

# COÛT DE L'INACTION

*Un rapport sur la façon dont l'insuffisance des investissements dans le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme affecte des millions de vies*

Ce document a été rédigé par l'*International Civil Society Support* dans le but de soutenir le Réseau des militants en faveur du Fonds mondial, en étroite consultation avec le Secrétariat du Fonds mondial et ses partenaires techniques (ONUSIDA, le Partenariat Halte à la tuberculose et le Partenariat visant à faire reculer le paludisme).



## UN APPEL À L'ACTION MONDIALE

Les défenseurs encouragent les donateurs à commettre au moins 15 milliards \$US lors de la réunion de reconstitution de 2013. Ils les exhortent également à s'engager dans un effort collectif ultérieur de mobilisation des ressources dans le but de fournir un soutien supplémentaire au Fonds mondial. Cela comprendrait de nouveaux donateurs et des mécanismes de financement novateurs, sans oublier d'autres sources de financement pour disposer des fonds nécessaires pour vaincre ces maladies.

*Un appel à l'action a été lancé par le Réseau des militants en faveur du Fonds mondial lors de la première réunion de reconstitution qui se tenait le 7 avril 2013.*





## LES AVANTAGES D'AGIR

Pour la première fois de notre vie, nous sommes presque à un point tournant dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Atteindre l'objectif ultime visant à vaincre ces trois maladies est véritablement à notre portée. Notre responsabilité humanitaire et morale envers la reconstitution complète du Fonds mondial ne fait aucun doute. Le revaloriser rapidement comporte aussi un rapport coûts-avantages indéniable et une raison d'être économique. Ce serait beaucoup plus rentable que de s'en tenir au processus de financement actuel. Les avantages sanitaires et économiques seraient nettement supérieurs. Le retour sur l'investissement pour chaque dollar consacré à la lutte contre ces trois maladies est énorme (*Basu, et al 2009*).

### VIH/SIDA

Investir 1 \$ dans la prévention du VIH/Sida se traduit en un rendement de 12 \$\*

### TUBERCULOSE

Investir 1 \$ dans la détection de la tuberculose se traduit en un rendement de 30 \$\*

### PALUDISME

Investir 1 \$ dans la prévention du paludisme se traduit en un rendement de 20 \$\*

---

## COÛT DE L'INACTION

Voici certaines des conséquences auxquelles on peut s'attendre si le financement mondial alloué à la lutte contre le VIH/sida et la tuberculose devait être contenu :

### VIH/SIDA

Un total de 2,6 millions de nouvelles infections de VIH chaque année, dont 1,3 million pourraient être évitées grâce à une revalorisation.

Au total, 3,9 millions d'infections au VIH en 2014-2016. Des coûts de l'ordre de 47 milliards \$\* tout au long de la durée de vie de ce nombre supplémentaire de personnes infectées.

### TUBERCULOSE

Trois millions de moins de personnes atteintes de la tuberculose seront traitées. Un million de vies seraient inutilement perdues.

Une prévalence de cas de tuberculose multirésistante incontrôlable (TBMR) si nous ne traitons pas cette maladie immédiatement pour aussi peu que 30 \$\* par patient. Traiter la TBMR peut coûter 1 000 fois plus

### PALUDISME

La perte de 196 000 vies par année et 430 millions de cas de paludisme qui auraient pu être évités... une perte de 20 milliards \$\* en augmentation du PIB.

*\*Tous les montants sont exprimés en devises américaines.*



# PROGRÈS

Au cours de la dernière décennie, des progrès considérables ont été réalisés dans la lutte contre les trois maladies. Cela a eu des répercussions vitales mesurables encore impensables au tournant du millénaire. En 2000, le traitement antirétroviral (ART) n'était administré qu'à 50 000 personnes en Afrique sub-saharienne. En 2011, ce nombre avait grimpé à plus de sept millions. Parmi les 22 pays les plus touchés par cette maladie, le taux de détection des cas de tuberculose était de 43 % il y a un peu plus de dix ans. Le taux de réussite du traitement n'était que de 67 %. En 2011, le taux de détection grimpait à 66 % et le taux de réussite passait à 87 % (*Fonds mondial 2013*). En 2000, en Afrique sub-saharienne, moins de 5 % des ménages possédaient une moustiquaire imprégnée d'insecticide. En 2010, il s'agissait de 53 % alors que des centaines de millions de moustiquaires de plus étaient distribuées.

Dans le cas du paludisme, ce qui est peut-être encore plus révélateur que le taux de mortalité à lui seul, est que 90 % de ces vies ont été sauvées au cours de cinq années (2006 à 2010) concordant au moment où les fonds consacrés à la lutte contre cette maladie s'intensifiaient par neuf.

Sans une augmentation des ressources consacrées à la lutte contre le paludisme, il y aurait eu 274 millions de cas de plus entre 2001 et 2011 (*OMS 2013 C et Newman 2013*). Les résultats suggèrent que de financer la prévention du paludisme en Afrique au cours de la dernière décennie a considérablement réduit le taux de mortalité infantile attribué à cette maladie.

Ce genre de revalorisation dans plusieurs pays africains contribuera de manière significative à atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement 4 et 6 (Cible 1) pour arrêter et inverser l'incidence du paludisme d'ici 2015. Investir dans la santé mondiale rapporte. Une augmentation progressive prend appui sur les investissements antérieurs obtenant plus de résultats par dollar investi.

Nous devons les progrès réalisés au cours de la dernière décennie dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme à une augmentation importante des ressources des donateurs, principalement, mais pas exclusivement, par l'entremise du Fonds mondial et des ressources nationales investies dans ces domaines. Les pays à faible et

moyen revenu, en particulier dans la foulée de la crise économique mondiale, sont le moteur de l'augmentation globale des dépenses consacrées à la lutte contre ces trois maladies. Cette dite augmentation a non seulement fourni une nouvelle source de financement

essentielle pour les programmes, mais cela signale aussi une plus grande appropriation nationale. Par exemple, dans le cas du VIH, les dépenses nationales ont augmenté de 3,9 milliards \$US en 2005 à près de 8,6 milliards \$US en 2011 (*Fonds mondial 2013*).



Les courbes de mortalité sont une preuve supplémentaire des progrès extraordinaires réalisés dans la lutte contre ces trois maladies:

De 1990 à 2011, le taux de mortalité attribué à la tuberculose a diminué de 41 %. Autrement dit, environ 35 millions de personnes ont été traitées avec succès et 15 millions de vies ont été sauvées.

Entre 2005 et 2011, près d'1,5 million de vies ont été sauvées grâce à l'alignement et à l'intégration de la tuberculose et du VIH. Des approches intégrées ont donné lieu à

des gains importants en matière de santé (*Fonds mondial 2013*).

Entre 2005 et 2011, le nombre de décès attribué au sida a diminué de 24 %.

En ce qui concerne le paludisme, nous estimons que le taux de mortalité mondial a chuté de 26 % entre 2000 et 2010. Au cours de cette période, 1,1 million de vies ont été sauvées. C'est dans les dix pays le plus touchés par le paludisme en 2000 (*OMS 2013 C et Newman 2013*) que plus de la moitié des décès ont été évités.



# NOTRE DÉFI

Selon le Fonds mondial et les partenaires techniques, de 2014 à 2016, il faudra 87 milliards \$US (58 milliards \$ pour le VIH, 15 milliards \$ pour la tuberculose et 14 milliards \$ pour le paludisme) pour atteindre toutes les populations vulnérables des pays à faible ou moyen revenu pouvant se prévaloir du Fonds mondial et des services essentiels pour contrôler ces trois maladies (*Fonds mondial 2013*). Ce niveau de financement nécessite un effort conjoint de tous les partenaires. Cela doit être considéré comme une responsabilité partagée des pays chargés de l'exécution et de la communauté internationale.

Fort d'une contribution de 15 milliards \$US au Fonds mondial, alliée aux engagements nationaux et internationaux, la communauté internationale serait en mesure d'assumer 87 % du financement nécessaire pour lutter contre ces maladies, en 2014-2016. Il faudrait également mobiliser 11 milliards \$US de plus pour combler le déficit de financement global.

Même si les partisans du Fonds mondial soutiennent pleinement cette demande, un certain nombre d'hypothèses et de mises en garde dans la méthodologie ont été utilisées pour évaluer ce besoin. Celles-ci révèlent les raisons pour lesquelles cette cible de 15 milliards \$US doit être considérée comme un minimum absolu, y compris :

- Pour parvenir au point tournant, il faudra investir davantage à court terme pour réaliser des gains à plus long terme par l'entremise, par exemple, des économies qui seront réalisées en évitant le coût des traitements, plus tard. Une insuffisance en investissements nous mettrait à risque

de ne pas atteindre le niveau critique de ressources nécessaires pour réduire considérablement le nombre de nouvelles infections et de décès, intensifiant ainsi la propagation de souches fatales de tuberculose extrêmement résistante aux médicaments.

- Même si les partisans soutiennent une augmentation de l'investissement national, le niveau de financement présumé, soit 37 milliards \$US ou 42 % du total des 87 milliards \$US ciblés, n'en demeurent pas moins une augmentation de 14 milliards \$US comparativement au niveau actuel de 23 milliards \$US. Ceci est extrêmement ambitieux et suggère que le financement national dépassera les tendances récentes au chapitre de l'investissement ainsi que la croissance prévue des dépenses générales gouvernementales. Dans l'ensemble, les ressources financières par habitant pour la santé au niveau domestique sont fonction du PIB d'un pays par habitant. Par conséquent, prédire que les dépenses

totales en matière de santé augmenteront au même rythme ou légèrement plus rapidement que le PIB est plus réaliste. Cela s'apparente davantage au scénario de financement national « faible » plutôt que « moyen » décrit au document portant sur l'évaluation des besoins du Fonds mondial.

- En outre, les hypothèses contenues à l'évaluation des besoins voulant qu'une augmentation du financement en provenance d'autres sources synergiques dans des secteurs de développement plus larges (dans le cas du VIH) et que le niveau de financement du Fonds mondial consacré au sida, à la tuberculose et au paludisme

demeureront à 24 milliards \$US au cours des prochains trois ans est également très optimiste, puisque certains donateurs gèlent ou réduisent leurs budgets d'aide au développement.

- Enfin, la méthodologie suppose que les gains d'efficacité et la diminution substantielle des coûts relatifs au traitement compenseront les coûts supplémentaires connexes à la mise à exécution de nouvelles lignes directrices de l'OMS en matière de traitement du VIH et de la revalorisation de nouveaux outils de diagnostic et de traitement de la tuberculose. Selon les partisans, c'est faire preuve de trop d'optimisme.

# IMPACT DES INVESTISSEMENTS CONTENUS

La communauté internationale dispose des outils nécessaires pour éliminer trois des plus importantes épidémies grâce à une intégration intelligente des investissements stratégiques dans le secteur de la prévention et du traitement, des soins et du soutien, de la défense, des droits de la personne et des efforts de mobilisation communautaire. Il est impératif d'accroître le financement pour maintenir les gains réalisés, particulièrement au cours des dernières années de la décennie antérieure, pour parvenir au point tournant pour vaincre ces trois maladies.

Il est important que la communauté internationale voie à ce que les épidémies ne viennent pas renverser les gains des dix dernières années. Tout simplement maintenir les niveaux actuels de financement ne nous stabilisera pas. Cela nous ferait plutôt reculer. Une résurgence de ces maladies ne fera qu'accroître les coûts au-delà de toute gamme abordable. Cela est irresponsable et irrationnel du point de vue moral et économique.

Un financement insuffisant entraînera :

- La transmission continue de la maladie, d'où un taux de prévalence plus élevé ce qui exigera des efforts beaucoup plus longs et plus coûteux.
- Des lacunes dans les efforts de contrôle susceptibles d'avoir de grandes conséquences en termes de mortalité, comme ce fut le cas autrefois en ce qui a trait au paludisme. Selon un examen récent des cas de résurgence de cette maladie effectué dans 61 pays entre les années 1930 et 2000, l'affaiblissement des programmes de lutte contre le paludisme a été un facteur sine qua non. Les contraintes au niveau des ressources étaient la cause la plus fréquente (*Cohen, et al 2013*).
- En outre, un financement inadéquat réduira la vigilance, ce qui se traduira par une augmentation de la résistance aux médicaments des trois maladies. En 2011 seulement, on estimait à 630 000 le nombre de cas de tuberculose multirésistante, plus difficile à détecter et plus dispendieuse à traiter.
- Une perte de confiance dans le Fonds mondial et une atteinte à la croyance populaire voulant que l'on puisse vaincre le VIH, la tuberculose et le paludisme.





## LE PALUDISME : L'IMPACT DE LA RÉSISTANCE AUX MÉDICAMENTS ET AUX INSECTICIDES

La résistance aux médicaments antipaludiques et aux insecticides est un autre exemple. Jusqu'à présent, la résistance aux artémisinines (une composante du traitement préférentiel de première ligne contre le paludisme) a été constatée dans quatre pays de l'Asie du sud-est. La résistance des moustiques aux insecticides a été constatée dans 64 pays à travers le monde. Si la résistance aux artémisinines devait se manifester dans d'autres régions, les coûts de gestion augmenteraient de façon spectaculaire, en particulier si les incidences de transmission de la maladie dans la région affectée sont élevées. Pour contenir la résistance, il faut réduire le déficit de financement. Ceci nécessite un plus grand engagement mondial et national. Les parties prenantes devront aussi y porter davantage d'attention et coopérer. L'échec des insecticides pyréthroïdes contre le paludisme pourrait causer environ 259 000 décès infantiles dans la région africaine couverte par l'OMS, chaque année.



# RAISONS POUR LESQUELLES IL FAUT INVESTIR DÈS MAINTENANT

Si nous voulons protéger les acquis et faire progresser la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, il faut entièrement reconstituer le Fonds mondial, soit investir au moins 15 milliards \$US en 2014-2016.

# LE VIH/SIDA

Si le financement alloué au VIH devait demeurer constant au niveau d'aujourd'hui, nous constaterions 2,6 millions de nouvelles infections par année, soit une moyenne de 1,3 million de plus chaque année, de 2014 à 2016 (par rapport à une revalorisation). Ne pas investir maintenant équivaut essentiellement à une réduction des économies nettes à long terme, puisque le financement requis en 2014-2016 sera largement compensé par les économies engagées pour avoir évité, plus tard, les coûts de traitement des infections excédentaires ou supplémentaires (*Fonds mondial 2013*). À 515 \$US par patient, par année, et 22 ans de survie, le coût du traitement à vie (actualisé à 3 %) sera de 12 000 \$US de plus par patient.<sup>2</sup> (*Stover et al 2013, et Schwartländer et al 2011*). Donc, aux niveaux actuels, traiter à vie les 3,9 millions d'infections évitables entre 2014 et 2016 coûterait environ 47 milliards \$US.<sup>3</sup>

Des gains seront également réalisés en raison de l'effet de l'ART sur la réduction de l'infectiosité et de la prévention de la transmission de la maladie. Si, comme le montrent des études récentes, l'ART réduit la contagiosité d'environ 70 %, il s'ensuit que le nombre d'infections ainsi évitées par personne atteinte du VIH sera 0,052 comparativement à 0,074, si le traitement n'est pas administré

(*Stover, et al 2013*). Éviter les infections inutiles, allié à une réduction du taux de transmission, aura un impact considérable sur la lutte contre le sida, au point de vue humain et économique.

À long terme, traiter le sida sera de plus en plus abordable au fur et à mesure que les prix baissent et que les économies,

---

2. Le calcul est basé sur le document de travail de Stover et al. (2013) intitulé *How can we get to zero? The role of new technologies and strategic investment approaches for an effective response to AIDS*. Un coût annuel de 515 \$ par patient traité a été utilisé, basé sur un prix moyen pondéré en 2011 de 145 \$ pour les deux premières ARVs (*OMS 2011*) et de 222 \$ pour la prestation de services et la surveillance (*Menzies 2012*), plus une majoration de 40 % des frais d'administration, de logistiques, de formation, de planification, etc. surpassant le niveau de l'établissement. On peut réduire le coût par patient traité, plus tard, lorsque le traitement est rendu plus efficace en réduisant les visites et les tests en laboratoire. Mais, ces réductions pourraient être compensées par une hausse salariale et autres coûts de santé, en particulier dans les pays à forte croissance économique.

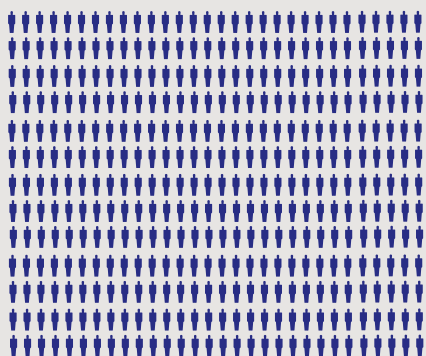
3. Le ratio avantages-coûts du traitement est de 3,3 lorsqu'une année de vie est évaluée à 1 000 \$US et de 16 lorsqu'elle est évaluée à 5 000 \$US (*Stover, 2011*).

particulièrement en Afrique, croissent.

Selon les simulations, après 2020, la ligne consacrée au traitement du sida contenue

aux budgets de santé africains commencera à diminuer, ce qui permettra aux pays africains de financer le traitement de leurs propres citoyens (*Over and Garnett 2011*).

Si le financement mondial devait ralentir, on pourrait s'attendre à 3,9 millions d'infections au VIH de plus que si nous le revalorisions complètement.



10 000 personnes

Traiter, sur la durée de vie, les 3,9 millions d'infections inutiles et évitables, de 2014 à 2016, coûterait près de 47 milliards \$\*.



Un milliard \$\*

\*Tous les montants sont exprimés en devises américaines.

# LA TUBERCULOSE

Le Fonds mondial assume plus de 80 % de tout le financement externe (donateur) de la lutte contre la tuberculose. En l'absence d'autres grands volets de financement international, le Fonds mondial a un rôle primordial à jouer dans le maintien des progrès réalisés dans ce domaine et pour en assurer de nouveaux partout au monde (*Fonds mondial 2013*).

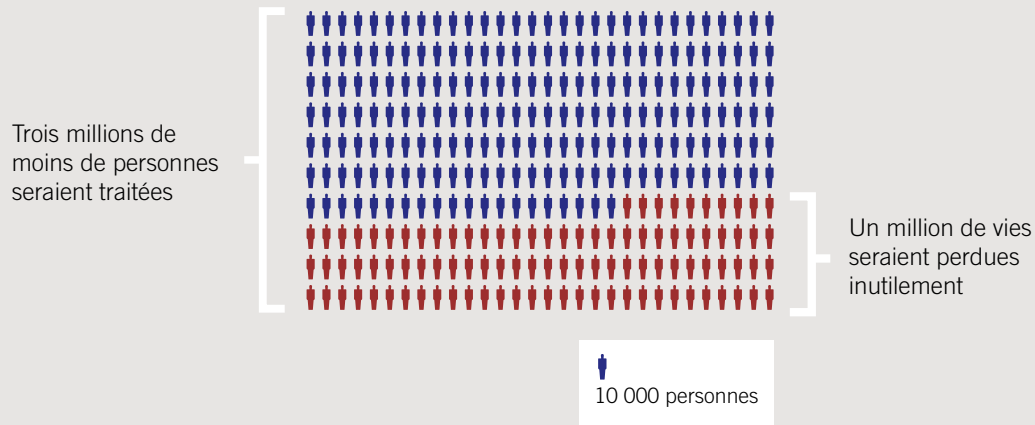


## L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES SUR NEW YORK ET LA TUBERCULOSE : LA RÉDUCTION DU FINANCEMENT A ENTRAÎNÉ UNE AUGMENTATION DU TAUX D'INCIDENCE

« Nous aurions intérêt à nous rappeler la ville de New York à la fin des années 1980 alors qu'une résurgence inquiétante de la tuberculose a été provoquée par une forte baisse du financement et une grande inattention (BMJ 1998). En sept ans seulement, de 1984 à 1991, le taux d'incidence de la tuberculose a plus que doublé dans la ville causant des souffrances humaines considérables. Ce sous-investissement a coûté à la ville plus d'un milliard \$US pour ramener la situation sous contrôle. Même dans les pays riches, une fragmentation de l'infrastructure en santé, alliée à une réduction des investissements et à un manque de concentration et de priorisation, peut être désastreuse. Bien que le problème dans la ville de New York a été aggravé par l'itinérance, la pauvreté et la toxicomanie, nous avons appris qu'en orientant les ressources vers des programmes ciblés et les groupes vulnérables, il est possible de contrôler la maladie et d'éviter de nouvelles souffrances. La pauvreté demeure l'un des principaux moteurs de la maladie à travers le monde » (*Nations Unies, 2013*).



Si le financement mondial pour la lutte contre la tuberculose devait ralentir au cours de la période de financement sur trois ans.



Bien qu'à l'échelle mondiale, près de 65 % du financement consacré à la lutte contre la tuberculose provienne de sources domestiques, plus de 60 % des budgets de dix des 18 pays admissibles les plus touchés par cette maladie sont actuellement couverts par le Fonds mondial (*Fonds mondial 2013*). Il faudrait utiliser le nouveau financement devant provenir de la reconstitution pour tirer parti des investissements nationaux, à l'avenir.

Mondialement, les pays africains seront les plus touchés par un ralentissement de la reconstitution du FM. Au cours des dix dernières années, le Fonds mondial a contribué 2,4 milliards \$US aux programmes de lutte contre la tuberculose dans cette région. Selon la récente évaluation des besoins, des 1,6 milliards \$US nécessaires, chaque année, pour lutter contre la tuberculose dans les pays admissibles au FM, 900 millions \$US sont affectés aux pays africains. Il est donc nécessaire d'augmenter le financement actuel par quatre. Nous devons combler cette lacune et soutenir cette région, où surviennent 40 % de tous les décès attribués à la tuberculose.

Des neuf millions de cas estimés de tuberculose dans le monde en 2012, seuls six millions ont été diagnostiqués et traités. Donc, environ trois millions de personnes atteintes de cette maladie n'ont été ni diagnostiquées, ni traitées. Ou encore, leur maladie n'a pas été déclarée. On estime aussi que ces trois millions de personnes en ont infecté d'autres à un rythme de jusqu'à 10 cas par personne, par an (*Styblo 1985*).

Augmenter le financement de la lutte contre la tuberculose nous permettrait de traiter 17 millions de patients atteints de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante dans les pays admissibles au Fonds mondial, entre 2014 et 2016. Grâce à un meilleur accès au traitement, presque six millions de vies pourraient être sauvées dans ces trois ans. Par contre, si le financement mondial devait ralentir au cours de cette même période, seules 14 millions de personnes environ seraient traitées. Par conséquent, un million de vies de moins seraient sauvées (*Fonds mondial 2013*).



## LA TUBERCULOSE : L'IMPACT DE LA RÉSISTANCE AUX MÉDICAMENTS

En ce qui concerne la tuberculose multirésistante, les chiffres sont renversants. On a estimé à 630 000 le nombre de cas de TBMR en 2012. Cependant, moins de 60 000 personnes ont été diagnostiquées et traitées. Donc, environ 570 000 personnes propagent la maladie à un rythme de quatre cas par personne, par an (*Lengeler 2009*). Il est à noter qu'il existe un bassin de deux milliards de personnes atteintes de tuberculose latente dans le monde qui sont à risque de tuberculose active.

La prolifération de services inadéquats, des cabinets de médecine familiale non-étayés et un auto-traitement incorrect se traduiront par une catastrophe humanitaire encore plus grande. Traiter les personnes atteintes de tuberculose dans les pays industrialisés coûte 2 000 \$US par patient. Mais, ceci grimpe de plus d'un centuple, jusqu'à 250 000 \$US par patient atteint de tuberculose multirésistante. Dans d'autres parties du monde où règne la tuberculose multirésistante, il en coûte en moyenne 50 000 \$US pour traiter avec succès un patient qui en est atteint.<sup>4</sup>

Traiter un cas de tuberculose multirésistante est exorbitant. Mais, un approvisionnement en médicaments de six mois pour traiter efficacement un cas de tuberculose ordinaire ne coûte que 30 \$US. Ce dit traitement peut empêcher une TBMR fatale beaucoup plus coûteuse, d'où une grande économie. Le choix est clair.

Soit nous assurons la revalorisation et une couverture adéquate du traitement et de la prévention de la tuberculose, soit nous risquons une incidence de tuberculose multirésistante pratiquement incontrôlable, plus tard.



---

4. Mondialement, le coût de l'AVCI est de 50 \$US par patient atteint de tuberculose sous DOTS, comparativement à jusqu'à 800 \$US par AVCI non administré, en cas de tuberculose multirésistante (*Raviglione 2013*).

# LE PALUDISME

En comparaison à la trajectoire de financement actuel, une revalorisation rapide pourrait sauver 196 000 vies par année, éviter plus de 430 millions de cas de paludisme supplémentaires, libérer jusqu'à 427 000 lits d'hôpitaux en Afrique sub-saharienne et augmenter le PIB annuel de l'Afrique par plus de 20 milliards \$ sur cinq ans (*Fonds mondial 2013, Malaria No More et McKinsey 2008*). Nous pourrions en outre sauver deux fois plus de vies pour chaque dollar dépensé. Procéder rapidement à une revalorisation servira de tremplin pour réaliser l'objectif ultime visant à éradiquer le paludisme. À l'instar des autres maladies, il faudrait nous doter d'un vaccin efficace aux fins d'éradication.



De 1930 à 2000, l'affaiblissement des programmes de lutte contre le paludisme suite à des perturbations de financement constituait la cause la plus courante de résurgence (*Cohen, et al 2012*).

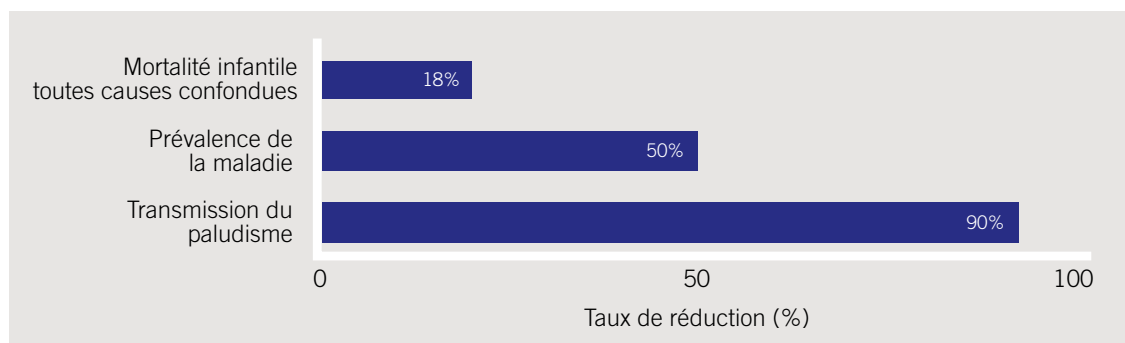


Si le financement n'est pas soutenu, la couverture des moustiquaires imprégnées d'insecticides pourrait diminuer en raison de la croissance de la population.

Le nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticides distribuées en 2011 et 2012 ne suffit pas pour protéger toutes les populations à risque ou pour remplacer entièrement celles ayant été distribuées trois ans plus tôt. On peut s'attendre à une résurgence des cas de paludisme et de maladies si la couverture des moustiquaires n'est ni soutenue, ni augmentée (*Fonds mondial 2013*).

La continuité de la couverture des mesures de prévention joue un rôle important dans le contrôle du paludisme, car elle a un impact direct sur la résurgence éventuelle de l'épidémie. Les effets bénéfiques suivants de la couverture universelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les régions à forte transmission du paludisme ont été démontrés :



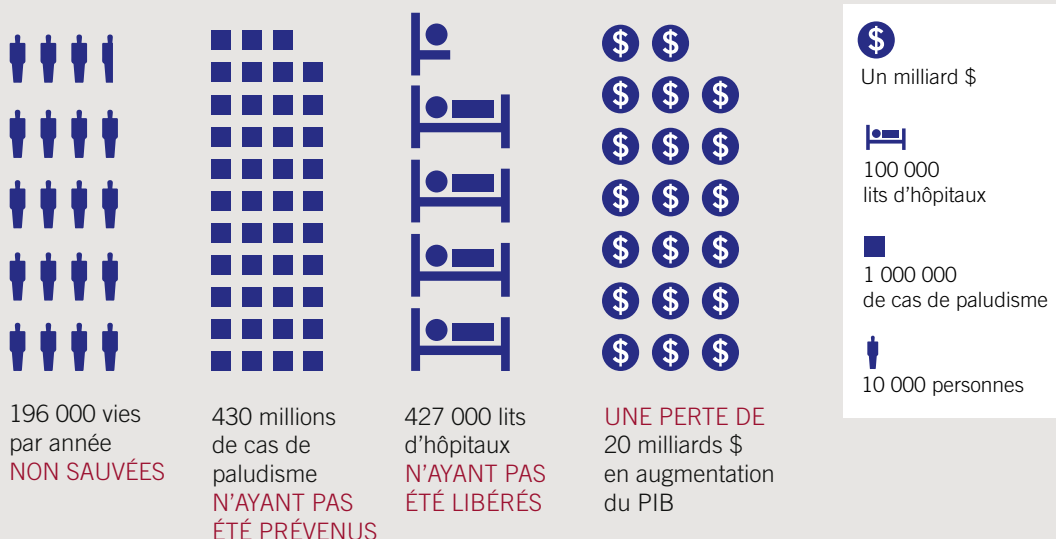


Le paludisme dans les zones de forte transmission est un écosystème très robuste qui rebondit rapidement aux niveaux de transmission antérieurs une fois que la couverture des mesures de prévention comme la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations (IRS) ou les moustiquaires imprégnées de longue durée (MILD) est abandonnée. On peut s'attendre à ce que le taux de mortalité attribué au paludisme revienne aux niveaux antérieurs en cas de non-intervention. Par

conséquent, il nous faut craindre une hausse substantielle des taux de mortalité infantile. Il est donc d'une importance primordiale d'élargir les niveaux de couverture de MILD à une couverture universelle et de la maintenir à ce niveau dans un avenir prévisible dans toutes les zones où la transmission du paludisme ne peut être interrompue. Le financement durable dans ces pays est essentiel. Sinon, les milliards de dollars investis depuis 2002 auront été en vain. (OMS 2013 C; Cohen, et al 2013 et; Malaria no More etMcKinsey Company 2008)

## LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME : L'IMPACT D'UN FINANCEMENT CONTENU

Si le financement de la lutte contre le paludisme devrait être contenu, cela signifierait :

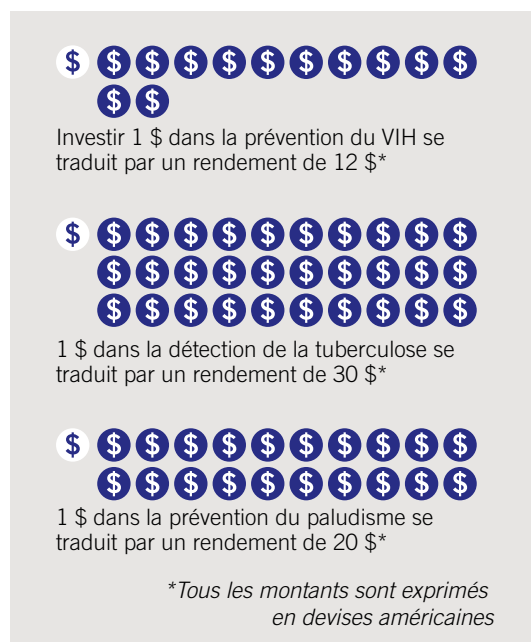


\*Tous les montants exprimés sont en devises américaines.

# CONCLUSION

Notre responsabilité humanitaire et morale envers la reconstitution complète du Fonds mondial ne fait aucun doute. Le revaloriser rapidement comporte aussi un rapport coûts-avantages indéniable et une raison d'être économique. Ce serait beaucoup plus rentable que de s'en tenir au processus de financement actuel. Les avantages sanitaires et économiques seraient nettement supérieurs.

*(Basu, et al 2009)*



Nous ne pouvons pas être complaisants. Nous ne pouvons pas nous permettre de perdre notre élan. Tout manque de concentration et d'investissements aujourd'hui sera cause de dépenses catastrophique, d'infections inutiles et de perte de vie, plus tard.

Le Fonds mondial est la pièce centrale du casse-tête, le moteur du partenariat multi-intervenants mondial de plus en plus efficace pour vaincre le VIH, la tuberculose et le paludisme. C'est ce partenariat exhaustif et novateur qui a donné lieu à des résultats. Il mérite donc d'être entièrement financé pour que nous puissions éviter des millions de morts inutiles et des investissements beaucoup plus élevés plus tard.

# BIBLIOGRAPHIE

- Basu, S., et al. (2009). *Averting epidemics of extensively drug-resistant tuberculosis*. Proc Natl Acad Sci USA, 106 (18), p. 7672 – 7
- La fondation Bill et Melinda Gates (2013). Santé à l'ordre du jour après 2015.
- BMJ (1988). *Lessons from New York's tuberculosis epidemic*. 317 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.317.7159.616>. Publié le 5 septembre 1998.
- CDC, 2011. *Winnable Battles - HIV. Toolkit*. <http://www.cdc.gov/winnablebattles/hiv/index.html>
- Cohen, J. et al. (2012). *Malaria resurgence: a systematic review and assessment of its causes*. <http://www.malariajournal.com/content/11/1/122>
- Eisele, T.P. et al. (2012). *Estimates of child deaths prevented from malaria prevention scale-up in Africa 2001-2010* *Malaria Journal* 2012,11:93. <http://www.malariajournal.com/content/11/1/93>
- Fonds mondial. (Avril 2013.) Évaluation des besoins: quatrième reconstitution (2014 – 2016).
- Fonds mondial, 2012. *Strategic Investments for Impact. Global Fund Results Report 2012*.
- KNCV, 2008. *Tools to estimate patients' costs. Literature Review/Document de discussion*
- Lengeler, C. (2009). *Insecticide-treated bed nets and curtains for preventing malaria*. Examen préparé et maintenu par la Collaboration Cochrane. Publié en 2009, Numéro 2
- Malaria No More* et *McKinsey & Company* au nom du Partenariat visant à faire reculer le paludisme (2008). *We can't afford to wait. The Business Case for Rapid Scale-up of Malaria Control in Africa Updated numbers of the report*
- Menzies NA, Berruti AA, Blandford JM (2012). *The Determinants of HIV Treatment Costs in Resource Limited Settings* *PLoS ONE* 7(11): e48726.doi: 10.1371/journal.pone.0048726

- Newman, R. (2013). Présentation faite à Bruxelles, le 10 avril 2013. *Consensus Center, Copenhague / RUSH Foundation, Suisse*
- Over, M. and Garnett, G. (2011). Document d'évaluation. *Treatment. Rethink HIV Research Paper. Copenhagen Consensus Center/RUSH*
- Pooran, A. et al. (2013). *What is the Cost of Diagnosis and Management of Drug Resistant Tuberculosis in South Africa? PLoS One. 2013; 8(1): e54587.10.1371/journal.pone.0054587*
- Raviglione, M. (2013). *Tuberculosis Demand Forecast. Présentation faite à Bruxelles, le 10 avril 2013*
- Roberfroid, A. (2000). *Tuberculosis - Women and Children Can No Longer Wait. Statement at the Ministerial Conference on TB and Sustainable Development, le 24 mars 2000*
- Schwartländer et al (2011). *Towards an improved investment approach for an effective response to AIDS; Lancet, supplementary web appendix. Mai 2011*
- Stover, J. et al. (2013, document de travail). *How can we get to zero? The role of new technologies and strategic investment approaches for an effective response to AIDS.*
- Stover, J. (2011). *Perspective paper: Treatment. Rethink HIV Research Paper. Copenhagen Consensus Center, Copenhague / RUSH Foundation, Suisse*
- Styblo, K. (1985) *The relationship between the risk of tuberculosis infection and the risk of developing infectious tuberculosis. Bull. Int Union Tuberc Lung Dis, 1985. 60:p, 117-9*
- Nations Unies (2013). *A New Global Partnership: Eradicate poverty and transform economies through sustainable Development. The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda*
- OMS (2013) A. *Cost-effectiveness of TB prevention, care, and control in low- and middle-income countries.*
- OMS (2013) B. *Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*
- OMS (2013) C. *Rapport 2012 sur la lutte contre le paludisme dans le monde*
- OMS (2013). *Statistiques sanitaires mondiales 2013*
- OMS (2011). *Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access. Rapport d'étape, 2011, OMS, ONUSIDA, UNICEF.*
- OMS (2011). *The World Health Report 2010. Health Systems Financing. The path to universal coverage*

## International Civil Society Support

Eerste Helmersstraat 17B-3  
1054 CX Amsterdam  
Les Pays-Bas