

1986-2006 : 20 ANS D'ÉCHEC DES STRATÉGIES INTERNATIONALES DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN AFRIQUE

D. KEROUEDAN

Med Trop 2007 ; 67 : 515-528

RÉSUMÉ • Les agences de l'ONU et la communauté internationale investies dans le domaine de la lutte contre le sida se sont trompées depuis vingt ans en Afrique. Malgré ce constat d'échec affirmé pour la première fois publiquement à Brazzaville en mars 2006 par un dirigeant de l'ONUSIDA, la communauté internationale continue d'apporter des réponses exclusivement organisationnelles et financières à un drame humain de très grande complexité dont la compréhension exige une approche de santé publique plus sérieuse et plus exigeante. L'organisation institutionnelle de la lutte contre le sida à l'échelle mondiale a pris des formes successives très variées sur la période 1986-2006. Au programme mondial sida de l'OMS créé en 1986, seulement cinq ans après le début de l'épidémie aux États-Unis, succède dix ans plus tard le programme conjoint des Nations Unies ONUSIDA. Sur la période 2000-2006 s'accroissent les initiatives mondiales, qui dépassent le cadre onusien, réunissent les bailleurs de fonds bilatéraux, la Commission Européenne et la Banque Mondiale, avec les agences techniques de référence et les représentants de la société civile : l'ensemble de la communauté internationale pense être « aux commandes ». Or on s'aperçoit que les stratégies de lutte contre le sida, sont dans leur mise en œuvre, passées du « tout prévention » (1986-1996) au « tout traitement ARV » 1996-2006, sans que les principaux intéressés, les populations africaines et les autorités sanitaires, n'aient bénéficié d'évaluations des stratégies antérieures. La mobilisation financière s'est considérablement accrue dans le cadre de partenariats publics mondiaux tels que le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, sans que l'on ait en même temps révisé les stratégies de contrôle de la pandémie. Tout le monde navigue à vue. On assiste aujourd'hui à un manque de « leadership » du pilotage du contrôle de la pandémie. Alors même que nous n'avons pas su traiter 3 millions de personnes avant la fin 2005 dans le cadre de l'Initiative 3x5, alors que les ARV sont disponibles depuis 1998 en Afrique, l'OMS appelle à Toronto en 2006 à un « accès universel ». Mais comment ? Il est temps de capitaliser 20 ans d'expériences, de diffuser les leçons tirées de ces expériences, de développer une recherche utile à maîtriser le fléau qui fait naître 5 millions de personnes séropositives par an, dont la plupart en Afrique sont des femmes et des enfants, et de prendre les mesures pour la réalisation de l'objectif 8 de la Déclaration du Millénaire, dont découlera la réalisation des autres objectifs.

MOTS-CLÉS • Sida - Stratégies - Afrique - Vision - Pilotage - Financements.

.....
1986-2006: 20 YEARS OF FAILED INTERNATIONAL POLICY TO CONTROL AIDS IN AFRICA

ABSTRACT • Agencies of the United Nations and other international organizations involved in fighting AIDS in Africa have been wrong for 20 years. Despite this failure that was publicly avowed for the first time by a high UNAIDS official in Brazzaville in March 2006, the international community continues to propose a strategy based exclusively on organizational and financial solutions for a highly complex human tragedy that requires a much more comprehensive, coordinated public health approach. Organization of the fight against AIDS has taken many forms over the period between 1986 and 2006. The WHO Global Programme against AIDS program initiated only five years after the beginning of the epidemic in the United States was followed ten years later by the joint United Nations program named UNAIDS. The period between 2000 and 2006 saw a growing number of worldwide initiatives outside the framework of the United Nations. With programs based on cooperation of bilateral agencies, the European Commission, and the World Bank with expert technical agencies and civilian representatives, the whole international community felt that they were « in the driver's seat ». However analysis of the strategy deployed against AIDS during this period shows a shift from « total emphasis on prevention » (1986-1996) to « total emphasis on ARV treatment » (1996-2006). This shift occurred with no assessment of the benefits of the previous strategy for the main users, i.e., the populations of Africa and health care officials. Financial pledges have considerably increased in the context of global public partnerships such as the Global Fund against HIV/AIDS, TB and Malaria, with no change in the overall strategic vision to control the pandemic. There has been a total lack of planning and leadership in controlling the pandemic. Even though we failed to treat 3 million people before the end of 2005 within the framework of the « 3x5 » initiative despite the availability of ARV in Africa since 1998, WHO called for « universal access » in Toronto in 2006. But how can we achieve this? The time has come to assess the results of the last 20 years, to share the lessons drawn from this experience, and to develop effective research to control a scourge that annually produces 5 million HIV-positive persons including mainly women and children in Africa. We must implement measures to reach Objective 8 of the Millenary Declaration on which relies the achievement of the other objectives.

KEY WORDS • AIDS - Strategies - Africa - Vision - Leadership - Funding.

Depuis la notification à l'OMS des premiers cas de sida par quelques pays africains en 1985, l'organisation institutionnelle internationale de la lutte contre le sida a pris les

formes suivantes : le Programme mondial sida de l'OMS créé à Genève en 1986, mieux connu sous le nom de GPA/OMS (Global Programme on AIDS), auquel a succédé en janvier 1996, le Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), réunissant plusieurs agences des Nations Unies et la Banque Mondiale. L'action majeure de l'ONUSIDA a été de lancer en 1998 l'Initiative d'accès au traitement antirétroviral.

Avec le tournant du millénaire ont émergé les initiatives mondiales suivantes : la Déclaration du Millénaire (2000) dont l'objectif 6 est, parmi d'autres, de renverser le

• Travail de D.K., Médecin et Docteur en Epidémiologie et Santé publique, Expert indépendant en santé internationale, Enseignante à Sciences Po.

• Correspondance : D. KEROUEDAN, 5 rue Visconti, 75006 Paris • Fax : +32 2 675 55 20.

• Courriel : d.kerouedan@skynet.be •

• Article reçu le 11/01/2007, définitivement accepté le 21/09/2007.

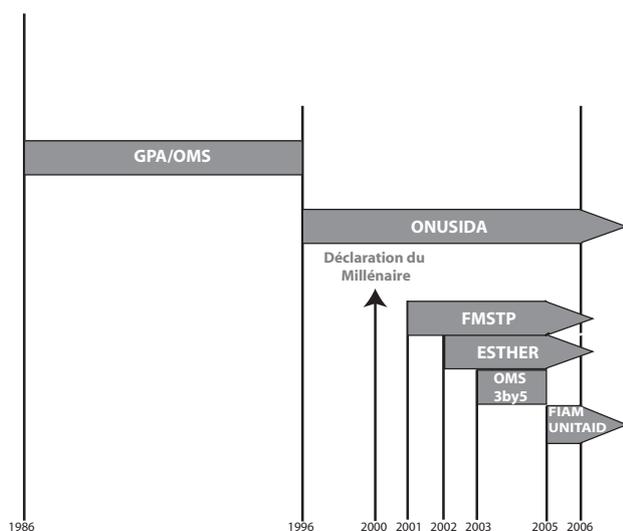


Figure 1 - Programmes de lutte contre le sida depuis 1986.

cours de l'épidémie de sida d'ici à 2015 ; la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida de la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS 2001), la création du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2001), l'Initiative « 3 by 5 » de l'OMS (2003). Lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies du 20 septembre 2005, point d'étape à cinq ans sur la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement, est instituée la Facilité Internationale d'Achat des Médicaments/UNITAID. Enfin, en août 2006 à Toronto, la communauté internationale lance la stratégie « Towards Universal Access », entendez : accès universel au traitement, à la prévention et au soutien, donc à l'ensemble des dimensions de prévention et de prise en charge du sida (sans se limiter à l'accès au seul médicament antirétroviral).

A ces dynamiques multilatérales et mondiales, se juxtaposent tout au long des vingt dernières années, les actions des coopérations bilatérales française, américaine, canadienne, allemande, britannique plus récemment, en appui aux programmes nationaux de lutte contre le sida, les infections sexuellement transmises (IST) et la tuberculose. La Commission Européenne et la Banque Mondiale font une entrée remarquée au début des années 90 sur la scène de la santé et du développement, motivées par l'ampleur de la pandémie de sida et des conséquences économiques et sociales déjà retentissantes en Afrique. Ces deux institutions deviendront les plus gros bailleurs de fonds de la lutte contre le sida, le plus souvent au début sous la forme de prêts de la Banque mondiale et de dons de la Commission Européenne. Certaines instances étatiques régionales, dont l'Union Africaine, l'Association des Etats d'Asie du Sud-Est (ASEAN), la Communauté Caraïbe (CARICOM), et mondiales, telles que l'instance économique mondiale du G8, se sont saisies de la lutte contre le sida et des maladies infectieuses. Enfin des institutions privées comme la Fondation Gates et la Fondation Bill Clinton, et le secteur privé indus-

triel et commercial, contribuent désormais aux actions de prévention et de prise en charge du sida sur le terrain.

Ainsi, observons-nous avec le temps l'implication d'un nombre croissant d'instances et la diversification d'acteurs (Fig. 1). Cette valse institutionnelle plus ou moins coordonnée, restera malheureusement la seule réponse à un échec des politiques. Notre propos est de montrer en quoi les stratégies globales de lutte contre le sida, telles que conçues par la communauté internationale, s'inspirant peu de la pensée locale, en particulier des contributions émanant du milieu universitaire ou même des autorités sanitaires, ne nous ont pas permis d'éviter un drame humain dont les déterminants et les effets dévastateurs auraient mérité des analyses plus fines, des évaluations sérieuses, des réponses pertinentes plus tôt et plus rapides, et des concessions plus courageuses et plus précoces de l'industrie pharmaceutique. De notre point de vue, il est temps de ralentir l'escalade des financements pour réfléchir à comment être plus efficace. Il s'agit d'appliquer à la stratégie mondiale de lutte contre le sida ce que l'opinion publique, les parlementaires et les bénéficiaires exigent des politiques publiques en général : que leurs résultats soient évalués et que les nouvelles initiatives se fondent sur les leçons tirées de l'expérience analysées avec nos collègues africains. A partir de là nous pourrions prendre la mesure de ce qui reste à accomplir, tenter des innovations, prendre un second souffle en faveur de la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement sur la période 2007-2015.

Quelles ont été ces stratégies et en quoi n'ont-elles pas répondu assez tôt à la situation ? Comment en est-on arrivé là aujourd'hui ? L'objectif de cette revue n'est pas de condamner ce qui a été fait, mais d'apprendre de l'historique des politiques publiques dans ce domaine, et de prendre une certaine hauteur de vue face aux défis majeurs que nous lance la situation épidémique en Afrique.

LE PROGRAMME MONDIAL SIDA DE L'OMS (GPA/OMS) 1986-1996

Le « Global Programme on AIDS » de l'OMS, a centré sa stratégie mondiale exclusivement sur la surveillance épidémiologique et la prévention de la transmission sexuelle et sanguine du VIH. Pendant ce temps, les systèmes de santé dans leur ensemble (formation des professionnels de santé, développement de laboratoires, organisation de systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments, management des services de gestion des programmes et des projets, conception de mécanismes de suivi-évaluation, systèmes d'information sanitaire et de gestion, etc.) en milieu urbain ou rural, ne sont pas préparés à prendre en charge un nombre croissant de patients adultes et d'enfants atteints de sida. Même les infections opportunistes ne sont pas diagnostiquées ni spécifiquement traitées pendant une décennie durant laquelle le traitement reste symptomatique sur la base d'algorithmes. Dans les capitales, seuls les soignants qui se portent volontaires sur quelques sites de référence pour le sida

seront formés au dépistage, au conseil et au soutien, à la prise en charge clinique et thérapeutique des personnes séropositives. L'ensemble du système de santé des pays se reposera sur ces seuls sites de référence pour la prise en charge globale des malades atteints de sida.

L'efficacité et l'impact sur le terrain de la stratégie mondiale élaborée par GPA/OMS dans la seconde partie des années 80 pour vaincre le sida ne sont pas évalués. Le Programme mondial ne sera discuté qu'en interne aux Nations Unies en 1992. Ces débats en interne concluaient à la nécessité d'une meilleure collaboration entre les organismes des agences des Nations Unies. La préoccupation est avant tout institutionnelle et intéresse les agences elles-mêmes, impuissantes et aveugles face au drame se déroulant sous les yeux de leurs représentants sur le terrain. De toute évidence GPA/OMS n'est pas à la hauteur des enjeux et des objectifs, en particulier en Afrique où l'épidémie se poursuit et où le nombre de malades atteint près de 20 millions de personnes en 1997 (1) ! L'exportation de stratégies conçues au Nord, en réponse à des situations spécifiquement occidentales, sans associer les chercheurs et les acteurs africains, est pour partie à l'origine de la méconnaissance de la complexité de la situation sur le terrain, de l'inadéquation, de l'absence ou du retard de certaines réponses.

Sur la prévention

Au début de l'épidémie de sida, en l'absence de traitement spécifique antirétroviral, l'objectif majeur était de prévenir la propagation du virus. Ainsi le programme GPA/OMS, décrétant sans référence à aucune étude, que « 90 % des cas de transmission du VIH en Afrique sont liés à une transmission hétérosexuelle », a-t-il invité tous les responsables sanitaires africains à élaborer des campagnes de communication et à promouvoir l'usage des préservatifs. La limite de ce postulat et de sa réponse vient du fait que les outils de mise en oeuvre de la stratégie de prévention de la transmission sexuelle du virus ne sont pas communiqués simultanément et ne le seront jamais : comment s'y prend-on pour accompagner la promotion du préservatif d'un changement de comportement sexuel des populations africaines ? Les études « CAP » (Connaissances, Attitudes et Pratiques) peuvent-elles nous apprendre quoi que ce soit d'utile et de sérieux ? Comment utiliser les informations « culturelles » fournies par les études « CAP » vis-à-vis de la nouvelle maladie pour choisir des thèmes ou élaborer des messages de prévention, lorsque ces études nous apprennent que le sida est largement interprété par les populations comme une maladie liée à la sorcellerie ou à l'empoisonnement ? Comment élaborer des indicateurs d'évaluation de l'impact des actions de sensibilisation des populations en l'absence d'études épidémiologiques informant sur l'incidence ? Autant de questions restées en suspens. N'accuse-t-on pas, en milieu occidental, un peu rapidement et trop exclusivement, les déterminants culturels de la maladie comme le critiquent justement les anthropologues (2) ?

Si la population a longtemps cru à une maladie importée, c'est que les messages de prévention et leurs supports l'étaient aussi et ne la concernaient pas. Si les changements de comportements n'ont pas été obtenus, c'est parce qu'on s'est contenté de « faire de l'IEC » (information, éducation, communication) et non de réfléchir à une stratégie de prévention qui prenne en compte, non seulement les comportements mais également leurs déterminants. Les déterminants des rapports sexuels non protégés sont à analyser en même temps que le comportement lui-même, car ils sont autant d'obstacles à la cessation du risque. Une jeune lycéenne s'exposera à l'infection à VIH au travers de rapports sexuels non protégés avec des enseignants en échange de soutien matériel ; la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH est largement connue et documentée par ailleurs (impossibilité de proposer le préservatif, dépendance économique, multiplicité des partenaires du conjoint, etc.) et le sex-ratio de l'épidémie s'accroît rapidement dans cette décennie en faveur des femmes. Que fait-on en réponse ? Un travailleur du Burkina Faso immigré en Côte d'Ivoire, y séjournant des mois, voire des années, cèdera à la fréquentation des prostituées que son entreprise ira jusqu'à lui fournir, et s'exposera ainsi à l'infection à VIH, de même que les routiers sur tous les axes économiques d'Afrique subsaharienne. Comment ces faits sociaux bien connus sur la période 1986-1996 de mise en oeuvre du programme GPA/OMS, ont-ils été pris en considération lors de l'élaboration des stratégies de lutte contre le sida, y compris celle plus globale de la lutte contre la pauvreté ? On sait que le niveau de prévalence de l'infection à VIH chez les prostituées et le regroupement des travailleurs autour des mines par exemple, sont des déterminants très puissants de la propagation de la pandémie en Afrique. Comment ceux-ci sont-ils pris en considération aujourd'hui dans un contexte continental très complexe de pauvreté accrue, de féminisation majeure de l'épidémie en Afrique, de situations de conflits armés étendus, de la multiplication des usagers de drogue dans les pays du Maghreb en particulier, etc. ?

Sur la prise en charge des malades atteints d'IST et de sida

Comment expliquer qu'il ait fallu tant d'années pour reconnaître la nécessité d'intégrer les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmises (IST) et le sida alors que de nombreux travaux y incitaient dès la fin des années 70 aux Etats-Unis et des années 80 en Afrique (3-6) ? L'intégration de la lutte contre les IST à la lutte contre le sida n'est que tardivement réalisée (7, 8) et à nouveau négligée : quels sont les acteurs de la communauté internationale qui invitent encore maintenant les pays à prioriser et à financer le diagnostic et le traitement précoces des IST à l'échelle nationale ? L'analogie vaut pour la tuberculose, dont la recrudescence en Afrique est liée à l'infection à VIH et dont la prévention et la prise en charge reste compartimentée dans un contexte de pénurie de ressources humaines.

L'accès au dépistage sérologique n'est pas un élément de la stratégie OMS avant 1995 (9), soit dix ans après le début de l'épidémie en Afrique ! Invoquant un paradigme de stratégie fondée sur le respect des droits de l'homme (10) les stratégies de l'épidémie de sida à Genève, sous influence de groupes de pression au Nord, ne s'appuient pas sur des mesures classiques de santé publique, ce qui a pu être qualifié par certains auteurs d'«exceptionnalisme», explique Kevin de Cock qui montre en quoi le maintien d'approches classiques de prévention en santé publique n'est pas incompatible avec le respect des droits des personnes (11).

L'épidémie de sida de la femme aurait, déjà à cette époque, et aujourd'hui plus encore, mérité une attention particulière (12, 13) tant du point de vue de la prévention que de la prise en charge et de l'impact (en nombre d'orphelins par exemple). La transmission du virus de la mère à l'enfant, dont les résultats en Afrique de l'Ouest sont alarmants dès 1992 (14), n'est considérée par les stratèges internationaux qu'en 1998 sur la base des premiers résultats des essais thérapeutiques de prévention de la transmission materno-fœtale du VIH en Thaïlande (15) et des déclarations des laboratoires pharmaceutiques commercialisant la Zidovudine (16).

Sur ces thématiques, et contre l'avis des agences de l'ONU représentées au programme national, certains pays ont devancé l'OMS en termes de stratégie de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Ce fut le cas de la Côte d'Ivoire, véritablement pionnière sur la conception d'une réponse globale préventive et curative à l'épidémie de sida et de la mise en place d'un continuum de soins : dès le début des années 90 les autorités sanitaires de ce pays, avec l'aide de la France, intègrent les programmes de lutte contre les IST, la tuberculose et le sida, décentralisent le dépistage-conseil anonyme et gratuit. Dès 1993, ils discutent avec les universitaires sociologues, d'une stratégie de prévention de la transmission maternelle du VIH, formulée et adoptée en 1995 (17), qui inspirera l'OMS. Ils développent une stratégie de prise en charge des malades, intégrée à la prévention, s'appuyant au niveau de référence sur un laboratoire spécialisé de diagnostic des infections opportunistes. Ils décentralisent la formation des soignants au dépistage et à la prise en charge des malades jusqu'aux formations sanitaires périphériques en milieu urbain. Ils acceptent dès 1994 d'associer les personnes vivant avec le VIH aux activités de dépistage, de conseil, de suivi psychosocial des patients atteints de sida, et de mobiliser des financements en faveur de la création d'associations et de réseaux nationaux et régionaux de personnes vivant avec le VIH.

A l'époque, la stratégie de prévention de la transmission mère enfant (PTME) telle que définie par l'UNICEF en appui à quelques pays d'Afrique francophone et anglophone, reste centrée sur le traitement de la mère séropositive (enceinte), et laisse sur le bas côté de la route les femmes séropositives en tant que femmes et patientes. Peu avant de prendre la tête de l'ONUSIDA, Peter Piot cosigne dans le *Lancet* un article qui prône un nouveau droit : le droit pour les femmes africaines de ne pas connaître leur séropositivité :

au motif que les femmes séropositives incluses dans leur protocole de recherche sont malmenées en famille du fait de leur séropositivité, les auteurs préconisent de ne pas les obliger à revenir chercher les résultats de leur test (18, 19). La réponse à la maltraitance des femmes séropositives par leurs époux ou par la société n'est-elle pas plutôt d'y faire face en apportant des mesures concrètes de soutien, de communication, de suivi et de prise en charge globale (20, 21) ? Ne peut-on pas proposer de développer des structures d'accueil provisoires des femmes maltraitées ou chassées de leur domicile au motif qu'elles sont séropositives, le temps que les équipes médico-sociales et associatives éduquent les maris et les familles, afin que les femmes réintègrent leurs foyers comme l'organise l'association Amepouh de soutien des femmes séropositives à Abidjan ?

Les agences de l'ONU ne pouvaient-elles pas encourager une autre forme d'accompagnement technique des pays en développement, favorisant une méthode qui ne prive pas de leurs responsabilités et de leurs idées les acteurs sanitaires publics et privés, les universitaires, les jeunes et d'autres acteurs de la société civile, mais les associant au contraire à toutes les étapes d'élaboration des stratégies internationales, de la conception à la planification et à la mise en œuvre et au suivi, ce qui n'a pas toujours été le cas ? De leur côté, les autorités sanitaires des pays, étaient plus occupées à suivre les instructions internationales qu'à innover dans ce domaine. Mais quelle disponibilité et quelle souveraineté restait-il aux pays pour innover et pour négocier ces innovations ? « Les responsables des PNLS nouvellement nommés [...] étaient forcément inexpérimentés dans ce domaine complexe de la lutte contre le sida où se mêlent l'anthropologie, la sociologie, la communication, l'épidémiologie, et j'en passe-(inexpérimentés, ne l'étions-nous pas tous, le GPA inclus ?). Ne leur demandait-on pas l'impossible ? » (7).

Il faudra encore plusieurs années aux organismes dits de « tutelle » et de « référence » pour admettre la pertinence d'une approche globale de la réponse à l'épidémie de sida, pour croire en l'efficacité d'une approche intégrée de dépistage, de prévention et de prise en charge des personnes séropositives et malades, pour trouver les financements nécessaires à la mise en œuvre de cette stratégie intégrée à l'échelle des pays tout entiers, et pas seulement dans les capitales. Pendant ce temps l'épidémie se propage, les professionnels de santé, pour la plupart, ne sont pas formés à l'annonce de la séropositivité et à la prise en charge psychosociale, que ce soit à la Faculté de Médecine, ou au cours de l'exercice de leurs fonctions, ni au suivi du patient et de sa famille, activité consommatrice de temps dans un environnement où les personnels de santé se raréfient au fur et à mesure qu'ils quittent les zones rurales pour les villes et celles-ci pour l'étranger. Des années passent pendant lesquelles on prétend lutter contre une épidémie... sans les soignants (hormis sur quelques sites). Il ne faudra pas faire semblant de s'étonner que les objectifs de l'« Initiative 3x5 » lancée par l'OMS au début de l'année 2003, invitant à mettre sous traitement ARV du jour au lendemain trois millions de malades sur la période 2003-

2005, ne soient pas atteints : la communauté internationale aura perdu dix ou quinze ans de préparation des systèmes de santé à faire face à la prise en charge clinique et thérapeutique de millions de malades. Il eut fallu comprendre plus tôt (l'a-t-on compris maintenant ?) que l'approche thérapeutique (au travers de la disponibilité d'un médicament spécifique) n'est que l'une des réponses multiples d'une stratégie globale de réponse à la pandémie.

Face à la situation qui ne fait qu'empirer sur le terrain, la stratégie de GPA-OMS est révisée en 1993 (22) et inclut timidement des actions relatives à la limitation de l'impact médical et social de la maladie. Sous-entendu, on peut commencer à considérer la prise en charge symptomatique des malades atteints d'infections opportunistes, jusque là totalement ignorés par la stratégie. Cette stratégie n'a pas le temps d'être mise en oeuvre sur le terrain, car il a été décidé au sein des institutions internationales et pour des raisons qui relèvent des rapports de force entre elles, de créer le programme des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) institué le 1^{er} janvier 1996. Le Programme Mondial sida de l'OMS a simplement été subitement dissous entre le 31 décembre 1995 et le 1^{er} janvier 1996.

LE PROGRAMME CONJOINT DES NATIONS UNIES SUR LE SIDA (ONUSIDA) 1996-2006

Une évaluation externe du programme mondial sida de l'OMS sur la période 1986-1996 aurait permis de nourrir la réflexion et la mission du programme naissant de l'ONUSIDA, de recentrer ses objectifs, les priorités, les méthodes, de proposer une vision stratégique nourrie des expériences et de relancer ainsi une dynamique opérationnelle plus efficace sur le terrain. Il n'en fut rien. La réorganisation institutionnelle des agences des Nations Unies fut la seule réponse à l'échec du programme GPA de l'OMS et avait pour objectif principal de répondre à leurs conflits internes.

La stratégie énoncée par l'ONUSIDA se décline comme suit :

1. Assurer au niveau mondial la direction du combat à mener contre l'épidémie.
2. Obtenir et faciliter un consensus mondial sur les politiques et les programmes.
3. Renforcer la capacité du système des Nations Unies.
4. Rendre les gouvernements mieux à même d'élaborer des stratégies globales et de mettre en oeuvre des actions efficaces de lutte contre le VIH/sida au niveau national.
5. Favoriser une large mobilisation politique et sociale.
6. Plaider en faveur d'une plus grande volonté politique aux niveaux mondial et national, notamment par l'attribution et la mobilisation de ressources suffisantes.

Le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida a été évalué sur la période 1996-2001. Le but de l'évaluation était de « mesurer jusqu'à quel point l'ONUSIDA a répondu aux attentes, s'agissant d'accroître l'attention portée aux questions sociales, économiques et relatives au déve-

loppement associées à la propagation du VIH, et de renforcer la collaboration inter-institutions en vue de relever le défi » (23). Notons que si l'évaluation n'a pas pour objectif de s'intéresser directement aux effets sur le terrain de l'appui technique que l'ONUSIDA pourrait apporter aux pays, en vue d'améliorer la performance de leur réponse nationale, le rapport fait pourtant le commentaire suivant : « Avec l'appui du système des Nations Unies, les pays ont élaboré des programmes multisectoriels et sont parvenus à une mobilisation sociale et politique à représentation/assise large. Les progrès sont moins évidents en ce qui concerne la formulation d'une action conjointe par les coparrainants en vue d'aider les pays à développer leur potentiel de riposte à l'épidémie et à mettre en oeuvre leurs stratégies » (23).

Les matériels didactiques développés par ailleurs dans la collection « Bonnes Pratiques » sont d'excellente qualité, mais « la logistique de la distribution entrave la diffusion ». Ils sont en fait peu accessibles dans les pays francophones. Les utilisateurs attendent des outils ou des conseillers techniques de l'ONUSIDA qu'ils répondent à la question, non seulement du « que faire ? », mais du « comment faire ? ».

Sans décrire le contenu des stratégies de changement de comportements que l'ONUSIDA préconise sur le terrain, qui ciblent les groupes à risques (travailleurs du sexe, usagers de drogue, patients atteints d'IST, etc.), mieux connues dans les pays anglophones (Behavior Change Communication HIV/AIDS/STI prevention strategies or peer education), et font souvent appel à la méthode d'« éducation par les pairs », l'évaluation avoue en 2002 que « le Programme n'a pas encore résolu la question de la compréhension et de la diffusion des moyens de susciter le changement de comportement et d'améliorer l'effectivité de la mise en oeuvre. Les programmes de prévention sont confrontés au problème très compliqué d'avoir à changer le comportement sexuel. Les raisons pour lesquelles ces programmes réussissent rarement ne sont pas bien comprises » et l'évaluateur recommande à l'ONUSIDA que ceci constitue un « secteur de travail majeur pour l'avenir ».

Nous sommes à la fin de l'année 2002, près de vingt ans après la notification du premier cas de sida en Afrique, et les évaluateurs des programmes de l'ONUSIDA observent que les institutions de référence de l'ONU jointes à la Banque Mondiale, ne comprennent toujours pas pourquoi les stratégies d'information, de communication et de prévention ne marchent pas ! Soit, mais ensuite, quelle n'est pas notre surprise de nous apercevoir qu'aucun travail sur un sujet aussi crucial n'a été mené par l'ONUSIDA depuis cette évaluation en 2002. Le dixième anniversaire de l'ONUSIDA ne pourrait-il pas être l'occasion de relever enfin ce défi et sinon au moins d'y réfléchir ?

La création de l'ONUSIDA n'a pas lieu à n'importe quel moment et cet environnement mondial va donner le ton de la mission que ce programme conjoint va choisir de privilégier. La question de l'accès des patients africains aux médicaments antirétroviraux, soulevée aux lendemains de la Conférence de Vancouver en juillet 1996 (24,25) soit

quelques mois après la création de l'ONUSIDA, et portée à l'échelle mondiale par la présidence française lors de la Conférence d'Abidjan en 1997, procure à l'ONU une autre raison d'être et d'exercer un (ultime ?) pouvoir. L'ONUSIDA va avec MSF, obtenir de l'industrie pharmaceutique quelques concessions sur les prix des médicaments antirétroviraux, soutenir avec l'OMS l'issue du procès de Pretoria en 2001 (26) défendre l'application des accords ADPIC de l'OMC à Doha (27) suivis de ceux du 30 août 2003 à Genève. Par contre, le programme conjoint ne capitalise pas les expériences de prévention de la transmission sexuelle du virus, notamment chez les jeunes et les très jeunes filles, et reste dépassé par la propagation fulgurante de l'épidémie en Asie, en Russie et en Afrique australe.

Entre temps, l'ONUSIDA poursuit son travail de concertation au niveau mondial et le 25 avril 2004, le Royaume Uni, les Etats-Unis et l'ONUSIDA, adoptent les principes des « Three ones », en réponse à la diversité des sources de financements et des interventions sur le terrain des coopérations bilatérales, de la Banque Mondiale, du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et des fondations privées. Ces organismes ont multiplié par trois leurs contributions depuis 2002. Il s'agit pour tous les donateurs à l'échelle d'un pays de suivre les consignes suivantes : un plan stratégique national ; une autorité nationale de pilotage et de coordination ; un système national de suivi et d'évaluation.

Bien que par nature son mandat l'incite à s'occuper en priorité des femmes et des enfants, l'UNICEF a été très lente à s'impliquer dans le domaine de la prévention, du dépistage volontaire et de la prise en charge du sida chez les femmes et les enfants, même lorsque les études sentinelles révélaient déjà, comme à Abidjan en 1992, des taux très élevés de prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, atteignant près de 16 % sur certains sites en milieu urbain (28). L'organisation, très attachée au début des années 1990 à promouvoir l'initiative « Hôpital ami des bébés » en faveur de l'allaitement exclusif des nouveaux-nés et nourrissons a dû réviser ses stratégies chez les femmes séropositives de plus en plus nombreuses sur le continent.

Quand les essais cliniques ont montré une réduction des deux-tiers de la transmission mère-enfant du VIH chez les femmes enceintes sous traitement anti-rétroviral, l'UNICEF a été mandatée pour initier quelques activités « pilotes » de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) sur quelques sites dans les pays du Sud. Ces programmes ont été progressivement étendus à d'autres sites et en dehors des capitales sans que les études pilotes aient fait l'objet d'une analyse sérieuse. Formation des sages-femmes en 5 jours, distribution de la Névirapine, peu ou pas de suivi sur le terrain, tels sont en substance les éléments constitutifs du « kit PTME ». Peu importe si, sur le site de référence à Niamey en juillet 2003, pour ne citer que cet exemple, une maternité assurant 12 500 accouchements par an, ne dispose au même moment que d'une seule boîte incomplète d'instruments à répartir entre douze sages-femmes (29).

Comment les agences des Nations Unies, l'OMS en charge de la santé maternelle et l'UNICEF en charge du programme PTME, peuvent-elles travailler dans un pays si démuné avec aussi peu de cohérence ? Comment financer un programme de réduction des risques de la transmission du VIH à l'enfant quand la mère elle-même risque de mourir d'abord des risques liés à sa grossesse et à son accouchement ? La prévention de la transmission de la mère à l'enfant est sans doute réduite, mais qu'en est-il du risque de contamination par voie sanguine des parturientes (et des sages-femmes) sur ce site si jamais par chance elles y arrivent séro-négatives ?

C'est le moment de rappeler que si la sécurité transfusionnelle est parfois assurée dans les capitales, elle ne l'est pas dans les autres régions des pays, faute de capacités et de financements. En outre, la sécurité sanguine et la prévention des infections nosocomiales ne sont pas garanties dans les formations sanitaires où les précautions universelles ne sont pas respectées par les professionnels de santé pour de multiples raisons. Le risque et l'efficacité de la transmission du VIH par voie sanguine sont très élevés si on les compare aux risques de transmissions sexuelle et maternelle. Comment un axe aussi essentiel a-t-il pu être évacué (en tant que message dominant) avec autant d'indifférence de toutes les stratégies internationales et nationales, la communauté internationale voulant se persuader que cet aspect de la lutte contre le sida était résolu, alors qu'il reste tant à faire dans le domaine de la prévention de la transmission par voie sanguine du VIH et des virus des hépatites ? Certains auteurs invitent les pouvoirs publics à prendre toute la mesure de la transmission sanguine du VIH (30, 31, 32).

LA FRANCE : ENGAGEMENT POLITIQUE CONSTANT AU PLUS HAUT NIVEAU

Il n'est pas inintéressant du point de vue historique de se rappeler les prises de positions françaises qui ont contribué, outre les travaux des chercheurs de l'Institut Pasteur, de l'ANRS et de l'IRD, et des équipes hospitalo-universitaires mobilisées par le programme ESTHER, à l'influence de notre pays dans le domaine de la lutte contre le sida à l'échelle mondiale. Fidèlement pendant vingt ans, au côté des pouvoirs publics africains et à l'écoute des appels à équité des personnes vivant avec le VIH (24), la France a défendu la nécessité d'une démarche globale où prévention, prise en charge et soutien psychologique et social ne faisaient qu'un. Parfois envers et contre tous, y compris la Commission Européenne, les agences multilatérales et les Etats-Unis, notre pays défendait ardemment certaines valeurs fortes telles que la santé comme droit et plus d'égalité entre les malades du Nord et les malades du Sud, jusqu'à plaider ce droit une nouvelle fois lors des réunions fondatrices du Fonds Mondial en 2001, afin que ce fonds finance aussi l'achat de médicaments antirétroviraux. Notons que si le fonds PEPFAR (The United States' President Emergency Plan For AIDS Relief) contri-

bue au financement du traitement dans une quinzaine de pays, les financements de la coopération américaine bilatérale USAID, répartis à l'issue d'appels d'offre internationaux, financent quasi exclusivement des actions de prévention, de dépistage et de soutien psychologique et social.

L'appui que la France a apporté à la création des premières associations de personnes séropositives en Afrique de l'Ouest et à la participation de celles-ci à toutes les instances de réflexion et de décision à l'échelle des pays, et à l'échelle internationale, a contribué à donner un positionnement politique et stratégique des associations francophones de personnes vivant avec le VIH au sein des institutions internationales. L'Agence française de développement met en place et suit en collaboration avec le Ministère des Affaires Etrangères le positionnement d'experts techniques internationaux en appui aux coordinations des projets du Fonds Mondial sur le terrain dans quelques pays. Souhaitons que l'évaluation (en cours) du programme ESTHER, vitrine de l'aide française bilatérale financé principalement par le Ministère de la santé, réponde rapidement aux enjeux de clarification : (i) de son positionnement, tant en France qu'à l'échelle des pays bénéficiaires, et (ii) de ses appuis, en fonction des attentes des Etats, mises en perspective d'un cadre institutionnel et des financements innovants de financement de la lutte contre le sida.

POLITIQUES ET STRATÉGIES DE L'UNION EUROPÉENNE ET DE LA BANQUE MONDIALE (1993-2006)

Dans les années 90, interpellée par les Etats d'Afrique Caraïbes et Pacifique signataires de la Convention de Lomé IV, la Commission européenne contribue à la lutte contre le sida en Afrique en finançant des actions de communication, de sécurité transfusionnelle, d'accès aux médicaments essentiels et génériques, de renforcement des systèmes de santé, dont la gestion et les ressources humaines et matérielles. Au cours de la décennie suivante, bien qu'ayant des politiques séduisantes (33, 34), la Commission européenne ne contribue pas de manière significative à l'amélioration des stratégies de prévention et de prise en charge du sida sur le terrain. Ses représentants en Afrique, dans les Délégations, se désintéressent pour la plupart des actions de lutte contre le sida, et de la mise en œuvre des projets du Fonds Mondial, dont la Commission européenne est pourtant un des bailleurs de fonds principaux. L'aide budgétaire globale, instrument désormais privilégié, n'a pas encore fait la preuve de son efficacité dans le domaine de la lutte contre le sida.

De notre point de vue, le « Second rapport d'évaluation du Programme for Action: Acceleration Action on HIV/AIDS, malaria and tuberculosis in the context of Poverty Reduction », n'est pas une « évaluation » en ce sens que : (i) il est le fruit d'un travail en interne, (ii) il ne décrit aucun résultat opérationnel concret, (iii) il ne donne aucun indicateur de mesure de la performance de l'aide européenne dans le domaine de la lutte contre le sida sur le terrain (35). Ce document est un rapport d'activités des différentes directions

de la DG/Développement et de la Direction Générale Relations extérieures de la Commission Européenne sur la période 2001-2004, dont on sait qu'elles ont pour mission de définir des politiques. L'augmentation des financements en faveur du sida est présentée comme un résultat. Bien qu'élaboré avec AIDCO/Europeaid, agence d'exécution des financements de la Commission Européenne, on ne retrouve pas dans ce document de données quantitatives de réalisations, de résultats et de performance dans ce domaine.

Les évaluations des projets du Fonds européen de développement (FED) en appui à la lutte contre le sida sur la période 1995-2006 (VI^e, VII^e et VIII^e FED) sont pour partie réalisées (36). Le contenu des rapports d'évaluation n'est pas capitalisé ni diffusé et la DG Développement ne s'appuie pas sur les conclusions et recommandations des évaluateurs pour rendre la stratégie européenne beaucoup plus opérationnelle dans les Etats ACP. Depuis leur perspective sur le terrain, les autorités sanitaires des Etats ACP s'interrogent sur la contribution bilatérale de la Commission européenne à la prévention et la prise en charge du sida dans la région la plus touchée au monde.

Les projets « Multisectoral Approach Programmes (MAP) » de la Banque mondiale sur les années 90, pour la plupart financés sur des prêts de 50 millions de dollars en appui aux comités interministériels nationaux de lutte contre le sida/IST depuis 2000, ont été évalués en 2005 (37). A l'exception de celui de l'Erythrée, présenté par la Banque Mondiale comme « a star project in Africa » (38), les projets MAP, s'avèrent, sur une période de cinq ans, pour diverses raisons bien analysées par le Département d'Evaluation des Opérations de la Banque Mondiale, peu contribuer à la réduction de la propagation de l'épidémie et à la limitation de son impact social et économique, ce qui était un des objectifs majeurs de cette institution du fait de son mandat.

LE FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME (2001-2006)

L'idée d'accroître de manière significative le financement de la lutte contre le sida au niveau mondial germe dans les esprits lors du Sommet du G8 d'Okinawa en 2000, qui décide d'accorder une attention particulière aux problèmes africains, dont le sida, la tuberculose et le paludisme. L'idée est reprise lors de la Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida réunie les 25-27 juin 2001 à New York. Le Secrétaire Général Kofi Annan déclare « nous devons mobiliser 7 à 10 milliards de dollars chaque année pour financer tous les aspects de cette lutte dans les pays à revenu faible ou moyen » (39). Le Fonds Mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme est créé. L'originalité du projet, sa pertinence, et sa difficulté, consistent à construire à l'échelle d'un pays un partenariat public-privé multisectoriel chargé de la programmation et du suivi des composantes VIH/sida, et/ou tuberculose, et/ou paludisme du projet, dont l'exécution est confiée à un ou plusieurs

bénéficiaires principaux et secondaires. Ce partenariat cristallisé sous la forme de l'instance de coordination du pays, intitulé CCM (Country Coordinating Mechanisms), réunit en principe de manière équilibrée entre les trois maladies et selon leur importance à l'échelle nationale, les ministères publics concernés, les universitaires et les chercheurs, le secteur privé industriel et commercial, le secteur associatif et communautaire et les représentants de la communauté internationale impliqués. Le suivi technique et financier est supervisé par l'Agent Local du Fonds (Local Fund Agent), cabinet d'audit et de conseil en management et en gestion financière.

Sur la mission et la gouvernance de l'instance de coordination (CCM)

Tout d'abord, le FMSTP ne propose pas de stratégie de lutte contre le sida. Avec sa création, il introduit des principes de gouvernance, des directives et des procédures de mobilisation des financements, mais il n'y a pas de stratégie : aucune orientation n'est donnée aux pays. Il s'agit de ne pas se substituer aux Etats ni aux agences techniques existantes. Il revient aux pays de définir leurs priorités, d'élaborer un cadre stratégique national. C'est la première difficulté : si les autorités sanitaires ont une connaissance à peu près précise de l'épidémiologie de l'infection à VIH dans leurs pays, les décideurs ont une vision très approximative des déterminants qui vont être à l'origine de la propagation du virus et de la gravité de la situation dans leur pays. Les responsables des programmes ont du mal à prioriser et à fonder leurs choix stratégiques : les systèmes d'information sanitaire sont déficients, les études utiles ne sont pas réalisées : celles qui vont aider à la décision en santé publique, quantitatives ou qualitatives, comportementales, médicales ou économiques. La recherche en Afrique n'est pas assez financée (40).

Notons que les directives du Secrétariat FM n'invitent pas les pays une fois leurs priorités choisies, à mettre en cohérence la composition du CCM avec leurs objectifs. Les CCM sont donc vidés de leur mission de pilotage. Ainsi au Viêt-Nam, la composition du CCM ne prend pas en compte le fait que 50 % à 60 % des cas de sida sont des usagers de drogue ! Au Cameroun la prédominance de l'épidémie chez les femmes et les enfants, et la forte implantation du secteur privé médical, sont des éléments qui ne prennent pas d'envergure particulière au sein du CCM (41). Par ailleurs, rares sont les propositions qui demandent des financements additionnels pour étendre soit la politique de transfusion et de sécurité sanguine, la fidélisation des donneurs de sang, soit la sécurité sanguine incluant la prévention de la transmission de l'infection à VIH et des virus de l'hépatite en milieu de soins, car plus personne n'y pense au CCM dont l'animateur a oublié d'associer les autorités *ad hoc*.

Le projet du Fonds Mondial sera finalement mis en œuvre en ayant perdu de vue les spécificités de l'épidémie et des réponses (ou absences de réponses) dans le pays. Ce point nous semble essentiel, car les pays sont invités à créer un CCM chargé de planifier des activités financées de

manière « additionnelle, complémentaire et coordonnée », de les suivre, et d'en mesurer la performance, mais ce CCM est finalement de fait et dès sa composition, déconnecté de sa finalité, condamné à perdre de vue sa mission même et ses objectifs. Or ceux-ci sont bien de réduire la propagation des maladies en s'attaquant au changement de comportement tellement tributaire de l'environnement, d'étendre de manière significative l'accès aux traitements, et de réduire l'impact des ces fléaux sur les malades et leurs familles, et la société dans son ensemble : les objectifs ne se réduisent pas à apporter des financements additionnels.

Sur l'Agent Local du Fonds (LFA)

L'Agent Local du Fonds est un cabinet d'audit et de conseil sélectionné par appel d'offres du Secrétariat du FM pour suivre la mise en œuvre des financements dans les pays. Trois cabinets ont été sélectionnés par appel d'offres du Secrétariat du FM : KPMG (USA), PricewaterhouseCoopers (PwC) et Crown Agents (Royaume-Uni) pour s'assurer de l'exécution financière en bonne et due forme à l'échelle locale. En l'absence de représentation dans tous les pays, les sièges américains et anglais de ces cabinets d'audits identifient dans les pays des cabinets comptables qui leur serviront de correspondants locaux définis comme « les yeux et les oreilles du Fonds Mondial ». L'expertise de ces cabinets est comptable et financière. Il n'y a pas de ressources humaines compétentes en santé publique au sein de ces bureaux non préparés à cette mission. Il s'en suit des difficultés relationnelles entre les autorités sanitaires et l'agent local du Fonds, liées à un manque de légitimité de ce dernier. Par ailleurs la performance technique et financière des projets est appréciée de manière exclusivement quantitative.

Sur l'additionnalité des fonds

Si le CCM jouait véritablement son rôle, il serait l'instance rêvée pour coordonner à la fois la planification et le suivi des financements nationaux et internationaux, publics et privés, de la lutte contre les trois maladies à l'échelle de chaque pays. La volonté des partenaires de la communauté internationale de coordonner ou d'intégrer ces systèmes de suivi-évaluation est en réalité faible bien que les discours officiels soient inverses. Il faut trouver l'arbitre. La coordination des interventions, la complémentarité des financements et l'harmonisation des outils de pilotage des programmes, ne relèvent-elles pas en tout premier lieu de la responsabilité des autorités des pays récipiendaires ?

Sur la tutelle stratégique

En confiant au Fonds Mondial depuis 2002 la gestion des très volumineux financements internationaux de lutte contre le sida, la communauté internationale qui siège au Conseil d'Administration du Fonds, reprend en quelque sorte à l'ONU, la tutelle de la lutte contre la pandémie.

L'ambiguïté est d'autant plus aiguë que l'accord qui lie le FMSTP aux agences de l'ONU, le «Memorandum of understanding» continue de reconnaître que la définition des politiques et des stratégies, et l'expertise technique, relèvent non pas du FMSTP, mais des agences de l'ONU, le FMSTP demeurant une institution financière.

En réalité sur le terrain, les agences techniques ne répondent pas aux attentes des pays relatives à la réalisation des projets du FMSTP. Les instances nationales de coordination des projets (CCM) sont livrées à elles-mêmes face à la complexité de la gouvernance, des procédures de mobilisation des financements, d'appels à projets, de mesure de la performance, de la continuité des financements, de la passation des marchés, etc.. Ainsi, tout au long des cinq premières années de mise en œuvre des projets du FMSTP, la communauté internationale va perdre les opportunités de venir en appui stratégique et technique des pays, dont les résultats sur le terrain, malgré des financements sans précédent, seront très limités.

Saluons la transparence du Fonds Mondial qui affiche sur son site toutes les évaluations et études concernant la mise en œuvre de ses projets. Nous devons souligner le fait que les recommandations communiquées à l'occasion de l'évaluation des CCM de vingt pays en 2004 (www.theglobalfund.org), restent, pour nombre d'entre elles, encore d'actualité et nous espérons que les constats et recommandations seront exploités lors de l'évaluation en cours du Fonds Mondial sur les cinq premières années. Par contre le reproche fait au Fonds Mondial de ne pas appuyer les systèmes de santé et de se résumer à être un financement qui favorise les interventions verticales, nous semble relever d'un faux procès : le Fonds Mondial peut financer toute activité sur le terrain, sauf la recherche fondamentale comme le répète le staff du Secrétariat à Genève et ceci n'est pas nouveau. Si les acteurs de terrain, et ceux de la communauté internationale, avaient une meilleure compréhension du Fonds Mondial, il suffirait de planifier des actions de renforcement des systèmes de santé dans le cadre des CCM au moment de la formulation des propositions de projets. Par ailleurs, il revient aux Etats africains, et aux agences d'aide bilatérale maniant de gros volumes financiers, tels que la Commission Européenne (en dons), la Banque Mondiale (dons ou prêts), au travers de mécanismes variés de financement de l'aide publique au développement (aide budgétaire globale, approches programmes, remises et allègements de dette et stratégies de réduction de la pauvreté) de privilégier le financement de l'organisation et du fonctionnement des systèmes de santé dans toutes leurs composantes (formation et gestion des ressources humaines, développement des plateaux techniques de laboratoires, système d'information sanitaire, système d'alerte et de surveillance épidémique, achat et distribution de médicaments, logistique et gestion du secteur, etc.). Ainsi serions-nous assurés de la mise en œuvre efficace, synergique et complémentaire des stratégies de prévention et de prise en charge des maladies et des actions de renforcement des systèmes de santé, interventions se renforçant mutuellement.

LA STRATÉGIE « 3 BY 5 » DE TRAITER 3 MILLIONS DE MALADES AVANT LA FIN 2005 ET LE PLAN VIH/SIDA DE L'OMS (2004-2005)

L'OMS reconnaît en 2004 que « l'absence de traitement a contribué à perpétuer la stigmatisation et la discrimination et a considérablement réduit l'impact des efforts en matière de prévention et de soins » (42). N'est-ce pas trop tard ? N'est-on pas en train de tenter l'impossible : rattraper les effets de quinze années d'absence de vision stratégique du programme GPA/OMS et de l'ONUSIDA ? Offrir un traitement antirétroviral à 3 millions de personnes dans les pays en développement d'ici à la fin 2005, tel est l'objectif que l'OMS s'est fixé en décembre 2003. Pourquoi alors une telle agitation diplomatique autour de cet objectif ? Le programme VIH/sida de l'OMS intitulé « Investir dans une riposte globale du secteur de la santé au VIH/sida » qui s'étend sur la période 2004-2005, intègre tout un éventail de services relatifs au VIH/sida, notamment de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Le programme VIH/sida de l'OMS regroupe les activités des cinq domaines suivants : information stratégique, sensibilisation et politique, orientation technique et normative, renforcement des capacités nationales, recherche opérationnelle et gestion des connaissances. Le plan de l'OMS est « plutôt un cadre pour élaborer des plans de travail détaillés, avec les activités à court terme et les responsabilités spécifiques requises pour réaliser le plan à tous les niveaux de l'organisation ». Cette fois, l'approche est sans doute pertinente : une dynamique qui associe les systèmes de santé dans leur ensemble, des outils de formation excellents, tous les niveaux des professionnels de la santé, une décentralisation des activités à l'œuvre où chaque acteur social prend toute sa part... somme toute, c'est la stratégie à laquelle on croyait il y a vingt ans...

Selon le rapport de l'OMS paru fin 2004, grâce aux partenariats des différents programmes sur le terrain, 700 000 patients étaient sous traitement anti-rétroviral sur les six millions de patients éligibles dans le monde. Par contre, l'Afrique réunit à elle seule 72 % des besoins non couverts par l'Initiative 3x5 et en juin 2006, la totalité des malades sous traitement dans le monde s'élève à 1,6 millions en juin 2006.

LA FACILITÉ FINANCIÈRE D'ACHAT DES MÉDICAMENTS (FIAM/UNITAID) LANCÉE EN 2005

Faisant suite aux déclarations du Président de la République française lors du Forum économique mondial à Davos en 2005, la France, le Brésil, l'Inde, le Chili et la Norvège ont lancé l'idée d'un financement innovant en vue de sécuriser un fonds stable, prévisible et pérenne pour l'achat de médicaments à l'attention des six millions de malades atteints de sida, de tuberculose et de paludisme : la facilité financière d'achat des médicaments. En assurant à l'industrie pharmaceutique la solvabilité des acheteurs, l'idée est de permettre à

celle-ci d'augmenter ses niveaux de production et d'obtenir une réduction des prix des médicaments, notamment de seconde intention aujourd'hui très coûteux. Il s'agit de répondre aux carences actuelles des stratégies mondiales et d'améliorer la couverture d'accès au traitement des enfants atteints de sida et des femmes enceintes séropositives, ainsi que l'accès de tous les malades éligibles aux traitements antirétroviraux de seconde ligne, et des malades atteints de paludisme et de tuberculose à des traitements de seconde intention aussi beaucoup plus chers.

Confirmée lors de la Conférence de Paris les 28 février et 1er mars 2005 puis lors de la session spéciale des Nations Unies en juin 2006, cette initiative a reçu entre temps l'adhésion de nombreux pays. La taxe sur les billets d'avion, mise en œuvre en France le 1^{er} juillet 2006 permettrait de lever jusqu'à 200 millions d'Euros par an. Ce nouveau fonds contribuerait à atteindre l'objectif d'accès universel des malades du sida à une prise en charge globale d'ici à 2010. L'organisation institutionnelle, administrative et la gouvernance de UNITAID sont en cours d'élaboration. Le Secrétariat de l'UNITAID est placé auprès de l'OMS à Genève. La nouvelle structure se présente comme «complémentaire des agences techniques existantes», et une structure légère de gestion, ce que le Fonds Mondial annonçait aussi lors de sa création.

On l'a bien compris : il n'est pas question d'aider les autorités nationales à prioriser leurs interventions et à répondre de manière spécifique aux déterminants de la propagation de l'épidémie dans leur pays : il n'y a pas de valeur ajoutée de UNITAID par rapport à l'existant en termes de politique et de pilotage stratégique de la lutte contre le sida dans le monde, ce qui manque cruellement justement, tant aux agences existantes que dans les pays en développement. Le mandat est ciblé et concerne l'accès à des médicaments, de seconde ligne notamment.

Le risque est sans doute, malgré les messages issus de la Conférence de Toronto appelant avec dix ans de retard, à redonner toute sa dimension à la prévention, de voir se renouveler ce qu'on a observé en Afrique aux lendemains de la Conférence d'Abidjan en 1997 : les autorités des pays et toute la communauté internationale de s'intéresser plus aux traitements qu'à la prévention, et cette fois aux traitements de seconde ligne plus qu'à l'accès et aux financements des traitements de première intention. Nous devons veiller à maintenir la prescription d'ARV de première intention au risque de voir émerger de façon dramatique des résistances à l'ensemble des molécules. Cette initiative ne doit pas retarder le soutien de la communauté internationale à la production autonome de médicaments en Afrique.

**«TOWARDS UNIVERSAL ACCESS» CONFÉRENCE DE TORONTO
ET ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES 2006**

En août 2006, les résultats de l'OMS, de l'ONUSIDA et de la communauté internationale, se résument à avoir mis sous traitement, six mois après l'expiration de l'échéance de

l'«Initiative 3x5», la moitié des malades ciblés. A la Conférence de Toronto intitulée «Time to Deliver» l'OMS affiche que 1,4 millions de malades africains sont sous trithérapie sur les 4,6 millions qui en auraient un besoin immédiat, soit une couverture de 23%. La couverture d'accès au traitement des enfants est de 8%.

Les résultats évalués à cinq ans de la Déclaration d'engagement de la session spéciale de l'AG des Nations Unies en 2001, présentés dans le rapport de l'ONUSIDA 2006 sont consternants : au bout de vingt années d'information sur la transmission sexuelle du virus, 33% des hommes et 20% des femmes parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans «identifient correctement les moyens de prévenir la transmission du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du VIH», et 9% de femmes enceintes séropositives au VIH bénéficient de la prophylaxie antirétrovirale (43). La plupart des pays continuent d'appliquer un protocole de monothérapie aux femmes enceintes alors qu'il est prouvé depuis plusieurs années que c'est une combinaison de traitements qui est efficace. En d'autres termes, des centaines de milliers de bébés continuent de naître séropositifs. Prenons un instant la mesure des conséquences de ces observations. Le nombre de nouveaux cas d'infection continue de croître en Afrique et dépasse toutes les capacités de réponse. Ce drame ne fait que commencer : sur ce continent, les femmes représentent plus de 60% des cas d'infection ; les trois quart des jeunes de 15-24 ans infectés par le VIH sont des filles, comme le constatait déjà le rapport ONUSIDA 2004. Des millions de jeunes deviennent sexuellement actifs chaque année et sont privés de services préventifs reconnaît le même rapport. Quelles réponses spécifiques l'ONUSIDA ou les autres agences ont-elles aidé les pays à mettre en place qui permette de stopper cette épidémie féminine ?

Au vu de ces résultats, on s'attendrait à ce que les agences des Nations Unies et la communauté internationale se sentent interpellés, et montrent quelque volonté de remettre en question leurs stratégies, leurs méthodes. A l'occasion de la «Concertation africaine sur l'accès universel à la prévention et aux soins des personnes vivant avec le VIH/sida» réunie en mars 2006 à Brazzaville, l'ONUSIDA a pour la première fois dressé un constat d'échec de la lutte contre le sida en Afrique en affirmant que «la lutte contre le sida en Afrique n'avait pas produit les effets escomptés parce qu'on continue d'avoir plus de 3 millions de nouvelles infections par an, plus de 2 millions de décès et 14 millions d'orphelins» (Michel Sidibé). Ce constat, à partir duquel une réflexion aurait pu être amorcée, n'a pas assez duré pour en tirer les leçons constructives. Il ne s'agissait pas non plus d'en rendre l'Afrique responsable. Cette concertation aurait pourtant été l'occasion tant attendue de faire le point avec les représentants des pays africains présents et de donner lieu à une nouvelle évaluation de la lutte contre le sida, sinon de l'ONUSIDA.

Ce n'est pas ce que nous avons observé : Peter Piot, directeur de l'ONUSIDA, comme pour rattraper le langage

de vérité de son directeur des opérations, (i) déclare en mai 2006 au journal Libération : « L'enjeu est décisif, nous savons ce qu'il faut faire pour stopper le sida. Ce qu'il nous faut désormais, c'est la volonté de faire », (ii) se réjouit en juin de la « stabilisation du sida en Afrique » (44), (iii) demande à la communauté internationale, c'est-à-dire à nous les contributeurs, toujours plus d'argent, mais sans nous avoir convaincus sur les résultats des années écoulées. Rien n'est plus clair dans son article au Lancet (45).

Il est inexact que « nous savons ce qu'il faut faire pour stopper le sida » : l'ONUSIDA ne sait pas ce qu'il faut faire pour stopper le sida, les autres agences non plus, ni les bailleurs de fonds, sinon l'Afrique et le monde entier le sauraient aussi et nous n'observerions pas cinq millions de nouvelles infections chaque année ! Le sida est devenu une question de sécurité internationale : en 1998, 200 000 personnes sont mortes dans des conflits armés et 2,2 millions de personnes sont mortes du sida. Il est maintenant bien reconnu que le sida se propage rapidement en situation de conflit et post-conflit.

Qu'ont appris les pays d'Asie et la Russie de l'expérience africaine en vue de protéger leurs populations ? Où sont capitalisées et diffusées les expériences qui marchent dans ce domaine en Afrique et à quelles autorités en charge de la prévention du sida ont-elles été communiquées en Afrique, francophone notamment ? L'ONUSIDA sait faire du plaidoyer et mobiliser les politiques, voire, dans une certaine mesure, l'industrie pharmaceutique. C'est nécessaire, mais pas suffisant si aucune autre agence ne s'y penche : qu'avons-nous appris en vingt ans sur la prévention de la transmission sexuelle du VIH, sur le changement de comportement, sur les déterminants complexes de la propagation de la pandémie, sur le contrôle de la nouvelle pandémie liée à l'usage des drogues dures en Asie et dans les pays de l'Est ?

« Ce qu'il nous faut désormais, c'est la volonté de faire » dit Peter Piot. A qui le directeur de l'ONUSIDA s'adresse-t-il ici ? Peut-on reprocher à la communauté internationale d'être restée les bras croisés ? Aux Etats africains de n'avoir rien tenté ? Peut-on oublier ainsi la volonté et les engagements très concrets sur le terrain de millions d'hommes et de femmes de la société civile qui ont œuvré avec tellement de courage quotidiennement en famille, souvent dans l'ingratitude la plus totale de la communauté internationale, et cela continue sous nos yeux puisque les ONG ont tant de mal à trouver le soutien nécessaire à la mobilisation et gestion des financements ? Peut-on nier ainsi le travail de fourmi réalisé par les soignants et les peuples eux-mêmes pour tenter de limiter la propagation du virus, soutenir et prendre en charge les malades, parfois plusieurs au sein d'une même famille, trouver les ressources de la survie, et atténuer l'impact de la maladie : les populations de la grande majorité des pays d'Afrique subsaharienne traversent un enfer dont ils ne voient pas la fin dans un contexte appauvri par les conflits armés, qui avec la récession économique et la corruption, aggravent le désœuvrement des familles décimées

par le sida : 25,4 millions de personnes infectées sur le continent, 3,1 millions de nouveaux cas et 2,3 millions de décès pour la seule année 2004 (46), constat qui se poursuit en 2005 avec 28 millions de cas, plus de 3 millions de nouvelles infections, 2,4 millions de morts, et plus de 14 millions d'orphelins pour le seul continent africain (47).

Malgré ces lacunes l'ONUSIDA affiche un optimisme certain en parlant de « vraies mesures de ces progrès » (44) : en cinq ans, entre 2001 et 2006, on passe de 240 000 malades sous ARV à 1,5 millions. Sans préciser qu'il a fallu trois ans entre 1998 (début de l'Initiative d'accès aux ARV) et 2001 pour mettre sous traitement 240 000 malades, ni s'interroger sur les vraies raisons de ce modeste résultat alors même que les financements pour les médicaments étaient disponibles ! La « stabilité du sida en Afrique » tiendrait à des observations très ponctuelles au Burkina Faso, au Zimbabwe et au Kenya. En outre, P. Piot nous dit que 20 pays ont atteint les objectifs de l'« Initiative 3x5 » de l'OMS de faire bénéficier 50 % des malades éligibles au traitement ARV, sans dire que parmi ces 20 pays, 3 seulement se situent sur le continent africain, qui réunit les trois-quarts des malades du monde (Namibie, Botswana et Rwanda). Les « success stories » citées sont les mêmes depuis quinze ans, l'Ouganda en Afrique anglophone et le Sénégal en Afrique francophone la Thaïlande en Asie du Sud-Est. Cela signifie-t-il qu'il n'y en a pas d'autres ? Notons que le succès ougandais est très sérieusement mis à mal (46).

Doit-on se réjouir de tous ces résultats qui nous sont présentés comme autant d'avancées dans un contexte de multiplication par 28 des ressources financières allouées au sida entre 1996 et 2005, qui atteignent pour la seule année 2005 plus de 8 milliards de dollars ? Un récent rapport de l'Union Africaine a révélé qu'un tiers des pays a consacré 10 % ou plus de son budget national au secteur de la santé, contrairement aux objectifs que les pays s'étaient fixés lors du Sommet des chefs d'Etat de l'Union Africaine consacré au VIH/sida en 2001 à Abuja d'allouer 15 % de leur budget annuel à la santé afin de lutter contre le sida. Cet engagement apparaît essentiel à respecter et pourrait contribuer au recrutement et à la valorisation des conditions de travail des professionnels de santé à la désertion desquels le monde assiste sans agir. Va-t-on continuer de financer la lutte contre le sida à hauteur des 20 à 23 milliards de dollars/an si l'ensemble des besoins devaient être couverts au fur et à mesure du passage à l'échelle de la stratégie « accès universel », sans s'interroger plus avant sur ce drame humain qui nous dépasse, sur les moyens d'une meilleure maîtrise de la pandémie de sida, et par là même les épidémies émergentes du futur ?

Selon certains auteurs, ces montants de financement en l'absence de leadership stratégique pourraient faire plus de mal que de bien (48). En février 2007 le British Medical Journal ouvrait ses pages à une polémique concernant le financement de la lutte contre le sida dans les pays émergents, jugé excessif par le président du Health Systems Workshop (49).

LA CIRCONCISION SERAIT ASSOCIÉE À UNE DIMINUTION DU RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH.

La toute nouvelle stratégie à l'issue de la Conférence de Toronto en août 2006, prônée par l'OMS pour l'Afrique, relative à la circoncision, est très débattue. La «réduction du risque de transmission du VIH» observée dans certaines études, très rapidement interprétée par les autorités sanitaires nationales comme «la circoncision est un moyen de prévention de la transmission du VIH», sans que la nuance ne soit explicitement clarifiée localement, est un message très sujet à polémique. Le Conseil National du Sida publie ses objections et très sérieuses réserves en mai 2007 à Paris (50), renforcées par une étude publiée la même semaine, insistant sur le fait que le risque de propagation de l'épidémie de sida est davantage lié au taux de prévalence de l'infection à VIH chez les prostituées (51) comme cela avait déjà été démontré dès le début des années 90 de Nairobi à Abidjan !

CONCLUSIONS

En augmentant considérablement le financement mondial de la lutte contre le sida, la communauté internationale, publique et privée, a témoigné d'un très fort engagement politique pendant les années 2000 et sur ce plan elle a probablement atteint ses objectifs. Si cette dynamique a été indispensable à la réduction de la stigmatisation et à la mobilisation de l'ensemble des secteurs et des groupes sociaux dans certaines régions, la portée de cet élan mondial, en termes de ralentissement de la pandémie, est limitée. Non seulement du fait de l'insuffisance de financements trop souvent utilisée comme un alibi que d'un manque de vision et d'analyse spécifiques par pays d'une épidémie aux déterminants et retentissements multiples et complexes. Depuis la Déclaration du Millénaire, au travers de la Déclaration d'Engagement des Nations Unies, la création du Fonds Mondial et d'UNITAID, la communauté internationale est plus soucieuse de mobiliser toujours plus de financements, que de réfléchir à un véritable pilotage du contrôle de la pandémie. L'accroissement des volumes financiers en faveur de la lutte contre le sida aurait dû s'accompagner d'une meilleure efficacité de la dépense d'une part, d'une vraie coordination des procédures et des ressources, de systèmes communs de pilotage, suivi et évaluation, ce que la stratégie des «three ones» a échoué à susciter. Reconnaissons que de manière générale, les projets (sinon les stratégies globales) sont plus souvent évalués qu'autrefois. Néanmoins, les observations des évaluateurs ne sont que rarement utilisées. Les experts, les chercheurs et les sociologues, les penseurs, les universitaires et les jeunes, autant d'esprits jetant un regard sur la situation, ne sont pas assez écoutés. Les nouvelles approches ne sont pas fondées sur les réalités.

Les stratégies internationales sont passées du «tout prévention» 1986-1996 au «tout traitement» (1996-2006),

sans que n'aient été capitalisés les succès, les acquis et les lacunes des différentes phases. La stratégie de communication au changement de comportement a bien été évaluée dans certains pays d'Afrique anglophone, mais ces travaux n'ont pas été diffusés à l'attention des pays francophones qui auraient pu apprendre de ces expériences et de ces méthodes, tout comme les pays d'Asie ou d'Europe centrale et orientale pourraient aujourd'hui s'inspirer des expériences africaines. La question de l'accès au traitement doit désormais aller de pair avec toute une série d'interventions à chaque étape de la prise en charge médicale (dépistage, diagnostic des infections opportunistes, disponibilité des ressources humaines, qualité de la prescription, etc.). La Conférence de Toronto en août 2006, au bout de vingt ans, amorce une nouvelle ère au cours de laquelle le message dominant inclut enfin toutes les dimensions de la lutte contre la pandémie. Mais sur le terrain, le message de Toronto a-t-il été entendu ?

L'ONUSIDA par la voix de son directeur, ne nous dit pas comment les pays doivent faire face aux défis du futur proche. Les stratèges internationaux et sur le terrain, continuent de ne pas accorder l'importance méritée la prévention et la prise en charge des IST et de la tuberculose, dont les réponses sont loin d'être à la hauteur des enjeux, et dont la prise en considération est indissociable de celle du sida. Les résultats décevants de la recherche sur les microbicides (produits d'usage local utilisables par les femmes) compromettent à court terme et dans le temps la mise en œuvre d'interventions simples et efficaces en réponse à la féminisation de l'épidémie en Afrique.

Le message de cet article est d'inviter la communauté internationale à ne pas limiter la réponse à la pandémie à des aspects financiers, institutionnels et structurels. Le risque est grand avec les nouveaux instruments de financement tels que le Fonds Mondial et UNITAID, dont les mandats sont avant tout de mobiliser et administrer l'argent de l'aide et de persévérer dans cette approche financière en réponse à l'épidémie. Il s'agit de reconnaître qu'on s'est trompé, de comprendre en quoi, et de se poser les vraies questions : 75 % des africains de 15 à 24 ans infectés par le VIH sont des filles. 92 % des enfants atteints de sida n'ont pas accès au traitement. 91 % des femmes enceintes séropositives, ne bénéficient pas d'une prophylaxie anti-rétrovirale efficace. 60 % des cas d'infection au Viêt-Nam et 44 % des cas d'infections en Chine sont des usagers de drogue. Les taux de séroprévalence de l'infection VIH des femmes enceintes dans certains pays peuvent atteindre 60 %. Comment très concrètement répondons-nous à tout cela ? C'est cette question que doivent se poser les parties en présence à l'échelle mondiale, et autour de la table pays par pays. En donnant plus d'argent, la communauté internationale ne doit pas perdre de vue qu'il s'agit aussi d'innover sur le comment on s'y prend pour atténuer ce drame.

Face à cette situation les Etats-Unis et leurs recommandations «A,B,C» et celles de la communauté internationale issues de Toronto relatives à la pratique de la cir-

concision comme stratégies de prévention, apparaissent de notre point de vue irresponsables, dérisoires, voire pathétiques, là où la réduction des comportements à risques revient souvent à améliorer la situation économique des populations et à faire respecter les droits des femmes. Seuls une approche globale de la prévention et de la prise en charge et un retour aux mesures de santé publique sérieuses, telles que les défend depuis des années Kevin de Cock le nouveau directeur du département VIH/sida de l'OMS, pourraient constituer des éléments de réponse. Ceci passe par la revalorisation des missions de la santé publique et une bonne compréhension des responsabilités qui relèvent des pouvoirs publics, dont la coordination et le pilotage des contributions techniques et financières de l'ensemble des acteurs publics et privés.

La lutte contre le sida appelle aussi des réponses globales, ou des approches plus équitables du commerce international, que les signataires de la Déclaration du Millénaire, en son objectif 8, se sont engagés à faciliter. La réalisation de l'objectif du millénaire 6 relatif aux maladies sida, tuberculose et autres maladies infectieuses, passe par la réalisation de l'objectif 8 de mise en œuvre de mesures concrètes de partenariat international en faveur du développement, telles que facilitées par les pays du Nord. L'efficacité des financements mondiaux ne se traduira dans les faits que si la communauté internationale prend ses responsabilités, aux côtés des populations et des autorités des pays. Ainsi serions-nous convaincus que les efforts financiers consentis par les agences internationales ne sont pas plutôt une réponse à un lobbying extrêmement actif, motivé par les intérêts des offreurs de soins et de médicaments, qui se développe jusqu'à parvenir à impliquer les politiques.

Ainsi serons-nous convaincus que les erreurs stratégiques de la communauté internationale depuis 20 ans ne sont pas fondamentalement dictées en fait par des intérêts industriels et commerciaux très influents, au point de maintenir les pays du Sud dans des approches préventives et les rendre dépendants des pays du Nord pour s'approvisionner en médicaments, au lieu de développer leurs capacités de les produire (52).

..... **RÉFÉRENCES**

- 1 - ETCHEPARE M, ETCHEPARE C - Sida en Afrique, analyse par pays. ENDA Editions. Série Etudes et recherche N° 196-197-198-199. Dakar, 1998.
- 2 - FASSIN D, DOZON JP - Raison épidémiologique et raison d'Etat. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique. Sciences Sociales et Santé 1989; **7** : 21-36.
- 3 - PEPIN J, PLUMMER FA, BRUNHAM RC *et Coll* - The interaction of HIV infection and other sexually transmitted diseases: an opportunity for intervention. *AIDS* 1989; **3** : 3-9.
- 4 - LAGA M, NZILA N, GOEMAN J - The interrelationship of sexually transmitted diseases and HIV infection: implications for the control of both epidemics in Africa. *AIDS* 1991; **5 Suppl 1** : S55-S63.
- 5 - MERTENS TE, HAYES RJ, SMITH PG - Epidemiological methods to study the interaction between HIV infection and other sexually transmitted diseases. *AIDS* 1990; **4** : 57-65.
- 6 - OVER M, PIOT P. HIV infection and other sexually transmitted diseases. In « MOSELY WH - The World Bank Health Sector Priorities Review. White Cover Report ». New-York Oxford University Press for the World Bank ed, 1993.
- 7 - VIENS P - Le GPA attendait des PNLS une soumission totale. *Le Journal du Sida* 1996; **86** : 106-8.
- 8 - LAVOLLAY M - La non- annonce de la séropositivité. *Le Journal du Sida* 1996; **86-87** : 59-61.
- 9 - OMS/GPA - Counselling for HIV/AIDS: a key to caring. For policy makers, planners and implementors of counselling activities, 1995.
- 10 - MANN J - Coalition pour une Politique Mondiale contre le Sida. Vers une nouvelle politique de santé contre le Sida. Centre François-Xavier Bagnoud pour les Droits de l'Homme et la Santé. Harvard ed, juin 1993, 16 p.
- 11 - DE COCK KM, MBORI-NQACHA D, MARUM E - Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. *Lancet* 2002; **360** : 67-72.
- 12 - ULLIN P. African women and AIDS: negotiating behavioral change. *Social Science and Medicine* 1992; **34** : 63-73.
- 13 - SEELEY JA, MALAMBA SS, NUNN AJ *et Coll* - Socioeconomic status, gender and risk of HIV1 infection in a rural community in South West Uganda. *Medical Anthropology Quaterly* 1994; **8** : 78-9.
- 14 - SORO BN, GERSHY-DAMET GM., COULIBALY A *et Coll* - The present and future course of the AIDS epidemic in Côte d'Ivoire. *Bull World Health Organ* 1992; **70** : 117-23.
- 15 - MMWR - Administration of Zidovudine During late pregnancy and delivery to prevent perinatal hiv transmission - Thailand, 1996-1998. March 6, 1998.
- 16 - WALL STREET JOURNAL - AZT price cut for Third World Mothers-to-be. From the CDC AIDS News Digest. 5 Mars 1998. p. B1.
- 17 - GROUPE DE REFLEXION CONSULTATIF AUPRES DU PNLS SUR LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH EN COTE D'IVOIRE - Eléments pour une politique de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire. Rapport Final. Abidjan. Juin 1995, 45 p.
- 18 - TEMMERMAN M, NDINYA-ACHOLA J, AMBANI J, PIOT P - The right not to know HIV-test results. *Lancet* 1995; **345** : 969-70.
- 19 - NAU JY - Sida : le droit de ne pas savoir. *Journal Le Monde* 13 avril 1995.
- 20 - KEROUEDAN D - Les femmes africaines face au sida : le droit de savoir pour le droit d'exister séropositives. *Sante* 1995; **5** : 259-61.
- 21 - KEROUEDAN D - Le droit de savoir pour le droit d'exister séropositives. *Journal Le Monde*, 1^{er} décembre 1995.
- 22 - OMS - La Stratégie Mondiale de Lutte contre le Sida. OMS Sida. Série N° 11. Genève. 1993
- 23 - ITAD - Group (consulting firm). Rapport final de l'évaluation sur cinq ans de l'ONUSIDA, 8 octobre 2002.
- 24 - ESMEL D, BI ET, KOUAME J *et Coll* - Tous unis dans l'espoir? *Sante* 1997; **2** : 143-4.
- 25 - KEROUEDAN D - Access to antiviral therapies in African countries. *Lancet* 1997; **349** : 1704.
- 26 - Déclaration de l'OMS sur l'issue du procès en Afrique du Sud. 19 avril 2001.
- 27 - OMC - Conférence ministérielle. Quatrième session. Doha, 9-14 novembre 2001. Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique. 14 novembre 2001.
- 28 - ONUSIDA - Epidemiological fact sheet. Site web : www.unaids.org

- 29 - CREDES pour le Ministère français des Affaires Etrangères. Evaluation du projet d'appui au développement de la santé urbaine de la Commune de Niamey II. Rapport final Décembre 2004.
- 30 - GISSELQUIST D, ROTHENBERG R, POTTERAT J *et Coll* - HIV infections in sub-Saharan Africa not explained by sexual or vertical transmission. *Int J STD AIDS* 2002; **13** : 657-66.
- 31 - GISSELQUIST D, UPHAM G, POTTERAT J - Efficiency of human immunodeficiency virus transmission through injections and other medical procedures : evidence, estimates, and unfinished business. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2006; **27** : 944-52.
- 32 - GISSELQUIST D, POTTERAT JJ, BRODY S, VACHON F - Let it be sexual : how health care transmission of AIDS in Africa was ignored. *Int J STD AIDS* 2003; **14** : 148-61.
- 33 - COMMISSION EUROPEENNE - Programme for Action : Acceleration Action on HIV/AIDS, malaria and tuberculosis in the context of Poverty Reduction. 21 février 2001.
- 34 - UNION EUROPEENNE - Communication de la Commission au Conseil et au Parlement Européen. Elaboration d'un cadre politique européen cohérent pour les actions extérieures visant à lutter contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. 21 octobre 2004.
- 35 - COMMISSION EUROPEENNE - Deuxième Rapport d'évaluation du «Programme for Action : Accelerated Action on HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis in the context of poverty Reduction». 26 Octobre 2004.
- 36 - CREDES, KEROUEDAN D, APPAIX O ET ESPEUT D - Rapport d'évaluation à mi-parcours du projet de renforcement institutionnel des organismes de recherche et universitaires de la région CARICOM (Caraïbes anglophone) pour la lutte contre le sida dans les 15 pays de la région CARICOM. Visites de terrain en Guyane, à Trinidad et Tobago, en Haïti et en Jamaïque. Recommandations politiques et stratégiques à l'attention de CARICOM et de la Commission Européenne pour la suite à donner au projet. Bruxelles, janvier 2004, 113 p.
- 37 - WORLD BANK OPERATIONS EVALUATION DEPARTMENT - Committing to results: improving the effectiveness of HIV/AIDS assistance. An OED evaluation of the WB's assistance for HIV/AIDS control. The World Bank ed, Washington DC, 2005
- 38 - KEROUEDAN D, APPAIX O, HAMSET I - project evaluation 2001-2006 in Eritrea. June 2006.
- 39 - NATIONS UNIES - Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida réunie le 25-27 juin 2001 à New York. Déclaration d'engagement sur le VIH/sida.
- 40 - Quotidien du Médecin Journal n° 7814 page 14. En quinze ans, seules 77 études ont été menées en Afrique. 2005
- 41 - CREDES, KEROUEDAN D - Note de synthèse des évaluations des CCM du Bénin, Sénégal, Cameroun et Viêt-Nam, adressée au Ministères des Affaires Etrangères. Paris, 19 mai 2004.
- 42 - OMS - Plan VIH/sida 2004-2005.
- 43 - ONUSIDA - Le point de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS 2001-2006. p. 5
- 44 - PIOT P - «L'ONUSIDA se félicite de la stabilisation du sida en Afrique», interview par le journal Libération, 1^{er} juin 2006.
- 45 - PIOT P - AIDS: from crisis management to sustained strategic response. *Lancet* 2006; **368** : 526-30.
- 46 - GARRETT L - The lessons of HIV/AIDS. *Foreign Affairs* July-August 2005; **84** : 51-64.
- 47 - ONUSIDA - OMS. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. Décembre 2004.
- 48 - GARRETT L - The Challenge of Global Health. *Foreign Affairs* January/February 2007; **86** : 14-38.
- 49 - ENGLAND R - Are we spending too much on HIV? *BMJ* 2007; **334** : 344.
- 50 - CONSEIL NATIONAL DU SIDA - Avis sur la circoncision : une modalité discutable de réduction des risques de transmission du VIH. Vis adopté lors de la séance plénière du 24 mai 2007. Présenté en conférence de presse le 21 juin 2007.
- 51 - TALBOTT JR - Size matters: the number of prostitutes and the global HIV/AIDS pandemic. *Plos ONE* June 2007, Issue 6, e543. www.plosone.org
- 52 - DIXNEUF M - Au-delà de la santé publique : les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale. *Revue française de science politique* 2003; **2** : 277-304.