
Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique sub-saharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ?

Maud LEMOINE, Pierre-Marie GIRARD, Mark THURSZ et Gilles RAGUIN



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/792>

ISSN : 1298-0390

Éditeur

UMR 912 SE4S

Référence électronique

Maud LEMOINE, Pierre-Marie GIRARD, Mark THURSZ et Gilles RAGUIN, « Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique sub-saharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ? », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/792>

Ce document a été généré automatiquement le 3 mai 2019.

Tous droits réservés

Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique sub-saharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ?

Maud LEMOINE, Pierre-Marie GIRARD, Mark THURSZ et Gilles RAGUIN

- 1 La pandémie de VIH/Sida a conduit ces dernières années au déploiement d'une aide internationale colossale en matière de santé. Outre ses effets directs sur la mortalité, la pandémie s'est accompagnée de lourdes conséquences sociales, politiques et économiques. Cette solidarité mondiale sans précédent a permis d'améliorer la survie et la qualité de vie des patients infectés. Toutefois, les financements spécifiquement déployés pour les pays les plus touchés par la pandémie, ne sont pas sans effets, non seulement sur les autres enjeux sanitaires déjà fortement négligés par l'agenda international, mais aussi sur l'équilibre des systèmes de santé.
- 2 Le débat auquel ne peuvent échapper les acteurs de l'aide publique au développement porte sur la pertinence d'une aide spécifiquement centrée sur un enjeu sanitaire comme celui du VIH/Sida dans les pays à ressources limitées. Il ne s'agit pas à travers cet article de remettre en question la nécessité d'une réponse internationale à la pandémie de VIH/Sida ni celle d'une aide indispensable aux pays les plus pauvres, majoritairement les plus touchés par la maladie. Cet article cherche à donner plus de visibilité aux populations exclues d'Afrique sub-saharienne parce que paradoxalement non infectées par le VIH. Il tente également d'engager une réflexion sur le mode et l'organisation des réponses que les Etats et les agences internationales de financement doivent apporter aujourd'hui pour plus de cohérence en matière de santé globale.

Etats des lieux et conséquences de la pandémie de VIH/Sida en Afrique sub-saharienne

- 3 L'Afrique subsaharienne compte aujourd'hui une population de 781 millions de personnes réparties sur 48 Etats. Avec une croissance démographique annuelle estimée à 2,5 %, ce chiffre devrait atteindre un milliard d'ici 2020 malgré une espérance de vie moyenne encore très basse, estimée à 51 ans (World Bank, 2012). L'Afrique subsaharienne est la région la plus pauvre au monde et doit faire face à de lourdes contraintes environnementales et sanitaires aggravées par une instabilité des régimes politiques et de nombreux conflits armés. Ces éléments dont la pandémie de VIH/Sida, sont un frein incontestable au développement économique et social de l'Afrique.
- 4 Outre le contrôle de cette pandémie, l'amélioration des systèmes de santé, encore très précaires aujourd'hui en Afrique est aussi un élément indispensable de la croissance économique, du développement et de la réduction de la pauvreté. A cet égard, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont identifié trois objectifs sanitaires dont la lutte contre le VIH/Sida. La communauté internationale s'est engagée à atteindre ces objectifs d'ici 2015. Néanmoins, le continent africain est loin de les atteindre dans le contexte de la crise financière mondiale actuelle (OMD, 2008).
- 5 Selon les dernières données de l'ONUSIDA, 34 millions de sujets seraient infectés par le VIH dans le monde dont deux tiers vivent en Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2012). En 2011, 1,8 millions d'adultes et d'enfants auraient été infectés par le VIH en Afrique subsaharienne ce qui porte à 23,5 millions le nombre de personnes infectées dans cette région. Les chiffres de prévalence varient beaucoup d'un pays africain à l'autre. Inférieure à 2 % dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, la prévalence peut atteindre plus de 15 % dans certains pays comme le Botswana (24,3 %) ou le Swaziland qui doit faire face à la prévalence la plus élevée au monde (26,5%).
- 6 En 2011, le Sida aurait causé la mort de 1,7 millions de personnes dont 1,2 millions en Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2012). Aussi, la pandémie a provoqué une baisse de l'espérance de vie, encore inférieure à 50 ans dans certains pays comme la Zambie ou le Swaziland. Plusieurs études ont montré les effets délétères de l'épidémie sur la croissance économique des pays pauvres marquée par une baisse significative du produit intérieur brut et une aggravation de la pauvreté (Jefferis, 2008). Ainsi, face à la pandémie de VIH/Sida, les services de santé africains ont dû répondre à une urgence sanitaire de grande ampleur. Pendant longtemps plus de la moitié des lits hospitaliers ont été occupés en Afrique par des malades du Sida. Les personnels de santé ont été également touchés par l'épidémie qui aurait considérablement augmenté la mortalité des soignants dans de nombreux pays (Kober, 2004). Grâce à une mobilisation internationale sans précédent, on observe pour la première fois, depuis 2007, une stabilisation de la pandémie avec même une diminution de la prévalence dans 39 pays et une baisse de 25% des nouvelles infections en Afrique Subsaharienne depuis 2001 (ONUSIDA, 2012).

L'aide au VIH/Sida en Afrique subsaharienne : une priorité des bailleurs de fonds ?

- 7 Depuis ces dernières années, l'aide internationale pour la santé a consacré une part très importante de ses ressources à la lutte contre le VIH/Sida. Dans les pays à faibles revenus ou à revenus intermédiaires, le financement du VIH/Sida a été multiplié par 28 entre 1996 et 2005 et il représente aujourd'hui 8.3 milliards de dollars par an (ONUSIDA, 2009).
- 8 L'Afrique subsaharienne est le continent le plus pauvre du monde. Les dépenses sanitaires annuelles par habitant y sont estimées à moins de 10 dollars alors qu'elles peuvent atteindre plus de 5 000 dollars dans les pays riches. La nécessité de financements extérieurs pour lutter contre la pandémie de VIH/Sida en Afrique subsaharienne est donc incontestable. Pour l'année fiscale 2008, le budget du plan d'aide d'urgence à l'épidémie de VIH/Sida (PEPFAR : President Emergency Plan for AIDS Relief) mis en place par le gouvernement américain s'élevait à 5,8 milliards de dollars et engageait dès 2003 un budget de 18,8 milliards sur 5 ans pour financer la lutte contre le VIH/sida et l'accès aux antirétroviraux. Un budget de 48 milliards de dollars a été voté pour la période 2009-2013. Aussi, depuis sa création, l'ONUSIDA a appelé à une augmentation de ses fonds de 9 milliards de dollars à 42 milliards d'ici 2010 et 54 milliards en 2015.
- 9 Si l'on prend l'exemple de l'Ethiopie, où la prévalence du VIH est estimée à 1,4 %, l'aide allouée exclusivement au VIH/SIDA était de 130 millions de dollars en 2005 alors que le budget national de la santé était de 113 millions de dollars (Schiffman, 2008). Les fonds accordés au VIH/Sida pour les pays d'Afrique subsaharienne sont constamment supérieurs au budget national de la santé. Dans beaucoup de ces pays, la santé est financée à plus de 50 % par les bailleurs internationaux. L'Etat assure le plus souvent moins d'un tiers des dépenses. Au Rwanda, les dépenses de santé sont couvertes à plus de 60 % par les donateurs. Dans ce pays comme dans beaucoup d'autres, l'aide est essentiellement accordée au VIH/Sida à hauteur de 43% en 2006 avec un financement de 13% pour la lutte contre la malaria et seulement 8 % pour la santé infantile (Schiffman, 2008).
- 10 Pourtant, en tenant compte du nombre d'année de vie pondérée par l'incapacité, l'épidémie de VIH ne représente que 5% des maladies graves des pays en développement, moins que les infections respiratoires, périnatales et les maladies cardio-vasculaires (Lopez, 2006). Par ailleurs, alors que les maladies chroniques non infectieuses représentent 60% des décès annuels dans le monde, les agences internationales consacrent moins de 1% de leurs budgets sanitaires pour la lutte contre ces maladies qui par ailleurs n'apparaissent nullement dans l'agenda des OMD. Ce paradoxe a été récemment discuté lors d'une session spéciale des Nations-Unies sans qu'aucune réponse concrète ne soit malheureusement apportée puisque ces pathologies restent largement négligées. (Cerqueira, 2011 ; Beaglehole, 2011)
- 11 Il ne fait aucun doute que la lutte contre le VIH/Sida doit rester un objectif prioritaire à l'échelle nationale et internationale. Et beaucoup d'efforts sont encore nécessaires, notamment pour l'amélioration de l'accès aux nouveaux traitements antirétroviraux. Toutefois, les bailleurs internationaux ne peuvent ignorer les autres enjeux sanitaires qui fragilisent autant voire plus l'Afrique subsaharienne, menacée par bien d'autres

pathologies aujourd'hui largement négligées, voire oubliées. La lutte contre ces maladies devrait se faire avec la même ampleur que celle déployée contre le VIH/sida.

Les maladies oubliées d'Afrique sub-saharienne

Les hépatites chroniques virales : maladies orphelines ?

- 12 Les infections chroniques par les virus des hépatites B et C sont un problème majeur de santé publique dans le monde compte tenu de leurs prévalences élevées et de leur risque d'évolution vers la cirrhose et le cancer du foie. L'OMS estime en effet que 2 milliards de personnes auraient été en contact avec le virus de l'hépatite B (VHB), qu'environ 350 à 380 millions de personnes sont porteuses chroniques de ce virus soit 10 fois plus que le VIH et que 170 millions sont infectées par le virus de l'hépatite C (VHC). La majorité des patients infectés par ces virus vivent en Afrique ou en Asie du Sud-Est où l'accès au dépistage et au traitement est le plus souvent inexistant. En Afrique subsaharienne, la prévalence de l'hépatite B peut atteindre 20% dans certaines régions et celle de l'hépatite C 10%. Ces chiffres sont la conséquence d'un défaut de couverture vaccinale pour l'hépatite B, de moyens de dépistage et de prévention insuffisants, d'un accès au traitement quasi-inexistant mais aussi d'une sécurité sanitaire et transfusionnelle encore précaire.
- 13 Ces virus partagent avec le VIH des modes de transmission communs. Ainsi, leur co-infection est fréquente et représente un élément clef dans la prise en charge des patients VIH/Sida. Chez ces patients, plusieurs études ont montré une majoration du risque de cirrhose et d'hépatocarcinome avec une augmentation de la mortalité d'origine hépatique (Joshi, 2011). Aussi, l'exposition à l'aflatoxine, produite par des champignons contaminant les céréales des régions tropicales, renforce considérablement le risque de cancer du foie en Afrique subsaharienne. Ce cancer est le cinquième cancer au monde essentiellement dus aux virus des hépatites B et C. La majorité de ces cancers affecte l'Afrique subsaharienne (200 000 morts par an) où il représente la première cause de décès par cancer chez l'homme et la troisième chez la femme (Hainaut, 2008 ; Jemal 2012 ; GLOBOCAN 2008). L'amélioration du dépistage et de la prise en charge des hépatites représente donc un enjeu sanitaire important dans ces régions. Dans les pays occidentalisés où la majorité des patients a accès à un traitement antirétroviral, la mortalité liée au VIH diminue alors que celle d'origine hépatique augmente (Weber, 2006 ; Salmon-Ceron, 2009). Dans les pays du Sud, les programmes VIH/Sida se multiplient, la prise en charge de ces patients et leur accès aux ARV s'améliorent laissant supposer que ces pays seront confrontés dans les années à venir aux mêmes difficultés que celles actuellement observées dans les pays du Nord. Pourtant peu d'attention est portée aux hépatites en Afrique probablement parce qu'elles sont des maladies silencieuses et peu visibles. Bien que la majorité des pays aient adopté des mesures de vaccination universelle des enfants contre l'hépatite B grâce au programme mis en place par l'OMS au début des années 90, la couverture vaccinale reste basse, en particulier dans les pays les plus endémiques. Un article récemment publié soulignait un nombre important de pays africains ayant une couverture vaccinale inférieure à 80% (Jemal, 2012). Et les données combinées de l'OMS et de l'UNICEF rapportaient en 2009 une couverture de seulement 70% en Afrique. Un modèle mathématique a estimé à 620 000 par an le nombre de décès dus au virus de l'hépatite B dans le monde. Les auteurs de ce modèle ont également

montré qu'une immunisation de plus de 90 % des enfants permettrait d'éviter 84% des décès liés à ce virus (Goldstein, 2005). L'OMS a lancé sa première journée officielle mondiale de lutte contre les hépatites en Juillet 2011, et en occident (Thursz, 2010) comme en Afrique (Appel de Dakar, 2011), les experts de la santé ont récemment exprimé leur inquiétude concernant l'épidémie d'hépatite B dans les pays à faibles ressources. Pourtant, jusqu'à présent aucun programme de prise en charge thérapeutique des hépatites virales n'a été mis en place en Afrique subsaharienne. Seul un programme financé en 2011 par l'union européenne (PROLIFICA, www.prolifica.eu) est conduit actuellement en Afrique de l'Ouest et ce programme ne concerne que l'hépatite B. Alors que des traitements efficaces de deuxième génération (tenofovir, entecavir) pour l'hépatite B sont largement disponibles dans les pays riches, leur accès reste extrêmement limité dans les pays pauvres. Certaines molécules prescrites pour les patients infectés par le VIH sont également efficaces pour le traitement de l'hépatite B, mais ne sont malheureusement pas disponibles pour les patients non VIH souffrant d'hépatite B. Paradoxalement, la priorité accordée à l'épidémie de VIH/SIDA stigmatise donc les malades non infectés par ce virus et pousse le paradoxe jusqu'à conduire certains patients à espérer une contamination par le VIH qui leur offrirait la possibilité d'accéder gratuitement au traitement de leur hépatite B. Ainsi, au Cameroun ou en Gambie, les donateurs refusent que le tenofovir subventionné pour le traitement du VIH soit utilisé pour le traitement des patients infectés par le VHB (communication personnelle). De plus, alors que les pays occidentaux sont en passe d'éradiquer l'hépatite C grâce à la commercialisation de nouvelles molécules extrêmement efficaces (antiprotéases, antipolymérase), sera-t-il longtemps acceptable que les pays en développement ne puissent avoir accès à ces traitements ?

Les maladies chroniques non infectieuses : une nouvelle menace pour l'Afrique ?

- 14 Les maladies chroniques non infectieuses regroupent les maladies cardio-vasculaires et pulmonaires, le diabète, les cancers et les maladies mentales. Longtemps associées aux pays économiquement riches, ces pathologies touchent de plus en plus les pays les moins avancés où elles sont désormais responsables de la moitié des décès. En 2005, ces maladies ont fait beaucoup plus de victimes dans le monde que le VIH/Sida tuant plus de 35 millions de personnes (Strong, 2005). Les prévisions de l'OMS sont alarmantes car elles estiment qu'en 2020, plus de deux tiers des décès des pays en développement seront attribués à ces pathologies.
- 15 L'Afrique subsaharienne n'échappe pas à l'urbanisation, au tabagisme, à l'obésité et aux changements alimentaires et environnementaux qui sont autant de facteurs de risque dans l'émergence de ces maladies.

Les maladies cardio-vasculaires et respiratoires: maladies émergentes en Afrique subsaharienne

- 16 Responsables de 17,1 millions de décès en 2004, elles devraient en causer 23,4 millions en 2030. Les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux sont les pathologies dominantes. Selon les dernières estimations de l'OMS, les maladies cardio-vasculaires et respiratoires non infectieuses seraient responsables de 1,5 millions de

décès en Afrique en 2004. En 2002, les maladies cardio-vasculaires représentaient en Afrique un taux de mortalité ajusté sur l'âge de 4/°, bien plus que la mortalité liée au VIH/sida estimée à 2,03/°.

- 17 L'hypertension artérielle (HTA) est responsable de 7,1 millions de décès par an dans le monde et représente 13% de la mortalité globale. Beaucoup de données épidémiologiques manquent en Afrique subsaharienne. Cependant, des études récentes menées par exemple en Tanzanie, au Ghana, au Nigéria ou en Afrique du Sud rapportent une prévalence alarmante de l'HTA entre 20 et 25% dans les zones rurales dépassant 35% en milieu urbain. Au sein de deux villages ghanéens, dans une étude menée à partir d'une cohorte de volontaires sains, Burket *et al.* ont observé 32,8 % d'adultes hypertendus (Burket, 2006).
- 18 L'HTA est une cause majeure d'accident vasculaire cérébral (AVC), responsable de 5,7 millions de décès en 2005. Les études prévisionnelles estiment à 7,8 millions le nombre de décès liés aux AVC d'ici 2030. En 2005, 87% des décès d'origine cardio-vasculaire sont survenus dans des pays à faibles revenus ou à revenus intermédiaires (Strong, 2005). Beaucoup d'antihypertenseurs sont pourtant disponibles sous leur forme générique à des prix très bas permettant un contrôle efficace de l'HTA et une prévention de ses complications. Le coût annuel d'un antihypertenseur varie entre 1 et 8 dollars selon les classes pharmaceutiques, celui de l'aspirine est de 1,6 dollars. L'accès élargi aux traitements combinés pour le traitement de l'HTA et la prévention de ses complications a été montré comme coût-efficace dans les pays les moins avancés. Avec un coût annuel moyen de 1,10-7 dollars par personne, le traitement combiné des facteurs de risque cardiovasculaires éviterait près de 18 millions de décès sur les dix prochaines années dans 23 pays en développement (Gaziano, 2006).
- 19 D'ici 2030, les décès par accidents cardio-vasculaires, par cancers et accidents de la circulation devraient représenter 56% de la mortalité globale, soit 67 millions de décès en 2030 alors que les décès du VIH/SIDA sont supposés diminuer à partir de 2012 et seront divisés par deux d'ici 2030 comme l'illustre la figure 1.

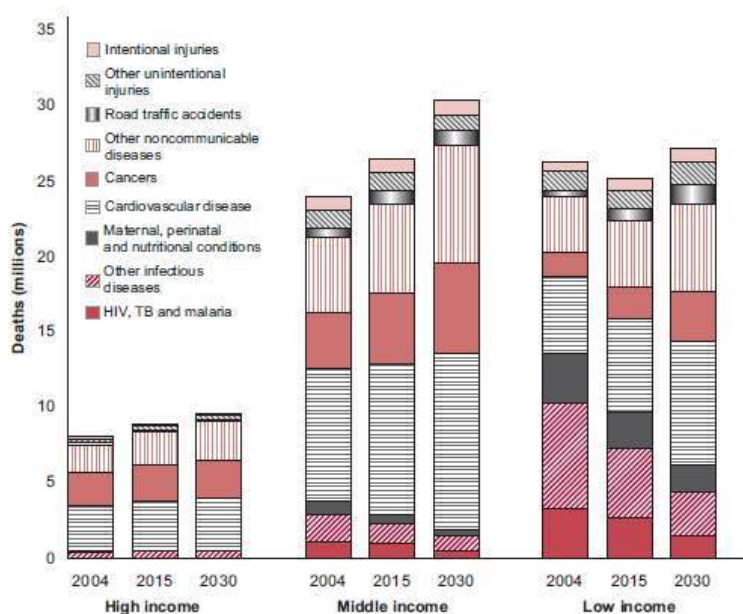


Figure 1 : Répartition des causes de décès en 2004 et prévisions pour 2015 et 2030.

Source: WHO. World Health Statistics 2008

Le diabète et ses complications : des millions de morts

- 20 Le diabète fait partie des maladies ayant le plus lourd retentissement en termes de dépenses mondiales, de morbidité et de mortalité mais aussi d'impact économique. En 2007, 327 milliards de dollars ont été dépensés à l'échelle mondiale pour la prévention et le traitement du diabète. Cependant plus de 80 % des dépenses ont concerné les pays riches ce qui laisse encore de côté les pays les moins avancés pourtant fortement concernés par cette maladie. Les dernières analyses statistiques de l'OMS et de la fédération internationale du diabète (IDF) sont alarmantes. Le nombre de sujets diabétiques devrait passer de 246 millions en 2006 à 385 millions en 2025 dont trois quart toucheraient les pays en développement. En Afrique subsaharienne, entre 7 et 10 millions de sujets seraient diabétiques avec des prévisions également inquiétantes qui porteraient ce chiffre à 18,6 millions en 2030 (Wild, 2004). Dans le monde, le nombre de morts dus au diabète est bien supérieur à celui causé par le VIH : 4,6 millions (IDF 2012) contre 1.7 millions (ONUSIDA 2012).
- 21 Différentes études rapportent une prévalence du diabète non insulino-dépendant en Afrique subsaharienne entre 2 et 5 % de la population générale (Mbanya, 2006 ; IDF, 2012). En Somalie et en Ethiopie 2 % de la population serait diabétique. Au Niger et au Mali, la prévalence est estimée à 3 % alors qu'elle atteint 4,5 % au Cameroun et en Afrique du Sud (IDF, 2012). Le surpoids et l'obésité augmentant de façon explosive dans le monde et plus particulièrement dans les pays industrialisés. Toutefois, ces dernières années, l'Afrique subsaharienne compte un nombre croissant de sujets obèses suite à une occidentalisation des habitudes alimentaires et une urbanisation grandissante. Par ailleurs, la malnutrition de la petite enfance ainsi que le retard de croissance intra-utérin prédisposeraient au surpoids, au diabète et aux maladies cardio-vasculaires.

Cancers

- 22 L'OMS estime à 680 000 par an le nombre de nouveaux cas de cancers en Afrique et à 510 000 le nombre de décès par cancer. D'ici 2030, ces chiffres devraient atteindre 1,6 millions et 1,2 millions respectivement (WHO, Global Burden of Disease report, 2011). Les cancers d'origine virale tels que le cancer du col de l'utérus et l'hépatocarcinome sont fréquents en Afrique et désormais, beaucoup des cancers que l'on observait surtout dans les pays riches (cancers du poumon, du sein, de la prostate...) sont désormais en nette augmentation du fait des changements sociaux et environnementaux (vieillesse, urbanisation, obésité, tabac...). En 2011, lors de la journée mondiale du cancer, le représentant de l'OMS en Afrique a exprimé son inquiétude quant à l'explosion des cas de cancers en Afrique et a appelé à des actions urgentes.

Quels effets systémiques d'une aide verticalisée ciblée sur un seul enjeu sanitaire ?

- 23 La mise en place de mesures et de politiques globales plus efficaces pour le contrôle de ces maladies oubliées en Afrique subsaharienne apparaît donc urgente. Les programmes verticaux devraient être systématiquement associés à des programmes transversaux visant à améliorer de façon non spécifique les systèmes de santé. Il est temps de tirer les

leçons, de 10 ans de lutte contre l'épidémie de VIH/Sida dans les pays à faibles ressources (Narayan, 2011). Depuis 2000, les programmes verticaux (GAVI, VIH, paludisme, tuberculose) ont prouvé leur efficacité dans le contrôle de certaines épidémies, mais ils ont marginalisé d'autres maladies, déjà fortement négligées avant l'épidémie de VIH/Sida, et ces programmes n'ont pas toujours permis un renforcement des systèmes de santé locaux (Travis, 2004). Les acteurs mondiaux de la santé ont eux-mêmes pris conscience que l'un des plus grands obstacles au succès de leurs programmes est la faiblesse des systèmes de santé sur lesquels doivent se greffer les programmes. En leur offrant des salaires et des conditions de travail beaucoup plus avantageux, ces programmes attirent les personnels de santé nationaux, déjà largement insuffisants, et les détournent des autres secteurs et domaines de la santé publique (Drager, 2006). Bien sûr, l'épidémie de VIH et l'aide déployée ne sont pas responsables du manque d'attention et des moyens mis en place pour les autres maladies. Malheureusement, les choix financiers et politiques actuels avant tout basés sur une logique marchande libérale sont souvent en profonde contradiction avec un accès à la santé pour tous, juste et équitable.

Une justice sanitaire confrontée à une logique marchande

- 24 De nombreux facteurs font obstacle au renforcement des systèmes de santé et l'accès aux traitements de nombreuses pathologies reste encore très précaire en Afrique comme dans de nombreux pays à faibles ressources. Depuis 1995, la production pharmaceutique est régulée par les accords sur les droits de propriété intellectuelle (ADPIC) administrés par l'organisation mondiale du commerce (OMC). Ces accords prévoient que tous les pays, quel que soit leur niveau de richesse, doivent se plier à la lourdeur des brevets pharmaceutiques n'autorisant aucune production de molécules génériques pendant 20 ans et générant des prix excessifs souvent inaccessibles pour les pays les moins riches. C'est ainsi que de nombreux patients infectés par les virus de l'hépatite B ou C meurent faute d'accès à un traitement antiviral. Alors que beaucoup de compagnies pharmaceutiques considèrent ces brevets comme une nécessité pour la recherche et le développement, l'OMS soulignait dans un rapport en 2006 que ces brevets imposés aux pays en développement n'avaient aucun bénéfice en matière de recherche dans ces pays rappelant que 90% des investissements dans la recherche et le développement concernent 10% de la population mondiale la plus riche (Kaplan, 2004). La réponse à l'épidémie de VIH/Sida est inédite et a démontré qu'il était possible d'améliorer l'accès au traitement pour des populations les plus pauvres. Alors qu'en 2000, le coût d'un traitement antirétroviral s'élevait à 10,000\$/an/patient, il est aujourd'hui de moins de 100\$/an/patient ; de plus jusqu'en 2002, l'OMS a refusé d'inscrire les ARV comme médicament essentiel (Piot, 2012). Seuls 200 000 sujets infectés par le VIH étaient traités en 2000 contre 8 millions aujourd'hui.
- 25 Il convient aussi d'interroger les choix politiques et économiques des gouvernements et institutions supra-étatiques. Le secteur de la santé n'échappe pas à la logique financière et concurrentielle qui régit le monde aujourd'hui. A cet égard, la démission en 2012 du directeur exécutif du Fonds Mondial suivi de la nomination d'un banquier en tant que directeur général illustre le risque d'une approche exclusivement comptable des problèmes de santé dans les pays à faibles ressources. D'autre part, la crise économique actuelle et les Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) édictés par le fonds monétaire

international (FMI) ont induit une baisse des effectifs, des salaires, et des financements alloués à la santé et ses infrastructures ont participé à l'affaiblissement des services de santé. La lutte contre le VIH/Sida s'est accompagnée d'injonctions internationales contradictoires entre la « désétatisation » néo-keynésienne imposée dans les années 80 par le FMI et la banque mondiale et un « étatisme nécessaire » généré par la riposte internationale contre le VIH. Enfin alors que les dépenses militaires ont augmenté de 49% entre 2000 et 2009 atteignant 1531 milliards de dollars selon le Stockholm International Peace and Research Institute, il semble difficile d'accepter qu'aucun effort financier ne puisse être réalisé en matière de santé globale.

Quelles solutions ?

- 26 Ce constat suscite plusieurs réflexions concernant les programmes verticaux de santé globale. Il apparaît urgent de les articuler d'avantage avec des programmes transversaux destinés au renforcement des systèmes de santé. Ce débat n'est pas récent. Il y a plus de 30 ans, déjà la déclaration d'Alma-Ata appelait à une santé pour tous basée sur une approche multisectorielle. Néanmoins, les années suivantes ont vu émerger un accès aux soins plus sélectif délivrant des programmes verticaux ciblés tels que les programmes de vaccination. De plus, l'épidémie de VIH/Sida a poussé les agences internationales à multiplier le nombre d'interventions verticales. Bien que ces interventions aient prouvé leur efficacité, elles ont marginalisé les autres problèmes sanitaires et affaibli les systèmes de santé locaux. Depuis le milieu des années 90, les agences internationales dont l'OMS et la banque mondiale portent une attention particulière sur une approche plus multisectorielle des programmes de santé publique. Le Fonds Mondial a lui-même appelé à des initiatives diagonalisées. Le débat entre ces deux types d'approches vertical et transversal a été également récemment relancé à l'occasion du sommet des Nations-Unies sur les maladies chroniques non infectieuses et enfin de nombreux donateurs (USAID, DFID, FM) ont exprimé leur intérêt sur un renforcement des systèmes de santé à travers des collaborations ou des financements spécifiques (Lemoine, 2012). De nouvelles approches, telle que les « *medicines patent pool* » ont également été proposées afin d'améliorer l'accès aux médicaments dans les pays à faibles ressources.

Pour un fonds mondial de la santé publique ?

- 27 Dans cette perspective, pourquoi ne pas créer un ou des fonds mondiaux pour la santé, basés sur des financements innovants, comme le proposent déjà certains, impliquant les Etats et les acteurs privés. Le secteur privé contribuerait ainsi au financement de la santé mondiale à travers la taxation de certains produits comme l'alcool, le tabac ou les transactions financières. Ainsi, tout nouveau programme vertical devrait systématiquement inclure une composante horizontale destinée au renforcement des systèmes de soins locaux. Le fonds mondial et d'autres acteurs de santé publique ont eux même appelé au développement de nouvelles stratégies allant dans ce sens. Enfin, comme l'a montré la déclaration d'Abuja (2001), la responsabilité des Etats Africains pour le financement de la santé est essentielle. Les budgets nationaux pour la santé doivent augmenter. Des initiatives et des programmes pilotes de mise en place de systèmes d'assurance maladie, au Rwanda et dans d'autres pays, constituent également une

avancée importante vers une approche globale et équilibrée du financement de la santé dans les pays les plus pauvres (Logie, 2008).

Conclusion

- 28 Par ses conséquences sanitaires, mais aussi politiques et socio-économiques, la pandémie de VIH/Sida a considérablement affaibli l'Afrique subsaharienne et la nécessité d'une aide internationale reste indispensable. Cependant, cette région du monde cumule bien d'autres handicaps sanitaires. Les programmes verticaux, tels que ceux mis en place pour la lutte contre le VIH/Sida ont démontré leur efficacité. Pour autant, pour tenter d'endiguer les autres maladies qui ne cessent d'affaiblir le continent sous-Africain, il est désormais temps que la communauté internationale et ses partenaires étatiques déploient les mêmes efforts que ceux mis en place dans la lutte contre le VIH/Sida en tenant compte des effets d'une aide verticalisée. Le rétablissement d'un équilibre entre les initiatives verticales et horizontales des programmes de santé publique, ainsi que la création d'un fonds mondial pour la santé qui ne soit pas dicté par les logiques économiques libérales actuelles sont une urgence pour une santé globale pérenne et équitable.

BIBLIOGRAPHIE

- BEAGLEHOLE R, BONITA R, ALLEYNE G, HORTON R, Li L, LINCOLN P, et al. UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases: addressing four questions. *Lancet*. 2011 Jul 30;378(9789):449-55.
- BURKET BA. Blood pressure survey in two communities in the Volta region, Ghana, West Africa. *Ethn Dis*. 2006 Winter;16(1):292-4.
- CERQUEIRA MT, CRAVIOTO A, DIANIS N, GHANNEM H, LEVITT N, YAN LL, et al. Global response to non-communicable disease. *BMJ*; 2011;342:d3823.
- DRAGER S, GEDIK G, DAL POZ MR. Health workforce issues and the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: an analytical review. *Hum Resour Health*. 2006;4:23.
- GAZIAN TA, OPIE LH, Weinstein MC. Cardiovascular disease prevention with a multidrug regimen in the developing world: a cost-effectiveness analysis. *Lancet*. 2006 Aug 19;368(9536):679-86.
- GLOBOCAN <http://globocan.iarc.fr>
- GOLDSTEIN ST, ZHOU F, HADLER SC, BELL BP, MAST EE, MARGOLIS HS. A mathematical model to estimate global hepatitis B disease burden and vaccination impact. *Int J Epidemiol*. 2005 Dec;34(6):1329-39.
- HAINAUT P, BOYLE P. CURBING the liver cancer epidemic in Africa. *Lancet*. 2008 Feb 2;371(9610):367-8.

- JEFFERIS K, KINGHORN A, SIPHAMBE H, THURLOW J. Macroeconomic and household-level impacts of HIV/AIDS in Botswana. *Aids*. 2008 Jul;22 Suppl 1:S113-9.
- JEMAL A, BRAY F, FORMAN D, O'BRIEN M, FERLAY J, Center M, et al. Cancer burden in Africa and opportunities for prevention. *Cancer*. 2012 Jan 17.
- JOSHI D, O'GRADY J, DIETERICH D, GAZZARD B, AGARWAL K. Increasing burden of liver disease in patients with HIV infection. *Lancet*. 2011 Apr 2; 377(9772):1198-209.
- KAPLAN, W, LAING R .Essential Medicines for Europe and the World. Essential drugs and Medicines Policy. WHO. 2004.
- KOBER K, VAN DAMME W. Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job? *Lancet*. 2004 Jul 3-9;364(9428):103-7.
- LEMOINE M, GIRARD PM, THURSZ M, RAGUIN G. In the shadow of HIV/AIDS: Forgotten diseases in sub-Saharan Africa. Global health issues and funding agency responsibilities. *J Public Health Policy*. 2012 Aug 16.
- LOGIE DE, ROWSON M, NDAGIJE F. Innovations in Rwanda's health system: looking to the future. *Lancet*. 2008 Jul 19;372(9634):256-61.
- LOPEZ AD, MATHERS CD, EZZATI M, JAMISON DT, MURRAY CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006 May 27;367(9524):1747-57.
- MBANYA JC, KENGNE AP, ASSAH F. Diabetes care in Africa. *Lancet*. 2006 Nov 11;368(9548):1628-9.
- NARAYAN KM, ALI MK, DEL RIO C, KOPLAN JP, CURRAN J. Global noncommunicable diseases--lessons from the HIV-AIDS experience. *The New England journal of medicine*. 2011 Sep 8;365(10):876-8.
- Objectifs du Millénaire pour le Développement en Afrique. <http://www.mdgafrica.org>. Last accessed 21 January 2013; 2008.
- ONUSIDA,rapportsurlepidemiemoniale.http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2434_WorldAIDSday_results_fr.pdf
- PIOT, P. No time to lose. A life in pursuit of deadly viruses.Norton & Company, London UK.2012.
- PRATT B, LOFF B. Health research systems: promoting health equity or economic competitiveness? *Bull World Health Organ*. 2012 Jan 1;90(1):55-6.
- SALMON-CERON D, ROSENTHAL E, LEWDEN C, BOUTELOUP V, MAY T, BURTY C, et al. Emerging role of hepatocellular carcinoma among liver-related causes of deaths in HIV-infected patients: The French national Mortalite 2005 study. *J Hepatol*. 2009 Apr;50(4):736-45.
- SHIFFMAN J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy Plan*. 2008 Mar; 23(2):95-100.
- STRONG K, MATHERS C, LEEDER S, BEAGLEHOLE R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*. 2005 Oct 29-Nov 4;366(9496):1578-82.
- THURSZ M, COOKE GS, HALL AJ. Hepatitis B treatment in resource poor settings: time for action. *Trop Med Int Health*. 2010 Jan;15(1):2-4.
- TRAVIS P, BENNETT S, HAINES A, PANG T, BHUTTA Z, HYDER AA, et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*. 2004 Sep 4-10;364(9437):900-6.

WALSH JA, WARREN KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med*. 1979 Nov 1;301(18):967-74.

WEBER R, SABIN CA, FRIIS-MOLLER N, REISS P, EL-SADR WM, KIRK O, et al. Liver-related deaths in persons infected with the human immunodeficiency virus: the D:A:D study. *Arch Intern Med*. 2006 Aug 14-28; 166(15):1632-41.

WHO, The Global burden of disease report.2004 update (2008) http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html

WILD S, ROGLIC G, GREEN A, SICREE R, KING H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004 May; 27(5):1047-53.

World Bank, world development indicators, <http://www.worldbank.org/>

RÉSUMÉS

Sous l'effet de l'épidémie de VIH/Sida, l'aide internationale pour la santé a connu un accroissement exceptionnel ces dernières années. La pandémie reste lourde de conséquences sanitaires, socio-économiques et politiques fragilisant les pays les plus pauvres et en particulier ceux d'Afrique subsaharienne. La solidarité déployée est incontestable mais la lutte contre le VIH/Sida s'est affichée peu à peu comme la priorité de l'agenda sanitaire international. Face à l'ampleur de cette aide, que deviennent les autres enjeux de santé qui menacent cette région du monde et quelles sont les conséquences d'une telle polarisation ? Cet article porte un regard sur les pathologies oubliées du continent sous-Africain, analyse les contradictions des financements actuels en matière de santé et propose de nouvelles stratégies dans une perspective de santé globale durable et équitable.

AUTEURS

MAUD LEMOINE

Medical Research Council, the Gambia Unit, Disease Control and Elimination theme, Fajara, The Gambia West Africa,
Department of Medicine, Division of Hepatology, Imperial College London, UK.

PIERRE-MARIE GIRARD

Service de maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France,
Université Pierre et Marie-Curie, France.

MARK THURSZ

Department of Medicine, Division of Hepatology, Imperial College London, UK.

GILLES RAGUIN

Service de maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France,
ESTHER, France.