



Organisation
internationale
du Travail

► Faire de la protection sociale universelle une réalité pour les personnes vivant avec, à risque et affectées par le VIH ou la tuberculose



- ▶ **Faire de la protection sociale universelle une réalité pour les personnes vivant avec, à risque et affectées par le VIH ou la tuberculose**

Copyright © Organisation internationale du Travail 2021

Première publication 2021

Les publications du Bureau international du Travail bénéficient du droit d'auteur en vertu du Protocole 2 de la Convention universelle sur le droit d'auteur. Néanmoins, de courts extraits peuvent en être reproduits sans autorisation, à condition d'en indiquer la source. Pour les droits de reproduction ou de traduction, la demande doit être adressée aux Publications de l'OIT (droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courrier électronique à l'adresse: rights@ilo.org. Le Bureau international du Travail accueille favorablement ces demandes.

Les bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de droits de reproduction peuvent en faire des copies conformément aux licences qui leur ont été délivrées à cet effet. Pour connaître l'organisation des droits de reproduction dans votre pays, consulter le site www.ifrro.org

Faire de la protection sociale universelle une réalité pour les personnes vivant avec, à risque et affectées par le VIH ou la tuberculose

ISBN 978-92-2-035616-6 (imprimé)

ISBN 978-92-2-035617-3 (PDF)

Aussi disponible en anglais: *Making universal social protection a reality for people living with, at the risk of, and affected by HIV or tuberculosis*, ISBN : 978-92-2-035612-8 (imprimé) ; 978-92-2-035613-5 (PDF) et en espagnol: *Hacer realidad la protección social universal para las personas que viven con, corren el riesgo de contraer o se ven afectadas por el VIH o la tuberculosis*, ISBN : 978-92-2-035614-2 (imprimé) ; 978-92-2-035615-9 (PDF)

Les désignations employées dans les publications de l'OIT, conformément à la pratique des Nations unies, et la présentation des documents qui y figurent n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part du Bureau international du Travail en ce qui concerne le statut juridique d'un pays, d'une région, d'un territoire ou de ses autorités, ou la délimitation de ses frontières.

La responsabilité des opinions exprimées dans les articles, études et autres contributions signés incombe uniquement à leurs auteurs, et leur publication ne constitue pas une approbation par le Bureau international du travail des opinions qui y sont exprimées.

La référence aux noms d'entreprises et de produits et procédés commerciaux n'implique pas leur approbation par le Bureau international du travail, et le fait de ne pas mentionner une entreprise, un produit ou un procédé commercial particulier n'est pas un signe de désapprobation.

Des informations sur les publications et les produits numériques de l'OIT sont disponibles à l'adresse suivante : www.ilo.org/publns.

Cette publication a été réalisée par le Service de production, impression et distribution des documents et publications (PRODOC) du BIT.

Création graphique, conception typographique, mise en page, impression, édition électronique et distribution.

PRODOC s'engage à utiliser du papier issu de forêts gérées dans le respect des principes d'écologie durable et de responsabilité sociale.

Code: CHD-REPRO-DISTR

► Remerciements

Le présent rapport de travail a été élaboré conjointement par l'Unité des politiques sociales du Département de la protection sociale de l'OIT et le Service des questions de genre, de l'égalité, de la diversité et de l'inclusion du Département des conditions de travail et de l'égalité de l'OIT et en collaboration avec le Service de l'administration du travail, de l'inspection du travail et de la sécurité et de la santé au travail du Département de la gouvernance et du tripartisme de l'OIT.

Lou Tessier et Sven Engels ont coordonné cette publication rédigée en collaboration avec Felice Bakker et Romane Cauqui. Ana-Catalina Ramirez, Kofi Amekudzi et Olga Gomez Alcazar ont été étroitement associés au développement de l'étude.

Les auteurs remercient également Brigitte Zug-Castillo, Dirkje Schaaf, Syed Mohammad Afsar, Christina Behrendt et Ian Orton pour leur précieuse contribution, ainsi que Nobuyuki Nishikiori du Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'Organisation mondiale de la Santé pour avoir partagé les résultats des enquêtes sur les coûts encourus par les patients atteints de tuberculose.



► Table des matières

Remerciements	III
Liste des figures	VI
Liste des abréviations et acronymes	VII
Préface	VIII
Résumé analytique	IX
1. Introduction	1
2. Protection sociale : les lacunes de la prise en charge mondiale et leurs conséquences pour les personnes vivant avec le VIH et la TB	5
2.1. La protection sociale dans le contexte des réponses au VIH et à la TB	5
2.2. Les lacunes en matière de prise en charge de la protection sociale et leur impact sur les populations vulnérables	6
3. Intégration du VIH et de la TB dans les systèmes de protection sociale : exemples de pratique	13
3.1. Conception des prestations : Accéder aux soins de santé sans difficultés	14
3.1.1. Ensemble de prestation	14
3.1.2. Niveaux de prestations et protection financière contre les coûts des soins de santé	17
3.1.3. Disponibilité de services de santé adaptés	19
3.1.4. Procédures administratives adaptées	20
3.2. Conception des prestations : sécurité du revenu	22
3.3. Adapter les procédures administratives et créer des partenariats pour la prévention et l'aiguillage	24
3.3.1. Sensibilisation, prévention et aiguillage par le biais d'organisations communautaires	25
3.3.2. Sensibilisation, prévention et aiguillage offerts sur le lieu de travail	26
3.4. Gouvernance et participation	27
3.5. Financement	30
4. Conclusion et recommandations	35
Références	37
Annexes	42
Annexe 1 Méthodologie	42
Annexe 2. Aperçu de l'inclusion du VIH / SIDA dans les politiques de protection sociale des pays de l'étude	47
Annexe 3. Aperçu de la base de données des 18 pays sélectionnés	49

► Liste des figures

Figure 1.	La nécessité d'une protection sociale globale : le lourd fardeau de la perte de revenus, des frais médicaux et non médicaux pour les patients atteints de TB et leurs ménages – Aperçu de la répartition des coûts (en pourcentage du total des coûts engagés) par pays	5
Figure 2.	Développement de programmes de protection sociale ancrés dans la législation nationale par domaine politique, d'avant 1900 à 2020 (pourcentage de pays)	7
Figure 3.	Prise en charge effective des prestations de protection sociale en espèces, estimations mondiales et régionales par fonction, 2020 (indicateur ODD 1.3.1)	10
Figure 4.	Pourcentage de mesures de protection sociale annoncées contre la COVID-19, par type et par fonction	11
Figure 5.	Sécurité du revenu en cas de maladie, par type de protection juridique, dernière année disponible	22
Figure 6.	Proportion des dépenses consacrées au traitement et à la prévention du VIH, pays sélectionnés, 2018	32
Figure 7.	Figure 7. Déficit de financement annuel pour atteindre les cibles 1.3 et 3.8 des ODD, par région et niveau de revenu, 2020 (pourcentage du PIB) 1	33

► Liste des abréviations et acronymes

TAR	traitement ou traitement antirétroviral
ARV	antirétroviral (médicament)
BRICS	Brésil, Russie, Inde, Chine, Afrique du Sud
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida / Centre national de prévention et de contrôle du VIH et du SIDA (Mexique)
SCMV	Soins communautaires et dans le milieu de vie (Botswana)
OSC	organisation de la société civile
AISS	Association internationale de la sécurité sociale
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional / Programme national d'assurance maladie (Indonésie)
MAC	Conseil malaisien de lutte contre le SIDA
NAA	Autorité nationale de lutte contre le SIDA (Cambodge)
NCCAI	Comité national de coordination de l'intervention contre le SIDA (Malaisie)
ONG	organisation non gouvernementale
NHIF	Fonds national d'assurance-hospitalisation (Kenya)
NHSO	Bureau national de la sécurité sanitaire (Thaïlande)
SST	services de santé au travail
PEPFAR	Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le SIDA (États-Unis)
PVVIH	personnes vivant avec le VIH
PTME	prévention de la transmission mère-enfant
PrEP	prophylaxie préexposition
RAMED	Système d'assistance médicale / Régime d'assistance médicale (Maroc)
ODD	Objectif de développement durable
SSA	Administration de la sécurité sociale (États-Unis)
TB	tuberculose
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH / SIDA
OMS	Organisation mondiale de la Santé
WSPDB	Base de données mondiale sur la protection sociale

► Préface

La protection sociale est un droit humain, mais ce n'est pas encore une réalité universelle. Seule la moitié de la population mondiale est effectivement couverte par au moins une prestation en espèces, laissant ainsi 4 milliards de personnes sans protection. Cette estimation mondiale cache des différences régionales marquées – les écarts les plus importants étant constatés en Asie et en Afrique – mais aussi des différences entre les pays et les groupes de population. Il est donc urgent d'étendre la couverture en matière de protection sociale afin d'éradiquer la pauvreté, de réduire les inégalités, de faciliter l'accès aux soins de santé et à l'éducation, de promouvoir l'égalité des sexes et, plus largement, de parvenir au bien-être de tous. C'est pourquoi combler les déficits de protection sociale est au cœur de l'Agenda du développement durable à l'horizon 2030.

Le VIH et la tuberculose (TB) pèsent lourdement sur la charge mondiale de morbidité. Les stratégies mondiales visant à mettre fin au SIDA et à la TB, en vue d'atteindre la cible de l'Objectif de développement durable (ODD) 3.3, font de la couverture en matière de protection sociale un pilier essentiel des réponses des pays à ces épidémies. Ces stratégies soulignent, en outre, les besoins de protection sociale créés par les affections de longue durée pour les patients ainsi que pour leur ménage, et le rôle préventif que les systèmes de protection sociale peuvent jouer pour s'attaquer aux déterminants socio-économiques de ces maladies. En tant que tels, les lacunes en matière de couverture de protection sociale peuvent affecter de manière disproportionnée les personnes vivant avec, à risque et affectées par le VIH et la TB, y compris les populations vulnérables comme les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les réfugiés, les demandeurs d'asile, les migrants et les populations en situation d'insécurité alimentaire ou de malnutrition et dans des contextes de crise humanitaire. En outre, les lacunes en matière de couverture de protection sociale affectent de manière disproportionnée les populations clés telles que les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs-euses du sexe, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables ainsi que les détenus et autres personnes incarcérées.

La crise de la COVID-19 a exposé ces populations à un risque supplémentaire, tout en propulsant la protection sociale à la croisée des chemins. La pandémie a aggravé les défis préexistants, tels que les niveaux élevés d'insécurité économique, d'inégalité croissante et d'informalité, et a révélé la vulnérabilité des personnes qui ne peuvent pas compter sur une protection sociale adéquate, parmi lesquelles celles atteintes de VIH et de TB ont tendance à être représentées de manière disproportionnée. À ce stade critique, les réponses à la crise à court terme doivent se transformer en éléments de systèmes de protection sociale fondés sur les droits, y compris des socles de protection sociale solides, inclusifs et adaptés. Cela nécessite des mécanismes efficaces pour garantir que les systèmes de protection sociale répondent bien aux besoins des personnes atteintes de ces maladies et qu'ils incluent tous les groupes vulnérables.

Le présent rapport vise à mettre en évidence des exemples concrets de pratiques institutionnelles, adaptées par les institutions de protection sociale en vue d'améliorer leur réactivité et leur inclusivité vis-à-vis du VIH et de la TB. Nous espérons que ces pratiques inspireront les institutions et les praticiens de la protection sociale à intégrer systématiquement cette dimension afin de maximiser les impacts des systèmes de protection sociale sur la santé et le bien-être.

Shahra Razavi

Directrice

Département de la protection sociale, OIT

Manuela Tomei

Directrice

Département des conditions de travail
et de l'égalité, OIT

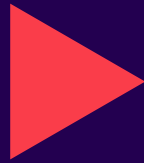
► Résumé analytique

La cible 3.3 des Objectifs de développement durable a engagé la communauté internationale à mettre fin aux épidémies de SIDA et de tuberculose (TB) d'ici 2030. Il est crucial pour atteindre cet objectif de veiller à ce que les populations vivant avec, à risque ou affectées par le VIH et/ou la TB puissent accéder efficacement aux services de prévention, de diagnostic et de traitement. Les systèmes de protection sociale ont un rôle central à jouer dans la prise en charge des frais médicaux et non médicaux directs ainsi que des pertes de revenus encourues en raison de la maladie.

Le présent document fournit des exemples de pratiques institutionnelles qui améliorent l'inclusivité des régimes nationaux de protection sociale pour les personnes vivant avec le VIH et/ou la TB et la réactivité de ces régimes à leurs besoins. Les principaux résultats peuvent être résumés en quatre points clés :

- Premièrement, les pratiques adoptées par les institutions de protection sociale pour répondre au VIH et à la TB et pour s'efforcer activement d'inclure les populations clés et vulnérables doivent être mieux et systématiquement documentées en vue de générer de bonnes pratiques. De telles pratiques aideraient à élaborer des lignes directrices et à intégrer le prisme du VIH et de la TB dans les outils de protection sociale existants utilisés aux niveaux mondial, régional et national.
- Deuxièmement, les programmes, régimes et prestations de protection sociale qui se concentrent uniquement sur les personnes vivant avec le VIH ou la TB risquent d'accentuer la stigmatisation et la discrimination à leur égard ; par conséquent, des efforts soutenus doivent être déployés pour assurer leur intégration dans des programmes et régimes de protection sociale plus larges. Une telle approche permettrait aux systèmes de protection sociale de contribuer non seulement à la cible 3.3 des ODD, mais également de garantir une couverture sanitaire et sociale universelle efficace, ne laissant personne pour compte.
- Troisièmement, ce rapport souligne l'importance cruciale de la collaboration entre les institutions de protection sociale et les organisations fournissant des services de prévention et de référencement dans la communauté et sur le lieu de travail dans le cadre d'un effort de sensibilisation actif auprès des populations clés et vulnérables.
- Enfin, la pandémie du COVID-19 a révélé des opportunités en termes d'amélioration de la réactivité aux chocs des systèmes de protection sociale et, dans ce contexte, d'avantages de recherches comparatives sur la conception et la gestion des réponses en matière de protection sociale entre les pays pourraient dégager des enseignements politiques précieux sur la protection sociale et les pandémies.

Pour être véritablement inclusifs des populations vulnérables et clés et répondre à leurs besoins, les systèmes de protection sociale doivent prendre en compte les réponses au VIH et à la TB. Les besoins spécifiques et les défis auxquels sont confrontées les populations clés et vulnérables soulignent, en outre, les limites de nombreux systèmes nationaux de protection sociale où les régimes liés à la santé et à la maladie – tels que décrits dans la Convention n° 102 de l'OIT sur la sécurité sociale (normes minimales) de 1952 sont souvent mal couverts. Dans cette perspective, la réponse aux épidémies, y compris contre le VIH et la TB, devrait être intégrée dans les outils utilisés par les praticiens de la protection sociale aux niveaux mondial et national.



1



► 1. Introduction

À travers la cible 3.3 des ODD, la communauté internationale s'est engagée à mettre fin aux épidémies de SIDA et de TB d'ici 2030. De plus, plusieurs autres ODD sont pertinents pour la réponse au VIH, au SIDA et à la TB. Il s'agit notamment de :

- L'ODD 1 et de sa cible 1.3 sur la mise en œuvre de systèmes et mesures de protection sociale appropriés au niveau national pour tous, y compris les socles de protection sociale ;
- La cible 3.8 des ODD sur la couverture universelle ; et
- L'ODD 8 et de sa cible 8.8 sur la protection des droits du travail et la promotion d'environnements professionnels sûrs et sécurisés pour tous les travailleurs, y compris les travailleurs migrants, en particulier les femmes migrantes, et ceux occupant un emploi précaire.

Afin de suivre les progrès accomplis dans la réalisation de la cible 3.3 des ODD, des jalons ont été définis pour la TB et le VIH. En ce qui concerne la TB, la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les trois cibles pour 2020 (OMS 2015). Premièrement, il faut atteindre et placer sous traitement approprié (traitement de première intention, de deuxième intention et traitement préventif, selon les besoins) au moins 90 % de l'ensemble des personnes vivant avec la TB. Deuxièmement, il faut atteindre au moins 90 % des populations clés – définies comme les plus vulnérables, mal desservies et à risque. Enfin, il faut parvenir à atteindre un taux de succès thérapeutique d'au moins 90 % pour toutes les personnes ayant été diagnostiquées avec la TB, en garantissant des services de traitement abordables, l'adhésion au traitement complet et correct et un soutien social.

La Stratégie mondiale contre le SIDA 2021-2026 se concentre sur les cibles de dépistage et de traitement 95-95-95, qui devraient être atteintes dans toutes les sous-populations, tous les groupes d'âge et tous les contextes géographiques, y compris les enfants vivant avec le VIH. D'ici 2025, 95 % de toutes les personnes vivant avec le VIH doivent connaître leur statut ; 95 % de toutes les personnes vivant avec le VIH doivent recevoir un traitement antirétroviral (TAR) ; et 95 % des personnes recevant un TAR doivent parvenir à une suppression virale (ONUSIDA 2021). La Stratégie mondiale de lutte contre le sida inclut la protection sociale dans le domaine de résultats 9, qui se concentre sur les systèmes intégrés pour la santé et les régimes de protection sociale qui soutiennent le bien-être, les moyens de subsistance et un environnement favorable pour les personnes vivant avec, à risque et affectées par le VIH.

Pour atteindre ces jalons et la cible 3.3 des ODD, il faut, entre autres, veiller à ce que les populations vivant avec, à risque et affectées par le VIH et/ou la TB puissent accéder efficacement aux services de prévention, de diagnostic et de traitement. À cet égard, les systèmes de protection sociale ont un rôle central à jouer à travers les points d'entrée suivants :

- la couverture des frais médicaux directs de prévention, de diagnostic et de traitement dans le cadre de régimes de protection sociale adéquats ;
- la couverture des frais non médicaux directs (y compris les services de transport et de nutrition) soit par des régimes de protection sociale de santé à portée étendue, soit par d'autres programmes intégrés de protection sociale (transferts en espèces ou en nature) ;
- la couverture de la perte de revenu due à la maladie (liée à une incapacité de travailler ou au temps perdu à se soigner) par des régimes de protection sociale d'indemnité maladie adéquates.

Lorsqu'il s'agit d'assurer la couverture des personnes vulnérables au VIH et à la TB, il est particulièrement important de considérer que ces groupes peuvent être confrontés à la discrimination. Par conséquent, pour être inclusifs, les systèmes de protection sociale doivent pouvoir créer de manière proactive des liens avec de nouveaux partenaires pour assurer des fonctions de prévention et de référencement, telles que les services de santé au travail (SST) et les programmes communautaires.

Ce document se concentre sur les contributions que les régimes de protection sociale peuvent apporter aux trois points d'entrée ci-dessus en ce qui concerne les coûts et la perte de revenus encourus par les patients. Il vise à identifier les pratiques institutionnelles qui améliorent l'inclusion et la réactivité des systèmes de protection sociale face au VIH et à la TB. En d'autres termes, les pratiques qui ont permis aux régimes de protection sociale d'inclure efficacement les populations vulnérables et de répondre aux besoins de protection sociale liés à la prévention, au diagnostic et au traitement du VIH et de la TB.

Le document donne d'abord un aperçu des lacunes en matière de couverture de la protection sociale dans le monde et de la manière dont celles-ci affectent les personnes vulnérables ou affectées par le VIH et la TB. Il identifie ensuite des exemples de pratiques institutionnelles visant à rendre les régimes de protection sociale plus inclusifs et plus réactifs aux besoins des personnes vulnérables ou affectées par le VIH et la TB à travers les différentes caractéristiques de conception des systèmes de protection sociale. De tels exemples de pratique ont été identifiés grâce à une revue de la littérature grise et universitaire disponible. Sur la base des études et rapports identifiés, 18 pays ont été sélectionnés pour une recherche approfondie suivant un modèle standard.¹ La méthodologie de recherche détaillée et les critères de sélection des pays sont précisés à l'annexe 1.

► **Encadré 1. Protection sociale**

La protection sociale comprend un ensemble de mesures visant à garantir l'accès aux soins de santé sans difficulté et la sécurité des revenus tout au long du cycle de vie. Elle offre une protection contre l'appauvrissement et un accès effectif aux services à travers les aléas de la vie.

La protection sociale universelle fait référence à une protection globale, durable et adéquate tout au long du cycle de vie selon trois dimensions fondamentales :

- **Couverture universelle en termes de personnes protégées** – Tous ceux qui en ont besoin devraient avoir un accès effectif à la protection sociale tout au long du cycle de vie.
- **Protection complète en ce qui concerne les risques sociaux et les aléas couverts** – Cela inclut l'accès aux soins de santé et la sécurité du revenu pour tous les imprévus de la vie (maladie, maternité, chômage, etc.) et une protection contre les risques nouveaux et émergents, tels que les besoins liés aux soins de longue durée.
- **Protection adéquate** – Prévenir la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale et permettre aux gens de mener une vie saine et digne.

La protection sociale universelle est fermement ancrée dans le cadre international des droits de l'homme : la Déclaration universelle des droits de l'homme ; le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ; la Convention (n° 102) de 1952 sur la sécurité sociale (normes minimales) et la Recommandation (n° 202) de 2012 sur les socles de protection sociale. Pour poursuivre cette ambition, l'OIT préconise une stratégie bidimensionnelle à mettre en œuvre par le biais de politiques nationales de protection sociale ancrées dans les cadres juridiques correspondants. À cet égard, la Recommandation n° 202 appelle les États membres de l'OIT à :

1. **Établir et maintenir des socles de protection sociale** – C'est ce qu'on appelle la dimension horizontale. Il s'agit de socles et non de plafonds ; par conséquent, les États membres doivent également –
2. **Assurer progressivement des niveaux de sécurité sociale plus élevés** – C'est ce qu'on appelle la dimension verticale.

¹ Les 18 pays sont l'Algérie, le Botswana, le Cambodge, le Costa Rica, l'Équateur, l'Indonésie, le Kazakhstan, le Kenya, la Malaisie, le Maroc, le Mexique, le Népal, Oman, la Roumanie, le Rwanda, l'Afrique du Sud, la Thaïlande et le Viet Nam.

► Encadré 1. Protection sociale (suite)

Dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, l'extension de la protection sociale est une contribution directe à deux objectifs complémentaires sur les systèmes de protection sociale universelle : les socles de protection sociale (ODD 1.3) et la couverture sanitaire universelle (ODD 3.8).

La protection sociale peut être assurée par une série d'instruments politiques. L'assurance sociale désigne les régimes de protection sociale financés par les cotisations des travailleurs, des employeurs et parfois du gouvernement. L'assistance sociale désigne les régimes de protection sociale non-contributifs, généralement financés par les recettes publiques et peuvent être universels (pour tous), catégoriels (pour des groupes d'âge spécifiques, par exemple) ou soumis à des conditions de ressources (éligibilité liée à la situation du revenu). Les régimes d'assurance sociale et d'assistance sociale fournissent des prestations en espèces et/ou en nature (par exemple, des services).

► Encadré 2. Services de santé au travail

La santé au travail – et par extension, les services de santé au travail (SST) – peuvent apporter un soutien aux régimes de protection sociale en facilitant l'accès aux services de prévention pour la population active et en fournissant des informations de référencement sur les droits à la protection sociale de manière systémique. Les structures mises en place pour assurer la SST¹ peuvent également servir de points d'entrée efficaces et durables pour les programmes de lutte contre le VIH et la TB sur le lieu de travail. Enfin, les SST peuvent institutionnaliser les programmes de prévention du VIH et de la TB sur le lieu de travail en les intégrant dans des manuels et des programmes de formation / SST.

Les SST sont un élément essentiel des infrastructures existantes visant à protéger et promouvoir la sécurité, la santé et le bien-être des travailleurs. Bien que l'objectif principal des SST soit de prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles, les défis émergents créés par les changements dans l'organisation du travail, les technologies de production et l'environnement ont obligé les SST à faire face aux risques environnementaux et non professionnels généraux qui peuvent affecter la capacité de travail et le bien-être des travailleurs. En ce sens, la Recommandation sur les services de santé au travail, 1985 (n°171) promeut la collaboration des SST avec les autorités sanitaires dans le cadre des programmes de santé publique.

1 Dans son article 1 a), la Convention sur les services de santé au travail, 1985(n° 161) définit les services de santé au travail comme « un service investi de fonctions essentiellement préventives et chargés de conseiller l'employeur, les travailleurs et leurs représentants dans l'entreprise en ce qui concerne : (i) les exigences requises pour établir et maintenir un milieu de travail sûr et salubre, propre à favoriser une santé physique et mentale optimale en relation avec le travail ; (ii) l'adaptation du travail aux capacités des travailleurs compte tenu de leur état de santé physique et mentale ».

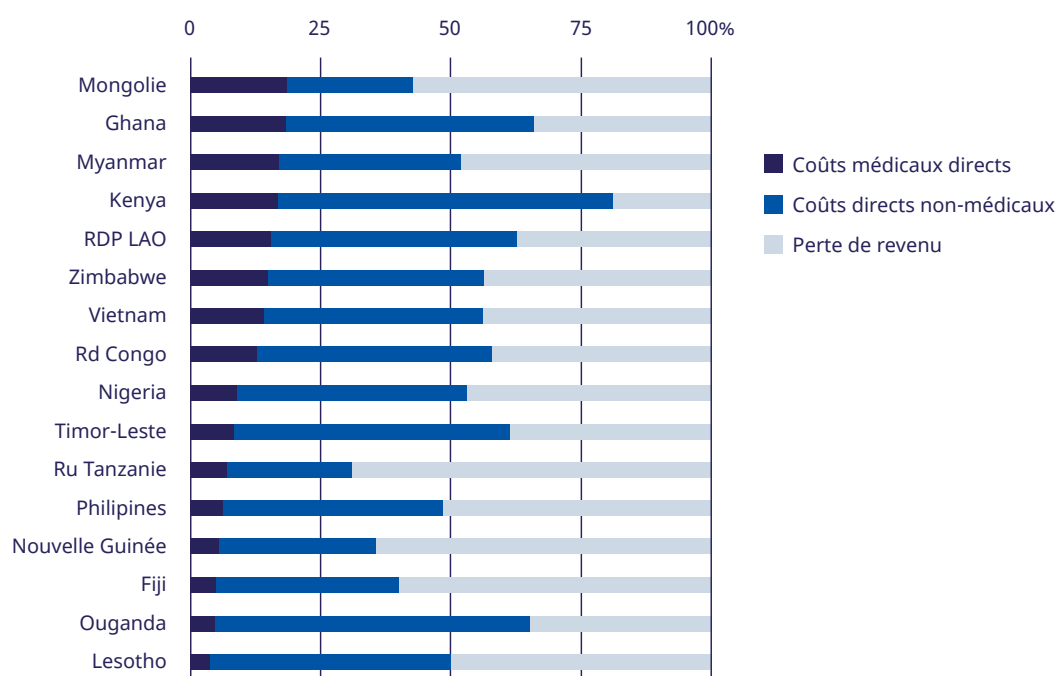


► 2. Protection sociale : les lacunes en matière de couverture mondiale et leurs conséquences pour les personnes vivant avec le VIH et la TB

2.1. La protection sociale dans le contexte des réponses au VIH et à la TB

Le déclin de la santé causé par le VIH et/ou la TB a des conséquences considérables sur la vie et les moyens de subsistance des personnes touchées. Les données récentes fournies par les enquêtes sur les coûts des patients pour la TB, menées dans plusieurs pays à forte charge de TB, illustrées à la figure 1 ci-dessous, illustrent la nécessité pour les patients d'une couverture complète des frais médicaux et non médicaux directs ainsi que de la perte de revenus (OMS 2017 ; Pedrazzoli et al. 2018 ; Hoa et Nhung 2019). En ce qui concerne le VIH, les enquêtes sur les coûts pour les patients révèlent de la même manière que ceux-ci sont soumis à des frais médicaux et non médicaux directs importants ainsi qu'une perte de revenus (Mudzengi et al. 2017).

► Figure 1. La nécessité d'une protection sociale complète : le lourd fardeau de la perte de revenus, des frais médicaux et non médicaux pour les patients atteints de TB et leurs ménages – Aperçu de la répartition des coûts (en pourcentage des coûts totaux encourus) par pays



RDP lao = République démocratique populaire lao ; RD Congo = République démocratique du Congo ; RU Tanzanie = République unie de Tanzanie. Source : OMS 2020.

De nombreuses recherches ont montré que le VIH et la TB affectent de manière disproportionnée certaines populations clés, à la fois en termes de risque d'infection et de gravité de son impact. En ce qui concerne le VIH, les populations comprennent les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les prisonniers. En ce qui concerne la TB, il s'agit notamment des prisonniers, des migrants, des réfugiés, des populations autochtones et des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). La stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontées ces populations – en particulier dans le cas d'une infection par le VIH ou la TB – ont un double impact sur celles-ci, les rendant ainsi à la fois plus réticentes à solliciter des soins de santé en premier lieu et moins susceptibles de recevoir les soins appropriés une fois qu'elles en ont fait la demande. De même, elles sont moins susceptibles d'en avoir connaissance et/ou de solliciter d'autres prestations de protection sociale et de soins sociaux, et plus susceptibles de recevoir des réponses inappropriées lorsqu'elles sollicitent ce type de prestations et de soins (OIT 2014).

► **Encadré 3. La réponse de l'OIT au VIH et au SIDA**

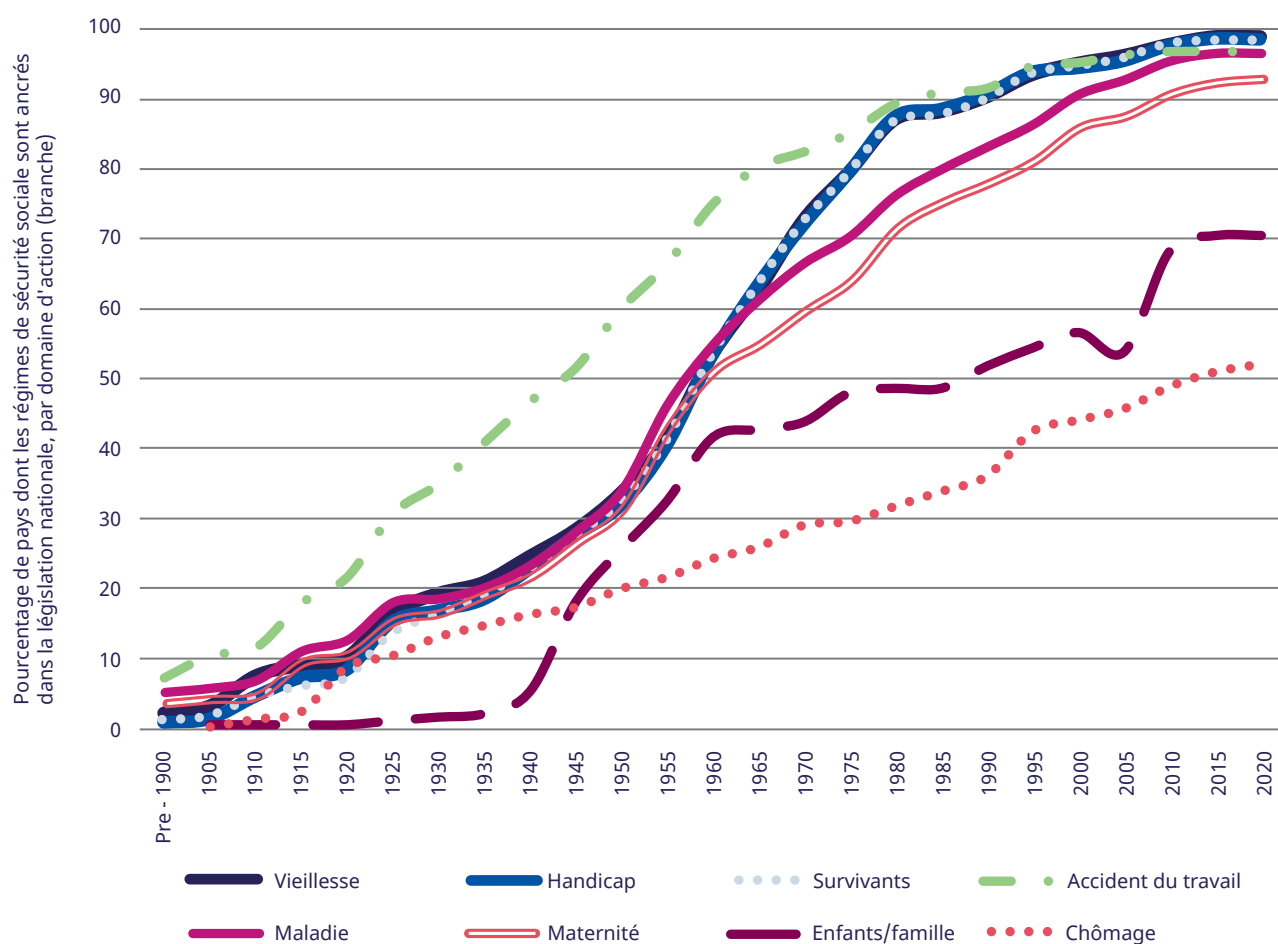
L'OIT reconnaît que le VIH peut avoir un impact dévastateur sur le travail et la productivité et représente un fardeau énorme pour les travailleurs, leurs familles et leurs communautés, les entreprises et les économies nationales. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH menacent les droits fondamentaux au travail et compromettent les opportunités pour les travailleurs d'obtenir un emploi décent et durable et de bénéficier d'une protection sociale.

En juin 2010, lors de la Conférence internationale du travail, les gouvernements, les représentants des employeurs et les représentants des travailleurs des États membres de l'OIT ont adopté la Recommandation sur le VIH et le SIDA, 2010 (n° 200). Cette recommandation est la première norme internationale du travail sur le VIH et le SIDA dans le monde du travail. Elle exploite les opportunités offertes par les interventions sur le lieu de travail pour soutenir les réponses nationales au VIH et au SIDA.

2.2. Les lacunes en matière de couverture de la protection sociale et leur impact sur les populations vulnérables

Les systèmes de protection sociale peuvent être un moyen efficace d'améliorer l'accès aux services de santé en réduisant les obstacles liés à la demande – notamment pour le VIH et la TB – et contribuer à atténuer les impacts sociaux et économiques de la maladie sur les personnes. Bien que le développement de la protection sociale et l'existence corollaire de régimes de protection sociale dans de nombreux pays (voir figure 2) soient une tendance historique indubitable, le droit à une protection sociale complète n'est toujours pas une réalité pour la majorité de la population mondiale (OIT 2021c).

► Figure 2. Développement des programmes de protection sociale ancrés dans la législation nationale par domaine politique, d'avant 1900 à 2020 (pourcentage de pays)



Remarque: sur la base des informations disponibles pour 186 pays. Les domaines politiques pris en considération sont ceux de la Convention n° 102. Source : OIT, [Base de données mondiale sur la protection sociale](#), d'après l'enquête de l'OIT sur la sécurité sociale ; Association internationale de sécurité sociale (AISS) et US Social Security Administration (SSA), [Programmes de sécurité sociale dans le monde](#) ; ILOSTAT ; sources nationales.



► Encadré 4. Suivi de la couverture de la protection sociale

Les estimations de l'étendue de la couverture légale mesurent généralement le nombre de branches de sécurité sociale par lesquels – conformément à la législation nationale en vigueur – une population ou des groupes spécifiques qui en font partie sont couverts. Les mesures de la couverture effective reflètent la manière dont les dispositions légales sont mises en œuvre dans la réalité. La couverture effective est généralement différente (et généralement inférieure) à la couverture légale en raison de la non-conformité, de problèmes d'application des dispositions légales ou d'autres écarts des politiques réelles par rapport au texte de la législation, telles que des pratiques discriminatoires (OIT 2021c).

La base de données mondiale sur la protection sociale (WSPDB) de l'OIT 1 est la principale source mondiale de statistiques détaillées au niveau des pays sur diverses dimensions des systèmes de protection sociale, y compris des indicateurs clés pour les décideurs, les responsables d'organisations internationales et les chercheurs. Elle est utilisée à la fois pour le suivi par les Nations unies des cibles des ODD en matière de protection sociale (ONU 2017 ; ONU 2021; ONU, Conseil économique et social 2017) et le suivi national des indicateurs de protection sociale.

Les indicateurs clés, y compris l'ODD 1.3.1, sont recueillis dans le cadre de l'enquête de l'OIT sur la sécurité sociale, une enquête administrative soumise aux gouvernements datant des années 1940.² Les données de l'enquête de l'OIT sur la sécurité sociale sont complétées par d'autres sources – notamment la base de données des programmes de sécurité sociale de l'AISS / ASS dans le monde (alias les profils de pays de la sécurité sociale de l'AISS) – en tant que principale source d'informations juridiques et de caractéristiques des programmes de protection sociale.³

1 Voir : <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.action?id=4457>.

2 Voir : <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.action?id=10>.

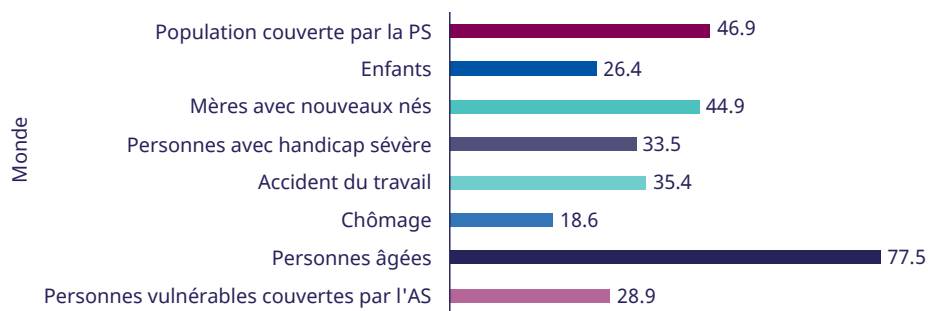
3 Les autres sources comprennent (par ordre alphabétique) :

- L'indice de protection sociale de la Banque asiatique de développement ;
- La Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes et d'autres commissions régionales des Nations unies ;
- L'Office statistique de l'Union européenne (Eurostat), y compris le Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) d'Eurostat ;
- La base de données sur les dépenses sociales de l'Organisation de coopération et de développement économiques ;
- La base de données des pensions HDNSP de la Banque mondiale et l'Atlas de protection sociale, basé sur des indicateurs de résilience et d'équité (ASPIRE) ; et
- L'Observatoire mondial de la santé de l'OMS et les comptes nationaux de la santé.

La WSPDB de l'OIT s'appuie également sur des rapports officiels nationaux et d'autres sources, généralement largement basés sur des données administratives, et sur des données d'enquêtes provenant de diverses sources, notamment des enquêtes nationales sur le revenu et les dépenses des ménages, des enquêtes sur la population active et des enquêtes démographiques et sanitaires, dans la mesure où celles-ci incluent des variables sur la protection sociale.

Bien que la mesure de la couverture reste une tâche complexe englobant diverses dimensions (voir encadré 4), de grandes lacunes subsistent en matière de couverture (de la population), de niveau des prestations et de complétude de celle-ci et, pour la moitié de la population mondiale, le droit humain à la protection sociale n'est pas encore une réalité. Seuls 46,9 % de la population mondiale sont effectivement couverts par au moins une prestation en espèces (cible 1.3.1 des ODD, voir figure 3), tandis que les deux tiers seulement sont protégés pour les soins de santé (OIT 2021c). Les 4 milliards de personnes restantes demeurent sans protection. Derrière cette moyenne mondiale se cachent d'importantes variations entre les régions et au sein de celles-ci, l'Asie et le Pacifique, les États arabes et l'Afrique présentent des écarts de couverture prononcés par rapport à la moyenne mondiale (OIT 2021c). Ces régions comprennent également la grande majorité des pays à forte charge de VIH et de TB.

► **Figure 3. Couverture effective des prestations en espèces de la protection sociale, estimations mondiales et régionales par fonction, 2020 (indicateur ODD 1.3.1)**



Remarques : PS = protection sociale ; AS = assistance sociale.

Source: OIT 2021c; [Base de données mondiale sur la protection sociale](#), d'après l'enquête de l'OIT sur la sécurité sociale ; ILOSTAT ; sources nationales.

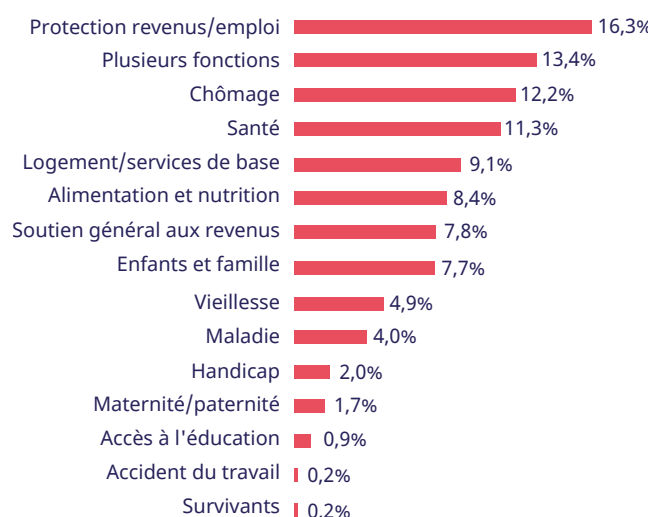
Les taux couverture agrégés masquent les inégalités entre les pays, les types de prestations et les groupes de population couverts. Par exemple, alors qu'on estime qu'un tiers des populations vulnérables dans le monde bénéficient de prestations d'assistance sociale en espèces, cette proportion est inférieure à 10 % en Afrique et dans les pays à faible revenu (OIT 2021c). En ce qui concerne les groupes de population, il existe un écart important entre les sexes en matière de couverture légale de la protection sociale, le pourcentage de couverture légale de la protection sociale globale étant inférieure de plus de huit points pour les femmes et les filles que pour les hommes et les garçons (OIT 2021c). Il existe également des différences entre les types de prestations fournies, avec des lacunes importantes en matière de prestations à court terme (telles que les allocations familiales, les prestations versées en cas de maladie, de chômage ou d'invalidité, etc.).

Dans les pays où les lacunes en matière de couverture sont importantes—que ce soit en raison de différences entre la couverture légale et la couverture effective ou en raison de groupes de population entièrement non couverts—les personnes en marge de la société sont particulièrement susceptibles d'être laissées pour compte. Par exemple, alors qu'un pays peut fournir une couverture légale à tous les résidents, les personnes sans papiers peuvent ne pas être en mesure de prouver leur éligibilité et, par conséquent, ne pas bénéficier d'une couverture efficace, et elles peuvent également être dissuadées de faire valoir leurs droits auprès d'institutions publiques en lesquelles elles n'ont pas confiance. Compte tenu des caractéristiques des populations clés pour le VIH et la TB (c'est-à-dire les groupes à haut risque de contracter le VIH et la TB), il est primordial de veiller à accorder une attention particulière à l'inclusion de ces populations dans les systèmes de protection sociale, tant pour des considérations d'équité que pour des raisons épidémiologiques.

Enfin, la crise du COVID-19 a souligné l'importance de garantir l'accès aux soins de santé sans difficultés et la sécurité du revenu de base pour tous tout au long du cycle de vie (OIT 2021d ; 2021c). Les pays ont adopté un large éventail de prestations de protection sociale pour faire face à la crise (voir figure 4). Bien que cela soit vrai, la plupart de ces mesures ont été annoncées comme temporaires, sous forme d'allocations spéciales plutôt que de prestations de protection sociale durables pour couvrir des imprévus spécifiques (telles que des indemnités de maladie ou des allocations familiales temporaires) et de nombreuses réponses de protection sociale ont été inadaptées et peu soucieuses des réalités des personnes en situation de pauvreté (Alston 2020). Compte tenu de la nature transmissible et de la trajectoire future incertaine de la COVID-19, les enseignements tirés de la lutte contre le VIH et la TB – tels que la garantie d'une protection sociale efficace dans tout le continuum des soins, la garantie que personne ne soit pas laissé pour compte et la lutte contre la stigmatisation – peuvent s'avérer précieux pour adapter les régimes de protection sociale à la nouvelle réalité.

Inversement, l'expérience de la pandémie peut également fournir des enseignements sur la manière d'adapter la protection sociale pour soutenir les efforts de santé publique visant à contenir le VIH et la TB. La pandémie a montré qu'avec la volonté requise, la protection sociale peut rapidement s'adapter aux nouvelles réalités et aux nouveaux risques. Par exemple, de nombreux pays ont reconnu la COVID-19 comme une maladie professionnelle afin d'assurer un accès plus facile et plus rapide aux prestations associées dans le cadre du système d'assurance contre les accidents du travail, en particulier pour les travailleurs des secteurs les plus exposés. En outre, la gestion du « COVID long » et invalidant et la garantie de la sécurité des revenus des personnes atteintes par celui-ci et leur éventuelle réinsertion professionnelle grâce à l'adaptation du lieu de travail peuvent avoir des implications politiques importantes pour la gestion du VIH et de la TB.

► Figure 4. Pourcentage de mesures de protection sociale annoncées contre la COVID-19, par type et par fonction



Source: OIT 2020c. Voir aussi la [note méthodologique associée](#).



► 3. Intégration du VIH et de la TB dans les systèmes de protection sociale : exemples de pratique

Comme le montre la section précédente, les populations vivant avec, à risque ou affectées par le VIH et la TB sont généralement confrontées à divers risques sociaux et ont donc besoin d'un ensemble complet de protection sociale offrant différents types de prestations, en particulier :

- Des prestations de soins de santé qui couvrent le coût des soins médicaux et, souvent, une extension du paquet de soins qui couvrent à la fois les besoins en matière de transport et de nutrition ainsi que les soins de longue durée, si nécessaire.
- Des indemnités en cas de maladie pour assurer la sécurité des revenus et couvrir les pertes de revenus dues à l'incapacité de travailler ou au coût d'opportunité associé au recours aux soins, mais aussi des pensions d'invalidité et pour les survivants lorsque la maladie entraîne une incapacité de travail permanente ou le décès, afin d'assurer la sécurité des revenus du patient ainsi que de son ménage. Enfin, une aide au revenu pour les aidants et les enfants des ménages touchés peut compenser le coût d'opportunité ou toute perte de revenu due aux responsabilités en matière de soins au sein des ménages touchés.

Bien qu'un certain nombre de pays bénéficient de ce type de prestations, il ne peut être présumé que la coordination entre ces prestations se fait automatiquement (Schwarzer, Tessier et Gammage 2014 ; Holmes et al. 2018). L'amélioration de cette coordination peut réduire les obstacles pratiques à l'accès pour les personnes vivant avec, à risque ou affectées par le VIH et la TB. En outre, alors que les prestations de soins de santé sont de plus en plus fournies par divers mécanismes - l'assurance sociale, les programmes financés par l'impôt ou une combinaison des deux - les indemnités de maladie et, dans une moindre mesure, les prestations d'invalidité et pour les survivants ont historiquement été fortement liées au statut d'emploi formel. Les personnes vivant avec, à risque ou affectées par le VIH et la TB travaillant dans l'économie informelle n'ont souvent pas accès à ces prestations. Pour cette raison, les mesures visant à étendre la couverture de la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle sont essentielles pour améliorer l'accès à la santé et à la sécurité du revenu (OIT 2021a). Enfin, dans de nombreux pays, les indemnités de maladie ont été érigées comme relevant de la responsabilité de l'employeur plutôt que comme un véritable régime de protection sociale. Cela dissuade les employeurs d'employer ou de garder des travailleurs vivant avec, à risque ou affectés par le VIH et la TB.

Compte tenu de ces contraintes pratiques, certaines réponses institutionnelles ont émergé pour les personnes vivant avec, à risque ou affectées par le VIH et la TB, et quelques exemples ont été trouvés dans les pays étudiés. La revue de la littérature a prouvé que, lorsqu'elles sont correctement coordonnées au sein d'un paquet de prestations complet comprenant des services de santé et sociaux et les prestations en espèces, les réponses institutionnelles peuvent réduire les comportements sexuels à risque, accroître l'utilisation des services biomédicaux et comportementaux pour la prévention du VIH et faciliter le dépistage volontaire, l'engagement volontaire avec les services de soutien psychologique ainsi que l'accès au traitement du VIH. De plus, les effets des transferts monétaires peuvent être améliorés lorsqu'ils sont combinés à d'autres interventions telles que les soins cliniques adaptés aux adolescents (UNICEF 2017). Au-delà des transferts monétaires, les programmes de soins ont également eu des effets avérés sur le traitement du VIH ainsi que sur sa prévention (Chandan et Richter 2008 ; Cluver et al. 2014). Cependant, il est reconnu que les transferts en espèces ne peuvent, à eux seuls, atténuer les obstacles non financiers et structurels aux soins.

3.1. Conception des prestations : Accéder aux soins de santé sans difficultés

Les prestations de soins de santé fournies par les régimes de protection sociale en santé doivent répondre efficacement aux besoins des personnes vivant avec, à risque ou affectées par le VIH et la TB. Les prestations de soins de santé adéquates englobent plusieurs dimensions :

- i. l'étendue des prestations en termes de services couverts ;
- ii. la part des coûts encourus pour de tels services couverts par le régime et la part, le cas échéant, laissée au bénéficiaire (reste à charge) ; et
- iii. la disponibilité effective de services de qualité correspondant au panier de soins.

3.1.1. Panier de soins

Il est d'une importance primordiale que les décideurs mettent en œuvre un paquet de protection sociale intégré pour les personnes vivant avec, à risque ou affectées par le VIH et la TB. Les paniers de soins doivent inclure les services liés au VIH et à la TB de manière complète, conformément aux normes de l'OIT, (y compris les soins préventifs et curatifs) en tant que droit. Par exemple, les besoins spécifiques en termes de prévention (par exemple, préservatifs, circoncision masculine médicale volontaire et prophylaxie préexposition (PrEP)) ; le traitement des infections opportunistes ; ainsi que les coûts liés à la surveillance de la charge virale, au nombre de CD4, à la résistance aux médicaments et aux effets secondaires indésirables revêtent une importance particulière.

La revue de la littérature n'a pas permis d'identifier une revue systématique au niveau mondial ou régional, des paquets de prestations offerts par les régimes de protection sociale en santé ni la mesure dans laquelle ceux-ci incluent les services liés au VIH et à la TB. Par conséquent, il n'a pas été possible d'examiner les tendances mondiales en ce qui concerne une telle intégration. Cela représente un manque de documentation. Néanmoins, il a été possible d'identifier le niveau d'intégration des services liés au VIH et à la TB dans les paniers de soins dans certains pays.²

La plupart des services de diagnostic et de traitement du VIH et du SIDA ainsi que les médicaments sont inclus dans les paquets de prestations examinés dans les pays à revenu élevé et même dans les pays à revenu intermédiaire ayant un taux élevé de personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Plus précisément, la thérapie antirétrovirale (TAR) était le plus souvent universelle et gratuite³ (voir l'exemple à l'encadré 5). Dans certains cas, le TAR n'était couvert que pour les plus pauvres (comme en Afrique du Sud). De même, le traitement de la TB et de la TB pharmaco-résistante est inclus dans la plupart des paniers de soins. Le dépistage ainsi que les interventions sanitaires visant à prévenir la transmission mère-enfant du VIH étaient également couramment incluses dans les paniers de soins (voir les exemples à l'encadré 6). Bien que le traitement soit systématiquement inclus dans les paniers de soins (l'expérience de la Thaïlande, abordée à l'encadré 7, illustre une évolution à cet égard), le niveau d'inclusion d'autres services, en particulier, ceux à caractère préventif, variait considérablement selon les pays et les régimes.

Il est intéressant de noter que dans des pays tels que l'Indonésie et l'Algérie, les services de santé liés à la TB ou au VIH ont été inclus dans le panier de soins des régimes de protection sociale en santé lorsque des réformes ont été menées pour intégrer les régimes épars existants à travers un système de mutualisation national unique ou à une institution de gestion unique. En Algérie, en ce qui concerne la TB, divers régimes de sécurité sociale ont été intégrés dans les années 1990, ce qui a conduit à l'inclusion

2 Les ensembles de prestations n'étaient pas toujours détaillés pour chaque régime dans chaque pays. Certains régimes comportaient des listes positives de services (énumérant tous les services inclus dans le régime) ; tandis que d'autres comportaient des listes négatives (une liste ne détaillant que les services exclus) ; et certains régimes ne comportaient pas d'ensembles explicites (c'est-à-dire qu'il n'était pas possible de connaître précisément les services étaient pris en charge ou non).

3 Ce fut le cas en Afrique du Sud, en Algérie, au Botswana, en Équateur, en Indonésie, en Malaisie, au Mexique, au Népal, à Oman, en Thaïlande et au Viet Nam.

des services de lutte contre la TB dans le régime général (Algeria 2011). En Indonésie, le régime national d'assurance maladie –Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)–a été lancé en janvier 2014 en consolidant les régimes d'assurance maladie et les programmes d'assistance sociale précédemment fragmentés aux niveaux national et provincial, y compris ceux destinés aux employés du secteur public (OIT 2019a). À cette occasion, il a été décidé d'inclure les services de diagnostic et de traitement du VIH et de la TB dans le panier de soins (Health Policy Plus 2018). En mai 2019, JKN avait atteint un niveau de couverture de 83 % de la population, exploit considérable dans un pays de 264 millions d'habitants répartis sur 8 000 îles habitées (Health Policy Plus 2019).

Certains épaniers de soins doivent également être élargis lorsqu'ils ne couvrent pas les soins de longue durée ; ce qui est souvent le cas, car il existe un déficit mondial de couverture pour ce type de service (Scheil-Adlung 2015). Le Botswana offre un exemple de réponses avec son programme de soins communautaires et à domicile, « Community and Home-Based Care programme » (CHBC) (voir encadré 10).

► **Encadré 5. Inclusion de TAR et de médicaments en relation avec les maladies opportunistes dans le panier de soins de la Caisse nationale d'assurance sociale (CNAS) en Algérie**

En Algérie, le système d'assurance sociale CNAS considère le VIH comme une maladie de longue durée pour laquelle des TAR et médicaments gratuits en relation avec les maladies opportunistes sont fournis (Oulebsir 2011). La prévention, le diagnostic et le traitement font partie du paquet des prestations offertes. En outre, le dépistage et des services de soutien psychologique sont disponibles dans 60 centres qui ont été intégrés aux structures sanitaires locales des wilayas (comtés) entre 2010 et 2014. Le Comité National de Prévention et de Lutte contre les IST/SIDA (CNPLS, ou Comité National de Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles et le SIDA) est chargé de fournir des orientations et des recommandations ainsi que d'assurer la coordination, le suivi et l'évaluation de toutes les activités liées à la prévention et à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH (Algeria 2012).

► **Encadré 6. Intégration du dépistage du VIH et de la prévention de la transmission mère-enfant dans le panier de soins**

Le Botswana a été le premier pays d'Afrique à introduire le dépistage systématique du VIH et l'un des premiers à lancer un programme national de TAR. Le programme a été directement intégré au système de soins de santé existant afin d'éviter les programmes parallèles et de renforcer les capacités au sein du système existant (United States 2004). Des tests de dépistage du VIH sont proposés dans le cadre de bilans de santé de routine dans les cliniques publiques et privées. Cependant, le dépistage obligatoire du VIH a été rendu légal au Botswana. Cette mesure a été contestée par de nombreuses organisations de la société civile et des droits de l'homme (Avert, n.d.), arguant qu'elle pourrait contribuer à accroître la stigmatisation et la discrimination dans le pays.¹

1 La Recommandation de l'OIT sur le VIH et le SIDA, 2010 (n° 200) et le Code de bonnes pratiques sur le VIH / SIDA et le monde du travail affirment que le dépistage doit être véritablement volontaire et exempt de toute contrainte.

► **Encadré 6. Intégration du dépistage du VIH et de la prévention de la transmission mère-enfant dans l'ensemble de prestations (suite)**

En 2018, la Malaisie est devenue le premier pays de la région du Pacifique occidental à être reconnu comme ayant éliminé la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis. La Malaisie a instauré des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) en 1998, au moment où les tests de dépistage chez les futures mères ont été lancés dans tout le pays. Les mères vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral gratuit ; une prophylaxie par l'administration d'un TAR a été administrée aux nourrissons exposés au VIH ; et l'utilisation systématique de tests de réaction en chaîne par polymérase a été strictement observée.

Oman a mis en place une politique universelle de dépistage en matière de soins prénatals en 2009. Le programme de PTME a souligné l'importance des services de soutien psychologique dans le cadre du dépistage du VIH, ce qui devrait contribuer au rétablissement des services de conseil et de dépistage volontaires qui permettront l'accès au dépistage (volontaire) à des groupes qui ne sont actuellement pas pris en charge par les programmes de dépistage (Oman 2014).

► **Encadré 7. VIH et SIDA dans les paniers de soins des régimes de protection sociale en santé de la Thaïlande**

Le Programme national de lutte contre le SIDA en Thaïlande est mis en œuvre par le ministère de la Santé publique et le Bureau national de la sécurité sanitaire (NHSO). Le ministère agit à titre de régulateur de la santé et de prestataire de services de santé. Le NHSO, acheteur et administrateur du système de santé, est responsable de fournir les traitements et les soins pour le VIH et le SIDA, le dépistage du VIH et les services de soutien associés ainsi que les services de prévention positive (décrite comme un moyen de réduire la transmission du VIH en impliquant les PVVIH dans le travail de prévention). Le régime de sécurité sociale et le régime d'assurance maladie des fonctionnaires agissent en tant qu'acheteurs, respectivement, pour les employés et les fonctionnaires. Le régime de couverture universelle s'adresse aux citoyens qui ne sont pas couverts par les deux régimes gouvernementaux mentionnés ; il est géré par le NHSO et financé par les impôts du gouvernement général (PNUD et Thaïlande 2017). Les efforts de prévention et de traitement déployés par la Thaïlande ont considérablement réduit l'incidence de nouvelles infections au cours des deux dernières décennies. Les éléments clés de la stratégie visant à atteindre cet objectif comprennent le renforcement des programmes de dépistage du VIH pour faciliter le diagnostic précoce du VIH et l'investissement dans des mécanismes visant à soutenir l'initiation immédiate du TAR (Muccini et al. 2019). Depuis 2014, les directives nationales de la Thaïlande recommandent la prophylaxie préexposition (PrEP) dans le cadre de programmes combinés de prévention du VIH pour les personnes non infectées par le VIH, mais à haut risque de le contracter, et la PrEP est disponible dans le cadre de tous les régimes de prestations à partir de l'année fiscale 2020 (Sangiam 2019).

► **Encadré 8. Programme de soins communautaires et à domicile, « Community and Home-Based Care programme » (CHBC) du Botswana**

Le gouvernement du Botswana a mis en place la stratégie CHBC en 1995 pour fournir des services de soins complets à domicile et au niveau communautaire afin de répondre aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des malades en phase terminale, y compris les PVVIH et leurs familles. Le programme est mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat entre le ministère de la Santé et la Division des personnes démunies et de la pension de vieillesse du ministère des Collectivités locales.

Le gouvernement du Botswana met en œuvre le programme conjointement avec des ONG et des organisations communautaires. Le ministère de la Santé est chargé de formuler des politiques et des protocoles d'orientation professionnelle ; tandis que le ministère des Collectivités locales, par l'intermédiaire du Département des Services sociaux, est responsable de l'élaboration de politiques et de normes permettant de dispenser des conseils techniques sur la composante de l'aide sociale. Le programme CHBC fournit des soins médicaux, des soins infirmiers, un soutien psychosocial, des services d'information, d'éducation et de communication visant à susciter un changement de comportement, faire part de conseils et d'un soutien spirituel. Les moyens de soutien les plus importants sont :

- i. un panier alimentaire reçu à chaque mois par les patients ;
- ii. le transport des patients du programme CHBC nécessitant des examens médicaux.

Le nombre de patients soutenus par le programme CHBC a diminué au cours des dernières années, principalement en raison de l'introduction du TAR gratuit et de la réduction des taux de mortalité dus à l'infection à VIH qui en a résulté, étant ainsi passé d'un pic de 12 988 bénéficiaires en 2003/2004 à 1 208 en mai 2013. Le programme CHBC a été conçu pour fournir des soins de qualité à domicile aux patients en phase terminale, au moment où les établissements de santé commençaient à être débordés. Le programme couvre désormais également les personnes atteintes d'autres maladies chroniques, telles que le diabète, qui nécessitent des régimes alimentaires particuliers (Ellis et al. 2010).

3.1.2. Niveaux de prestations et protection financière contre les coûts des soins de santé

Comme mentionné précédemment, le traitement et dans une certaine mesure le diagnostic du VIH et de la TB ont été inclus dans un certain nombre de paniers de soins examinés. Lorsqu'ils l'étaient, le coût du traitement – et, en particulier, le coût des médicaments (TAR, TB pharmaco-résistante) – était généralement couvert intégralement ou avec une très faible participation financière des patients. Par exemple, les prestations VIH au Maroc ont été intégrées au Système d'assistance médicale (Régime d'assistance médicale, ou RAMED), qui vise à aider les personnes vulnérables et pauvres à accéder aux soins médicaux. Les PVVIH qui remplissent les critères d'éligibilité bénéficient de cartes RAMED, en plus des médicaments antirétroviraux (ARV) et de l'accès gratuit à d'autres services (laboratoire, médicaments, etc.) (Morocco 2014). Les populations pauvres et vulnérables inscrites au RAMED sont exemptées de frais dans les hôpitaux publics.

En raison d'un certain nombre de facteurs, les paiements directs peuvent encore avoir lieu et représenter une part importante du revenu des ménages pour le VIH et la TB. Les facteurs suivants ont été observés :

- Une méconnaissance de leurs droits et prérogatives de la part des patients, mais parfois aussi de la part des prestataires de soins.
- L'exhaustivité limitée des services couverts, avec absence de couverture (ou un faible niveau de couverture des coûts) pour les services de santé nécessaires liés à la maladie—par exemple, ne fournir gratuitement que des médicaments, mais tout en maintenant les frais de consultation à la charge du patient.
- Certains régimes suivent un système de référencement entre les différents niveaux de soins. L'instauration d'un tel système est considéré comme une bonne pratique pour rationaliser l'utilisation des soins et mettre l'accent sur les soins primaires. Dans ce contexte, les bénéficiaires sont liés à un prestataire de services de santé local pour les soins de santé primaires. Cependant, la crainte de la stigmatisation peut inciter les personnes à solliciter des soins liés au VIH et à la TB en dehors des établissements qui leur sont assignés, ce qui entraîne des coûts de transport supplémentaires, mais limite également leur capacité à être pris en charge pour les coûts associés. Par exemple, en Thaïlande, les membres du régime de couverture universelle doivent s'inscrire auprès du Système de santé de district de leur district de résidence et n'ont pas accès gratuitement à des prestataires extérieurs à leur réseau enregistré à moins d'être référés (PNUD et Thaïlande 2017).
- Les frais non médicaux directs du traitement peuvent être encourus et ne pas être couverts par le paquet des prestations ou par tout autre régime de protection sociale. Des exemples de ces frais non médicaux directs comprennent les coûts de transport jusqu'au lieu de traitement et les coûts nutritionnels encourus par les changements diététiques prescrits et nécessaires pour améliorer l'efficacité du traitement. Par exemple, en Indonésie, une analyse de l'incidence des prestations a révélé des inégalités importantes dans la répartition des prestations de soins hospitaliers du JKN entre les groupes géographiques et socio-économiques (Health Policy Plus 2019), soulignant ainsi la nécessité de prendre en charge le transport dans le paquet de prestations. Les coûts de transport semblent être souvent signalés et leur importance est renforcée par le niveau de centralisation des services liés au VIH et à la TB ainsi que par le niveau de stigmatisation liée à la maladie, qui peut inciter les individus à solliciter des soins plus éloignés de leur lieu de résidence habituel afin de garantir leur anonymat. Les ruptures de stocks de médicaments, en particulier dans les zones reculées où la disponibilité de services de santé de qualité est souvent un défi, peuvent également amener les individus à engager des frais de transport supplémentaires pour se rendre chez les prestataires disposant de stocks suffisants.

En plus des devoir déboursier des sommes importantes de leurs poches, les patients peuvent également subir une perte de revenu liée au temps passé dans les structures de soins et/ou à l'incapacité de travailler en raison de la maladie et de ne bénéficier d'aucune prestation en espèces en cas de maladie ou d'autres prestations de protection sociale (voir section 3.2 ci-dessous sur le soutien au revenu).

Par exemple, Nguyen et al. (2017) suggèrent que les PVVIH au Viet Nam et leurs familles courent un risque élevé de charge financière en raison des paiements directs, même lorsque le TAR est fourni gratuitement, et de précédentes études ont indiqué que plus d'un tiers des ménages avec des PVVIH ont encouru des dépenses catastrophiques. Les auteurs soulignent un manque d'informations sur l'assurance maladie de la part des ménages, en particulier, un manque de renseignement en matière de remboursement, de qualité des services et de protection de l'information.

Dans le cas de la TB multirésistante, ces facteurs sont particulièrement importants, car il s'agit d'une maladie de longue durée. Une enquête sur les coûts des patients atteints de TB, menée en 2018 au Kenya, a mis en évidence qu'en dépit des progrès réalisés en matière de diagnostics et de traitements gratuits contre la TB, une proportion élevée de ménages atteints de TB subissait encore des coûts

catastrophiques dus à la TB.⁴ Dans l'ensemble, 26,5 % des ménages touchés par la TB, dont 86,4 % des ménages atteints de tuberculose pharmaco-résistante, ont subi des coûts catastrophiques. Les coûts étaient liés au diagnostic et au traitement ainsi qu'aux frais non médicaux dus à la nutrition ou aux compléments alimentaires. Pour y faire face, 27,8 % des patients atteints de TB ont eu recours à des mécanismes de désépargne tels que la souscription d'un prêt, l'utilisation de l'épargne et la vente de leurs biens pour faire face aux dépenses (Kenya 2018). Des conclusions similaires étaient évidentes au Viet Nam en 2016, où environ 63 % des ménages de patients atteints de la TB et 98 % des ménages de patients atteints de la TB multirésistante ont subi des coûts catastrophiques. Le coût encouru par ménage était en moyenne de 1 068 dollars US pour un épisode de TB sensible aux médicaments et de 4 289 dollars US par épisode de TB multirésistante. La proportion de ménages sous le seuil de pauvreté international est passée de 3,7 % avant la TB à 21,4 % après la TB (Hoa et Nhung 2019).

3.1.3. Disponibilité de services de santé adaptés

Pour mettre fin efficacement au SIDA et à la TB et, plus largement, pour parvenir à une couverture sanitaire universelle, il convient d'élargir la portée des prestataires de services de santé. Alors que des efforts ont été déployés pour améliorer l'accès à la prévention, au diagnostic, au traitement, aux soins et au soutien des PVVIH – en particulier, via la formation et le recours à des agents de santé communautaires dans plusieurs pays – les efforts visant à développer les ressources humaines et l'infrastructure nécessaires pour fournir et maintenir ces services au sein des systèmes de santé nationaux ont souvent été plus lents. Au Cambodge, en 2014, il n'y avait que 0,17 médecin pour 1 000 habitants, bon nombre d'entre eux subventionnant leurs revenus en dehors des cliniques publiques (OMS 2019b). Certains ont signalé la capacité limitée du gouvernement à exercer une surveillance efficace pour s'assurer de la mise en œuvre des directives nationales par les prestataires privés (Allinder et Dattilo 2017). Par conséquent, le financement externe et la prestation de services de santé liés au VIH par les ONG sont toujours dominants au Cambodge et, en raison des contraintes de financement et de la volonté d'en améliorer l'efficacité, le nombre d'ONG soutenues par des subventions du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (ci-après dénommé « le Fonds mondial ») sera réduit de dix-neuf à six (ONUSIDA 2018d). Au Viet Nam, l'accès au large panier de soins du régime national d'assurance maladie serait entravé par la disponibilité limitée des équipements au sein des établissements de santé et la faible qualité des services au niveau primaire (OIT 2019c). Une préoccupation similaire a été évoquée en Indonésie concernant la disponibilité des services pour le VIH chez les prestataires de santé agréés par le JKN (Banque mondiale et Université d'Indonésie 2016). La centralisation persistante des services de traitement du VIH dans les établissements de santé secondaires et tertiaires réduit la réussite du traitement. Au KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, les taux d'utilisation des traitements contre le VIH diminuent à mesure que la distance devant être parcourue pour obtenir ces traitements augmente (ONUSIDA 2014).

La qualité des soins et des services, en particulier l'attitude des professionnels de la santé et du personnel des établissements de santé à l'égard des patients, est essentielle pour impliquer les populations et pour assurer leur rétention. Lertkanokkun et al. (2013) ont souligné que près de 60 % des prestataires avaient des attitudes négatives à l'égard des patients atteints de TB en Thaïlande. En outre, une étude portant sur un échantillon d'infirmières thaïlandaises exerçant dans des hôpitaux de 1 200 lits à Bangkok a révélé que 37 % d'entre elles déclaraient être réticentes à soigner des patients infectés par le VIH et l'hépatite C (Ishimaru et al. 2018). Les données recueillies au Cambodge suggèrent que la stigmatisation et la discrimination continuent d'être un obstacle à l'implication des populations clés et vulnérables au sein des services et des efforts de dépistage. Des efforts continus sont requis pour accroître la qualité et la crédibilité des services de santé gouvernementaux aux fins d'optimiser leur utilisation (Morishita et al. 2016). Au Népal, le gouvernement a reconnu la nécessité d'améliorer les capacités des prestataires de services de santé. Le ministère de la Santé, en coordination avec le ministère de l'Éducation, prévoit de former tous les agents de santé à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins du VIH dans le cadre du programme officiel de médecine et de soins infirmiers (Népal 2017).

4 Le terme « catastrophique » est défini, selon la définition standard de l'OMS, comme le coût total dû à la TB qui dépasse 20 % du revenu annuel du ménage.

En outre, instaurer une culture positive de la sécurité et de la santé au travail et dispenser une formation professionnelle appropriée peuvent aider à réduire la stigmatisation envers les patients et améliorer davantage la qualité des soins (Ishimaru et al. 2018). Lorsque les travailleurs de la santé ne sont pas disposés à soigner les patients vivant avec le VIH et/ou la TB, cela renforce la stigmatisation et la peur entourant ces maladies. En outre, les prestataires de santé peuvent être eux-mêmes victimes de stigmatisation. Dans cette optique, les pays ont élaboré des directives et politiques nationales pour protéger la sécurité et la santé du personnel médical, en particulier, en raison du risque accru de transmission dans les établissements de santé (OMS et OIT 2010). Par exemple, la Malaisie a élaboré des directives à l'intention des travailleurs de santé pour prévenir et gérer la TB après une augmentation de l'incidence de celle-ci chez les travailleurs de santé (Malaisie 2012). Les directives nationales de gestion de la tuberculose de 2014 de l'Afrique du Sud incluent des mesures de contrôle des infections pour les travailleurs de la santé et traitent de l'influence éventuelle que l'attitude et le comportement des travailleurs de la santé peuvent avoir sur l'adhésion au traitement des patients atteints de TB (Afrique du Sud 2014).

3.1.4. Procédures administratives adaptées

Il est prouvé que les procédures administratives peuvent constituer des obstacles importants à l'accès aux services de santé pour les personnes travaillant dans l'économie informelle et pour certains groupes vulnérables. Malgré cela, les pratiques administratives adoptées spécifiquement pour les populations vulnérables ou vivant avec le VIH et la TB restent insuffisamment documentées. On trouve quelques exemples d'efforts en faveur de l'inclusion de groupes spécifiques tels que les migrants. Dans le cas des travailleurs migrants ou mobiles, des difficultés administratives supplémentaires se posent, telles que l'absence de portabilité des services au-delà des frontières et la discontinuité des soins. De nombreux systèmes de protection sociale reconnaissent la nécessité de fournir des services gratuits ou abordables aux non-ressortissants. Par exemple, au Botswana, depuis septembre 2019, le gouvernement a décidé d'offrir le traitement anti-VIH gratuitement aux résidents non-ressortissants (ONUSIDA 2019). L'Équateur garantit également des soins de santé aux réfugiés et aux migrants vivant avec le VIH et l'Algérie fournit

► **Encadré 9. Exemples des caractéristiques d'accessibilité pour les migrants en Thaïlande**

Les migrants sont des populations clés et vulnérables dans la réponse au VIH et à la TB. Leur vulnérabilité à la discrimination crée un défi particulier en matière de couverture de protection sociale et nécessite des investissements spécifiques dans les actions de sensibilisation (OIT 2017; 2019b). Il a été signalé que les migrants qui entrent en contact avec les services de santé se heurtent à des problèmes financiers, linguistiques, culturels et juridiques et qu'il leur est, par conséquent, difficile de suivre un traitement pendant toute la durée nécessaire. La peur de perdre leur emploi affecte également négativement la poursuite du traitement jusqu'à son terme (Thaïlande 2017).

Dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire pour les migrants, des services innovants adaptés aux migrants ont été mis en place en Thaïlande, notamment le recours à des agents de santé communautaires bénévoles, des cliniques mobiles pour les communautés de migrants, des panneaux et des informations bilingues (principalement en thaï et en birman) dans les établissements de santé, et des services de sensibilisation sur le lieu de travail (Tangcharoensathien, Thwin et Patcharanarumola 2017). En outre, un mécanisme de dépistage de la TB pour les travailleurs migrants a été mis en place par les ministères de la Santé et du Travail. Les hôpitaux situés dans des zones à forte concentration de travailleurs migrants fournissent des bilans de santé annuels, des traitements, des activités de promotion de la santé et assurent la prévention des maladies et une surveillance intensive. Lorsque les travailleurs migrants effectuent des bilans de santé, ils subissent un test de dépistage de la TB. Si le résultat est positif, les travailleurs migrants concernés sont affectés à un groupe de soutien pour les patients atteints de TB (Vittaporn et Boonmongkon 2016).

aux migrants et aux réfugiés le TAR gratuitement (ONUSIDA 2018b ; 2017b). L'encadré 9 fournit une illustration pour la Thaïlande.

Certains pays offrent un accès gratuit aux services de lutte contre le VIH et la TB dans le cadre d'un paquet de soins couvert uniquement pour les groupes de population répondant à des critères d'éligibilité spécifiques. Les processus administratifs par lesquels cette éligibilité est évaluée (en particulier lorsque les régimes sont soumis à des conditions de ressources) peuvent constituer des obstacles importants à l'accès aux services de santé pour les personnes vivant avec le VIH et la TB. Souvent, ces processus d'estimation des ressources sont purement basés sur un revenu estimé indépendamment des frais médicaux encourus par le bénéficiaire, ce qui peut exclure les personnes vivant avec le VIH et la TB qui peuvent avoir un revenu supérieur au seuil de pauvreté désigné et pourtant se situer en dessous de celui-ci si l'on tient compte de leurs frais médicaux réels. L'encadré 10 illustre les réflexions politiques sur les critères d'éligibilité pour la protection sociale en santé et les services de lutte contre le VIH au Cambodge.

Enfin, les procédures administratives peuvent avoir un impact sur la protection financière dont bénéficient effectivement les personnes. Par exemple, des procédures inadaptées et complexes peuvent inciter les patients à solliciter des soins en dehors du réseau de prestataires de soins couverts par leur régime. Par exemple, des études menées au Viet Nam ont indiqué que le manque de confidentialité constitue un obstacle considérable à l'extension du dépistage gratuit du VIH parmi les populations clés et vulnérables (Viet Nam 2014). De même, pour les personnes sous traitement de longue durée, il convient d'adapter la périodicité selon laquelle elles peuvent renouveler et remplir leur prescription. Comme en témoigne la réponse de nombreux régimes de protection sociale en santé pendant la crise du COVID-19,

► **Encadré 10. Ciblage de la pauvreté et éligibilité aux prestations de protection sociale en santé pour les personnes vivant avec le VIH au Cambodge**

Au Cambodge, les PVVIH sont éligibles au Fonds d'équité pour la santé, un régime de protection sociale en santé offrant une protection financière contre les coûts des soins de santé. L'Autorité nationale de lutte contre le SIDA avait besoin de preuves sur les implications financières de l'extension de la couverture du Fonds d'équité pour la santé à un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH au Cambodge afin de déterminer l'approche la plus efficace et la plus durable lors de la mise en œuvre des composantes de SorChorNor n° 213¹. Health Policy Plus, projet de l'Agence américaine pour le développement international, a mené cette analyse qui présente trois scénarios avec leurs implications financières associés :

- Scénario 1 : couverture de base reflétant la situation actuelle dans laquelle 18 % des PVVIH détiennent une carte IDPoor.
- Scénario 2 : considère à la fois la population des PVVIH éligibles déjà en possession d'une carte IDPoor (18 %), plus les PVVIH éligibles mais qui ne détiennent pas de carte IDPoor (20 % de plus).
- Scénario 3 : couverture par le Fonds d'équité pour la santé pour tous les PVVIH, comme indiqué dans le SorChorNor n° 213, quel que soit leur statut socio-économique.

L'Autorité nationale de lutte contre le SIDA (NAA) effectue des enquêtes périodiques aux fins d'identifier les PVVIH ayant les besoins les plus profonds et évalue si elles ont été identifiées dans le cadre du processus IDPoor. L'enquête de 2017 de la NAA a estimé que sur 27 117 personnes vivant avec le VIH, 18 % détenaient déjà une carte IDPoor et 20 % de plus ont été identifiés comme éligibles à une carte IDPoor, mais n'en possédaient pas. Sur la base de SorChorNor n° 213, la NAA travaille actuellement avec le ministère de la Planification pour identifier des mécanismes permettant d'inscrire tous les PVVIH qui n'ont pas de carte IDPoor.

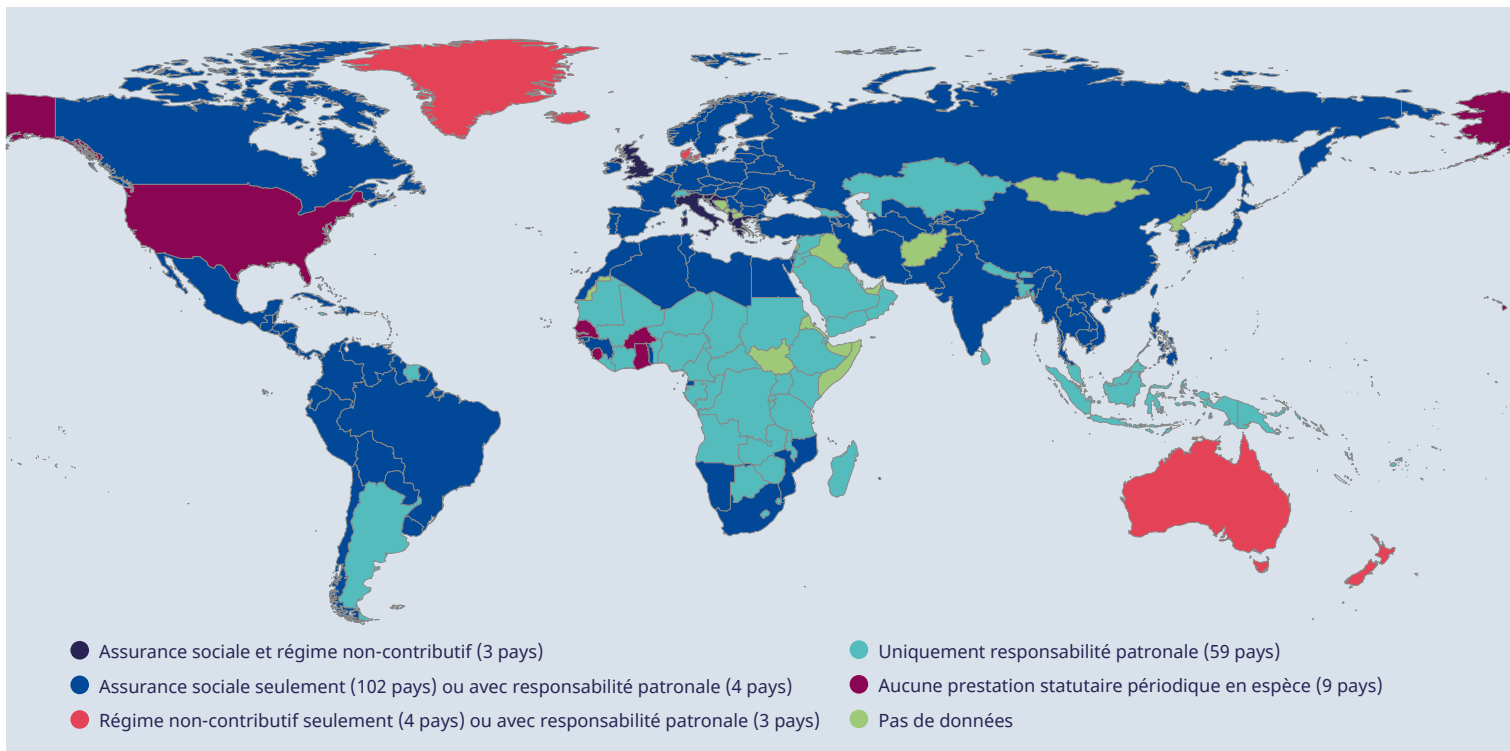
1 Une circulaire politique, ratifiée par le Conseil des ministres avec l'approbation du Premier ministre en février 2019, reconnaît toutes les personnes vivant avec le VIH comme une population vulnérable éligible aux cartes d'équité pour le Fonds d'équité pour la santé.

remplir les ordonnances tous les trois à six mois par l'intermédiaire de prestataires géographiquement accessibles réduit la charge administrative pour le patient (OIT 2021b).

3.2. Conception des prestations : sécurité du revenu

Les normes de sécurité sociale de l'OIT identifient la nécessité pour les travailleurs et les ménages d'être soutenus lorsqu'ils sont malades ou cherchent à se faire soigner afin d'assurer la sécurité de leurs revenus. Le vecteur privilégié est les indemnités de maladie en espèces. Cependant, de tels régimes n'existent souvent pas dans les pays à forte charge de morbidité du TB et du VIH, comme l'illustre la figure 5. En effet, la couverture légale de l'aide au revenu en cas de maladie n'est pas une réalité dans de nombreux pays à forte charge de VIH et de TB, en particulier, en Afrique où la responsabilité incombe, en grande partie, à l'employeur plutôt qu'au système de protection sociale, ce qui exclut les travailleurs de l'économie informelle (OIT 2020a ; 2020b). Par conséquent, compte tenu des besoins des patients atteints du VIH et de la TB en termes de perte de revenus et en l'absence de régimes d'indemnités de maladie, certains pays ont décidé d'accorder aux patients atteints du VIH et/ou de la TB et à leurs familles l'accès à des prestations dédiées au VIH et à la TB ou à d'autres programmes de protection sociale existants, tels que des pensions d'invalidité ou des transferts en espèces pour les familles.

► **Figure 5. Sécurité du revenu en cas de maladie, protection légale par type de régime, dernière année disponible**



Source : OIT Base de données mondiale sur la protection sociale, d'après l'enquête de l'OIT sur la sécurité sociale ; AISS / SSA, Programmes de sécurité sociale dans le monde; ILOSTAT ; sources nationales.

La littérature examinée a révélé que les programmes de protection sociale axés uniquement sur les PVVIH pouvaient renforcer la stigmatisation et la discrimination, soulignant ainsi plutôt la nécessité d'intégrer les PVVIH en tant que bénéficiaires dans des programmes de protection sociale plus larges. Les arguments avancés étaient que les régimes de protection sociale apporteraient peu à la réponse au VIH et au SIDA s'ils excluaient ou n'étaient pas appropriés et accessibles aux personnes vivant avec, à

risque ou affectées par le VIH (OIT 2017) et que des interventions multisectorielles étaient nécessaires pour s'attaquer aux facteurs et aux impacts du VIH et du SIDA, réduire la prévalence du VIH, fournir des soins et un traitement aux PVVIH et atténuer l'impact de l'épidémie.

Comme mentionné ci-dessus, il est souvent nécessaire de compléter l'ensemble des prestations de soins de santé par des prestations liées à la nutrition. L'enquête sur les coûts des patients atteints de TB au Kenya souligne la nécessité des programmes de protection sociale de soutenir ces patients pendant leur traitement et leur rétablissement. L'enquête a révélé que la moitié des patients atteints de TB souffrent de malnutrition modérée à sévère au moment du diagnostic. Elle a également mis en évidence la double charge à laquelle sont confrontées les personnes atteintes de la maladie en raison de la réduction de leurs revenus et de l'augmentation des dépenses liées à des produits tels que les compléments alimentaires et nutritionnels, les plongeant ainsi (davantage) dans la pauvreté. Le rapport a souligné la nécessité d'aller au-delà des aspects médicaux et d'inclure les besoins des patients en matière de soutien alimentaire / nutritionnel et de transport, afin de réduire la charge financière qui leur est imposée et de leur garantir véritablement des soins de santé abordables (Kenya 2018). De même, les résultats de l'enquête au Viet Nam appelaient à des politiques nationales visant à réduire les coûts directs et indirects encourus par les patients (Hoa et Nhung 2019). Au Botswana, le « Vulnerable Group Feeding Program », qui offre des transferts alimentaires inconditionnels en nature, distribue des repas et des compléments nutritionnels aux personnes vulnérables à la malnutrition et aux femmes en âge de procréer issues de ménages pauvres ou à faible revenu pendant la sécheresse ainsi qu'aux patients atteints de TB.

Certains pays ont décidé d'accorder aux patients atteints du VIH et/ou de la TB l'accès à des pensions d'invalidité, par exemple sous forme de prestations à caractère non contributif (OIT et ONUSIDA 2014). Il se peut que les régimes d'indemnité en cas de maladie n'existent pas dans un pays donné et que, par conséquent, les prestations liées au VIH et au SIDA et à la TB soient intégrées dans un régime de pensions d'invalidité existant, tel qu'illustré à l'encadré 11.

► **Encadré 11. Accès aux pensions d'invalidité pour les patients atteints du VIH et de la TB**

En Équateur, le programme « Bono Joaquín Gallegos Lara » offre aux proches aidants / parents d'un enfant gravement handicapé ou atteint d'une maladie catastrophique comme le VIH des transferts monétaires conditionnels. Le but est d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de handicaps et de maladies de longue durée et, en retour, de soutenir l'aidant pour lui permettre de pouvoir s'occuper d'elles à temps plein (Équateur 2012).

L'Afrique du Sud fournit également une pension d'invalidité pour les PVVIH, si la maladie entraîne une limitation des activités et si le nombre de CD4 de la personne est inférieur à un certain seuil. Il s'agit du seul régime non contributif destiné aux Sud-Africains, qui offre une sécurité de revenu en cas de perte de capacité de travail due à une infection par le VIH ainsi que des soins de santé gratuits (Banque mondiale et OIT 2016).

Les programmes d'assistance sociale assistant sociale prévoyant des transferts en espèces pour les familles vulnérables avec enfants sont une forme largement employée et documentée de prestation de protection sociale utilisée par certains pays comme point d'entrée pour étendre la protection sociale aux personnes vulnérables ou affectées par le VIH ou la TB. Dans certains pays, ces programmes d'assistance sociale assistant sociale incluent des critères d'éligibilité liés au statut VIH ou TB dans le ménage. C'est le cas dans les pays à forte charge de morbidité où de nombreux décès ont été causés par ces maladies, mais où il n'existait pas de système solide de prestations aux survivants. Au Botswana, le Plan d'action à court terme du Programme de soins aux orphelins, «Orphan Care Program Short Term Plan of Action on Care Orphans» – un transfert en espèces destiné aux ménages s'occupant d'un orphelin – est disponible pour les enfants vivant avec le VIH. Il fournit aux enfants et à leurs proches aidants une assistance pour leurs besoins éducatifs, des services médicaux gratuits dans les établissements de santé publics, des indemnités de transport et d'autres aides au revenu. Ailleurs en Afrique sub-saharienne, où le phénomène des familles à la « génération intermédiaire manquante » à cause du VIH / SIDA peut être monnaie courante, les pensions sociales peuvent servir de facto de prestations familiales, permettant ainsi aux grands-parents de s'occuper de petits-enfants orphelins.

3.3. Adapter les procédures administratives et créer des partenariats pour la prévention et le référencement

Même lorsque des programmes de protection sociale existent et sont ouverts aux populations clés et vulnérables, un manque d'information, des procédures compliquées, la peur de la stigmatisation et de la discrimination et le manque de documents conférant l'éligibilité, tels que les cartes nationales d'identité (dans les cas où cela est requis) peuvent les empêcher d'y accéder. Par conséquent, les populations clés et vulnérables dans le besoin peuvent éviter de faire valoir leurs droits à la protection sociale, ce qui représente un défi particulier pour tenter de les atteindre.

Ceci est particulièrement crucial pour les interventions de prévention et de référencement. À cet égard, deux types d'organisations sont particulièrement pertinentes :

- **Organisations communautaires** – Ces organisations jouent souvent plusieurs rôles : identification, organisation et porte-voix et information et référencement, mais aussi fourniture directe de services de santé (prévention et promotion, mais aussi, parfois, suivi thérapeutique) ainsi que soutien social.
- **Lieux de travail** – Les comités de sécurité et de santé au travail, composés d'employeurs et de travailleurs ainsi que les services de santé au travail, peuvent fournir un point d'entrée important et un accès à un grand nombre de travailleurs vulnérables. En ce qui concerne la TB et le VIH, le lieu de travail offre de bonnes opportunités pour la diffusion de messages éducatifs et de programmes de changement de comportements et la présence régulière des travailleurs au même endroit peut faciliter le diagnostic précoce et l'adhésion au traitement (ONUSIDA, OIT et OMS 2012). Comme le souligne la stratégie adoptée par le Conseil d'administration de l'OIT–Action de l'OIT face au VIH et au sida : accélérer les progrès d'ici à 2030 (octobre 2019)– des politiques et programmes complets de lutte contre le VIH et la TB sur le lieu de travail, mis en œuvre en partenariat avec d'autres parties prenantes, facilitent l'accès quotidien à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien, en atteignant les travailleurs hommes et femmes là où ils passent la majeure partie de leur vie quotidienne. En outre, donner aux travailleurs la flexibilité d'adapter leurs horaires ou leur lieu de travail en fonction de tout changement (temporaire) de la gravité de leur maladie leur permettrait de continuer à participer au marché du travail, améliorant ainsi la productivité globale (OIT 2019d). De telles politiques profiteraient également aux travailleurs souffrant du COVID long.

Cette section explore des exemples de partenariats entre systèmes nationaux de protection sociale et services fournis sur les lieux de travail et au niveau communautaires pour des services de prévention et de référencement.

3.3.1. Sensibilisation, prévention et référencement par le biais d'organisations communautaires

Certains pays disposent de services gérés au niveau communautaire dont les prestataires de services sont des membres des populations qu'ils sont destinés à servir. Cela crée une atmosphère conviviale et vise à répondre à certaines difficultés relatives à l'accès et à la discrimination. Par exemple, au Cambodge, depuis 2017, une approche intégrée de gestion des cas a été mise en œuvre par le biais d'un mécanisme communautaire. L'approche d'action communautaire comprend la pleine participation des groupes communautaires et des organisations de la société civile (OSC) à la fourniture de services de prévention et de traitement et sert de pont entre les sites communautaires et les sites de services. Au Népal, les communautés de PVVIH à travers le pays sont impliquées dans le soutien au traitement et aux soins ainsi que dans le bien-être général de plus de 13 000 PVVIH. Le programme de soins communautaires et à domicile mis en œuvre dans 40 districts par et pour les PVVIH a joué un rôle clé dans la rétention des patients et l'adhésion au traitement. Selon le rapport de progrès du Népal de 2018, le programme aurait largement contribué au maintien d'un taux de rétention de plus de 85 % sous TAR après 12 mois d'initiation (Népal 2018).

Certains pays ont mis en place des mécanismes contractuels par lesquels les organisations communautaires se voient déléguer un certain nombre de services par le système de protection sociale et peuvent référer les bénéficiaires vers les régimes de protection sociale pertinents. Au Mexique, les organisations communautaires et les ONG participent depuis longtemps à la réponse au VIH, en particulier, en ce qui concerne les populations clés et vulnérables. Depuis les années 1990, la société civile fait pression sur le Centre national de prévention et de contrôle du VIH et du SIDA (CENSIDA) pour que tous les Mexicains aient accès au TAR. Le CENSIDA a commencé à travailler avec des ONG sur des programmes permettant de mieux atteindre son public cible. Chaque année, il a élaboré un système d'appels à projets – sur l'éducation, la prévention, le dépistage du VIH, la distribution de préservatifs et de seringues – à mettre en œuvre par les ONG. Le CENSIDA a consacré un budget annuel de 110 millions de pesos (près de 5,5 millions de dollars US), ces dernières années, à ses collaborations avec les ONG. Cependant, en février 2019, le gouvernement a bloqué les fonds alloués aux ONG afin d'éviter la corruption et le recours à des intermédiaires. Par conséquent, les populations vulnérables, qui sont souvent incapables de se rendre dans les centres de traitement, risquent de perdre l'accès aux tests et aux traitements appropriés (Agren 2019). En Malaisie, le gouvernement travaille avec le Malaysian AIDS Council (MAC), organisme-cadre regroupant une cinquantaine d'organisations partenaires de la société civile. Le MAC fournit un soutien technique et une supervision aux organisations partenaires pour mener à bien des programmes de prévention du VIH en Malaisie, et opère dans le cadre d'une approche nationale, en partenariat avec le gouvernement. Depuis 2003, par l'intermédiaire du MAC, le gouvernement a étendu son financement aux OSC, ce qui représente plus de 26,7 millions de dollars US par an, soit près de la moitié des dépenses nationales totales consacrées au VIH (Malaisie 2015). Au Costa Rica, la loi 8718 exige que le Conseil de la protection sociale alloue 1 % des bénéfices de la loterie nationale aux initiatives de prévention, de soins et de recherche sur le VIH mises en œuvre par les OSC (Costa Rica 2009). Cependant, l'accès à de telles ressources n'est pas toujours un processus facile pour les OSC, car les organisations ne disposent parfois pas de la structure de gestion et de la professionnalisation requises pour être éligibles à un financement public. Il s'agit d'un point d'attention important pour les institutions de protection sociale, car il illustre qu'il peut s'avérer nécessaire de faire recours aux OSC pour mener des activités de sensibilisation appropriées auprès des populations très vulnérables. En même temps, ce processus peut exiger des institutions de protection sociale la mise en place d'un cadre contractuel favorable pour que de tels partenariats soient acceptables à la fois pour les autorités chargées des finances publiques et pour la structure organisationnelle des OSC.

La sensibilisation et le partenariat peuvent également être un moyen de contourner les systèmes de ciblage des programmes d'assistance sociale présentant de fortes erreurs d'exclusion, allégeant ainsi la charge administrative à laquelle sont confrontés les PVVIH et les patients atteints de TB pour accéder à la protection sociale. Dans certains pays, des programmes de protection sociale sont

disponibles pour les personnes identifiées comme pauvres et vulnérables ou pour les populations clés et vulnérables. Ces prestations soumises à condition de ressources dépendent souvent des systèmes de ciblage de la pauvreté, car dans de nombreux pays où existe de vastes économies informelles, l'accès aux registres administratifs des revenus est difficile. Les systèmes de ciblage de la pauvreté ont fait l'objet de nombreux débats dans le domaine de la protection sociale, car le processus d'identification est souvent compliqué et coûteux, avec un risque élevé d'erreur d'inclusion ou d'exclusion (Kidd, Gelders et Bailey-Athias 2017). Généralement, le processus se concentre principalement sur les considérations de revenu, qui ne représentent pas nécessairement les facteurs les plus importants en ce qui concerne les ménages touchés par le VIH et la TB, car leurs coûts encourus sont également beaucoup plus élevés (voir l'illustration à l'encadré 10).

3.3.2. Sensibilisation, prévention et référencement offerts sur le lieu de travail

La plupart des pays disposent de directives, politiques, lois et codes existants pour lutter contre la transmission du VIH et de la TB sur le lieu de travail, dispensant ainsi des conseils aux employeurs et aux employés pour gérer ces maladies. Alors que la TB a tendance à relever de directives générales en matière de sécurité et de santé au travail, de nombreux gouvernements ont élaboré des directives spécifiques pour la mise en œuvre de la prévention et du contrôle du VIH sur le lieu de travail, reconnaissant ainsi les effets négatifs du VIH sur les entreprises et les environnements professionnels (par exemple, le Botswana, le Cambodge, l'Indonésie, la Malaisie et le Viet Nam). Les directives comprennent généralement l'établissement de systèmes et politiques organisationnels visant à prévenir et contrôler le VIH sur le lieu de travail ainsi que la planification et la mise en œuvre d'activités sur le lieu de travail. En Malaisie, le comité sur le lieu de travail est chargé de rédiger une politique sur le VIH et le SIDA sur le lieu de travail qui est envoyée pour examen et approbation au Département de la sécurité et de la santé au travail (ASEAN Secretariat 2015). De même, en 2006, le ministère cambodgien du travail et de la formation professionnelle a publié les *Prakas*⁵ sur la création du comité de lutte contre le VIH et le SIDA dans les entreprises et les établissements et la prévention du VIH et du SIDA sur le lieu de travail.

Bien que ces mécanismes sur le lieu de travail jouent un rôle potentiel important en matière de prévention et de référencement vers le système de protection sociale, leur coordination avec le système de protection sociale est peu documentée. Dans le cadre de la présente revue, la coordination entre les programmes de protection sociale et ceux sur le lieu de travail a été explicitement définie lorsque le VIH et la TB étaient reconnus comme des maladies professionnelles. Au Viet Nam, en vertu de la Loi sur la sécurité et la santé au travail (2015), les travailleurs infectés par le VIH à la suite d'un accident du travail ont droit à une indemnité en espèces au titre de l'indemnité pour accident travail et maladie professionnelle, ainsi qu'à tous les services de santé fournis par le régime national d'assurance maladie (avec inscription obligatoire au régime national d'assurance maladie), sauf si le salarié n'est pas affilié (auquel cas l'employeur doit prendre en charge les frais).⁶

Les lieux de travail peuvent proposer des programmes de conseil et de dépistage volontaires qui constituent une plateforme intéressante pour fournir directement des interventions de prévention, mais aussi pour assurer des services de référencement et pour aider les travailleurs à s'orienter dans le système de protection sociale. L'encadré 12 illustre l'exemple d'une intervention au Kenya qui visait à renforcer le potentiel de référencement entre la promotion de la santé sur le lieu de travail et le système de protection sociale.

5 Un *prakas* est un décret publié au niveau ministériel.

6 La protection contre les accidents du travail a fait l'objet d'un certain nombre de conventions et de recommandations adoptées par l'OIT depuis ses débuts. Selon la Convention n° 102 de l'OIT (Partie VI), toute affection qui a un impact négatif sur la santé et qui est due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, ainsi que l'incapacité de travail et de gain qui en résulte, qu'elle soit temporaire ou permanente, totale ou partielle, doit être prise en charge. La Convention (n° 121) et la Recommandation (n° 121) sur les prestations en cas d'accident du travail de 1964 fixent des normes plus élevées, principalement en termes de prise en charge de la population et du niveau des prestations à fournir.

► **Encadré 12. Articuler la promotion de la santé au travail et la protection sociale dans le contexte de la réponse au VIH au Kenya**

Avec 84 % de travailleurs engagés dans l'économie informelle dont seule une faible proportion couverte par des programmes de protection sociale, le Kenya a lancé des modes d'affiliation volontaires qui ont connu un succès limité. Alors que le régime national d'assurance maladie du Kenya, « National Health Insurance Fund » (NHIF) prend en charge plus de 3 millions de travailleurs, seuls 10 % d'entre eux se sont volontairement inscrits au régime. De nombreux travailleurs et leurs familles ne sont pas au courant des prestations du régime ni comment s'y inscrire. Il s'agit d'un problème important pour les personnes vivant avec le VIH : bien que le TAR soit gratuit dans le cadre du Programme national de lutte contre le SIDA et les Infections sexuellement transmissibles, d'autres coûts, tels que les consultations médicales, ne sont pas couverts. L'affiliation au NHIF est donc complémentaire, car elle donne accès à celles-ci.

Dans le cadre de l'initiative Conseil et dépistage volontaires et confidentiels du VIH pour tous les travailleurs (Initiative VCT@WORK) lancée en 2013, le Kenya a amélioré l'accès au dépistage du VIH parmi les travailleurs de l'économie formelle et informelle et a facilité leur accès aux régimes nationaux de protection sociale (OIT et ONUSIDA 2017). En particulier, le programme comprenait des conseils et un soutien pour s'inscrire au NHIF.

3.4. Gouvernance et participation

La participation des communautés et des populations clés aux processus de gouvernance et de prise de décision en matière de protection sociale est importante (Ooms et Kruja 2019 ; PITCH 2019) et a été fortement soulignée, en particulier, dans le cadre de la réponse au VIH. Le terme générique « communautés » comprend les PVVIH, leurs groupes et réseaux, mais aussi les organisations, les ONG, les organisations de lutte contre le SIDA et les organisations confessionnelles (ONUSIDA 2016). Les organisations dirigées par les communautés et basées sur celles-ci comprennent également des organisations de populations clés et autres affectées par le VIH et le SIDA, y compris des personnes affectées par la TB. Il est reconnu qu'elles ont été en première ligne dans la réponse au SIDA, dans la fourniture de services non médicaux tels que le plaidoyer et la prévention (Jay et al. 2016) et dans l'utilisation des services (ONUSIDA 2016). Ces communautés sont des acteurs essentiels de la gouvernance et des processus décisionnels nationaux sur ces questions (ONUSIDA 2016). Par conséquent, de nombreux chercheurs soulignent l'importance de leur participation à la conception de nouveaux systèmes de protection sociale et de santé ou à l'adaptation de ceux déjà existants (Cluver et al. 2014). L'annexe 2 donne un aperçu de l'inclusion du VIH dans les politiques de protection sociale dans les pays étudiés.

En termes de protection sociale, la participation des populations vulnérables et clés est centrale pour les raisons suivantes :

- Bien que les institutions de protection sociales disposent généralement de processus formels de participation et de consultation, elles omettent souvent d'inclure les groupes les plus éloignés et vulnérables confrontés à des privations multidimensionnelles, créant ainsi une situation dans laquelle leurs besoins sont mal pris en compte lors de la conception des prestations de protection sociale et services offerts.
- Il est difficile pour les régimes de protection sociale de surveiller la couverture de ces populations et d'avoir un aperçu des lacunes en matière de couverture. En effet, le statut VIH et TB n'est pas enregistré dans les données administratives sur la couverture par les institutions de protection sociale et il n'est pas non plus recommandé qu'il en soit ainsi afin d'éviter toute opportunité de discrimination ou de stigmatisation. Par conséquent, si des enquêtes régulières ne sont pas menées auprès des populations clés et vulnérables spécifiquement sur leur niveau d'accès aux régimes de protection sociale, il est difficile pour les institutions de protection sociale de connaître l'ampleur et les



causes des lacunes en matière de couverture parmi ces populations. La participation aux processus de gouvernance et de suivi peut partiellement remédier à cette situation.

- La participation de ces populations peut permettre l'identification et la levée des obstacles d'accès spécifiques liés à la conception du régime ou aux procédures administratives. Dans cette perspective, le système des Nations unies a mis au point un outil d'évaluation qui facilite l'identification de ces obstacles et pourrait être utile à de tels processus participatifs (ONUSIDA 2017a).

Bien que des progrès significatifs aient été réalisés dans l'intégration des processus participatifs en ce qui concerne les institutions spécifiquement chargées de la réponse au VIH et à la TB⁷ (Burrows et al. 2016 ; ONUSIDA 2018c ; PITCH 2019), ce revue de la littérature a noté très peu d'évidence de cette intégration au sein des institutions et processus de protection sociale. La littérature émergente explore l'impact potentiel de l'intégration des services fournis par la communauté dans la prise de décision et le plaidoyer, en particulier, en ce qui concerne l'émergence de modèles de prestation de services de santé innovants, les avancées en matière de droits humains et l'accès de tous aux services de santé (ONUSIDA 2016 ; Ooms et Kruja 2019). L'impact et les pratiques d'intégration des processus participatifs des populations clés et vulnérables dans le domaine de la protection sociale doivent encore être étudiés.

► Encadré 13. Pratiques de gouvernance participative issues de la réponse au VIH

Au Népal, le groupe « Young Key Affected Population » (YKAP), composé de jeunes consommateurs de drogues injectables, de travailleuses du sexe, d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et de personnes transgenres, a participé à l'élaboration du Plan stratégique national de lutte contre le VIH 2016-2021. Le YKAP a aidé à identifier les lacunes et les besoins devant être pris en compte dans le plan stratégique grâce à des discussions thématiques tenues avec les principales parties prenantes (Népal 2018).

L'Autorité nationale de lutte contre le SIDA au Cambodge, en collaboration avec des partenaires, y compris les OSC et les groupes communautaires, s'efforce de créer un environnement favorable et d'autonomiser les PVVIH et les populations clés afin de leur permettre de participer de manière significative aux processus nationaux de planification, de mise en œuvre, de suivi et de d'évaluation de la réponse au VIH (ONUSIDA 2018a).

En Malaisie, le Conseil malaisien du SIDA est membre du Comité interministériel sur le VIH et le SIDA et du Comité national de coordination de l'intervention contre le sida (NCCAI) afin de représenter la voix de la société civile et de renforcer les systèmes communautaires pour une réponse efficace à l'épidémie. En outre, pour assurer une atténuation significative de l'impact social, les PVVIH et les populations vulnérables ont été impliquées dans la prise de décision au niveau national grâce à leur participation au NCCAI et à l'instance de coordination nationale du Fonds mondial (Malaisie 2015).

7 Dans certains cas, la création de mécanismes dédiés est nécessaire pour veiller à ce que les communautés ne se voient pas retiré des fonds ou sous-financés. Ceux-ci pourraient prendre plusieurs formes, comme des délégations de la société civile, la participation aux organes directeurs et aux instances de coordination du Fonds mondial, mais aussi des coalitions nationales de prévention du VIH.

3.5. Financement

Au du XXI^e siècle, les épidémies de VIH, de TB et de paludisme causaient des pertes humaines considérables dans le monde, tandis que les prix élevés des médicaments et la pénurie générale de ressources dans les pays à forte charge faisaient de la lutte contre ces maladies un défi de taille. En outre, si ces maladies n'étaient pas combattues dans l'ensemble des pays et des groupes de population, leur nature transmissible risquerait de retarder tout progrès en raison d'une hausse des infections ailleurs. Bien que de grandes mesures aient été prises pour réduire la gravité de ces maladies, les soins étaient hors de portée pour beaucoup. Cela était particulièrement vrai pour les groupes marginalisés, dont les besoins spécifiques étaient souvent ignorés dans les efforts et stratégies nationaux en matière de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination. En conséquence, dans de nombreux pays, des dispositions spécifiques ont été prises pour gérer la réponse d'une manière différente de celle des autres maladies. Cela a impliqué le soutien de financements externes dans un certain nombre de cas – en utilisant de nouvelles approches de financement telles que le Fonds mondial, un partenariat public-privé – ainsi que l'intervention de partenaires externes et internes en dehors du système public de santé traditionnel dans certains endroits. L'absorption des coûts de prévention, de diagnostic et de traitement de ces maladies par les gouvernements dans le cadre des ressources publiques nationales est une étape importante vers l'intégration de ces programmes dans les systèmes nationaux de protection sociale et de santé (voir encadré 14).

Les dépenses publiques nationales sont destinées à augmenter dans les pays où le financement est en partie pris en charge par des donateurs internationaux, en prévision d'une réduction du soutien financier de ces derniers. Des pays comme le Cambodge, l'Indonésie et le Viet Nam reconnaissent la nécessité d'une utilisation plus stratégique des ressources disponibles, tout en se préparant à assumer une part croissante de la charge financière de la réponse au VIH (ONUSIDA 2018a). Cela est dû en partie au fait que les pays passant à un statut de revenu intermédiaire ou élevé, deviennent éligibles à certains financements externes, par exemple, au Fonds mondial ou au Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR).⁸ Au Viet Nam, il était attendu une diminution majeure du financement des ARV par le PEPFAR, que le régime national d'assurance maladie est susceptible d'absorber. Le Viet Nam a reconnu que le programme PEPFAR était une voie clé pour financer durablement le maintien et l'expansion des soins et du traitement du VIH. L'intégration des services de lutte contre le VIH a été considérée comme une stratégie efficace, mais aussi comme un moyen de faciliter sa durabilité politique à long terme.

De manière assez unique, depuis 2006, le Fonds mondial aide le Rwanda à atteindre la couverture sanitaire universelle en accordant des subventions aux familles les plus pauvres qui couvrent les cotisations d'assurance maladie. Le Fonds a financé des contributions – en totalité ou en partie – pour environ 2 millions de Rwandais, y compris les orphelins, les PVVIH et la tranche la plus pauvre de la population (Nyandekwe, Nzayirambaho et Kakoma 2014 ; Zeng et al. 2014).

8 Créé en 2003, le PEPFAR est l'engagement le plus important pris par un pays pour lutter contre une seule maladie, et à ce jour, a contribué à hauteur de 90 milliards de dollars US, y compris à travers le financement du Fonds mondial. Bien que la dernière administration américaine (2017-2021) ait proposé de réduire considérablement le financement, le Congrès des États-Unis a, jusqu'à présent, rejeté les réductions de dépenses proposées.

► Encadré 14. Transition vers le financement domestique

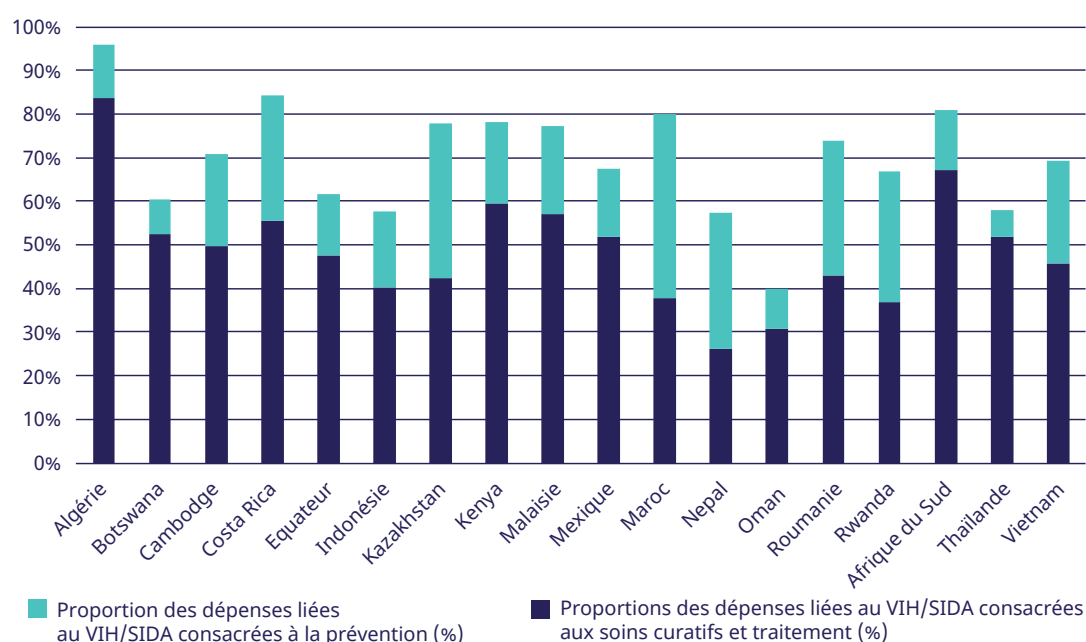
La disponibilité des ressources domestiques est cruciale pour la viabilité à long terme des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA, et elles représentent la majorité des dépenses mondiales consacrées au VIH depuis 2000. Les ressources gouvernementales ont continué de croître dans les pays de tous les groupes de revenus. Dans les pays étudiés, l'aide au développement pour la santé a constitué l'essentiel des dépenses liées au VIH et SIDA dans les pays à faible revenu et les pays ayant une prévalence extrêmement élevée.¹ Par exemple, une étude a révélé que parmi tous les services de lutte contre le VIH et le SIDA au Cambodge, le TAR est le traitement qui dépend le plus des donateurs, avec plus des deux tiers de tous les coûts financés par le gouvernement américain ou le Fonds mondial. La majeure partie de ces dépenses est consacrée à l'achat d'ARV et de médicaments contre le VIH spécifiques à une maladie (Thin, Prum et Johns 2019). Dans les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire supérieur, la réponse au VIH et au SIDA est principalement financée par les dépenses publiques nationales (80 % en Algérie, 89 % en Thaïlande et 95 % en Équateur), à quelques exceptions près. Par exemple, plus d'un tiers des dépenses consacrées au VIH et au SIDA au Botswana proviennent de sources internationales, bien que celui-ci soit classé parmi les pays à revenu intermédiaire supérieur depuis 2005.

Selon l'OMS (2019a), la lutte contre la TB reste sous-financée. L'OMS a estimé le déficit pour la prévention et les soins de la TB à 3,3 milliards de dollars US en 2019, même si, la même année, le financement de la TB a atteint 6,8 milliards de dollars US, contre 6,4 milliards en 2018. Les ressources nationales représentaient 87 % du financement disponible. Ce chiffre global est fortement influencé par le groupe des pays BRICS (Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud). Les pays BRICS représentent 53 % du financement disponible en 2019, et 95 % de leur financement provient de sources nationales (OMS 2019c). Dans d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire, le financement des donateurs internationaux reste crucial, représentant ainsi 38 % du financement disponible dans les 25 pays à forte charge de TB en dehors des BRICS et 49 % du financement disponible dans les pays à faible revenu. Le financement international, essentiel pour le financement de nombreux programmes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, s'élevait à 0,9 milliard de dollars US, soit 13 % de l'ensemble du financement de la TB en 2019, dont 73 % provenaient du Fonds mondial (OMS 2019c). Le plus grand donateur bilatéral est le gouvernement américain qui fournit près de 50 % du financement total des donateurs internationaux pour la TB lorsqu'il est combiné avec des fonds acheminés et alloués par le Fonds mondial (OMS 2019c). Dans les pays étudiés, le financement national de la TB semblait être dominant, suivi d'une répartition relativement égale entre le financement national et le financement international. Il n'y a qu'au Rwanda où le financement international dominait et représentait 97 % des dépenses totales de lutte contre la TB.

1 Réseau de collaborateurs pour le financement de la santé de la charge mondiale de morbidité 2018.

Bien que certains programmes de protection sociale en santé comprennent certains aspects des services de prévention du VIH et du SIDA, la majorité du financement est axée sur le traitement (voir figure 6). Le déficit de financement des services de prévention dans les pays étudiés était principalement couvert par des sources internationales, parfois avec des programmes principalement mis en oeuvre par des ONG (comme, par exemple, en Algérie, au Cambodge et en Indonésie). Il est intéressant de noter qu'en Thaïlande, le gouvernement a légiféré sur une taxation destinée à la promotion de la santé—connue sous le nom de ThaiHealth—en exigeant une surtaxe supplémentaire de 2 % sur les taxes d'accise sur le tabac et l'alcool pour financer des campagnes de la société civile sur divers risques clés pour la santé, notamment le VIH et le SIDA (Observatoire Asie-Pacifique des systèmes et politiques de santé 2015).

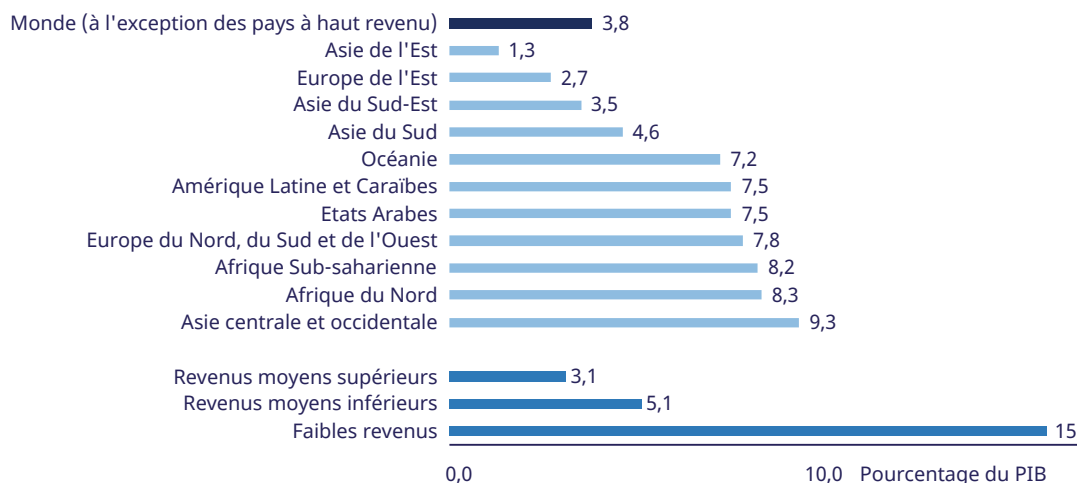
► **Figure 6. Proportion des dépenses consacrées au traitement et à la prévention du VIH, pays sélectionnés, 2018**



Source: Réseau de collaborateurs pour le financement de la santé de la charge mondiale de morbidité 2018.

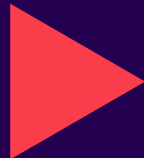
La plupart des lacunes en matière de couverture de la protection sociale abordées dans la première section de cette étude sont liées à un sous-investissement dans les systèmes de protection sociale et de santé. À cet égard, des progrès en matière d'inclusion des personnes vulnérables ou affectées par le VIH et la TB dans les régimes de protection sociale et l'adaptation de ces derniers pour répondre à leurs besoins spécifiques ne peuvent être envisagés sans plaider pour des ressources supplémentaires et durables. Comme l'illustre la figure 7, le déficit de financement annuel pour atteindre les cibles des ODD sur la protection sociale et couverture sanitaire universelle reste important, notamment en Afrique.

Figure 7. Déficit de financement annuel pour atteindre les cibles 1.3 et 3.8 des ODD, par région et niveau de revenu, 2020 (pourcentage du PIB)⁹



- 9 L'estimation des coûts est fondée sur l'ensemble des prestations génériques suivantes : (a) prestations familiales pour tous les enfants âgés de 0 à 5 ans, fixées à 25 % du seuil de pauvreté national ; (b) prestations de maternité fixées à 100 % du seuil national de pauvreté pendant quatre mois vers la période de l'accouchement ; (c) pensions d'invalidité pour les personnes gravement handicapées, fixées à 100 % du seuil national de pauvreté ; (d) prestations de vieillesse pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, également fixées à 100 % ; et (e) accès aux soins de santé essentiels selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (Stenberg et al. 2017). Source : OIT, [Base de données mondiale sur la protection sociale](#), d'après l'enquête de l'OIT sur la sécurité sociale ; FMI ; CEPALC ; OMS ; sources nationales.





4



► 4. Conclusion et recommandations

En vue d'étendre la couverture de la protection sociale aux personnes vulnérables au VIH et à la TB et de rendre les systèmes de protection sociale plus sensibles au VIH et à la TB, des recommandations peuvent être formulées selon trois dimensions clés.

Améliorer la réactivité des systèmes de protection sociale – La mobilisation accrue des ressources domestiques et l'intégration horizontale progressive des programmes de lutte contre le VIH et la TB dans les systèmes nationaux sont nécessaires pour maintenir des réponses efficaces et efficientes au VIH et à la TB. Il est nécessaire de mettre l'accent sur la réactivité des systèmes pour garantir que la prévention, le diagnostic, le traitement et les autres frais non médicaux soient effectivement inclus dans les régimes de protection sociale et les stratégies nationales de financement de la santé. Il est également nécessaire d'adapter les caractéristiques des régimes de protection sociale afin de mieux répondre aux besoins particuliers des personnes vivant avec le VIH et/ou la TB, notamment en ce qui a trait à garantir un ensemble de prestations de santé adaptées, l'accès à des aliments nutritifs, au transport vers les établissements de soins et la prise en charge de la perte de revenus. Il est également important d'assurer une coordination efficace entre les différents régimes de protection sociale afin de garantir une combinaison efficace de l'accès aux soins de santé et du soutien au revenu.

Améliorer l'inclusion – Les réponses efficaces au VIH et à la TB impliquent un niveau élevé d'inclusion : les personnes les plus à risque et les personnes vivant avec le VIH et la TB sont souvent difficiles à atteindre, et les populations clés et vulnérables souffrent souvent de stigmatisation et de marginalisation. Les systèmes de protection sociale ont souvent des difficultés à étendre une couverture durable aux populations clés et vulnérables affectées par ou exposées à la TB et le VIH. Ces populations font face à des obstacles relatifs à l'accès en raison de multiples vulnérabilités telles que l'éloignement, l'exclusion sociale, la stigmatisation, la marginalisation et la capacité limitée de cotiser à un régime d'assurance sociale, mais éprouvent également des difficultés à remplir les critères d'éligibilité aux régimes d'assistance sociale. En outre, il existe des obstacles juridiques, car la criminalisation de certains comportements—tels que les relations homosexuelles ou le commerce du sexe—et l'absence de papiers d'identité—comme dans le cas des personnes transgenres—empêchent ou rendent très difficile l'accès à des programmes de protection sociale pour certaines populations clés. Veiller à ce que les personnes à risque ou vivant avec le VIH et/ou la TB et leurs familles soient incluses dans les régimes de protection sociale existants, et étendre la couverture de ces régimes, est non seulement nécessaire, mais au cœur de l'agenda pour le développement durable qui consiste à ne laisser personne pour compte.

Renforcer la participation et les partenariats – Pour être véritablement inclusifs, les structures de gouvernance des systèmes de protection sociale doivent engager activement les populations clés et vulnérables. Cela implique un effort soutenu de la part de ces régimes et systèmes pour une mise en œuvre efficace des principes de gouvernance participative, pour assurer la transparence et mettre à l'usage des mécanismes de réclamation efficaces. Cela implique également de créer des liens avec les organisations communautaires et les lieux de travail.

Tout en tenant compte des recommandations ci-dessus, il est important de noter que le recours aux données secondaires, aux rapports et à la littérature disponible dans le domaine public a limité les conclusions du présent rapport à ce qui est publiquement rapporté et déjà documenté. Un manque de revues systématiques et d'études longitudinales a été particulièrement constaté. Des lacunes en matière de données disponibles ont été identifiées en ce qui concerne quatre aspects clés, qui offrent des possibilités de recherche futures :

- Premièrement, les informations disponibles sur les pratiques existantes en matière de services de santé au travail et de promotion de la santé au travail, et leurs liens avec les systèmes de protection sociale, sont limitées, à l'exception de la reconnaissance du VIH et de la TB en tant que maladies professionnelles. De même, les données sur les conditions et dispositions administratives

nécessaires permettant aux institutions de protection sociale de déléguer certaines fonctions de prévention et de référencement vers les ONG et les OSC restent anecdotiques. En effet, comme les populations clés peuvent souvent souffrir de privations multidimensionnelles et se sentir éloignées de l'environnement institutionnels, les OSC, les organisations communautaires et les ONG peuvent être des canaux indispensables pour permettre aux institutions de protection sociale d'atteindre ces populations. De plus, les mécanismes de financement mondiaux ont traditionnellement mis l'accent sur le financement de ce type d'organisations. Mais à mesure que les pays gagnent de l'autonomie en matière de financement et absorbent une plus grande partie des coûts liés à la prévention, au diagnostic et au traitement du VIH et de la TB, il est important de continuer à explorer les mécanismes de partenariat avec les organisations les plus proches des populations vulnérables. Bien que, d'un point de vue conceptuel, les liens possibles et les raisons de la coordination avec les organisations communautaires et les systèmes de protection sociale soient clairs, la documentation de ces pratiques institutionnelles reste limitée, en particulier pour les pays à revenu faible et intermédiaire.

- Deuxièmement, très peu d'études se sont concentrées sur la documentation des bonnes pratiques visant à améliorer l'accès à la protection sociale d'un point de vue institutionnel. La plupart de la littérature examinée fournit des preuves sur les obstacles à l'accès aux services de santé, mais il existe peu de directives sur les meilleures pratiques permettant aux institutions de protection sociale d'assurer efficacement la sensibilisation, l'affiliation, le financement, etc. des services pour les populations vulnérables et clés confrontées à de tels obstacles. L'absence d'une telle documentation est problématique lorsqu'il s'agit de formuler des recommandations pratiques pour que ces institutions agissent rapidement et modifient leurs pratiques.
- Troisièmement, les statistiques sur la couverture de protection sociale des populations clés et vulnérables sont limitées. Il est donc difficile de juger de l'ampleur de l'inclusivité des régimes de protection sociale existants. Bien qu'il ne soit pas recommandé que ces régimes prennent en note le statut VIH ou TB de leurs bénéficiaires ou toute caractéristique personnelle qui permettrait de les identifier en tant que populations clés, il serait bon d'évaluer régulièrement la prise en charge de la protection sociale au moyen d'enquêtes menées auprès des populations vulnérables et clés et à l'aide de méthodes cohérentes. Cela fournirait la base de données probantes qui pourrait informer de manière plus précise les lacunes en matière de couverture de la population.
- Quatrièmement, dans le cas où les programmes de protection sociale spécifiquement aux PVVIH ou aux personnes affectées par le VIH ou la TB, celles-ci peuvent être peu enclines à vouloir bénéficier des prestations en raison de la peur de la stigmatisation et de la discrimination, des problèmes de confidentialité et d'attitudes de la part des prestataires ou, simplement, d'un manque d'informations. Il est donc important que les populations clés et vulnérables soient incluses dans l'élaboration des stratégies et des programmes ainsi que dans la gouvernance des services, en veillant à ce que ces services répondent à leurs besoins spécifiques et respectent les normes de non-discrimination et de qualité.

Les conclusions et les limites de ce rapport suggèrent des orientations pour de futures recherches, notamment celles supportées par la collecte de données empiriques de première main sur les dimensions susmentionnées. En outre, pour être véritablement inclusifs des populations vulnérables et clés et répondre à leurs besoins, les systèmes de protection sociale doivent prendre en compte les réponses au VIH et à la TB. Dans cette perspective, il serait important d'intégrer les réponses au VIH et la TB dans les outils utilisés par les praticiens de la protection sociale aux niveaux mondial et national. L'OIT – en tant que co-responsable de l'Initiative des Nations unies pour un socle de protection sociale, du Conseil de coopération interinstitutions pour la protection sociale (SPIAC-B) et du Partenariat mondial pour une protection sociale universelle en vue d'atteindre les objectifs de développement durable (USP2030) – est particulièrement bien placée pour poursuivre ce travail. Enfin, la pandémie du COVID-19 a révélé des opportunités en termes d'amélioration de la réactivité aux chocs des systèmes de protection sociale et, dans ce contexte, des recherches comparatives plus poussées sur la conception et la gestion des réponses en matière de protection sociale dans les différents pays pourraient dégager des enseignements politiques précieux sur la protection sociale et les pandémies.

► Références

- Agren, David. 2019. "Is the HIV/AIDS Response in Jeopardy in Mexico?" *The Lancet HIV* 6 (8): 493–494.
- Algérie, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, Département de la Prévention. 2011. *Manuel de la lutte antituberculeuse à l'usage des personnels médicaux*.
- Algérie, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, Direction générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé. 2012. *Plan National Stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida 2013–2015*.
- Allinder, Sara M. et Lillian Dattilo. 2017. *U.S. HIV Investment in Cambodia: Small Program, Big Opportunity*. Center for Strategic and International Studies.
- Secrétariat de l'ASEAN (Secrétariat de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est). 2015. *Compilation des bonnes pratiques de l'ASEAN sur la mise en œuvre des politiques et programmes de prévention et de gestion du VIH et du SIDA sur le lieu de travail*.
- Observatoire des systèmes et politiques de santé dans la région Asie-Pacifique. 2015. "The Kingdom of Thailand Health System Review", *Systèmes de santé en transition*, vol. 5 n° 5.
- Avert. n.d. "HIV and AIDS in Botswana", disponible à l'adresse : <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/botswana>.
- Burrows, Dave, Gemma Oberth, Danielle Parsons et Lou McCallum. 2016. *Transitions du financement des donateurs à la dépendance nationale pour les réponses au VIH : recommandations pour les pays en transition*. APM Santé mondiale.
- Chandan, Upjeet et Linda Richter. 2008 *Programmes to Strengthen Families: Reviewing the Evidence from High Income Countries*. JLICA.
- Cluver, Lucie, F. Mark Orkin, Mark E. Boyes et Lorraine Sherr. 2014. "Cash Plus Care: Social Protection Cumulatively Mitigates HIV-Risk Behaviour among Adolescents in South Africa." *SIDA* 28 (Supplément 3) : S389-S397.
- Costa Rica, Conseil de la Protection sociale. 2009. *Manual de Criterios para la distribución de recursos (Ley N° 8718 (Artículos 8 y 13 Distribución de la utilidad neta de las loterías, juegos y otros productos de azar))*.
- Alston, Philip. 2020. *Regarder en arrière pour ne pas revenir à l'avant : la protection sociale dans la relance économique post-COVID*. HCDH.
- Ellis, Frank, Nicholas Freeland, Dolly Nitseane, Tebogo Seleka, Stephen Turner et Philip White. 2010. *A Social Development Policy Framework for Botswana: Phase I: Situation Analysis*. Gouvernement du Botswana.
- Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. 2018. "Spending on Health and HIV/AIDS: Domestic Health Spending and Development Assistance in 188 Countries, 1995–2015." *The Lancet* 391: 1799–1829.
- Health Policy Plus. 2018. *Options to Finance the Rapid Scale-up of the HIV Response in Indonesia: The Role of the National Health Insurance Scheme (JKN) and Local Governments*.
- . 2019 *Financial Sustainability of Indonesia's Jaminan Kesehatan Nasional: Performance, Prospects and Policy Options*.
- Hoa, N.B., and N.V. Nhung. 2019. "National Tuberculosis Patients Cost Survey: Research Findings Lead to Change in Policy and Practice, Viet Nam." *Public Health Action* 9 (2): 50–52.

Holmes, Rebecca, Lucy Scott, Nathalie Both et Blessings Chinsinga. 2018. *Strengthening Institutional Coordination of Social Protection in Malawi: An Analysis of Coordination Structures and Options*. Institut de développement d'outre-Mer.

OIT. 2014. *Rapport analytique sur l'accès à la protection sociale et ses effets sur les travailleurs vivant avec le VIH et sur leur ménage*.

———. 2017. *Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019 : une protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable*.

———. 2019a. "Indonesia: Easing Access to the National Health Insurance through a Mobile Application", note de l'OIT sur les socles de protection sociale en action.

———. 2019b. *Protection sociale universelle pour la dignité humaine, la justice sociale et le développement durable : étude d'ensemble concernant la recommandation sur les socles de protection sociale, 2012 (n° 202)*, ILC.108/III/B.

———. 2019c. "Expanding Social Health Protection: Toward Equitable Coverage in Viet Nam", note de l'OIT sur les socles de protection sociale en action.

———. 2019d. *La réponse de l'OIT au VIH et au SIDA : Accélérer les progrès à l'horizon 2030*, GB.337/POL/1.

———. 2020a. "Sickness Benefits: An Introduction", note de l'OIT sur le coup de projecteur sur la protection sociale.

———. 2020b. "Sickness Benefits during Sick Leave and Quarantine: Country Responses and Policy Considerations in the Context of COVID-19", note de l'OIT sur le coup de projecteur sur la protection sociale.

———. 2020c. "Social Protection Responses to the COVID-19 Crisis around the World", note de l'OIT sur l'observateur de la protection sociale.

———. 2021a. *Extending Social Security to Workers in the Informal Economy: Lessons from International Experience*, 2e édition

———. 2021b. "Press Release on Safer Workplaces by Integrating HIV and COVID-19 Prevention Programme", 22 février 2021.

———. 2021c. *Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022 – La protection sociale à la croisée des chemins : bâtir un avenir meilleur*.

———. 2021d. "Toward Solid Social Protection Floors?: The Role of Non-contributory Provision during the COVID-19 Crisis and Beyond", note de l'OIT sur le coup de projecteur sur la protection sociale.

OIT et ONUSIDA (Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA). 2017. *VCT@WORK : Conseil et dépistage volontaires et confidentiels du VIH pour tous les travailleurs*.

———. 2014. "Social Protection and HIV", note sur l'objectif zéro sur le lieu de travail.

Ishimaru, Tomohiro, Koji Wada, Sara Arphorn et Derek R. Smith. 2018. "Willingness to Care for Blood-borne Virus-infected Patients in Thailand." *Médecine du Travail* 68 (3) : 192–198.

Jay, Jonathan, Kent Buse, Marielle Hart, David Wilson, Robert Marten, Scott Kellerman, Morolake Odetoyinbo, Jonathan D. Quick, Timothy Evans, Peter Piot, Mark Dybul, Agnes Binagwaho. 2016. "Building from the HIV Response toward Universal Health Coverage." *PLOS Medicine* 13 (8).

Kenya, Ministère de la Santé. 2018. *La première enquête sur les coûts des patients atteints de tuberculose au Kenya*.

Kidd, Stephen, Bjorn Gelders et Diloá Bailey-Athias. 2017. "Exclusion by Design: An Assessment of the Effectiveness of the Proxy Means Test Poverty Targeting Mechanism", document de travail n° 56 de l'OIT sur l'extension de la sécurité sociale.

Kolesar, Robert John, Bart Jacobs et Narith Chan. À venir. *Étendre la protection sociale en matière de santé au Cambodge*.

Malaisie, Ministère de la Santé. 2012. *Lignes directrices sur la prévention et la gestion de la tuberculose à l'intention des travailleurs de la santé au ministère de la Santé de Malaisie*.

———. 2015. *Plan stratégique national de la Malaisie pour mettre fin au SIDA 2016-2030*.

Morishita, Fukushi, Rajendra-Prasad Yadav, Mao Tan Eang, Saly Saint et Nobuyuki Nishikiori. 2016. "Mitigating Financial Burden of Tuberculosis through Active Case Finding Targeting Household and Neighbourhood Contacts in Cambodia." *PLOS ONE* 11 (9).

Maroc, Ministère de la Santé. 2014. *Mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH/sida : Rapport national 2014*.

Muccini, Camilla, Trevor A. Crowell, Eugène Kroon, Carlo Sacdalan, Reshmie Remautarsing, Pich Seekaew, Praphan Phanuphak, Jintanat Ananworanich, Donn J. Colby et Nittaya Phanuphak. 2019. "Leveraging Early HIV Diagnosis and Treatment in Thailand to Conduct HIV Cure Research." *Thérapie de recherche sur le SIDA* 16 (1).

Mudzengi, Don, Sedona Sweeney, Piotr Hippner, Tendesayi Kufa, Katherine Fielding, Alison D. Grant, Gavin Churchyard et Anna Vassall. 2017. "The Patient Costs of Care for Those with TB and HIV: A Cross-sectional Study from South Africa." *Health Policy and Planning* 32 (Supplement 4): iv48-iv56.

Népal, Ministère de la Santé, Centre national de lutte contre le SIDA et les MST. 2017. *Plan stratégique national de lutte contre le VIH 2016-2021*.

———. 2018. *Rapport national d'étape du Népal : Contribuer au rapport mondial de suivi sur le SIDA 2017*.

Nguyen, Quyen Le Thi, Tuong Van Phan, Bach Xuan Tran, Long Hoang Nguyen, Chau Ngo, Huong Thi Thu Phan et Carl A. Latkin. 2017. "Health Insurance for Patients with HIV/AIDS in Viet Nam: Coverage and Barriers." *Recherche sur les services de santé BMC* 17 (1) : 519.

Nyandekwe, Médard, Manassé Nzayirambaho et Jean Baptiste Kakoma. 2014. "Universal Health Coverage in Rwanda: Dream or Reality." *Revue médicale panafricaine* 17: 232.

Oman, Gouvernement d'Oman. 2014. *Rapport d'étape par pays*. ONUSIDA

Ooms, Gorik et Krista Kruja. 2019. "The Integration of the Global HIV/AIDS Response into Universal Health Coverage: Desirable, Perhaps Possible, but Far from Easy." *Mondialisation et santé* 15:41.

Oulebsir, Nassima. 2011. « La CNAS reconnaît le SIDA comme maladie de longue durée. » *DjaZaïress*, 9 décembre.

Pedrazzoli, Debora, Andrew Siroka, Delia Boccia, Frank Bonsu, Kenneth Nartey, Rein Houben et Josephine Borghi. 2018. « Dans quelle mesure les soins antituberculeux sont-ils abordables ? Résultats d'une enquête nationale sur les coûts des patients atteints de TB au Ghana. » *Médecine tropicale et santé internationale* 23 (8) : 870-878.

PITCH (Partenariat pour inspirer, transformer et connecter la réponse au VIH). 2019. *Vers une intégration transformatrice de la réponse au VIH et au SIDA dans la couverture sanitaire universelle : tirer parti des forces et des succès de la réponse au VIH et au SIDA – Expériences de l'Indonésie, du Kenya, de l'Ouganda et de l'Ukraine*.

Équateur, Cabinet du Président. 2012. "Bono Joaquín Gallegos Lara beneficia a cerca de 23 mil cuidadores de personas con discapacidad severa", disponible à l'adresse : <https://www.presidencia.gob.ec/bono-joaquin-gallegos-lara-beneficia-a-cerca-de-23-mil-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-severa/>.

Sangiam, Tanakom. 2019. "PrEP HIV-Prevention Med Makes Progress in Thailand." NNT, 29 octobre.

Scheil-Adlung, Xenia. 2015. "Long-term Care Protection for Older Persons: A Review of Coverage Deficits in 46 Countries", document de travail n° 50 de l'OIT sur l'extension de la sécurité sociale.

Schwarzer, Helmut, Lou Tessier et Sarah Gammage. 2014. *Coordinación institucional y pisos de protección social: Experiencias de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, México, Uruguay)*. Document de travail n° 40 de l'OIT sur l'extension de la sécurité sociale.

Afrique du Sud, Département national de la Santé. 2014. *Lignes directrices nationales de gestion de la tuberculose*.

Tangcharoensathien, Viroj, Aye Aye Thwin et Walaiporn Pattaranarumola. 2017. "Implementing Health Insurance for Migrants, Thailand." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* (95) : 146–151.

Thaïlande, Ministère de la Santé. 2017. *Plan opérationnel de la Thaïlande pour mettre fin à la tuberculose 2017-2021*.

Thin, Kouland, Virak Prum et Benjamin Johns. 2019. "The Cost of HIV Services at Health Facilities in Cambodia." *PLOS ONE* 14 (5) : 17.

ONU (Nations unies). 2017. *Rapport sur les objectifs de développement durable 2017*.

———. 2021. *Rapport sur les objectifs de développement durable 2021*. New York. Disponible à l'adresse : <https://unstats.un.org/sdgs/report/2021/>.

ONU (Nations unies), Conseil économique et social. 2017. *Progrès accomplis vers les objectifs de développement durable : rapport du Secrétaire général*, E/2017/66.

ONUSIDA (Programme commun des Nations unies sur le VIH / SIDA). 2014. *90-90-90 : Un objectif de traitement ambitieux pour aider à mettre fin à l'épidémie de SIDA*.

———. 2016. *Plus forts ensemble : des systèmes de santé et communautaires aux systèmes de santé*.

———. 2017a. *Outil d'évaluation du VIH et de la protection sociale : générer des données probantes pour la politique et l'action en matière de VIH et de protection sociale*.

———. 2017b. *Rapport narratif sur la réponse au VIH / SIDA*.

———. 2018a. *Rapport d'étape par pays : Cambodge*.

———. 2018b. "Ecuador Innovates around HIV Prevention in Its Cities", disponible à l'adresse : <https://www.ONUSIDA.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/november/ecuador-innovates-around-hiv-prevention-in-its-cities> document donne d'abord villes.

———. 2018c. *Mise en œuvre de la feuille de route Prévention du VIH 2020 : premier rapport d'étape*.

———. 2018d. *Mettre fin au SIDA au Cambodge : évaluation de la préparation à la transition*.

———. 2019. "Botswana Extends Free HIV Treatment to Non-Citizens", disponible à l'adresse : https://www.ONUSIDA.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/september/20190924_Botswana_treatment_non-nationals.

———. 2021. *Stratégie mondiale contre le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au SIDA*.

ONUSIDA (Programme commun des Nations unies sur le VIH / SIDA), OIT et OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2012. *Collaboration avec les entreprises : conseils sur la TB et prévention, diagnostic, traitement et les soins de la TB /du VIH sur le lieu de travail*. OMS.

PNUD (Programme des Nations unies pour le Développement) et Thaïlande, Ministère de la Santé publique et Bureau national de la sécurité sanitaire. 2017. *Le parcours de l'accès universel au traitement antirétroviral en Thaïlande*. PNUD.

UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance). 2017. "HIV-Sensitive Social Protection: With Focus on Creating Linkages between Social Cash Transfer Programmes and HIV Services".

États-Unis, CDC (Centers for Disease Control and Prevention). 2004. "Introduction of Routine HIV Testing in Prenatal Care – Botswana, 2004." *Rapport hebdomadaire sur la morbidité et la mortalité* 53 (46) : 1083–1086.

Viet Nam, Comité national pour la prévention et le contrôle du SIDA, de la drogue et de la prostitution. 2014. *Rapport d'étape sur la réponse au SIDA au Viet Nam 2014*.

Vittaporn, Supa et Pimpawun Boonmongkon. 2016. "Thailand's Health Screening Policy and Practices: The Case of Burmese Migrants with Tuberculosis." *Kasetsart Journal of Social Sciences* 37 (3): 170–174.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2015. *La stratégie visant à mettre fin à la TB*.

———. 2017. *Manuel d'enquête sur les coûts de la tuberculose pour les malades*.

———. 2019a. "Press Release on 7 Million People Receive Record Levels of Lifesaving TB Treatment but 3 Million Still Miss Out", 17 octobre 2019.

———. 2019b. "Density of Physicians (Total Number per 1000 Population, Latest Available Year)", base de données de l'Observatoire mondial de la santé. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/. JJ mois AAAA consultés.

———. 2019c. *Rapport mondial sur la tuberculose 2019*.

———. 2020. *Rapport mondial sur la tuberculose 2020*.

OMS (Organisation mondiale de la Santé) et OIT. 2010. *Lignes directrices conjointes OMS / OIT sur l'amélioration de l'accès des agents de santé aux services de prévention, de traitement et de soins pour le VIH et la TB*.

Groupe de la Banque mondiale et OIT. 2016. *Protection sociale universelle : études de cas par pays*.

Banque mondiale et Université d'Indonésie, Centre de recherche en santé. 2016. "Integration of HIV into the National Social Health Insurance Program", note de politique.

Zeng, Wu, Angélique K. Rwiyereka, Peter R. Amico, Carlos Ávila-Figueroa et Donald S. Shepard. 2014. "Efficiency of HIV/AIDS Health Centers and Effect of Community-based Health Insurance and Performance-based Financing on HIV/AIDS Service Delivery in Rwanda." *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 90 (4): 740–746.

► Annexes

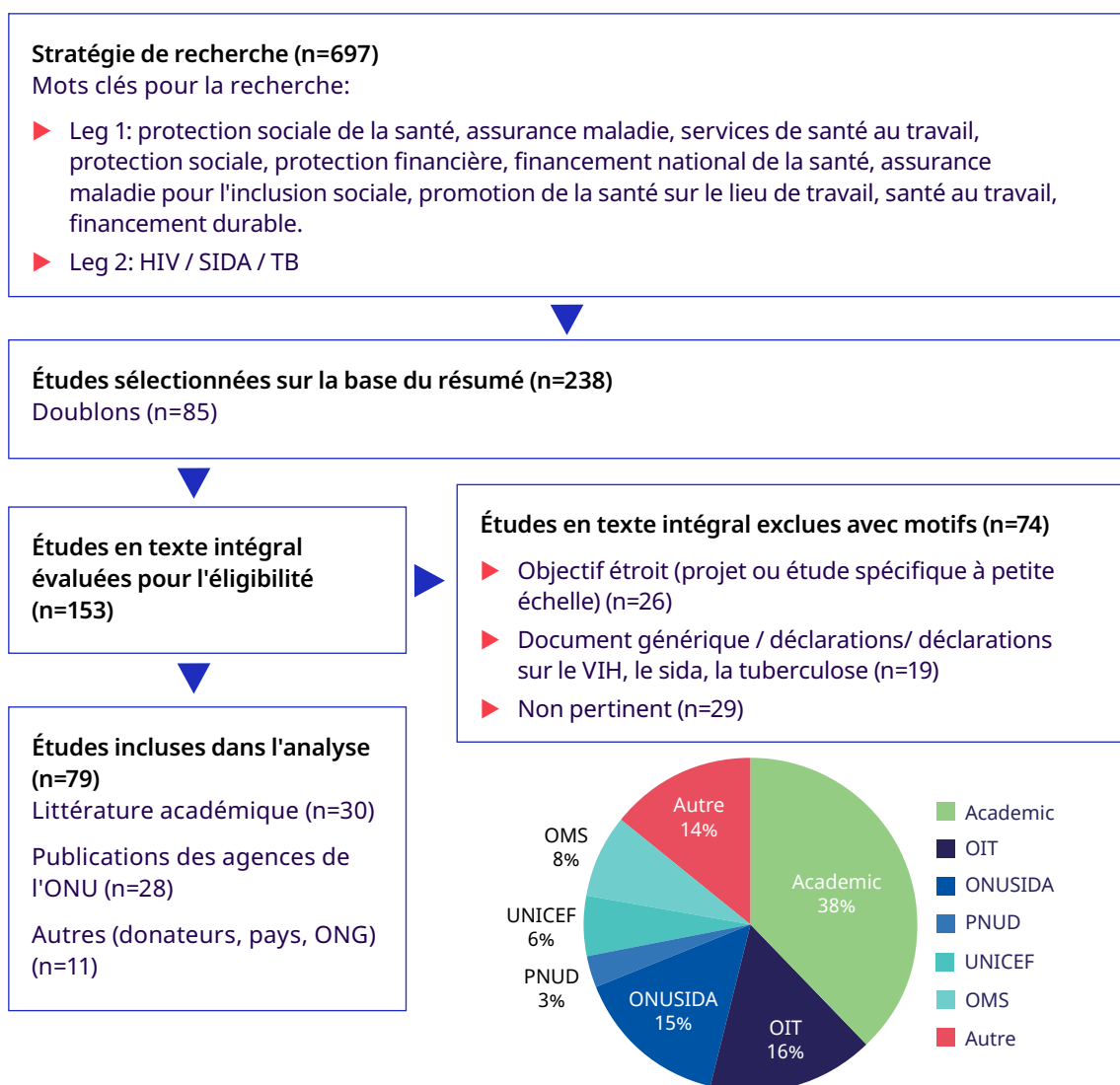
Annex 1. Méthodologie

Au cours du processus de recherche initial, un large éventail de documents accessibles dans les bases de données de l'OIT ou publiques ont été examinés, notamment des revues universitaires, des recherches non publiées, de la littérature grise, des rapports institutionnels et des rapports de projets et de programmes.

Sur la base des questions de recherche, un certain nombre de recherches ont été effectuées avec différentes combinaisons de mots-clés, allant des combinaisons les plus spécifiques, qui ont donné peu de résultats, à l'abandon d'un ou plusieurs concepts et à l'utilisation d'une terminologie plus large en vue d'accroître la sensibilité de la recherche. Des recherches ont été effectuées sur Google, Google Scholar, Medline et la base de données Cochrane des revues systématiques.

La figure A1 illustre le nombre de documents identifiés, sélectionnés pour une revue du résumé ou du sommaire et sélectionnés pour une revue complète.

► Figure A1. Premier examen de la littérature



Cette première revue de la littérature visait à identifier l'étendue des informations disponibles sur le sujet et à déterminer si des recherches antérieures axées sur cette question et s'appuyant sur un nombre géographiquement diversifié d'études de pays avaient déjà été menées. La revue de 79 documents pertinents a révélé qu'une grande partie de la littérature et des données disponibles au niveau mondial sur la protection sociale et/ou les services de santé au travail et le VIH et la TB était axée sur la documentation de trois sujets majeurs : (i) les besoins de protection sociale des personnes vivant avec, à risque ou affecté par le VIH et la TB ; (ii) les obstacles à l'accès auxquels se heurtent ces populations en matière de protection sociale ; et (iii) le rôle de la sécurité et de la santé au travail et des services associés sur le lieu de travail en ce qui concerne le VIH et la TB dans des secteurs économiques spécifiques (et, en particulier, celui de la santé).

Dans les études et rapports mondiaux examinés, le niveau de détail n'a souvent pas permis d'identifier les pratiques ou mesures spécifiques adoptées par les institutions de protection sociale et/ou les services de santé au travail pour inclure efficacement les populations à risque ou affectées par le VIH et la TB. Au lieu de cela, une analyse approfondie de ces systèmes dans une sélection de pays a été jugée plus appropriée pour identifier ces pratiques institutionnelles ainsi que toutes les bonnes pratiques qui pourraient être pertinentes ailleurs. La figure A2 illustre le processus de sélection des pays.

► Figure A2. Processus de sélection des pays



Base de données compilant les indicateurs suivants:

- Adultes / enfants vivant avec le VIH
- Prévalence du VIH chez les adultes
- Nouvelle infection par le VIH chez les adultes / enfants
- Incidence du VIH chez les adultes / enfants
- Nombre / couverture de femmes ayant reçu des ARV pour la PTME
- Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut / sont sous traitement antirétroviral / ont atteint la suppression virale (objectif 90-90-90)
- Dépenses pour la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH (total, national, privé et international)
- Changement dans l'incidence du VIH / la mortalité liée au SIDA / la mortalité liée à la tuberculose / l'incidence de la tuberculose
- Dépenses personnelles liées au VIH et au SIDA
- Proportion des dépenses liées au VIH et au SIDA consacrées aux soins curatifs et au traitement / à la prévention
- Variation du pourcentage des dépenses nationales consacrées au VIH
- Existence d'une référence au VIH dans les politiques de protection sociale / reconnaissance des personnes vivant avec le VIH en tant que bénéficiaires / participation des populations clés à la gouvernance du système.
- Statut de transition du Fonds mondial pour le VIH
- Existence d'un cadre réglementaire national en matière de SST / d'un programme de SST prévu par la loi / les politiques.

Score: Pour chaque indicateur, les pays se sont vus attribuer un score de 0 (le plus faible) à 1 (le plus élevé), avec 4 scores possibles: 0, 0.33, 0.66 et 1. Les 15 scores ont été pondérés en fonction de la pertinence de chaque indicateur et leur moyenne a été calculée pour obtenir un score final permettant de classer les pays.

Autres considérations:

- Les pays pour lesquels la première analyse documentaire avait identifié des bonnes pratiques en termes d'intégration du VIH et de la tuberculose dans les services de protection sociale et de santé au travail;
- pays dans lesquels l'OIT est intervenue sur l'intégration du VIH dans les systèmes de protection sociale ou de SST;
- les pays où le système de protection sociale s'est montré dynamique en abordant les questions d'extension de la couverture;
- comprenant un mélange de pays à faible, moyen et haut revenu; et
- les pays dans lesquels l'OIT dispose de spécialistes pouvant être appelés à vérifier les faits et à collecter des documents si nécessaire.

Une base de données mondiale a été créée, comprenant des informations pour 250 pays et territoires sur leur épidémiologie concernant le VIH et la TB ; les dépenses consacrées au VIH et à la TB ; le système de protection sociale et sa reconnaissance de la TB et du VIH ; les structures de gouvernance et la participation des populations clés et vulnérables à l'élaboration de politiques / lignes directrices / stratégies relatives à leur santé ; et l'existence de programmes et politiques nationaux de sécurité et de santé au travail. Les indicateurs utilisés et leurs sources sont disponibles dans le tableau A1 ci-dessous. Sur cette base, une première liste restreinte de 50 pays a été établie pour laquelle un exercice de notation a été mené. La notation ainsi que des considérations pratiques supplémentaires pour la recherche¹⁰ ont été utilisées pour sélectionner 18 pays¹¹ pour lesquels une recherche systématique d'informations a été effectuée selon un modèle standard et des questions de recherche clés (encadré A1).

► **Tableau A1. Indicateurs utilisés pour sélectionner des études de cas par pays**

Indicateur	Source
► Adultes vivant avec le VIH ► Enfants vivant avec le VIH	ONUSIDA / INFOSIDA (2018), chiffres basés sur des estimations modélisées du VIH
► Prévalence du VIH chez les adultes	
► Nouvelle infection par le VIH chez les adultes ► Nouvelle infection à VIH chez les enfants	
► Incidence du VIH chez les adultes ► Incidence du VIH chez les enfants	
► Nombre de femmes ayant reçu des ARV pour la PTME ► Prise en charge des femmes ayant reçu des ARV pour la PTME	
► Pourcentage de PVVIH qui connaissent leur statut ► Pourcentage de personnes qui connaissent leur statut et qui sont sous TAR ► Pourcentage de personnes sous TAR qui obtiennent une suppression virale	
► Dépenses totales liées au VIH ► Dépenses nationales liées au VIH ► Dépenses privées liées au VIH ► Dépenses internationales liées au VIH	
► Incidence des co-infections VIH / TB ► Incidence de la TB ► Nombre d'adultes infectés par la TB ► Nombre d'enfants infectés par la TB ► Évolution de l'incidence de la TB depuis 2010 ► Mortalité due à la TB ► Évolution de la mortalité par TB chez les personnes vivant avec le VIH depuis 2010	

10 Considérations supplémentaires :

- i. les pays pour lesquels la première analyse documentaire avait identifié des bonnes pratiques signalées en termes d'intégration du VIH et de la TB dans les services de protection sociale et de santé au travail ;
- ii. pays dans lesquels l'OIT est intervenu sur l'intégration du VIH dans les systèmes de protection sociale ou de sécurité et santé au travail ;
- iii. pays où le système de protection sociale a fait preuve de dynamisme pour s'attaquer aux problèmes d'extension de la prise en charge ;
- iv. y compris une combinaison de pays à revenu faible, intermédiaire et élevé ; et
- v. pays dans lesquels l'OIT dispose de spécialistes existants qui peuvent être appelés à vérifier les faits et à collecter des documents si nécessaire.

11 Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cambodge, Costa Rica, Équateur, Indonésie, Kazakhstan, Kenya, Malaisie, Maroc, Mexique, Népal, Oman, Roumanie, Rwanda, Thaïlande et Viet Nam.

Indicateur	Source
▶ Évolution de l'incidence du VIH ▶ Évolution de la mortalité liée au SIDA	ONUSIDA / INFOSIDA (2018), chiffres basés sur des estimations modélisées du VIH
▶ Taux de réussite du traitement de la TB	Résultats de l'OMS (2018) pour le traitement de la TB, données fournies par les pays pour le Rapport mondial sur la TB
▶ Dépenses totales liées à la TB ▶ Dépenses nationales liées à la TB ▶ Dépenses nationales liées à la TB en proportion des dépenses totales ▶ Dépenses internationales liées à la TB en proportion des dépenses totales	Budget de l'OMS (2018) pour la TB, données fournies par les pays pour le Rapport mondial sur la TB
▶ Dépenses directes liées au VIH et au SIDA en proportion des dépenses totales liées au VIH et au SIDA ▶ Proportion des dépenses consacrées aux soins et traitements curatifs pour le VIH et le SIDA ▶ Proportion des dépenses consacrées à la prévention du VIH et du SIDA ▶ Variation du pourcentage des dépenses nationales consacrées au VIH	<i>The Lancet (2018), modelled</i>
▶ Politique de protection sociale : ▶ Se réfère au VIH ▶ Reconnaît les personnes touchées par le VIH en tant que bénéficiaires clés ▶ Reconnaît les PVVIH comme les principaux bénéficiaires ▶ Reconnaît les populations clés en tant que bénéficiaires clés ▶ Stratégie / politique nationale existante guidant la réponse au SIDA ▶ Suivi national intégrant la réponse au SIDA ▶ Prévention / diagnostic / traitement du VIH inclus dans le paquet de prestations de santé du régime national d'assurance maladie / de couverture sanitaire ▶ Mécanisme / plateforme de coordination de la protection sociale ▶ Le Conseil national de lutte contre le SIDA comprend des entités SP	ONUSIDA, Analyse des lois et politiques (2018), réponse des pays
▶ La politique nationale indique que le WRD est le test de diagnostic initial pour toutes les personnes présumées atteintes de TB ▶ La politique nationale indique un accès universel aux TSM ▶ Suivi post-diagnostic gratuit	Politiques et services de l'OMS en matière de TB (2017), mis à jour par les pays
▶ Proportion de personnes vivant avec le VIH recevant un traitement préventif contre la TB	ONUSIDA – Portail INFOSIDA (2017)
▶ Le statut de transition du Fonds mondial pour le VIH	Le Fonds mondial (2018)
▶ Programme national de sécurité et de santé au travail garanti par la loi / les politiques ▶ Cadre réglementaire national de sécurité et de santé au travail ▶ La politique / le programme national de sécurité et de santé au travail comprend la promotion de la santé ou la politique / la stratégie / le plan de lutte contre le VIH	Base de données mondiale de l'OIT sur la législation en matière de sécurité et de santé au travail (LEGOSH)

► **Encadré A1. Questions de recherche directrices pour les études de cas**

En examinant le caractère inclusif des régimes, cette étude visait à identifier les efforts déployés par les institutions de protection sociale pour inclure efficacement les populations vivant avec, à risque ou affectées par le VIH et TB. Une telle inclusivité suppose que :

- La structure de gouvernance des institutions offre un espace pour faire entendre les voix des populations vivant avec, à risque ou affectées par le VIH et TB.
- Les procédures administratives d'affiliation et d'accès aux prestations sont effectivement accessibles et adaptées à la population cible qui peut être éloignée des structures institutionnelles.
- Pour les groupes particulièrement vulnérables et difficiles à couvrir, des programmes de sensibilisation et des partenariats sont établis avec les entités concernées pour les informer, les référer et faciliter leur affiliation.

En ce qui concerne la réactivité des régimes étudiés, cette étude visait à identifier les efforts déployés par les régimes et les institutions de protection sociale pour répondre aux besoins des populations vivant avec, à risque ou affectées par le VIH et/ou la TB. Une telle réactivité suppose que :

- Le financement de ces interventions est durable et géré par les institutions chargées de la couverture sanitaire de l'ensemble de la population.
- Le paquet de prestations disponible comprend les services de santé nécessaires pour garantir la disponibilité et l'accessibilité de la prévention, du diagnostic et du traitement.
- Les services de santé disposent de l'équipement, des processus et des ressources qualifiées nécessaires pour répondre aux besoins de la population cible.
- Les prestations de santé sont accompagnées et coordonnées avec d'autres prestations de protection sociale qui facilitent l'accès à la santé (telles que les transports, la nutrition, l'indemnisation de la perte de revenus).

En ce qui concerne la coordination des régimes, cette étude visait à identifier les liens et les mécanismes de collaboration existants établis entre les régimes et institutions de protection sociale et la SST. Une telle collaboration suppose que :

- Le monde du travail soit intégré, sur le plan politique et pratique, dans les stratégies nationales de lutte contre le VIH / SIDA et la TB.
- Si la prévention n'est pas assurée uniquement par des établissements de santé publique, les mécanismes de coordination et les canaux de financement appropriés sont en place avec les organisations compétentes (qui peuvent être des services de santé au travail ou des organisations non gouvernementales (ONG) collaborant avec des programmes de promotion de la santé au travail).
- Des mesures de sécurité et de santé visant à prévenir l'exposition des travailleurs au VIH et à la TB sont en place, en particulier dans les professions les plus à risque, notamment dans le secteur de la santé.
- Des conseils et le dépistage volontaires sont proposés sur ou via le lieu de travail en coordination avec les programmes nationaux de lutte contre le VIH et la TB et que des mécanismes de référencement sont mis en place pour faciliter l'accès au traitement et aux soins.

Annexe 2. Aperçu de l'inclusion du VIH / SIDA dans les politiques de protection sociale des pays de l'étude

Pays	Politique de protection sociale				Stratégie / politique nationale existante guidant la riposte au SIDA	Mécanismes / plateforme de coordination de la protection sociale
	Se réfère au VIH	Reconnaît les personnes touchées par le VIH en tant que bénéficiaires clés	Reconnaît les PVVIH comme les principaux bénéficiaires	Reconnaît les populations clés en tant que bénéficiaires clés		
Algérie	Oui	Oui	Oui	Non	Stratégie autonome de lutte contre le SIDA	Oui, y compris les représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Botswana	Oui	Oui	Oui	Non	Stratégie autonome de lutte contre le SIDA	Oui, y compris les représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Cambodge	Oui	Oui	Oui	Non	Stratégie autonome de lutte contre le SIDA	Oui, y compris les représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Costa Rica	Oui	Oui	Oui	Oui	Stratégie autonome de lutte contre le SIDA	Oui, mais à l'exclusion des représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Équateur	Oui	Oui	Oui	Oui	Stratégie de santé intégrant le SIDA	Oui, y compris les représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Indonésie	Oui	Oui	Oui	Oui	n/a	Oui, y compris les représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Kazakhstan	Oui	Oui	Oui	Oui	Stratégie de santé intégrant le SIDA	Oui, y compris les représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Kenya	Oui	Oui	Oui	Non	Stratégie autonome de lutte contre le SIDA	Oui, y compris les représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Malaisie	Oui	Oui	Oui	Non	Stratégie autonome de lutte contre le SIDA	Oui, y compris les représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA

Pays	Politique de protection sociale				Stratégie / politique nationale existante guidant la riposte au SIDA	Mécanismes / plateforme de coordination de la protection sociale
	Se réfère au VIH	Reconnaît les personnes touchées par le VIH en tant que bénéficiaires clés	Reconnaît les PVVIH comme les principaux bénéficiaires	Reconnaît les populations clés en tant que bénéficiaires clés		
Mexique	Oui	Non	Oui	Oui	Stratégie autonome de lutte contre le SIDA	Oui, y compris les représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Maroc	Non	Oui	Non	Non	Stratégie autonome de lutte contre le SIDA	Oui, mais à l'exclusion des représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Népal	Oui	Oui	Oui	Oui	Stratégie autonome de lutte contre le SIDA	Oui, y compris les représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Oman	Non	Non	Non	Non	Non	Oui, mais à l'exclusion des représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Roumanie	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Rwanda	Oui	Oui	Oui	n/a	Stratégie autonome de lutte contre le SIDA	Oui, y compris les représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Afrique du Sud	Oui	Oui	Oui	Non	Stratégie de santé intégrant le SIDA	Oui, mais à l'exclusion des représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Thaïlande	Oui	Oui	Oui	Oui	n/a	Oui, mais à l'exclusion des représentants du Programme Nat. de lutte contre le SIDA
Vietnam	Oui	n/a	Oui	Oui	Stratégie autonome de lutte contre le SIDA	n/a

Annexe 3. Aperçu de la base de données des 18 pays sélectionnés

Pays	EPIDEMIOLOGIE																	
	Année	Dépenses totales liées au VIH	Évolution de la mortalité due à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH depuis 2010 (d'après ONUSIDA, 2017).	Évolution de la mortalité liée au sida depuis 2010 (2018)	Évolution de l'incidence du VIH depuis 2010 (2018)	Pourcentage de personnes sous TAR qui obtiennent une suppression virale	Pourcentage de personnes connaissant leur statut qui sont sous TAR (2018)	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut (2018)	Couverture des femmes ayant reçu un TAR pour la PTME (%)	Nombre de femmes ayant reçu un TAR pour la PTME	Incidence des co-infections VIH/TB, 2017	Incidence du VIH chez les enfants, pour 1000, 2018	Incidence du VIH chez les adultes, pour 1 000, 2018	Nouvelles infections à VIH chez les enfants, 2018	Nouvelles infections à VIH chez les adultes, 2018	Prévalence du VIH chez les adultes, 2018	Nombre d'enfants vivant avec le VIH, 2018	Nombre d'adultes vivant avec le VIH, 2018
Algérie	2017	31 899 471	54%	0,01	0,25	68	93	86	74	324	0,43	0,01	0,05	<100	1 200	<0,1	<500	15 000
Botswana	2017	158 991 774	-62%	-0,19	-0,39	>95	92	91	>95	12 359	144	1,27	7,4	<500	8 200	20,3	14 000	350 000
Cambodge	2015	21 820 542	-68%	0,14	-0,25	>95	>95	82	85	619	8,2	0,06	0,1	<200	<1000	0,5	3 300	70 000
Costa Rica	2018	48 044 490	-36%	-0,09	-0,24	n/a	n/a	n/a	n/a	35	0,86	n/a	0,4	n/a	<1000	0,4	n/a	15 000
Équateur	2018	15 614 260	100%	0,37	-0,33	89	75	76	>95	368	5,7	0,03	0,2	<100	2 200	0,4	<1000	43 000
Indonésie	2016	173 477 066	-37%	-0,54	-0,25	n/a	33	51	15	1 818	14	0,14	0,3	3 500	43 000	0,4	18 000	620 000
Kazakhstan	2018	33 594 038	19%	-0,19	0,00	65	66	88	59	360	2,9	0,03	0,2	<100	2 600	0,2	<500	25 000
Kenya	2017	1174 884 586	-57%	0,29	-0,39	n/a	77	89	91	57 523	91	1,12	1,62	7 600	38 000	4,7	120 000	1400 000
Malaisie	n/a	36 935 753	-14%	0,11	-0,06	n/a	55	86	>95	257	5,7	<0,01	0,31	<100	5 600	0,4	<500	87 000
Mexique	n/a	n/a	108%	n/a	-0,13	89	93	76	n/a	n/a	2,7	0,02	0,14	<200	11 000	0,2	2 300	230 000
Maroc	2017	39 062 783	0%	n/a	n/a	91	86	76	61	216	1,1	0,02	0,04	<100	<1000	<0,1	<1000	21 000
Népal	2018	15 759 395	n/a	-0,36	-0,64	n/a	79	71	51	146	3	0,03	0,05	<100	<1000	0,1	1 400	29 000
Oman	2014	4 324 861	0%	0,01	0,00	87	84	48	n/a	35	0,08	n/a	0,1	n/a	<500	0,2	n/a	3 200
Roumanie	2017	70 977 789	-55%	-0,29	0,00	80	78	87	>95	232	n/a	<0,01	0,1	<100	<1000	0,1	<100	18 000
Rwanda	2015	217 589 955	-48%	-0,33	-0,62	85	93	94	>95	8 552	13	0,2	0,5	<500	3 200	2,5	12 000	210 000
Afrique du Sud	2017	2432 035 050	-32%	-0,10	-0,44	87	68	90	87	247 690	340	n/a	8,7	14 000	220 000	20,4	260 000	7500 000
Thaïlande	2013	287 278 782	-62%	-0,42	-0,50	>95	80	94	>95	3 787	16	0,01	0,2	<100	6 300	1,1	3 200	480 000
Viet Nam	2012	95 446 487	-73%	-0,416184971	-0,67	n/a	n/a	n/a	81	1 932	4,7	0,04	0,1	<500	5 400	0,3	5 000	220 000

Pays	EPIDEIOLOGIE						DÉPENSES DE PROGRAMMES					SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE			
	incidence de la TB en 2017 (pour 100 000)	Nombre d'adultes infectés par la tuberculose, 2017	Nombre d'enfants infectés par la TB, 2017	Évolution de l'incidence de la TB depuis 2010	Taux de réussite du traitement anti-TB, 2016 (%)	Mortalité due à la TB (pour 100 000)	Dépenses totales liées à la TB (\$)	Dépenses intérieures liées à la TB (\$)	Dépenses nationales pour la TB (% des dépenses totales)	Dépenses internationales liées à la TB (\$)	Dépenses internationales pour la TB (% des dépenses totales)	La politique nationale indique que la DDR est le test de diagnostic initial pour toutes les personnes présumées atteintes de TB	La politique nationale indique l'accès universel au DST	Suivi gratuit du dx	Proportion de personnes vivant avec le VIH recevant un traitement préventif contre la TB (2016/2017).
Algérie	70	25 000	3 900	-9,1	n/a	7,7	n/a	n/a	n/a	0	n/a	No	Yes	Yes	n/a
Botswana	300	80 000	11 000	-42,1	79	52	8 238 455	5 838 455	70,9%	2 400 000	29,1%	Yes	Yes	Yes	n/a
Cambodge	326	46 000	6 500	-25,2	94	22	13 288 714	4 559 546	34,3%	8 729 168	65,7%	No	No	Yes	21
Costa Rica	9,7	420	56	-30,7	84	1	n/a	n/a	n/a	0	n/a	No	Yes	Yes	n/a
Équateur	43	6 300	840	7,5	72	4,1	481 322	481 322	100,0%	0	0,0%	No	Yes	Yes	5,9
Indonésie	319	792 000	49 000	-6,7	86	44	149 445 763	101 565 995	68,0%	47 879 768	32,0%	Yes	Yes	Yes	15,6
Kazakhstan	66	11 000	1 200	-54,5	88	1,1	133 845 328	126 856 666	94,8%	6 988 662	5,2%	Yes	Yes	Yes	44
Kenya	319	138 000	21 000	-39,9	81	86	26 780 771	13 794 399	51,5%	12 986 372	48,5%	Yes	Yes	Yes	n/a
Malaisie	93	26 000	3 800	22,4	80	4,9	15 980 000	15 980 000	100,0%	0	0,0%	Yes	Yes	Yes	78,8
Mexique	22	25 000	3 000	4,8	79	2,2	12 013 738	12 013 738	100,0%	0	0,0%	No	No	Yes	2,3
Maroc	99	31 000	4 200	-2,0	87	8,3	16 295 500	15 520 000	95,2%	775 500	4,8%	No	Yes	Yes	27
Népal	152	40 000	5 100	-6,7	91	24	17 779 708	9 782 800	55,0%	7 996 908	45,0%	Yes	Yes	Yes	n/a
Oman	6,7	280	35	-44,2	51	0,5	n/a	n/a	n/a	0	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Roumanie	72	13 000	1 600	-31,4	86	4,9	13 539 670	10 250 000	75,7%	3 289 670	24,3%	Non	Oui	Oui	s/o
Rwanda	57	6 400	590	-30,5	86	7,5	6 423 616	219 484	3,4%	6 204 132	96,6%	Non	Oui	Oui	s/o
Afrique du Sud	567	283 000	39 000	-40,2	82	138	268 895 236	247 352 379	92,0%	21 542 857	8,0%	Oui	Oui	Oui	52,9
Suriname	29	140	19	-37,0	68	3,7	818 806	401 026	49,0%	417 780	51,0%	Oui	Oui	Oui	s/o
Thaïlande	156	100 000	8 100	-13,8	83	18	25 860 749	22 387 230	86,6%	3 473 519	13,4%	Oui	Oui	Oui	s/o
Vietnam	129	109 000	15 000	-16,8	92	13	27 367 269	7 917 308	28,9%	19 449 961	71,1%	Non	Oui	Oui	31,4

Pays	GOUVERNANCE - PARTICIPATION DE LA POPULATION CLÉ à l'élaboration de politiques/directives/ stratégies liées à leur santé :						SST		
	HSH	Travailleurs du sexe	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes transgenres	Anciens / actuels prisonniers	SST offert par la loi- politique	OSH national policy / programme includes health promotion or HIV / policy / strategy / plan	La politique/le programme national de SST inclut la promotion de la santé ou la politique/ la stratégie/le plan de lutte contre le VIH.	La politique/le programme national de SST comprend des liens avec le système de protection sociale de la santé / l'assurance maladie nationale.
Algérie	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Aucune donnée disponible.	n/d		
Botswana	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Aucune donnée disponible.	Code de bonne pratique : Le VIH/SIDA et l'emploi. Politique nationale du Botswana sur le VIH/SIDA		
Cambodge	Oui	Oui	Oui	Oui	Non		n.d.		
Costa Rica	Oui	Oui	Non	Oui	Non		Oui. Decreto núm. 27894-S, reglamento de la ley general sobre VIH-SIDA. (§§ 26-28)	Le ministère du Travail et de la Sécurité sociale, par l'intermédiaire du département de la protection sociale, dispose d'un bureau de la sécurité et de la santé au travail.	
Équateur	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Aucune donnée disponible.	Oui. Acuerdo Ministerial núm. 00398 que prohíbe despidos a los trabajadores que padecen de VIH/SIDA. (§§ 1-5)	Le ministère du travail et de la sécurité sociale, par l'intermédiaire du département de la protection sociale, dispose d'un bureau de la sécurité et de la santé au travail qui vise à améliorer les conditions de travail en matière de sécurité et de santé au travail dans tous les lieux de travail et institutions privés ou publics.	
Indonésie	s/o	s/o	Non	Non	Non			n/a	
Kazakhstan	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Aucune donnée disponible.	n/d	n/a	
Kenya	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	n/a	Le "Ministère du travail, de la sécurité sociale et des services" est l'autorité nationale compétente en matière de sécurité et de santé au travail.	
Malaisie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		"(1) Le ministre peut prendre des règlements pour ou concernant la sécurité, la santé et le bien-être des personnes au travail afin d'atteindre les objectifs de la présente loi.		

GOUVERNANCE - PARTICIPATION DE LA POPULATION CLÉ						SST (Suite)			
Pays	à l'élaboration de politiques/directives/stratégies liées à leur santé :					SST offert par la loi-politique	OSH national policy / programme / strategy / plan	La politique/le programme national de SST inclut la promotion de la santé ou la politique/la stratégie/le plan de lutte contre le VIH.	La politique/le programme national de SST comprend des liens avec le système de protection sociale de la santé / l'assurance maladie nationale.
	HSH	Travailleurs du sexe	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes transgenres	Anciens /actuels prisonniers				
Mexique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	n/a	Le Secrétariat du travail et de la sécurité sociale est responsable de l'administration générale des questions de SST. Le Secrétariat du travail et de la protection sociale dispose d'un département de la sécurité et de la santé au travail.	
Maroc	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Aucune donnée disponible.	s/o	n/d	
Népal	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			n/d	
Oman	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	s/o	Le ministère de la main-d'œuvre est la principale institution responsable de l'ensemble des questions de SST. Il existe également un comité national de la SST et un département de la sécurité et de la santé au travail au sein de la direction générale du bien-être des travailleurs.	
Roumanie	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	s/o	Le ministère du travail est l'autorité nationale en matière de SST. Autres institutions ayant des compétences en matière de SST : ► Le ministère de la santé est en charge de la médecine du travail. ► L'inspection du travail. ► L'Institut national de recherche et de développement pour la protection du travail,	

GOUVERNANCE - PARTICIPATION DE LA POPULATION CLÉ à l'élaboration de politiques/directives/ stratégies liées à leur santé :							SST (Suite)		
Pays	HSH	Travailleurs du sexe	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes transgenres	Anciens / actuels prisonniers	SST offert par la loi- politique	OSH national policy / programme includes health promotion or HIV / policy / strategy / plan	La politique/le programme national de SST inclut la promotion de la santé ou la politique/la stratégie/le plan de lutte contre le VIH.	La politique/le programme national de SST comprend des liens avec le système de protection sociale de la santé / l'assurance maladie nationale.
Rwanda	Oui	Oui	Non	Non	Non	Aucune donnée disponible.	" Le comité de santé et de sécurité au travail a notamment les responsabilités suivantes : sensibiliser les travailleurs aux questions liées à la santé et à la sécurité au travail et développer une culture de prévention des accidents et des risques professionnels et de lutte contre le sida ou tout autre danger pour la santé publique. "	Le ministère du service public et du travail est l'autorité nationale compétente en matière de sécurité et de santé au travail.	
Afrique du Sud	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Aucune donnée disponible.	Un employeur a le devoir de fournir et de maintenir, dans la mesure où cela est raisonnablement possible, un lieu de travail sûr et sans risque pour la santé de ses employés. En outre, un employeur est tenu de veiller à ce que le risque de transmission du VIH sur le lieu de travail soit minimal.	La loi exige que le ministre du travail désigne un fonctionnaire du ministère comme inspecteur en chef aux fins de l'OHSA.	
Thailand	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Les questions relatives au VIH sur le lieu de travail ne sont pas prescrites par la loi OSH 2011.	Le Department of Labour Protection and Welfare (DLPW) - Ministère du travail, est la principale organisation chargée de l'administration de la SST et de l'application de la loi sur la SST.	
Vietnam	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	La loi de contrôle de la contraction du VIH/ SIDA 64/2006/QH11 stipule que :		



Service des questions de genre, de l'égalité, de la diversité et de l'inclusion
– Département des conditions de travail et de l'égalité

www.ilo.org/aids

Unité des politiques sociales de l'OIT – Département de la protection sociale

www.ilo.org/secsoc

Service de l'administration du travail, de l'inspection du travail
et de la sécurité et de la santé au travail

– Département de la gouvernance

www.ilo.org/osh

Bureau international du Travail

Route des Morillons 4

1211 Genève 22

Suisse