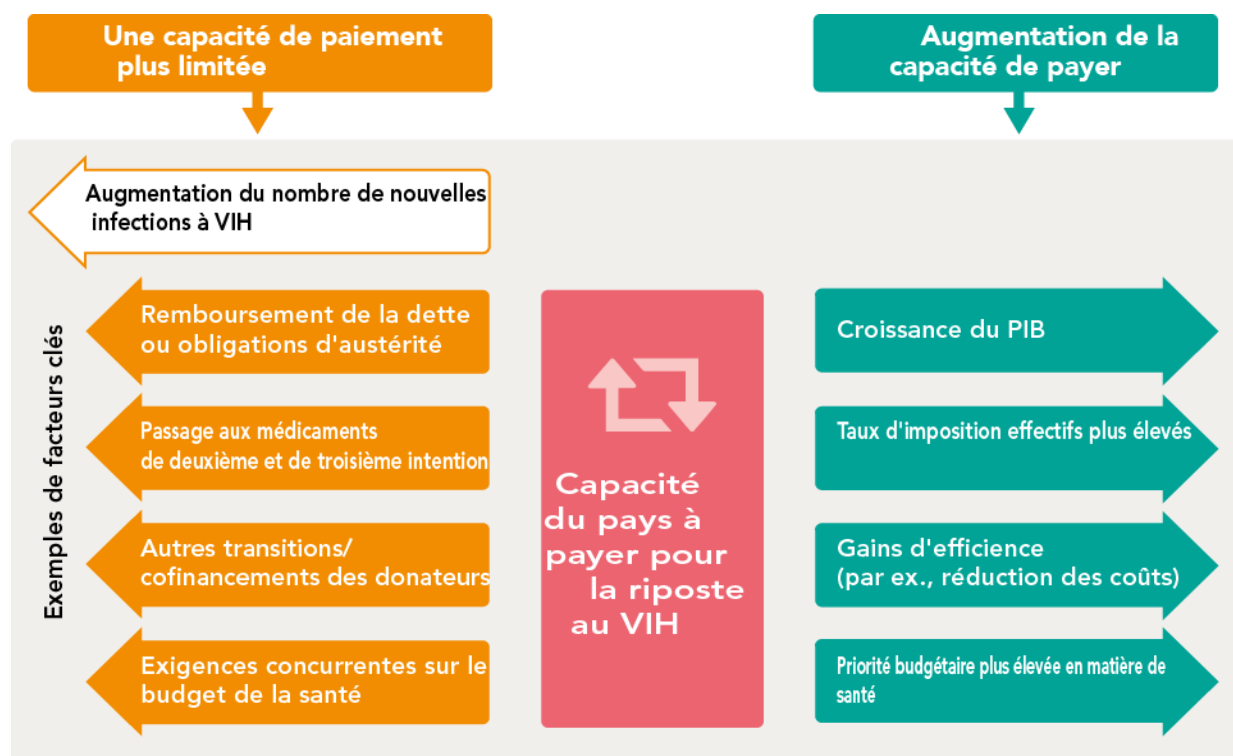
84. Selon la définition de la Banque mondiale, les pays à revenu intermédiaire sont ceux dont le revenu national brut (RNB) par habitant se situe entre 1 026 et 12 476 dollars. Cette catégorie comprend deux sous-ensembles : les économies à revenu moyen inférieur sont celles dont le RNB par habitant se situe entre 1 026 et 4 035 dollars É.-U., tandis que les économies à revenu moyen supérieur ont un RNB par habitant entre 4 036 et 12 475 dollars. L'Institut d'études du développement estime que 80 % des personnes les plus pauvres du monde vivent aujourd'hui dans des pays à revenu intermédiaire, alors que dans les années 1990, 90 % des personnes les plus pauvres vivaient dans des pays à faible revenu.⁵¹
85. Parmi les 135 pays à faibles et moyens revenus pour lesquels des données récentes sont disponibles, 44 s'en remettent toujours à l'assistance internationale pour 75 % au moins de leurs ripostes nationales au VIH.⁵² Les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, avec une croissance économique mais un lourd fardeau du VIH, ont du mal à mobiliser des ressources suffisantes - ils représentent le « milieu risqué » de la riposte mondiale au sida. En effet, la majorité des personnes vivant avec le VIH se trouvent maintenant dans des pays à revenu intermédiaire et on estime que cette proportion pourrait atteindre 70 % d'ici 2020.⁵³
86. Les expériences des pays en matière de transition vers le financement national n'ont pas toutes été couronnées de succès, malgré leur capacité apparente de payer. Il semble y avoir une prise de conscience croissante du fait que la communauté des donateurs a peut-être simplifié à outrance l'utilisation du RNB par habitant comme base de décision pour les allocations d'aide et les transitions (y compris la capacité des pays à financer leurs fonds nationaux pour la riposte au sida).
87. On craint de plus en plus que la mesure du RNB n'occulte d'autres réalités importantes, car elle ne tient pas compte des disparités économiques et sociales qui façonnent les sociétés

et qui augmentent les risques de maladie et de mauvaise santé pour certaines catégories de la population. Dans la plupart des pays, les ménages à faible revenu ont toujours moins accès aux soins de santé que leurs homologues aisés, et leur morbidité et leur mortalité sont comparativement plus élevées.⁵⁴ Dans certains cas, l'accélération de la transition des donateurs a entraîné une interruption des services, en particulier pour les personnes restées au pays.

88. De multiples facteurs déterminent la capacité d'un pays à mobiliser des ressources pour une riposte multisectorielle au sida, notamment les disparités économiques, l'économie politique des décisions budgétaires, les niveaux d'investissement dans la santé, la solidité des systèmes sanitaires et communautaires, les fluctuations monétaires et plus encore.⁵⁵

89. Si la communauté mondiale est déterminée à atteindre les ODD et en particulier l'objectif primordial de « ne laisser personne pour compte », une approche sur mesure est nécessaire pour le « milieu risqué ». L'objectif serait d'encourager la mobilisation des ressources intérieures en fonction des capacités des pays à absorber les coûts, tandis que les donateurs devraient appliquer des critères nuancés afin d'éviter les interruptions de service.

Figure 4. Facteurs influant sur la capacité d'un pays à financer la riposte au sida au niveau national



Couverture de santé universelle et riposte durable au sida

90. Grâce à un programme commun, les mouvements de la lutte contre le sida et de la CSU ont l'occasion de transformer la santé en un droit humain mondial et de faire en sorte que personne ne soit laissé pour compte.⁵⁶ Les deux mouvements devraient :

- promouvoir une gouvernance inclusive et de larges partenariats ;
- mobiliser les ressources et harmoniser les investissements ; et
- mettre l'accent sur une approche holistique du développement centré sur l'être humain, comme l'ont fait les ODD, en intégrant tout l'éventail des besoins de santé des populations.

91. L'égalité dans le domaine de la santé est un principe central de la CSU : chacun devrait recevoir les services de santé dont il a besoin sans subir de difficultés financières. Le concept est enraciné dans le droit à la santé, tel qu'énoncé dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.⁵⁷ Un mouvement important en direction de la CSU est en cours et recèle un potentiel important d'adaptation et de renforcement de la durabilité des ripostes nationales au sida et de leurs résultats.
92. L'une des leçons tirées de l'évaluation des progrès accomplis vers la création de la CSU est que les stratégies par pays sont diverses, en raison de la vaste portée de la CSU, de la diversité des contextes sanitaires et sociaux et de la variété des institutions qui peuvent servir à mettre en œuvre la CSU. Les progrès seront différents là où les systèmes de santé en sont aux premiers stades de leur expansion. Ces complexités se reflètent dans l'absence d'approches clairement définies et adaptées aux pays pour intégrer les éléments pertinents de la riposte au sida dans la CSU et déterminer comment cela doit se faire. Les pays suivent donc des approches variées, avec des résultats mitigés.
93. Dans le cadre du mouvement plus large en faveur de la CSU, les gouvernements développent ou élargissent les régimes nationaux d'assurance maladie. Ces efforts visent à atteindre la « santé pour tous » tout en protégeant les individus et les familles contre le dénuement dû à une maladie ou à une blessure grave. Pour mettre en place la CSU, le payeur (souvent le gouvernement) doit définir un ensemble de prestations couvertes qui est équivalent en termes actuariels à l'ensemble des ressources disponibles. Ces ensembles d'avantages sociaux essentiels - aussi appelés ensembles d'avantages sociaux pour la santé ou régimes d'avantages sociaux pour la santé - comprennent une liste des services de santé qui seront subventionnés par des fonds publics.
94. La Thaïlande est un bon exemple de leadership sur ce front. Reconnaisant que le VIH est un problème majeur de santé publique, le gouvernement thaïlandais a réussi à positionner les services liés au VIH dans le système national de la CSU,⁵⁸ ce qui lui a permis d'atteindre les populations clés à haut risque de contracter le VIH et de leur fournir des services de dépistage et de soins du VIH grâce à des partenariats avec des organisations communautaires.⁵⁹
95. Peu d'autres pays offrent des ensembles d'avantages sociaux essentiels qui comprennent des services liés au VIH. Idéalement, les systèmes de santé devraient être capables de traiter simultanément plusieurs problèmes de santé. Certaines composantes des programmes de lutte contre le VIH, cependant, sont potentiellement mieux gérées par le système de santé publique au sens large et peuvent être relativement facilement intégrées dans un ensemble de mesures essentielles de la CSU. La modélisation basée sur les données du Kenya, par exemple, suggère que le dépistage combiné du VIH, de l'hypertension artérielle et du diabète pourrait éviter plus de 216 000 nouveaux cas de VIH et 244 000 décès liés au sida d'ici 2028 et identifier 686 000 personnes atteintes de diabète non traité et 7,6 millions de personnes atteintes d'hypertension non soignée.^v
96. De façon plus générale et à quelques exceptions près, les services destinés à des populations clés (p. ex. services de réduction des risques, prophylaxie pré-exposition, interventions de prévention différenciées pour les travailleurs sexuels, etc. À moins que les interventions en matière de santé ne soient conçues pour promouvoir l'équité, il y a un

^v Si le dépistage combiné atteignait 10 % de la population kényane chaque année au cours de la prochaine décennie (2018 à 2028), et la couverture du TAR atteignait 78 % en 2028. L'intervention serait rentable en ce qui concerne les résultats liés au VIH et aux maladies non transmissibles, mais nécessiterait d'importantes ressources en soins de santé pour répondre à la demande.

risque que les efforts pour atteindre la CSU ne conduisent à une amélioration de la couverture moyenne nationale des services, alors que les inégalités d'accès et d'utilisation des services s'aggravent en même temps.⁶⁰

97. Le financement de tous les services liés au VIH par le biais de financements regroupés plus larges peut apporter des gains d'efficacité. Le traitement du VIH, cependant, représente une part importante des dépenses de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où le fardeau du VIH est élevé. Il peut donc s'avérer nécessaire de protéger l'ensemble du financement, au moins dans les premiers stades, par un financement supplémentaire, externe ou national, destiné à la lutte contre le VIH. Dans le cas contraire, une forte demande de traitement du VIH pourrait rendre la réserve fiscalement instable. Le Brésil, le Ghana et la Thaïlande,⁶¹ par exemple, financent les TAR en dehors de leurs pools nationaux d'assurance maladie.⁶²
98. La CSU reconnaît également la valeur particulière des services communautaires, comme on l'a vu en Éthiopie, par exemple, où les soins de santé communautaires ont été intégrés dans le programme de la CSU.⁶³ Pourtant, les modèles actuels de prestation de soins de santé demeurent trop centrés sur les établissements, trop dépendants des médecins et trop axés sur les maladies. Les pays devraient étudier les moyens de tirer parti du renforcement des systèmes communautaires dans le cadre de la riposte au sida et de son rôle au sein de la CSU.
99. Se concentrer sur les objectifs de la CSU pour favoriser le consensus et utiliser des unités d'analyse à l'échelle du système pour encadrer les actions peut aider à bâtir des systèmes de santé plus solides qui répondent aux priorités programmatiques, quelle que soit la source de financement.⁶⁴
100. Des activités de plaidoyer sont nécessaires pour s'assurer que les services destinés aux personnes restées au pays sont inclus dans les programmes essentiels de la CSU et qu'un financement spécifique est disponible pour éviter toute interruption de service pendant que le programme essentiel de la CSU est finalisé et mis en œuvre. L'ONUSIDA et ses partenaires devraient explorer des modèles pour encourager et subventionner l'inclusion des services VIH dans les plans de prestations de santé essentielles, étape nécessaire sur la voie de la durabilité totale.
101. L'inclusion de certains services liés au VIH dans les programmes de la CSU pourrait également contribuer à réduire les taux élevés de dépenses directes pour ces services. Dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire, les dépenses privées représentent plus de 60 % des dépenses totales de santé. Ces pourcentages sont les plus élevés dans les Caraïbes, en Europe centrale et orientale et en Afrique occidentale et centrale.⁶⁵
102. Les frais d'utilisation sont les dépenses les plus courantes, y compris dans les endroits où les services VIH sont théoriquement « gratuits ». Ces frais limitent l'accès au VIH et à d'autres services, accroissent les inégalités socioéconomiques et entravent les progrès vers une CSU.^{66 67 68} Dans certaines régions, l'on se détourne des frais d'utilisation. En Afrique subsaharienne, par exemple, environ 80 % des pays qui avaient des frais d'utilisation en 2000 ont pris des mesures pour les réduire ou les éliminer⁶⁹, mais les progrès ont été très lents. La réduction de l'aide extérieure augmentera probablement les tensions budgétaires dans les systèmes de santé publique et encouragera le retour à des mécanismes discrédités de recouvrement des coûts.
103. La CSU et la riposte au sida partagent des objectifs communs en matière d'équité, de non-discrimination, de dignité et de justice sociale. Pour que la CSU soit efficace et qu'elle mérite vraiment le qualificatif d'« universelle », elle doit être ancrée dans le droit à la santé et servir les populations marginalisées et clés.

104. Il existe de nombreuses voies vers la CSU : une trajectoire et une feuille de route prudentes, pays par pays, sont nécessaires pour guider et développer les synergies entre la riposte au sida et la CSU.

Financement des donateurs

105. Le financement des donateurs demeure important pour la mobilisation de ressources à court et à moyen terme en vue de la lutte contre l'épidémie de sida qui servira de base à la durabilité à long terme des résultats.
106. Le principe de la responsabilité partagée implique que les pays devraient accroître leurs investissements nationaux dans la riposte au sida (proportionnellement à leur capacité à le faire) et que les donateurs continueront à partager la responsabilité du financement des programmes VIH (lorsqu'ils ne sont pas localement abordables). Actuellement, les pays les plus dépendants des donateurs sont généralement ceux qui ont le moins la capacité de financer eux-mêmes ces programmes. Ils peuvent être en mesure d'augmenter progressivement les investissements, mais il est peu probable qu'ils soient en mesure d'absorber la totalité du coût des services, même après 2030.
107. Si les contributions mondiales à la riposte au sida ont été substantielles, de nombreux pays à revenu élevé n'apportent toujours pas leur « juste part » de ressources à la riposte au VIH. Selon l'analyse de la Kaiser Family Foundation, les contributions des pays à revenu élevé comme l'Allemagne, l'Australie, le Canada, la France, l'Italie et le Japon à la riposte mondiale au sida sont considérablement inférieures à leur part relative dans l'économie mondiale.⁷⁰ On estime que si ces six pays payaient à eux seuls leur « juste part » (calculée en pourcentage du niveau de référence de 2017), la communauté mondiale pourrait mobiliser 3,4 milliards de dollars de plus par an pour la riposte au sida. Ce montant représente près des deux tiers de l'écart entre les dépenses consacrées à la riposte au sida en 2017 (20,6 milliards de dollars) et les besoins estimés en ressources d'ici à 2020 pour atteindre les objectifs de la Stratégie d'accélération (26,2 milliards de dollars).⁷¹
108. La situation actuelle a des ramifications majeures. L'analyse de l'ONUSIDA montre que si Haïti devait subir une réduction de 20 % du financement des donateurs pour le VIH, il lui faudrait allouer 40 % de son budget total de santé publique pour le VIH afin de maintenir les dépenses liées au VIH aux niveaux de 2017, ce qui est manifestement irréaliste.⁷² Le Mozambique devrait consacrer la quasi-totalité de ses dépenses de santé publique au VIH si le financement des donateurs pour le VIH était réduit de 20 % - ou abandonner une grande partie de sa riposte au VIH.⁷³

Transitions des donateurs

109. De plus en plus, les institutions de santé mondiale, y compris le Fonds mondial, adoptent des cadres d'éligibilité et de transition qui définissent comment et quand les processus de transition auront lieu.⁷⁴ Le cadre du Fonds mondial tient compte de la capacité d'un pays, déterminée en fonction de son revenu national brut par habitant, à financer ses programmes de santé publique. La politique d'admissibilité relativement inclusive du Fonds mondial donne à penser que peu de grands pays ou de pays tributaires de l'aide feront la transition à court ou à moyen terme et que le rythme général de transition du Fonds mondial sera lent. Toutefois, les pays peuvent être soumis à des exigences de cofinancement de plus en plus strictes pour avoir accès au soutien du Fonds mondial.
110. D'une manière générale, le financement des donateurs à grande échelle devient concentré dans un plus petit nombre de pays prioritaires : ceux qui ont les charges globales les plus lourdes et la capacité la plus faible de financer les programmes de santé avec des

ressources nationales.⁷⁵ De nombreux autres bailleurs de fonds n'ont pas mis en place de politiques de transition explicites, mais peuvent néanmoins réaffecter des fonds dans les pays cibles ou réduire la couverture. Ces types de changements ont été qualifiés de « transitions à l'intérieur d'un pays ». Les partenaires nationaux sont souvent mal équipés et mal préparés pour s'engager dans de telles transitions de manière structurée.

111. Outre le financement de la lutte contre le VIH, les pays devront également absorber d'autres ajustements des programmes des donateurs pour la santé (par ex., vaccins, planification familiale, paludisme, tuberculose et santé maternelle et infantile) en raison d'autres transitions de donateurs qui pourraient encombrer l'espace budgétaire disponible. De nombreux pays à revenu intermédiaire inférieur sont confrontés à des transitions imminentes des mécanismes de financement de la vaccination et de la poliomyélite, tandis que les transitions du VIH sont soit indéfinies, soit prévues lorsque les pays auront atteint un niveau relativement élevé de revenu national brut par habitant.⁷⁶
112. Dans de tels cas, les pays peuvent donner la priorité aux dépenses publiques de santé pour les programmes qui risquent d'être confrontés au retrait des donateurs, ce qui risque de détourner les ressources de la riposte au sida. Il est rare qu'il existe des forums formels au niveau des pays pour examiner ces défis et prendre des décisions éclairées, même lorsque les gouvernements et les responsables de la mise en œuvre discutent de ces questions.

Le prix de la complaisance est lourd à payer

113. Si l'on ne parvient pas à enrayer l'épidémie de sida, l'impact sera inacceptable. Même un retard relativement court dans la réalisation des objectifs de la Stratégie d'accélération - de « seulement » cinq ans - se traduirait par un million de décès dus au sida et 2,1 millions de nouvelles personnes seraient infectées par le VIH d'ici 2030.⁷⁷ Dans l'ensemble, si l'on n'atteint pas les objectifs de la Stratégie d'accélération, 17,6 millions d'infections supplémentaires par le VIH et 10,8 millions de décès dus au sida supplémentaires pourraient survenir d'ici 2030.⁷⁸
114. Étant donné que le TAR tout au long de la vie représente une obligation multigénérationnelle importante, l'excès de nouvelles infections augmentera considérablement la charge fiscale à long terme pour les pays et renforcera encore le défi de la durabilité.⁷⁹ ^{vi}
115. Outre les conséquences sur la santé et la vie des populations, le fait de ne pas atteindre les objectifs fixés nuira aux perspectives économiques des pays. Une grande partie des nouvelles infections à VIH touche les personnes âgées de 15 à 34 ans, et la majorité des personnes appartenant à des populations clés se situent dans cette tranche d'âge. Pourtant, le VIH et les autres services de santé font rarement du bon travail pour atteindre ces segments de la société. Les adolescents plus âgés (15-19 ans) vivant avec le VIH sont moins susceptibles de connaître leur statut sérologique et ils sont également plus susceptibles de commencer le traitement du VIH tardivement et d'interrompre le traitement, comparativement aux personnes âgées de 20 ans et plus.⁸⁰ Les résultats en matière de santé chez les hommes vivant avec le VIH sont généralement moins bons que chez leurs homologues féminins. En 2016, les hommes représentaient moins de la moitié de tous les adultes (>15 ans) vivant avec le VIH, mais environ 58 % des décès liés au sida.⁸¹
116. Le sida demeure la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer et la principale cause de décès en Afrique - y compris chez les jeunes,⁸² une population en

^{vi} En l'absence d'un remède contre le VIH, une personne de 18 ans qui initie un traitement antirétroviral en Afrique orientale et australe aura, en moyenne, besoin de services de traitement et de soins pendant au moins 40 ans encore.

rapide expansion. En 2016, 43 % de la population des pays à faible revenu, un pourcentage similaire de la population de toute l'Afrique subsaharienne et 31 % de la population des pays à revenu intermédiaire inférieur avaient moins de 15 ans.⁸³ En Afrique subsaharienne, les jeunes ont toujours des résultats sous-optimaux dans le continuum du traitement du VIH.⁸⁴ L'« explosion » démographique des adolescents et des jeunes adultes en Afrique subsaharienne et dans d'autres régions pourrait avoir un effet significatif sur l'épidémie de sida. L'impossibilité d'atteindre cette cohorte de jeunes en leur offrant des services de qualité alourdira ce fardeau et pourrait affecter la productivité de la main-d'œuvre des pays.⁸⁵

117. Les populations clés (y compris les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, les transgenres) et leurs partenaires sexuels représentaient 47 % des nouvelles infections à VIH dans le monde (80 % des nouvelles infections hors Afrique subsaharienne).⁸⁶ Pourtant, les transitions mal planifiées et mal exécutées affectent de manière disproportionnée les populations clés, ce qui entraîne une interruption des services, car les programmes axés sur ces populations ont tendance à être fortement tributaires du financement des donateurs. La communauté mondiale ne parviendra pas à atteindre l'objectif des ODD consistant à « ne laisser personne pour compte » si les populations clés ne bénéficient pas de programmes sociaux, de santé et de lutte contre le VIH qui soient fondés sur les droits humains.
118. L'indice du capital humain de la Banque mondiale, qui vient d'être dévoilé, montre comment les investissements dans la santé et l'éducation (ou leur absence) influent sur la productivité des individus et leur contribution à l'économie locale et nationale.⁸⁷ La complaisance à l'égard de la nécessité d'accélérer des ripostes équitables au sida entraînera des pressions accrues sur les dépenses de santé des patients, des gouvernements, des assureurs privés et des bailleurs de fonds. Dans les pays à faible revenu les plus durement touchés, la charge budgétaire qui en résulterait pourrait dépasser toutes les autres dépenses de santé, une partie des coûts étant supportée par les pays donateurs.⁸⁸

LA VOIE À SUIVRE

119. Pour relever le défi de la durabilité, il faut un changement de paradigme qui reconnaisse la nature multisectorielle de la riposte au sida et qui intègre les considérations de durabilité dans toutes les politiques, stratégies et programmes, sur la base des principes des droits de l'homme, et qui tienne compte de ces principes :
 - l'importance de ne laisser personne pour compte, notamment les populations clés, les adolescentes et les jeunes femmes ;
 - gagner en efficacité, renforcer les systèmes et les synergies d'intégration, le cas échéant, notamment en adoptant la perspective de la CSU ;
 - les déficits de financement, tant pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 que pour maintenir les résultats au-delà de 2030 ; et
 - les variations importantes dans les transitions prévues, y compris les transitions épidémiologiques, programmatiques et financières.
120. L'approche de l'ONUSIDA en matière de durabilité établit une distinction entre les programmes à court, moyen et long terme, qui correspondent aux objectifs clairs correspondants. À court et moyen terme (2020-2030), pour jeter les bases de la durabilité, il faut réduire d'urgence le nombre annuel de nouvelles infections à VIH. Cela nécessitera une accélération significative et rapide de la mobilisation des ressources par le biais d'un financement extérieur accru et d'investissements nationaux dans la riposte au sida. Il faudra également mettre en œuvre des programmes de qualité, modifier les politiques et déployer les ressources de la manière la plus efficace et la plus efficiente possible pour les

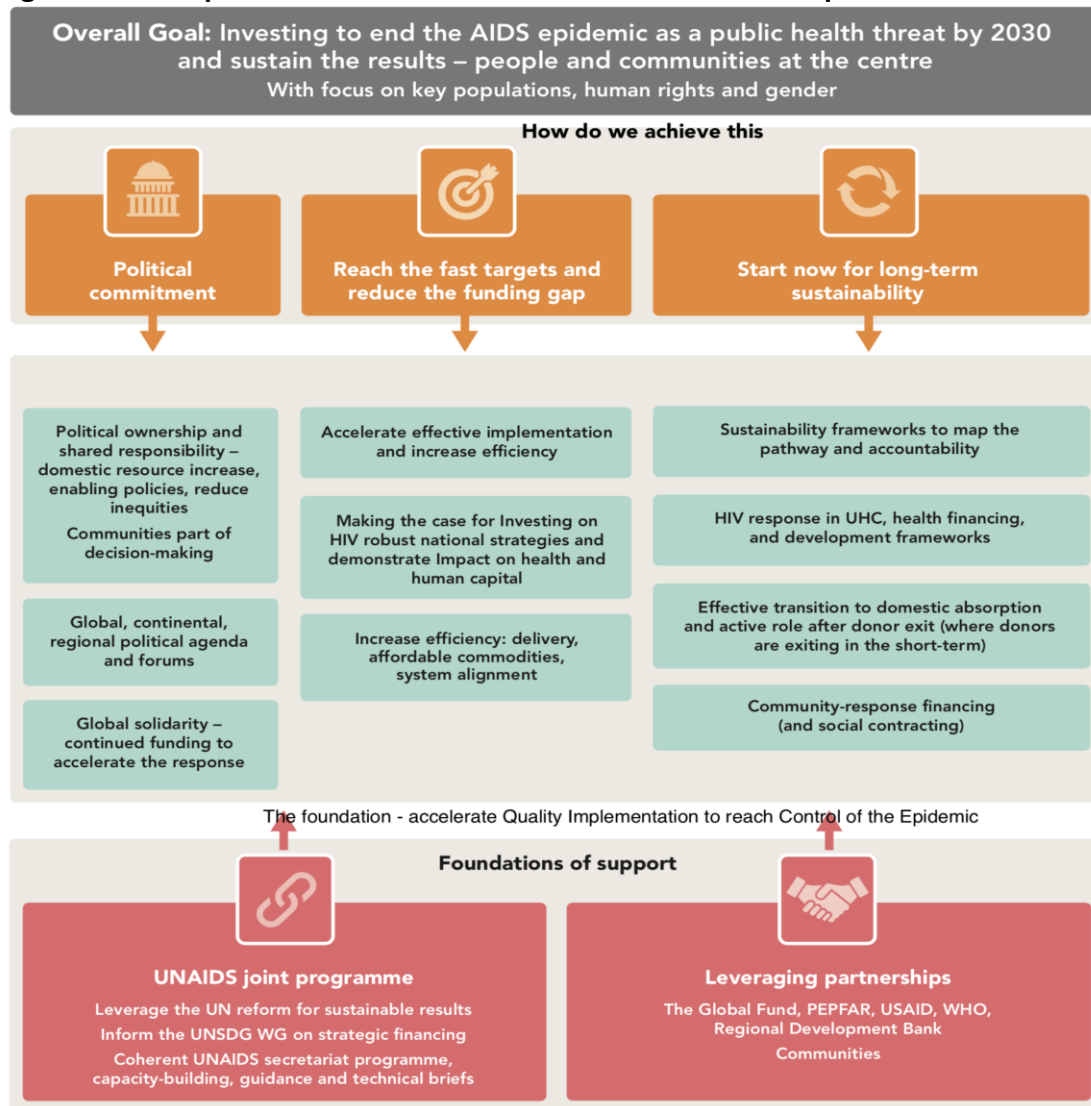
interventions les plus rentables et avec un minimum de gaspillage.

121. L'importance des efforts des pays et de la CSU à cet égard fait des cinq prochaines années une période critique pour jeter les bases de la viabilité à long terme, même si un financement extérieur est nécessaire à court, moyen ou long terme.
122. Bien que l'objectif premier demeure une riposte accélérée qui permette de maîtriser l'épidémie de sida, la poursuite du programme de durabilité exige également un plan à long terme qui :
 - intègre les services de lutte contre le VIH dans les programmes gouvernementaux de prestations pour la CSU, les stratégies de financement de la santé, l'assurance maladie sociale et d'autres secteurs clés pour atteindre les ODD, notamment les programmes de protection sociale ;
 - crée des mécanismes pour soutenir les services dirigés par la communauté, y compris par l'intermédiaire des agents de santé communautaires et des organisations non gouvernementales (ONG) ; et
 - soutient l'intégration des programmes relatifs aux droits de l'homme et à l'égalité des sexes dans le financement national en tant que partie intégrante de la réponse au VIH et à la santé.

Cadre de durabilité : Atteindre des résultats durables en matière de sida grâce à une approche centrée sur l'être humain

123. Dans ce contexte complexe, il est nécessaire d'adopter un Cadre de durabilité redéfini pour orienter l'action en vue d'obtenir des résultats durables dans la riposte au sida (Figure 5). L'objectif d'un tel Cadre de durabilité redéfini est d'avoir une approche commune et cohérente qui tienne compte des dynamiques émergentes et qui guide les efforts centrés sur les personnes de tous les acteurs concernés pour atteindre les personnes délaissées par des programmes durables.
124. Le Cadre de durabilité reposerait sur quatre éléments principaux :
 - un engagement politique inébranlable en faveur de la responsabilité partagée ;
 - un investissement en vue d'avoir un impact (et des stratégies nationales solides) ;
 - l'obtention de résultats durables ; et
 - un financement durable.
125. Il est important de noter que le Cadre de viabilité repose sur la priorité immédiate d'accélérer la riposte pour maîtriser l'épidémie, en s'appuyant sur les principes des droits de l'homme et de l'équité. Sans cette base, l'impact à long terme de la riposte au sida ne sera pas possible. Les partenariats et le Programme Commun apporteront un soutien essentiel aux quatre composantes.

Figure 5. Cadre pour atteindre des résultats durables dans la riposte au sida



Composante 1 : engagement politique fort en faveur de la responsabilité partagée

126. Un engagement politique et un militantisme forts devraient être revigorés pour donner un nouvel élan aux investissements dans le domaine du VIH et de la santé dans un environnement concurrentiel. Ancré dans le Programme de financement du développement d'Addis-Abeba et dans les ODD, l'engagement politique est impératif pour honorer les engagements existants.
127. Les institutions politiques continentales et régionales devraient devenir la plate-forme pour plaider en faveur de l'investissement dans la lutte contre le VIH et la santé, en soulignant l'importance du capital humain et de la croissance économique. Cet engagement renouvelé sera ancré dans un programme de développement plus large (par exemple, Réduction de la dépendance en Afrique, Feuille de route africaine pour la responsabilité partagée et la solidarité mondiale et les collaborations avec la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, les banques régionales de développement et autres entités régionales, et les organisations de la société civile).
128. Les pays - le gouvernement, les communautés et les organisations de personnes vivant avec le VIH - devraient orienter la refonte du programme de durabilité. Des groupes de travail nationaux sur l'investissement et la durabilité doivent être créés pour diriger les

dialogues sur la durabilité, les plans de transition, les options de financement et les cadres de responsabilisation avec les donateurs, les collectivités et d'autres secteurs.

Composante 2 : investissement en vue d'avoir un impact et d'élaborer des stratégies nationales solides ;

129. Les pays devraient utiliser l'approche d'investissement pour plaider en faveur de l'optimisation des investissements, de l'accroissement de l'efficacité, de l'identification des vulnérabilités de financement par rapport au financement des donateurs et de la définition des voies à suivre pour atteindre les objectifs nationaux.
130. Les plans d'investissement nationaux et les stratégies nationales solides devraient être adaptés pour tenir compte des cinq piliers de la prévention du VIH, y compris les preuves émergentes de l'efficacité de la mise en œuvre. Ils devraient également établir un lien entre les besoins en matière de prestation de services, les programmes relatifs aux droits de l'homme, les facilitateurs sociaux et les facilitateurs de programmes et les synergies dans le secteur de la santé et d'autres secteurs, y compris l'intégration des prestations de services le cas échéant. Les plans d'investissement devraient démontrer les avantages de ces actions pour le capital humain et pour le développement social et économique et montrer les coûts de l'inaction.
131. Des stratégies nationales solides devraient traduire une vision à long terme en stratégies visant à : développer des plates-formes efficaces, efficientes et intégrées pour atteindre les personnes laissées pour compte ;
 - maximiser les ressources humaines et financières ;
 - déterminer les changements politiques nécessaires ; et
 - intégrer des plateformes de programmation et de prestation conjointes avec le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les maladies non transmissibles (selon le cas).
132. Une analyse régulière et granulaire des dépenses nationales de lutte contre le sida, avec des renvois aux comptes nationaux de la santé et à d'autres données de financement des donateurs, sera essentielle pour suivre les allocations de fonds et les dépenses en faveur des adolescentes et des jeunes femmes, des populations et communautés clés, et d'autres interventions favorables. Ces données devraient alimenter les affectations ultérieures et les plans de viabilité à long terme.

Composante 3 : Obtention de résultats durables

133. Avec une vision d'investissement et des stratégies nationales solides en place, la troisième composante d'une riposte durable au sida suppose une exécution efficace des programmes et des résultats en matière de santé par l'intermédiaire des institutions, communautés et systèmes de santé nationaux.
134. Passer de mécanismes de mise en œuvre parallèles et spécifiques au VIH gérés par des ONG internationales à une mise en œuvre locale et intégrée par toute une gamme de prestataires est un processus complexe et difficile.
135. Une approche multidimensionnelle est nécessaire pour améliorer la qualité de la mise en œuvre des programmes tout au long du continuum des services VIH et pour accroître l'efficacité de la prestation des services. Les services et les méthodes de prestation adaptés afin d'accroître l'efficacité et réduire la pression sur les systèmes de santé (par exemple, des recharges d'ARV sur plusieurs mois pour réduire les visites dans les dispensaires, un recours accru à l'autotest de dépistage du VIH et la combinaison des services de dépistage médical) doivent être identifiés et mis à l'échelle. La poursuite de l'intégration et de l'établissement de liens entre les services de prise en charge du VIH et d'autres services de

santé peut également engendrer d'importants gains d'efficacité.

136. Les efforts déployés par les pays pour renforcer les systèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement ont permis de réduire les coûts et le gaspillage. Des mesures systématiques de diagnostic et de suivi visant à remédier aux inefficacités et à la fragmentation du système en ce qui concerne les ressources humaines, la prestation de services et le financement⁸⁹ seront essentielles pour maximiser l'impact des efforts actuels. Il est impératif de continuer à soutenir l'accès des pays à des médicaments, diagnostics et fournitures abordables.
137. Une partie intégrante de cette composante sera la cartographie des services et la mesure des coûts de prestation locaux, y compris les ressources humaines, la prestation de services, les produits et les facilitateurs sociaux. Les données et informations locales permettant de déterminer les besoins juridiques, programmatiques et financiers du gouvernement pour commencer à absorber certains programmes et interventions devraient éclairer les plans de transition et de durabilité, que ce soit dans les pays où les donateurs se retireront ou pour combler les lacunes de couverture géographique dans les pays où les donateurs réduisent leur couverture.

Composante 4 : Mécanismes de financement durable pour un impact à long terme

138. Indépendamment de leur situation économique, du fardeau de la maladie et de la capacité du système de santé, les pays doivent mettre en place des mécanismes appropriés pour financer des ripostes durables au sida grâce à des systèmes gouvernementaux et communautaires intégrés. Cette quatrième composante peut donc être subdivisée en six exigences :
- accroître le financement national pour le VIH et la santé ;
 - énumérer et fournir des services liés au VIH dans le cadre d'un ensemble d'avantages essentiels d'un pays ;
 - s'engager dans des stratégies de financement de la santé et des financements multisectoriels ;
 - créer des mécanismes de financement durable de la prestation de services par les collectivités et de passation de marchés avec les ONG dirigées par les collectivités ;
 - soutenir le financement multisectoriel du VIH, des droits de la personne, des facilitateurs sociaux et des activités de santé ; et
 - intégrer le financement des donateurs dans les systèmes fiduciaires dirigés par le gouvernement.
139. **Accroître le financement national de la riposte au VIH et de la santé.** L'accélération des ripostes au sida, conjuguée à l'augmentation des ressources nationales et à des interventions efficaces et efficientes, permettrait de réaffecter certaines ressources à des programmes à fort impact. Cela pourrait élargir la marge de manœuvre budgétaire pour les investissements dans la lutte contre le VIH et la santé.
140. Toutefois, les gains d'efficience ne suffiront pas à eux seuls à combler le manque de ressources. Un engagement continu avec les gouvernements et les banques régionales de développement sera nécessaire pour concevoir des stratégies de mobilisation des ressources nationales qui soient adaptées aux profils nationaux et qui garantissent une augmentation progressive des investissements en matière de VIH et de santé. Une collaboration avec la Banque mondiale serait utile pour appliquer le cadre de l'indice du capital humain et pour démêler les tendances de l'investissement dans le domaine du VIH et de la santé.
141. Des financements novateurs devraient être étudiés avec des partenaires, en particulier le

Fonds mondial, le Gouvernement des États-Unis, la Banque mondiale et d'autres grandes sources de financement. Les liens sociaux, l'allégement de la dette, le financement axé sur les résultats et d'autres mécanismes de financement ont été efficaces dans le secteur des services sociaux ; des approches similaires peuvent être suivies dans la riposte au VIH et la riposte sanitaire. Toutefois, ces instruments de financement ne doivent pas être considérés comme la solution parfaite pour combler le déficit de financement. Il est préférable de les considérer comme des instruments de financement permettant de fournir des ressources immédiates et d'encourager les actions visant à relever les défis spécifiques des pays pour les programmes clés qui manquent de fonds suffisants et/ou d'engagement (par exemple, la prévention du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes, les populations clés, etc).

142. Les accises sur les produits nocifs pour la santé tels que le tabac, l'alcool et le sucre offrent des possibilités supplémentaires de décourager la consommation nocive et d'augmenter les recettes publiques, y compris les recettes de santé. Les avantages et les inconvénients de l'affectation des recettes font toutefois l'objet d'un débat. Étant donné que le financement est fongible, les critiques soutiennent que les recettes supplémentaires générées par les accises pourraient être compensées par une diminution des allocations de ressources à la santé provenant du budget général ou d'autres formes de taxation.⁹⁰ En dépit de leurs problèmes potentiels, les expériences récentes des Philippines, de la Thaïlande et du Vietnam donnent à penser que les taxes d'accises spéciales peuvent être efficaces pour lever des recettes à des fins sanitaires spécifiques.⁹¹
143. **Programmes de lutte contre le VIH dans la CSU.** Le processus et les méthodes de conception d'un ensemble d'avantages sociaux essentiels peuvent être controversés et complexes et impliquer des décisions difficiles concernant les services qui devraient être inclus ou exclus des subventions publiques.^{92 93}
144. Divers facteurs économiques, les réalités épidémiologiques et les capacités du système de santé - et la maturité de la CSU - détermineront la façon dont les pays définiront leurs avantages sociaux essentiels de la CSU. Par exemple, le positionnement des services VIH en Thaïlande diffère considérablement de la façon dont le VIH serait intégré dans la CSU au Kenya ou au Nigeria.
145. Le choix des interventions à inclure dans les programmes essentiels de la CSU devrait être guidé par les preuves de leur efficacité et de l'impact attendu. Le Programme commun devrait veiller à ce que les interventions clés (y compris les services d'échange d'aiguilles et de seringues, les thérapies de substitution aux opioïdes et la fourniture de préservatifs) soient intégrées dans les programmes essentiels de la CSU et que les populations clés soient couvertes par une assurance maladie nationale ou d'autres mécanismes de protection financière. Le financement des bailleurs de fonds et le plaidoyer seront nécessaires pour assurer un « financement relais » pour la prestation de services dirigés par la communauté afin d'atteindre les personnes laissées pour compte et d'éviter de perturber les services pendant que l'intégration est achevée.
146. **S'engager dans la conception de stratégies de financement de la santé.** Les stratégies de financement de la santé sont une composante vitale de la CSU et sont essentielles à l'élaboration de modèles de paiement appropriés, à l'étude de l'intégration du financement de la lutte contre le VIH et à la poursuite de la réduction des frais d'utilisation.
147. Une fois qu'il a été décidé quels services VIH doivent être inclus dans l'ensemble des prestations de santé (et peuvent donc recevoir des subventions publiques), la modalité de paiement pour l'octroi de la subvention doit être choisie. La conception des mécanismes de financement de la santé est généralement décidée à l'échelle du système (par exemple pour tous les domaines et services sanitaires) plutôt que pour le VIH en particulier.

148. Le choix de la modalité de financement est susceptible d'avoir des implications importantes pour la qualité et la couverture durables des services VIH. L'ONUSIDA devrait participer aux discussions sur le financement de la santé pour s'assurer que les effets des décisions de financement sur la riposte au sida sont bien compris et que les risques sont correctement atténués.
149. **Créer des mécanismes de mise en œuvre communautaire durable**, notamment par l'intermédiaire des ONG et de la société civile. La société civile est souvent étroitement associée à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des services de lutte contre le VIH, en particulier ceux qui visent à atteindre les personnes qui sont laissées pour compte, notamment les adolescentes et les jeunes femmes et les populations clés. Les organisations communautaires sont souvent les seules entités capables de mobiliser de manière fiable les populations clés et marginalisées et de les relier au VIH et à d'autres services essentiels.
150. La contractualisation sociale (définie comme l'utilisation des ressources gouvernementales pour financer des entités non gouvernementales)⁹⁴ sera essentielle pour maintenir ces services comme financement externe pour les réductions des programmes de lutte contre le VIH. Toutefois, certains pays manquent actuellement de la volonté politique et des structures juridiques/réglementaires nécessaires pour financer directement les organisations dirigées par les communautés, même lorsque les ressources disponibles sont suffisantes. En travaillant avec les gouvernements pour développer des mécanismes de contrats sociaux et d'autres mécanismes de financement, l'ONUSIDA devrait reconnaître et traiter les obstacles et les risques communs.⁹⁵ Nous y retrouvons :
- le fait que la dépendance excessive des organisations de la société civile à l'égard du financement gouvernemental peut compromettre leur indépendance et leur capacité à défendre efficacement leurs intérêts ;
 - le fait que les gouvernements peuvent être réticents à fournir un soutien de base aux organisations de la société civile, ce qui compromet leur efficacité et leur viabilité ;
 - le fait que les gouvernements peuvent refuser de fournir des fonds qui profitent aux populations clés les plus marginalisées et/ou les plus criminalisées ; et
 - les processus d'achat pour l'identification des ONG et la passation de marchés peuvent être biaisés en faveur d'organisations plus grandes ou moins controversées sur le plan politique, ce qui pourrait compromettre la qualité et la durabilité des services fournis par les communautés.
151. **Soutenir le financement multisectoriel des activités liées au VIH.** Certains éléments de la riposte au sida sont financés et mis en œuvre en dehors du secteur de la santé (par exemple, par le biais de mécanismes de protection sociale ou de soutien à l'éducation sanitaire scolaire ou communautaire). Il est nécessaire de maintenir et de suivre les contributions du financement multisectoriel à la riposte au VIH. Les pays devront intégrer les investissements dans les droits de l'homme, l'égalité des sexes et les environnements favorables dans les budgets publics pour soutenir ces activités importantes. Le suivi et la mesure de l'équité seront essentiels pour soutenir ces efforts.
152. **Intégrer le financement des donateurs dans les systèmes fiduciaires dirigés par le gouvernement.** La transition vers des systèmes de financement dirigés par les pays - même lorsqu'ils sont subventionnés par des financements extérieurs - exige une planification à long terme, une volonté politique et des stratégies novatrices pour répondre aux exigences des donateurs en matière d'utilisation responsable de leurs fonds. Les donateurs externes sont généralement peu enclins à prendre des risques, en particulier en ce qui concerne les risques perçus ou réels que des fonds soient volés ou détournés des fins auxquelles ils sont destinés. Les donateurs ont toujours géré de tels risques en mettant en place des mécanismes de financement et de mise en œuvre qui fonctionnent parallèlement aux systèmes gouvernementaux.

153. La transition des flux de financement externe vers les systèmes gouvernementaux sera une entreprise à long terme et difficile. Les fonds fiduciaires communs offrent un modèle prometteur pour canaliser le financement externe par le biais de systèmes fiduciaires dirigés par les gouvernements. En Éthiopie, par exemple, le Fonds de performance ODD regroupe les contributions de nombreux partenaires de développement au sein d'un même fonds. Les contributions des donateurs sont harmonisées avec les cycles de planification et les cycles fiduciaires du gouvernement et sont gérées selon ses procédures juridiques et comptables à l'appui du Plan de transformation du secteur de la santé.⁹⁶

Comment cela se fera-t-il ?

154. Il est possible d'assurer un financement prévisible à long terme et de maintenir les gains réalisés, mais cela exigera une mise en œuvre accélérée et de qualité, des investissements anticipés et une réduction rapide des déficits de financement. Sans une action rapide pour réduire les nouvelles infections à VIH, les coûts pour les budgets nationaux et le capital humain continueront d'augmenter.

155. Le Cadre de durabilité proposé est conçu pour être tourné vers l'avenir et adapté aux différents contextes nationaux. Son utilisation pour obtenir des résultats équitables exigera un examen attentif des contextes et des besoins des pays. Un tel examen devrait tenir compte de considérations éthiques, politiques, économiques et programmatiques, guidé par le principe fondamental d'une approche centrée sur l'être humain. Ce principe est essentiel à chaque étape et à chaque mesure de l'approche de la durabilité, y compris la production de données empiriques permettant de suivre les allocations et de suivre les programmes au service des personnes laissées pour compte.

Les principales mesures

156. L'ONUSIDA devrait aider tous les pays à appliquer les quatre composantes du Cadre proposé, comme décrit plus haut. Le Cadre de durabilité - sa base et ses principales composantes - peut nous aider à mieux comprendre et catégoriser avec précision la préparation au niveau des pays. Cela permettra d'accélérer la riposte au sida et de définir les types d'appui qui devraient être fournis.

157. Le Cadre de durabilité proposé peut faciliter le diagnostic des principaux défis de durabilité d'un pays (Figure 6) et permettre de regrouper les pays en fonction de leur contexte et de leurs besoins, par exemple leur :

- capacité à payer ;
- fardeau de la morbidité ;
- rythme des progrès vers le contrôle de l'épidémie ;
- progrès vers la CSU ; et
- les droits et l'équité (permettant une mesure composite des lois et des politiques globales, des données sur la stigmatisation et la discrimination et la couverture des services et de l'égalité des sexes parmi les populations clés).

Figure 6. Des critères multiples pour guider les actions des pays



158. Les conclusions guideraient les priorités de l'ONUSIDA dans l'élaboration d'approches nationales en matière d'investissements, de transitions et de plans de durabilité. En fin de compte, un cadre cohérent aiderait les partenaires des Nations Unies et les donateurs à donner la priorité aux engagements nationaux qui peuvent renforcer l'appropriation nationale, réduire la fragmentation et maximiser l'impact de leur appui.
159. Les pays qui se situent dans la catégorie « milieu risqué » ont besoin d'un soutien adapté pour combler les lacunes émergentes créées par la diminution du financement des bailleurs de fonds. Le revenu national brut par habitant est un critère inadéquat pour décider du financement et fixer les priorités en matière de soutien. Il masque les inégalités au sein des pays et ne saisit pas les réalités contextuelles, y compris la volonté politique, qui aident à déterminer l'ampleur et la nature des ripostes nationales au sida.
160. Un appui technique devrait être fourni à tous les pays pour qu'ils élaborent et mettent en place des plans de durabilité adaptés et intégrés et qu'ils établissent des feuilles de route susceptibles de stimuler les ressources nationales à leur propre rythme. Les responsabilités du gouvernement, des donateurs et des responsables de la mise en œuvre devraient être clairement définies et des mesures devraient être prises pour évaluer les progrès au fil du temps sans mettre en péril la riposte.
161. Une attention particulière et un soutien technique doivent être mis en place pour soutenir les transitions, en particulier les « transitions à l'intérieur des pays », qui se produisent souvent rapidement et sans avertissement préalable. Les coûts, les politiques et les investissements liés à la capacité fiscale d'un pays devraient être évalués afin que le gouvernement puisse entreprendre les changements de politiques nécessaires et obtenir l'appui des partenaires. Pour ce faire, il faudra agir rapidement pour préparer des transitions efficaces, élaborer des plans de transition et, si nécessaire, obtenir l'appui des partenaires et des donateurs pour trouver un « financement provisoire ». Ces mesures sont particulièrement importantes pour les programmes destinés aux adolescentes et aux jeunes femmes, aux populations clés,

ainsi que pour les programmes relatifs aux droits de l'homme et à l'égalité des sexes.

162. Les partenariats visant à obtenir des résultats devraient s'appuyer sur des partenariats avec les gouvernements, les organisations de la société civile, les entités régionales, les banques régionales de développement, les agences des Nations Unies, le PEPFAR, le Fonds mondial, le secteur privé et d'autres partenaires clés pour identifier les besoins, ressources et stratégies nécessaires pour obtenir des résultats communs pour les populations ciblées.
163. Un appui aux capacités techniques est nécessaire pour renforcer les capacités des parties prenantes nationales (gouvernement, organisations de la société civile et organisations communautaires) à concevoir et mettre en œuvre des dialogues sur l'investissement, la transition et la durabilité. Un soutien est également nécessaire pour s'engager dans des dialogues plus larges sur le financement de la santé et la CSU.
164. Il faut des cadres de surveillance et des paramètres révisés pour mesurer les progrès vers la durabilité. Les mesures devraient être élargies pour suivre l'évolution du financement intérieur et l'affectation de fonds à des programmes spécifiques, en particulier ceux destinés aux adolescentes et aux jeunes femmes, et aux populations clés. Les cadres de suivi devraient également faciliter la mesure de l'absorption des agents de santé communautaires dans le financement national et le financement de la réponse communautaire, y compris les contrats sociaux pour les ONG et les organisations dirigées par les communautés. En outre, le financement des programmes relatifs aux droits de l'homme et à l'égalité des sexes doit être maintenu et intégré dans les budgets nationaux de planification. Il est important d'intégrer les mesures de transition de l'épidémie en mettant l'accent sur la réduction de l'incidence du VIH.⁹⁷

RECOMMANDATIONS

165. Reconnaître les défis émergents, le coût potentiellement élevé de la complaisance et l'importance d'assurer la durabilité de la riposte au sida par une approche centrée sur les personnes ;
166. Souligner qu'il importe de veiller à ce que le financement vise à atteindre les personnes laissées pour compte, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes et les populations clés, et de créer un environnement propice à l'intégration de ces programmes dans les paniers de financement nationaux ;
167. Reconnaître l'importance de s'engager dans le programme plus large de la CSU et des ODD et d'assurer des progrès vers la fin du sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.

Les pays sont encouragés à :

168. Veiller à ce que la riposte au sida ait un impact accéléré et durable en adoptant une approche à l'échelle du système, en créant des groupes de travail nationaux pour faire progresser ce programme et appliquer le Cadre de durabilité proposé, et en élaborant des plans d'investissement, de transition et de viabilité. Ces plans devraient refléter les principes d'appropriation par les pays, de responsabilité partagée et de multisectorialité ;
169. Mettre en œuvre leurs engagements à combler le déficit de financement de la lutte contre le VIH et à augmenter progressivement les contributions nationales, y compris pour les programmes destinés aux personnes restées au pays, et créer un environnement favorable qui accélère leur riposte au sida ;
170. Veiller à ce que le VIH soit intégré dans le dialogue plus large sur le financement de la

santé, la CSU et les ODD afin de protéger les progrès réalisés jusqu'à présent et de réaliser des progrès durables à long terme.

Il est recommandé que l'ONUSIDA :

171. *Intensifie* son soutien aux pays qui mettent en œuvre le cadre stratégique du Programme Commun sur les investissements et la durabilité par le biais des actions clés suivantes :
- a. implique les parties prenantes nationales, les communautés, les personnes vivant avec le VIH et les donateurs pour soutenir les groupes de travail dirigés par les pays sur les investissements et la durabilité ;
 - b. oriente les actions prioritaires en matière d'investissements pour combler le déficit de financement, accélérer la riposte au sida, améliorer la qualité de la mise en œuvre des programmes, accroître l'efficacité en adoptant la perspective de la CSU et gérer les transitions en matière de financement ;
 - c. soutienne l'élaboration et la mise en œuvre d'investissements équitables, adaptés et intégrés à chaque pays, de stratégies nationales solides en matière de VIH et de santé, de plans de transition et de cadres de durabilité, en mettant particulièrement l'accent sur les « transitions à l'intérieur d'un pays » et du « milieu risqué », qui comprennent des mesures de responsabilisation pour le gouvernement, les donateurs et les responsables de la mise en œuvre ;
 - d. tire parti du processus de réforme des Nations Unies pour faire en sorte que la nécessité d'une riposte durable au sida se reflète dans les cadres à long terme des Nations Unies ;
 - e. renforce les capacités des parties prenantes nationales et des communautés à plaider auprès des Ministères des Finances et d'autres parties prenantes concernées pour intégrer les agents de santé communautaires dans les budgets publics et soutenir la contractualisation sociale et autres mécanismes qui peuvent accroître le financement durable des organisations dirigées par les communautés ;
 - f. intensifie l'appui technique et le travail d'analyse pour éclairer les choix politiques des pays concernant la CSU, les options pour éliminer les frais d'utilisation et les dépenses personnelles, et l'analyse approfondie du financement de la lutte contre le VIH et de la santé dans certains pays prioritaires ;
 - g. élabore un cadre pour suivre les progrès réalisés en vue de réduire la dépendance, d'accroître le financement intérieur et de repérer rapidement les transitions des donateurs ; et
 - h. intègre des indicateurs pour suivre les progrès accomplis dans la transition de l'épidémie de VIH, les allocations aux personnes laissées pour compte (par exemple les populations clés, les adolescentes et les jeunes femmes, et les programmes de droits humains) et les contributions des ressources nationales, le financement des agents de santé communautaires et des organisations communautaires, et pour suivre les services liés au VIH dans l'ensemble des avantages essentiels de la CSU.

POINTS DE DÉCISION PROPOSÉS

172. Le Conseil de Coordination du Programme est invité à :
173. *Rappeler* les engagements pris dans la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida, ainsi que le Programme pour le développement durable à l'horizon 2030, afin de progresser vers l'objectif de la fin de l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 ; et
174. *Reconnaître* les défis émergents, les coûts potentiellement élevés de la passivité et l'importance de veiller à ce que l'objectif de durabilité façonne les décisions de tous les partenaires, parties prenantes nationales, communautés et donateurs ;

175. *Prendre* note du rapport ;
176. *Encourager* les pays à élaborer des plans d'investissement intégrés en matière de sida, ainsi que des plans de transition et des plans de viabilité qui soient liés aux stratégies de financement des objectifs en matière de santé et d'ODD et à respecter leur engagement pour combler les déficits de financement en matière de VIH ;
177. *Demander* à l'ONUSIDA d'élaborer un cadre de programme commun sur les investissements et la durabilité et des indicateurs afin d'éclairer une approche cohérente centrée sur la population qui sera utilisée pour orienter l'appui concret aux pays et aux communautés ; et de rendre compte à la réunion du CCP en décembre 2019 des résultats obtenus et des enseignements tirés dans au moins 10 pays.

RÉFÉRENCES

- ¹ Chansa C, Pattnaik A. Expanding health care provision in a low-income country: the experience of Malawi. Universal Health Coverage Study Series No.34. Washington (DC) : Groupe de la Banque mondiale ; 2018.
- ² Calculs de l'ONUSIDA, avril 2018.
- ³ Un long chemin reste à parcourir - combler les écarts, rompre les barrières, réparer les injustices Genève ; ONUSIDA ; 2018.
- ⁴ Un long chemin reste à parcourir - combler les écarts, rompre les barrières, réparer les injustices. Genève ; ONUSIDA ; 2018.
- ⁵ Leave no-one behind. Dans : Global Education for All [site Internet]. Londres : Le Groupe Parlementaire Multipartite ; c2017 (<http://www.globaleducationappg.co.uk/education-2030/leave-no-one-behind-2/>).
- ⁶ Chansa C, Pattnaik A. Expanding health care provision in a low-income country: the experience of Malawi. Universal Health Coverage Study Series No.34. Washington (DC) : Groupe de la Banque mondiale ; 2018.
- ⁷ Haacker M. *The economics of the global response to HIV/AIDS*. Oxford : Oxford University Press ; 2016.
- ⁸ Bletcher M. Fiscal space and HIV financing: South Africa. Présentation à la réunion sur l'épidémie et l'impact du sida, septembre 2018.
- ⁹ Conseil national du Zimbabwe sur le sida, plan d'investissement du Zimbabwe sur le VIH, Zimbabwe ; 2015.
- ¹⁰ Optimiser les investissements dans la riposte nationale du Bélarus au VIH. Projet de rapport final. Minsk : Banque mondiale ; 2015.
- ¹¹ Déclaration politique sur le VIH/sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. New York : Nations Unies ; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf).
- ¹² ONUSIDA, avril 2018
- ¹³ <https://www.pepfar.gov/documents/organization/264884.pdf>
- ¹⁴ Leave no-one behind: global education for all. Londres : Le Groupe Parlementaire Multipartite ; 2017 (<http://www.globaleducationappg.co.uk/education-2030/leave-no-one-behind-2/>).
- ¹⁵ OMS. Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!). Orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays – Résumé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017.
- ¹⁶ <https://www.pepfar.gov/documents/organization/269309.pdf>
- ¹⁷ Un long chemin reste à parcourir : mise à jour des données mondiales du sida 2018. Genève : ONUSIDA ; 2018.
- ¹⁸ Bridge J, Hunter BM, Albers E, Cook C, Guarinieri M, Lazarus JV et al. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria's investments in harm reduction through the rounds-based funding model (2002-2014). *Int J Drug Policy*. 2016;27:132-7.
- ¹⁹ Botescu A, Abagiu A, Mardarescu M, Ursan M. HIV/AIDS among injecting drug users in Romania: Report of a recent outbreak and initial response policies. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne; 2012.
- ²⁰ Williams S, Renju J, Ghilardi L, Wringe A. Scaling a waterfall: a meta-ethnography of adolescent progression through the stages of HIV care in sub-Saharan Africa. *Journal of the International AIDS Society* 2017, 20:21658.
- ²¹ Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires : Supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. Genève :

Organisation mondiale de la Santé ; 2016

(<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251655/9789241549868-eng.pdf?sequence=1>).

²² Govindasamy D, Ferrand RA, Wilmore SM, Ford N, Ahmed S, Afnan-Holmes H et al. Uptake and yield of HIV testing and counselling among children and adolescents in sub-Saharan Africa: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(1):20182.

²³ National Commitments and Policy Instrument, 2017.

²⁴ Shanaube K, Schaap A, Chaila MJ, et al. Community intervention improves knowledge of HIV status of adolescents in Zambia: findings from HPTN 071-PopART for youth study. *AIDS.* 2017;31(suppl 3):S221–S232.

²⁵ MacKenzie RK, van Lettow M, Gondwe C, Nyirongo J, Singano V, Banda V et al. Greater retention in care among adolescents on antiretroviral treatment accessing « Teen Club » an adolescent-centred differentiated care model compared with standard of care: a nested case-control study at a tertiary referral hospital in Malawi. *J Int AIDS Soc.* 2017; 20(3).

²⁶ Principales considérations concernant la délivrance différenciée de traitements antirétroviraux à des populations particulières : enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes et populations clés. Genève : OMS ; 2017.

²⁷ Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc.* 2018;18:2S1.

²⁸ Ridgeway K, Dulli LS, Murray KR, Silverstein H, Dal Santo L, Olsen P et al. Interventions to improve antiretroviral therapy adherence among adolescents in low- and middle-income countries: a systematic review of the literature. *PLoS ONE.* 2018;13(1):e0189770.

²⁹ Fatti G, Jackson D, Goga AE, Shaikh N, Eley B, Nachega JB et al. The effectiveness and cost-effectiveness of community-based support for adolescents receiving antiretroviral treatment: an operational research study in South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2018;21 Suppl 1:e25041.

³⁰ Cluver LD, Pantelic M, Toska E, Orkin M et al. STACKing the odds for adolescent survival: health service factors associated with full retention in care and adherence amongst adolescents living with HIV in South Africa (sous presse).

³¹ Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA Suivi des ressources de la riposte au sida. Genève : ONUSIDA ; juin 2018.

³² Open Society, Fonds mondial, PNUD. A global consultation on social contracting: working toward sustainable responses to HIV, TB, and malaria through government financing of programmes implemented by civil society. New York : Open Society Foundations ; 2017 (http://shifthivfinancing.org/wp-content/uploads/2018/06/Social_Contracting_Report_English.pdf).

³³ APMG, Fonds mondial. Systématiser l'expérience des pays en matière d'engagement d'acteurs non étatiques pour la fourniture de services liés au VIH, à la tuberculose et/ou au paludisme. Mexico City ; 2018.

³⁴ State of civil society report 2018. Johannesburg : Civicus ; 2018 (<https://monitor.civicus.org/SOCS2018/>).

³⁵ People under attack: findings from the Civicus Monitor. Johannesburg : Civicus ; octobre 2017 (http://www.civicus.org/images/CM_Findings_7Oct_v1.pdf).

³⁶ Stuart RM, Grobicki L, Haghparast-Bidgoli H et al. How should HIV resources be allocated? Lessons learnt from applying Optima HIV in 23 countries. *Journal of the International AIDS Society.* 2018;21:e25097-e25097.

³⁷ Forum CSU 2017. Washington DC ; Banque mondiale ; 2017.

-
- ³⁸ Cashin C, Sparkes S, Bloom D. Earmarking for health: from theory to practice. Document de travail sur le financement de la santé 5. Genève : OMS ; 2017(<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255004/9789241512206-eng.pdf?sequence=1>).
- ³⁹ Forum CSU 2017. Washington DC ; Banque mondiale ; 2017.
- ⁴⁰ Tagar E, Sundaram M, Condliffe K, Matatiyo B, Chimbwandira F, Chilima B et al. Multi-country analysis of treatment costs for HIV/AIDS (MATCH): facility-level ART unit cost analysis in Ethiopia, Malawi, Rwanda, South Africa and Zambia. PLoS One. 2014 Nov 12;9(11):e108304.
- ⁴¹ Geldsetzer P, Francis JM, Sando D, Asmus G, Lema IA, Mboggo E et al. Community delivery of antiretroviral drugs: A non-inferiority cluster-randomized pragmatic trial in Dar es Salaam, Tanzania. PLoS Med. 2018;15(9):e1002659.
- ⁴² Un long chemin reste à parcourir : mise à jour des données mondiales du sida 2018. Genève : ONUSIDA ; 2018.
- ⁴³ Estill J, Ford N, Salazar-Vizcaya L et al. The need for second-line antiretroviral therapy in adults in sub-Saharan Africa up to 2030: a mathematical modelling study. Lancet HIV. 2016 ; 3(3):e132-9.
- ⁴⁴ Leave no-one behind: global education for all. Londres : Le Groupe Parlementaire Multipartite ; 2017 (<http://www.globaleducationappg.co.uk/education-2030/leave-no-one-behind-2/>).
- ⁴⁵ Leave no-one behind: global education for all. Londres : Le Groupe Parlementaire Multipartite ; 2017 (<http://www.globaleducationappg.co.uk/education-2030/leave-no-one-behind-2/>).
- ⁴⁶ Buse K, Jay J, Odetoyinbo M. AIDS and universal health coverage—stronger together. Lancet Glob Health. 2016;4(1):e10-1.
- ⁴⁷ Projet de document d'information pour le First Universal Health Coverage Financing Forum Raising Funds for Health. Washington DC, 14-15 avril 2016 (<http://pubdocs.worldbank.org/en/103621460561160053/DRM-policy-note-041216-clean.pdf>).
- ⁴⁸ Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes. OAU/SPS/ABUJA/3. Addis-Abeba : Union africaine ; avril 2001 (http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf).
- ⁴⁹ Horton S, Gelband H, Jamison D, Levin C, Nugent R, Watkins D. Ranking 93 health interventions for low- and middle-income countries by cost-effectiveness. PLoS ONE. 2017;12(8): e0182951.
- ⁵⁰ ONUSIDA, HEARD. Rapport sur le séminaire de haut niveau « The Future of HIV Financing ». Ditchley Park ; 2016.
- ⁵¹ Y-Ling Chi, Chalkidou K, Bump J. The need for new approaches to Global Health Aid Allocation. Washington DC : Center for Global Development ; février 2018 (<https://www.cgdev.org/blog/need-new-approaches-global-health-aid-allocation>).
- ⁵² Un long chemin reste à parcourir : mise à jour des données mondiales du sida 2018. Genève : ONUSIDA ; 2018.
- ⁵³ Estimations 2018 de l'ONUSIDA.
- ⁵⁴ Bekker LG, Alleyne G, Baral S, Cepeda J, Daskalakis D, Dowdy D et al. Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society-Lancet Commission. Lancet. 2018;392(10144):312-358.

-
- ⁵⁵ Leave no-one behind: global education for all. Londres : Le Groupe Parlementaire Multipartite ; 2017 (<http://www.globaleducationappg.co.uk/education-2030/leave-no-one-behind-2/>).
- ⁵⁶ Altman D, Buse K. Thinking politically about HIV: political analysis and action in response to AIDS. *Contemporary Politics*. 2012;18:127-140.
- ⁵⁷ Anchoring universal health coverage in the right to health: What difference would it make? Genève : OMS ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199548/1/9789241509770_eng.pdf).
- ⁵⁸ Hanvoravongchai P. Health financing reform in Thailand: toward universal coverage under fiscal constraints. UNICO study series; no. 20. Washington, DC, Banque mondiale ; 2013.
- ⁵⁹ « Thaïlande : les leçons de l'intégration des services anti-VIH dans les régimes de santé nationaux ». ONUSIDA, 1^{er} février 2016 (http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/february/20160201_Thailand).
- ⁶⁰ Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle Washington, DC : Banque mondiale ; 2017.
- ⁶¹ Hanvoravongchai P. Health financing reform in Thailand: toward universal coverage under fiscal constraints. UNICO study series; no. 20. Washington, DC, Banque mondiale ; 2013.
- ⁶² Jay J, Buse K, Hart M, Wilson D, Marten R, Kellerman S et al. Building from the HIV response toward Universal Health Coverage. *PLoS Med*. 2016 ;13(8):e1002083.
- ⁶³ Banque mondiale, 2017
- ⁶⁴ Kutzin J, Sparkes S, Soucat A, Barroy H. From silos to sustainability: transition through a UHC lens. *Lancet*. 2018 Oct 10. pii: S0140-6736(18)32541-8.
- ⁶⁵ Base de données sur les dépenses mondiales de santé [base de données]. Organisation mondiale de la Santé ; c2014 (<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>).
- ⁶⁶ James CD, Hanson K, McPake B, Balabanova D, Gwatkin D, Hopwood I et al. To retain or remove user fees? Reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Appl Health Econ Health Policy*. 2006;5(3):137–53.
- ⁶⁷ Lagarde M, Palmer N. Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people. Genève : Alliance for Health Policy and Systems Research; 2006.
- ⁶⁸ Asghari S, Hurd J, Marshall Z, Maybank A, Hesselbarth L, Hurley O et al. Challenges with access to healthcare from the perspective of patients living with HIV: a scoping review & framework synthesis. *AIDS Care*. 2018;30(8):963–72.
- ⁶⁹ Un long chemin reste à parcourir : mise à jour des données mondiales du sida 2018. Genève : ONUSIDA ; 2018.
- ⁷⁰ Kates J, Wexler A, ONUSIDA. Donor government funding for HIV in Low- and Middle-income countries in 2017. Washington DC ; Kaiser Family Foundation ; 2018 (<http://files.kff.org/attachment/Report-Donor-Government-Funding-for-HIV-in-Low-and-Middle-Income-Countries-in-2017>).
- ⁷¹ Un long chemin reste à parcourir : mise à jour des données mondiales du sida 2018. Genève : ONUSIDA ; 2018.
- ⁷² Un long chemin reste à parcourir : mise à jour des données mondiales du sida 2018. Genève : ONUSIDA ; 2018.
- ⁷³ Un long chemin reste à parcourir : mise à jour des données mondiales du sida 2018. Genève : ONUSIDA ; 2018.
- ⁷⁴ Silverman R. Projected health financing transitions: timeline and magnitude. Working Paper 488. Washington DC : Centre for Global Development ; juillet 2018

<https://www.cgdev.org/publication/projected-health-financing-transitions-timeline-and-magnitude>).

⁷⁵ Silverman R. Projected health financing transitions: timeline and magnitude. Working Paper 488. Washington DC : Centre for Global Development ; juillet 2018
(<https://www.cgdev.org/publication/projected-health-financing-transitions-timeline-and-magnitude>).

⁷⁶ Silverman R. Projected health financing transitions: timeline and magnitude. Working Paper 488. Washington DC : Centre for Global Development ; juillet 2018
(<https://www.cgdev.org/publication/projected-health-financing-transitions-timeline-and-magnitude>).

⁷⁷ Un long chemin reste à parcourir : mise à jour des données mondiales du sida 2018. Genève : ONUSIDA ; 2018.

⁷⁸ Par rapport à 2016, année de référence. Voir la Mise à jour accélérée sur les investissements nécessaires à la riposte au SIDA. Genève : ONUSIDA ; 2017
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Reference_FastTrack_Update_on_investments_en.pdf.

⁷⁹ Are key populations really the "key" for ending AIDS in Asia? Putting Asia's HIV response back on track. Delhi : Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est ; 2018.

⁸⁰ Brown K, Williams DB, Kinchen S, Saito S, Radin E, Patel H et al. Status of HIV epidemic control among adolescent girls and young women aged 15–24 years—seven African countries, 2015–2017. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2018;67:29–32.

⁸¹ AIDSInfo (<http://aidsinfo.unaids.org>).

⁸² On the Fast-Track to end AIDS by 2030: focus on location and population. Genève : ONUSIDA ; 2017
(http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/WAD2015_report_en_part01.pdf).

⁸³ Banque Mondiale. Population âgée de 0 à 14 ans (% du total)
(<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.0014.TO.ZS>).

⁸⁴ En finir avec le sida. Progresser vers les cibles 90-90-90. Genève : ONUSIDA ; 2017.

⁸⁵ Ghys PD, Williams BG, Over M, Hallett TB, Godfrey-Faussett P. Epidemiological metrics and benchmarks for a transition in the HIV epidemic. *PLoS Med.* 2017;15(10):e1002678.

⁸⁶ Bekker LG, Alleyne G, Baral S, Cepeda J, Daskalakis D, Dowdy D et al. Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society-Lancet Commission. *Lancet.* 2018;392(10144):312-358.

⁸⁷ Projet pour le capital humain. Washington DC : Banque mondiale ; 2018
(<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30498/33252.pdf?sequence=4&isAllowed=y>).

⁸⁸ Ghys PD, Williams BG, Over M, Hallett TB, Godfrey-Faussett P. Epidemiological metrics and benchmarks for a transition in the HIV epidemic. *PLoS Med.* 2017;15(10):e1002678.

⁸⁹ Kutzin J, Sparkes S, Soucat A, Barroy H. From silos to sustainability: transition through a UHC lens. *Lancet.* 2018 Oct 10. pii: S0140-6736(18)32541-8.

⁹⁰ Cashin C, Sparkes S, Bloom D. Earmarking for health: from theory to practice. Document de travail sur le financement de la santé 5. Genève : OMS ; 2017(<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255004/9789241512206-eng.pdf?sequence=1>).

⁹¹ Cashin C, Sparkes S, Bloom D. Earmarking for health: from theory to practice. Document de travail sur le financement de la santé 5. Genève : OMS ; 2017(<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255004/9789241512206-eng.pdf?sequence=1>).

⁹² Glassman A. What's in, what's out: designing benefits for Universal Health Coverage. Washington DC : Centre for Global Development ; 2017
(<https://www.cgdev.org/publication/whats-in-whats-out-designing-benefits-universal-health-coverage>).

⁹³ Glassman A. What's in, what's out: designing benefits for Universal Health Coverage. Washington DC : Centre for Global Development ; 2017
(<https://www.cgdev.org/publication/whats-in-whats-out-designing-benefits-universal-health-coverage>).

⁹⁴ Open Society, Fonds mondial, PNUD. A global consultation on social contracting: working toward sustainable responses to HIV, TB, and malaria through government financing of programmes implemented by civil society. New York : Open Society Foundations ; 2017
(http://shifthivfinancing.org/wp-content/uploads/2018/06/Social_Contracting_Report_English.pdf).

⁹⁵ Open Society, Fonds mondial, PNUD. A global consultation on social contracting: working toward sustainable responses to HIV, TB, and malaria through government financing of programmes implemented by civil society. New York : Open Society Foundations ; 2017
(http://shifthivfinancing.org/wp-content/uploads/2018/06/Social_Contracting_Report_English.pdf).

⁹⁶ Accord de financement conjoint entre la République fédérale démocratique d'Éthiopie et les partenaires de développement sur l'appui à la réalisation des objectifs de développement durable. Addis-Abeba ; 2015
(https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Ethiopia/Final_JFA_July_15.pdf).

⁹⁷ Ghys PD, Williams BG, Over M, Hallett TB, Godfrey-Faussett P. Epidemiological metrics and benchmarks for a transition in the HIV epidemic. PLoS Med. 2017;15(10):e1002678.