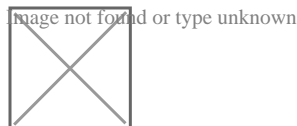




Independent observer
of the Global Fund

aidspan-logo Les leaders mondiaux de la santé discutent comment « mettre fin » au sida dans le contexte de la couverture sanitaire universelle



De gauche à droite : Robert Matiru (UNITAID), Khuat Thi Hai Oanh (Centre vietnamien d'appui aux initiatives de développement communautaire), Peter Sands (Fonds mondial), David Sergeenko (gouvernement de Géorgie), JVR Prasada Rao (Commission mondiale sur le VIH et le droit). Photo de Charlie Baran.

« La moitié de la population mondiale n'a pas accès à des services de santé de qualité », et « nous ne sommes pas en voie d'atteindre les cibles relatives au VIH » furent deux des constats du Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus (généralement connu sous le nom de Dr Tedros), Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, à l'ouverture d'une séance parallèle à la conférence internationale sur le sida du mois dernier à Amsterdam. Le Dr Tedros avait pour objectif au cours de cette séance de relier les deux défis que représentent l'élimination de l'épidémie de VIH et la réalisation de la couverture sanitaire universelle, objets de la [séance](#) , intitulée « Élimination de l'épidémie de sida sur la voie de la couverture sanitaire universelle ».

La séance de haut niveau, qui s'est tenue directement avant la cérémonie d'ouverture de la conférence, le lundi 23 juillet, résumait bien un des principaux thèmes de la conférence, comme nous l'avons repris dans le [numéro 70 de l'OFM](#), à savoir que la réussite de la riposte au VIH sera étroitement liée à la réussite de la couverture sanitaire universelle.

Le Dr Tedros a décrit un plan en six points destiné à synchroniser la riposte au VIH et les efforts en matière de couverture sanitaire universelle. Premièrement, la couverture sanitaire universelle doit être éclairée par l'évolution des ripostes au VIH et à l'hépatite virale. Deuxièmement, les stratégies nationales de lutte contre le VIH doivent être intégrées aux programmes nationaux de soins de santé, le fondement de ces programmes étant des systèmes plus robustes et davantage axés sur les services primaires. Troisièmement, les pays doivent définir les services de lutte contre le VIH de qualité à inclure dans les plans de couverture sanitaire universelle. À cet égard, le Dr Tedros a insisté sur le fait que « Tout le monde doit avoir accès aux services anti-VIH, peu importe qui il ou elle est ». Quatrièmement, la couverture sanitaire universelle doit être axée sur la personne. Ce point est rattaché au troisième principe de l'appel à l'action de 2017 de l'OMS en matière de couverture sanitaire universelle : [Together on the Road to Universal Health Coverage](#) (Ensemble sur la voie de la couverture sanitaire universelle). Cinquièmement, les systèmes de santé doivent avoir un ensemble de services gratuits au point de prestation, afin de lever l'obstacle que représentent les paiements à la charge des patients. Et sixième et dernier point, « pour mettre fin aux épidémies, nous aurons besoin de nouvelles technologies et interventions ».

Trois intervenants aux perspectives plus nationales ont pris la parole après le Dr Tedros, originaires d'Afrique du Sud, d'Inde et de Géorgie. Le premier était Aaron Motsoaledi, ministre de la santé d'Afrique du Sud. Selon lui, « le concept de la couverture sanitaire universelle est arrivé au bon moment ». M. Motsoaledi a décrit la situation de son pays, qui a la plus grande épidémie de VIH du monde, et où deux systèmes de santé existent en parallèle. « Un système privé, de qualité supérieure à n'importe quel système de santé d'Europe. Et un système public, qui, comme tous les systèmes de santé publics d'Afrique, affiche d'énormes inégalités. » De son point de vue, les efforts en matière de couverture sanitaire universelle aideront à réduire les écarts entre les systèmes de santé de son pays.

L'intervenant suivant, l'Indien JVR Prasada Rao, a poursuivi sur le thème des deux systèmes de santé lancé par M. Motsoaledi. D'après M. Rao, qui siège à la [Commission mondiale sur le VIH et le droit](#), « la couverture sanitaire universelle n'inclut pas le secteur privé ». Il semblait faire allusion au fait que le mouvement mondial en faveur de la couverture sanitaire universelle est en grande partie soutenu par les pouvoirs publics, les ONG, la société civile et les institutions multilatérales, mais ne bénéficie pas encore d'un engagement ferme des entreprises et du secteur privé. Cela représente un problème pour M. Rao, car en Inde, le point d'accès aux services de santé passe à soixante pour cent par le secteur privé. Il a ainsi décrit une situation où, tout comme en Afrique du Sud, les plus privilégiés ont accès au système de santé privé, qui offre des soins de meilleure qualité, tandis que les autres doivent se contenter du système public. La distinction elle-même peut entraver l'accès aux services. Comme l'a décrit M. Rao, « dans certains pays en développement, le système de santé lui-même constitue un instrument de stigmatisation pour les démunis ». Comblé le fossé entre les deux s'avèrera crucial, a-t-il déclaré.

La troisième personne à prendre la parole fut M. David Sergeenko, ministre des déplacés internes des territoires occupés, du travail, de la santé et des affaires sociales. La couverture sanitaire universelle est la politique nationale de la Géorgie, lancée en 2012 et opérationnelle depuis 2013. Bien que son pays soit relativement petit, M. Sergeenko estime qu'il constitue un exemple à étudier pour d'autres pays. Bien que son intervention se soit centrée sur les efforts de son pays en vue de maîtriser le virus de l'hépatite C et le VIH, il a tout de même pu mettre en avant certains des avantages généraux de la couverture sanitaire universelle. Ainsi, depuis 2012, les dépenses à la charge des patients ont diminué de manière significative proportionnellement aux dépenses de santé totales, et dans le même temps les consultations de patients dans les centres de santé publics ont pratiquement doublé, signe d'une augmentation du nombre de consultations de bien-être et de traitement, deux indicateurs clés d'amélioration des résultats sanitaires (voir la Figure 1).

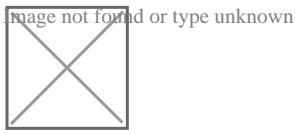
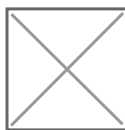


Figure 1. Programme de soins de santé universels de la Géorgie, dépenses à la charge des patients.

Peter Sands, le nouveau Directeur exécutif du Fonds mondial, a ensuite pris la parole, ramenant la discussion à une perspective mondiale. Il a abordé deux thèmes principaux : la relation entre l'élimination du VIH et la couverture sanitaire universelle, et [les ressources nécessaires pour réaliser ces deux objectifs](#). Comme nous l'avons déjà mentionné dans le [numéro 70 de l'OFM](#), M. Sands a exprimé l'idée suivante : « Je pense que la dichotomie entre « devons-nous instaurer la couverture sanitaire universelle ou mettre fin aux épidémies » n'est qu'apparente ». Nous ne parviendrons pas à mettre fin à l'épidémie de VIH sans mettre en place une plateforme de couverture sanitaire universelle. » M. Sands a été très clair quant au fait que les deux vont désormais la main dans la main. Il a toutefois reconnu un des risques les plus regrettables de la couverture sanitaire universelle, à savoir que les personnes marginalisées, que la riposte au VIH a travaillé d'arrache-pied pour garder au centre des interventions, pourraient se voir laissées pour compte par la couverture sanitaire universelle. Nous ne pouvons pas laisser ça arriver, a déclaré M. Sands. « Une plateforme de couverture sanitaire universelle qui n'inclut pas les populations clés n'est pas universelle . »

Mme Khuat Thi Hi Oanh, qui dirige le [Centre vietnamien d'appui aux initiatives de développement communautaires](#) (SCDI), a pris la parole après M. Sands. Lançant un message humoristique mais également poignant aux organisateurs de la séance, Mme Oanh a commencé son intervention par ces mots : « Je me sens vraiment spéciale, étant la seule femme et la seule représentante de la société civile ». Le SCDI est une ONG vietnamienne qui promeut le bien-être des communautés vulnérables et marginalisées. Elle s'est fait l'écho de l'inquiétude de M. Sands concernant les populations clés : « Les personnes les plus touchées par le VIH, la tuberculose et le paludisme sont celles qui risquent le plus d'être laissées pour compte par la couverture sanitaire universelle ». Selon elle, les personnes vivant avec le VIH ont désespérément besoin de la couverture sanitaire universelle, parce qu'elles « meurent de nombreuses autres affections, comme l'hépatite C ou une overdose ». Néanmoins, Mme Oanh pense que la riposte au VIH a beaucoup à offrir au mouvement de la couverture sanitaire universelle : « Je voudrais appeler mes collègues défenseurs de la lutte contre le VIH à mettre notre expérience, notre savoir-faire et notre sagesse au profit de la couverture sanitaire universelle ».

Mme Oanh a conclu sa présentation par une réflexion sur l'histoire, et une idée pour assurer la réussite du mouvement de la couverture sanitaire universelle. « Nous ne voulons pas d'un autre Alma Ata », a-t-elle déclaré, en référence au sommet de 1978 sur la santé mondiale qui avait réclamé la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2000. Cette année marque le quarantième anniversaire de ce sommet ambitieux, dont le principal appel à l'action est loin d'être une réalité aujourd'hui. « Nous avons 18 ans de retard ! », s'est lamentée Mme Oanh. Elle a audacieusement évoqué une décision qui pourrait fournir un appui financier et politique urgent au mouvement de la couverture sanitaire universelle. Se tournant vers Peter Sands et s'adressant directement à lui, elle a conclu : « Si vous pouviez faire [de l'appui à la couverture sanitaire universelle] une politique du Fonds mondial, cela aurait un impact considérable ».



De gauche à droite : Robert Matiru (UNITAID), Khuat Thi Hai Oanh (Centre vietnamien d'appui aux initiatives de développement communautaire), Peter Sands (Fonds mondial), David Sergeenko (gouvernement de Géorgie), JVR Prasada Rao (Commission mondiale sur le VIH et le droit). Photo de Charlie Baran.

« La moitié de la population mondiale n'a pas accès à des services de santé de qualité », et « nous ne sommes pas en voie d'atteindre les cibles relatives au VIH » furent deux des constats du Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus (généralement connu sous le nom de Dr Tedros), Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, à l'ouverture d'une séance parallèle à la conférence internationale sur le sida du mois dernier à Amsterdam. Le Dr Tedros avait pour objectif au cours de cette séance de relier les deux défis que représentent l'élimination de l'épidémie de VIH et la réalisation de la couverture sanitaire universelle, objets de la [séance](#), intitulée « Élimination de l'épidémie de sida sur la voie de la couverture sanitaire universelle ».

La séance de haut niveau, qui s'est tenue directement avant la cérémonie d'ouverture de la conférence, le lundi 23 juillet, résumait bien un des principaux thèmes de la conférence, comme nous l'avons repris dans le [numéro 70 de l'OFM](#), à savoir que la réussite de la riposte au VIH sera étroitement liée à la réussite de la couverture sanitaire universelle.

Le Dr Tedros a décrit un plan en six points destiné à synchroniser la riposte au VIH et les efforts en matière de couverture sanitaire universelle. Premièrement, la couverture sanitaire universelle doit être éclairée par l'évolution des ripostes au VIH et à l'hépatite virale. Deuxièmement, les stratégies nationales de lutte contre le VIH doivent être intégrées aux programmes nationaux de soins de santé, le fondement de ces programmes étant des systèmes plus robustes et davantage axés sur les services primaires. Troisièmement, les pays doivent définir les services de lutte contre le VIH de qualité à inclure dans les plans de couverture sanitaire universelle. À cet égard, le Dr Tedros a insisté sur le fait que « Tout le monde doit avoir accès aux services anti-VIH, peu importe qui il ou elle est ». Quatrièmement, la couverture sanitaire universelle doit être axée sur la personne. Ce point est rattaché au troisième principe de l'appel à l'action de 2017 de l'OMS en matière de couverture sanitaire universelle : [Together on the Road to Universal Health Coverage](#) (Ensemble sur la voie de la couverture sanitaire universelle). Cinquièmement, les systèmes de santé doivent avoir un ensemble de services gratuits au point de prestation, afin de lever l'obstacle que représentent les paiements à la charge des patients. Et sixième et dernier point, « pour mettre fin aux épidémies, nous aurons besoin de nouvelles technologies et interventions ».

Trois intervenants aux perspectives plus nationales ont pris la parole après le Dr Tedros, originaires d'Afrique du Sud, d'Inde et de Géorgie. Le premier était Aaron Motsoaledi, ministre de la santé d'Afrique du Sud. Selon lui, « le concept de la couverture sanitaire universelle est arrivé au bon moment ». M. Motsoaledi a décrit la situation de son pays, qui a la plus grande épidémie de VIH du monde, et où deux systèmes de santé existent en parallèle. « Un système privé, de qualité supérieure à n'importe quel système de santé d'Europe. Et un système public, qui, comme tous les systèmes de santé publics d'Afrique, affiche d'énormes inégalités. » De son point de vue, les efforts en matière de couverture sanitaire universelle aideront à réduire les écarts entre les systèmes de santé de son pays.

L'intervenant suivant, l'Indien JVR Prasada Rao, a poursuivi sur le thème des deux systèmes de santé lancé par M. Motsoaledi. D'après M. Rao, qui siège à la [Commission mondiale sur le VIH et le droit](#), « la couverture sanitaire universelle n'inclut pas le secteur privé ». Il semblait faire allusion au fait que le mouvement mondial en faveur de la couverture sanitaire universelle est en grande partie soutenu par les pouvoirs publics, les ONG, la société civile et les institutions multilatérales, mais ne bénéficie pas encore d'un engagement ferme des entreprises et du secteur privé. Cela représente un problème pour M. Rao, car en Inde, le point d'accès aux services de santé passe à soixante pour cent par le secteur privé. Il a ainsi décrit une situation où, tout comme en Afrique du Sud, les plus privilégiés ont accès au système de santé privé, qui offre des soins de meilleure qualité, tandis que les autres doivent se contenter du système public. La distinction elle-même peut entraver l'accès aux services. Comme l'a décrit M. Rao, « dans certains pays en développement, le système de santé lui-même constitue un instrument de stigmatisation pour les démunis ». Comblé le fossé entre les deux s'avèrera crucial, a-t-il déclaré.

La troisième personne à prendre la parole fut M. David Sergeenko, ministre des déplacés internes des territoires

occupés, du travail, de la santé et des affaires sociales. La couverture sanitaire universelle est la politique nationale de la Géorgie, lancée en 2012 et opérationnelle depuis 2013. Bien que son pays soit relativement petit, M. Sergeenko estime qu'il constitue un exemple à étudier pour d'autres pays. Bien que son intervention se soit centrée sur les efforts de son pays en vue de maîtriser le virus de l'hépatite C et le VIH, il a tout de même pu mettre en avant certains des avantages généraux de la couverture sanitaire universelle. Ainsi, depuis 2012, les dépenses à la charge des patients ont diminué de manière significative proportionnellement aux dépenses de santé totales, et dans le même temps les consultations de patients dans les centres de santé publics ont pratiquement doublé, signe d'une augmentation du nombre de consultations de bien-être et de traitement, deux indicateurs clés d'amélioration des résultats sanitaires (voir la Figure 1).

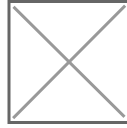


Figure 1. Programme de soins de santé universels de la Géorgie, dépenses à la charge des patients.

Peter Sands, le nouveau Directeur exécutif du Fonds mondial, a ensuite pris la parole, ramenant la discussion à une perspective mondiale. Il a abordé deux thèmes principaux : la relation entre l'élimination du VIH et la couverture sanitaire universelle, et [les ressources nécessaires pour réaliser ces deux objectifs](#). Comme nous l'avons déjà mentionné dans le [numéro 70 de l'OFM](#), M. Sands a exprimé l'idée suivante : « Je pense que la dichotomie entre « devons-nous instaurer la couverture sanitaire universelle ou mettre fin aux épidémies » n'est qu'apparente ». Nous ne parviendrons pas à mettre fin à l'épidémie de VIH sans mettre en place une plateforme de couverture sanitaire universelle. » M. Sands a été très clair quant au fait que les deux vont désormais la main dans la main. Il a toutefois reconnu un des risques les plus regrettables de la couverture sanitaire universelle, à savoir que les personnes marginalisées, que la riposte au VIH a travaillé d'arrache-pied pour garder au centre des interventions, pourraient se voir laissées pour compte par la couverture sanitaire universelle. Nous ne pouvons pas laisser ça arriver, a déclaré M. Sands. « Une plateforme de couverture sanitaire universelle qui n'inclut pas les populations clés n'est pas universelle . »

Mme Khuat Thi Hi Oanh, qui dirige le [Centre vietnamien d'appui aux initiatives de développement communautaires](#) (SCDI), a pris la parole après M. Sands. Lançant un message humoristique mais également poignant aux organisateurs de la séance, Mme Oanh a commencé son intervention par ces mots : « Je me sens vraiment spéciale, étant la seule femme et la seule représentante de la société civile ». Le SCDI est une ONG vietnamienne qui promeut le bien-être des communautés vulnérables et marginalisées. Elle s'est fait l'écho de l'inquiétude de M. Sands concernant les populations clés : « Les personnes les plus touchées par le VIH, la tuberculose et le paludisme sont celles qui risquent le plus d'être laissées pour compte par la couverture sanitaire universelle ». Selon elle, les personnes vivant avec le VIH ont désespérément besoin de la couverture sanitaire universelle, parce qu'elles « meurent de nombreuses autres affections, comme l'hépatite C ou une overdose ». Néanmoins, Mme Oanh pense que la riposte au VIH a beaucoup à offrir au mouvement de la couverture sanitaire universelle : « Je voudrais appeler mes collègues défenseurs de la lutte contre le VIH à mettre notre expérience, notre savoir-faire et notre sagesse au profit de la couverture sanitaire universelle ».

Mme Oanh a conclu sa présentation par une réflexion sur l'histoire, et une idée pour assurer la réussite du mouvement de la couverture sanitaire universelle. « Nous ne voulons pas d'un autre Alma Ata », a-t-elle déclaré, en référence au sommet de 1978 sur la santé mondiale qui avait réclamé la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2000. Cette année marque le quarantième anniversaire de ce sommet ambitieux, dont le principal appel à l'action est loin d'être une réalité aujourd'hui. « Nous avons 18 ans de retard ! », s'est lamentée Mme Oanh. Elle a audacieusement évoqué une décision qui pourrait fournir un appui financier et politique urgent au mouvement de la

couverture sanitaire universelle. Se tournant vers Peter Sands et s'adressant directement à lui, elle a conclu : « Si vous pouviez faire [de l'appui à la couverture sanitaire universelle] une politique du Fonds mondial, cela aurait un impact considérable ».

Bien que ce soit le Conseil d'administration du Fonds mondial, et non son Directeur exécutif, qui détermine les politiques du Fonds mondial, les commentaires de M. Sands lors de cette séance et ailleurs laissent à penser qu'il appuierait une telle politique au Fonds.

Bien que ce soit le Conseil d'administration du Fonds mondial, et non son Directeur exécutif, qui détermine les politiques du Fonds mondial, les commentaires de M. Sands lors de cette séance et ailleurs laissent à penser qu'il appuierait une telle politique au Fonds.

[Read More](#)
