

LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN AFRIQUE : PERSPECTIVES ET RESPONSABILITÉS

M. ETCHEPARE

Med Trop 2004; 64 : 579-586

RÉSUMÉ • La lutte contre le sida en Afrique sub-saharienne, dont l'importance et les étapes clés de ces vingt dernières années sont rappelées, n'a pas été en mesure d'enrayer la progression de l'épidémie. Les acquis restent fragiles et trop localisés. Les dysfonctionnements des systèmes nationaux, notamment de santé, et les grandes insuffisances de la coordination nationale et internationale sont des handicaps majeurs. Alors que de nouveaux fronts contre le sida s'ouvrent en Europe de l'Est et en Asie, l'application effective des trois principes directeurs « un plan d'action, un organisme national de coordination, un système de suivi et d'évaluation » est une absolue nécessité.

MOTS-CLÉS • Sida – Afrique – « Trois principes directeurs ».

THE FIGHT AGAINST AIDS IN AFRICA: PERSPECTIVES AND RESPONSIBILITIES

ABSTRACT • As summarized in this article, key initiatives undertaken over the past 20 years have not succeeded in controlling the spread of AIDS in sub-Saharan Africa. Achievements are tenuous and local in scope. Two major handicaps have been dysfunctional national governments especially in the health sector and poor coordination of national and international strategies. As the epidemic spreads to Eastern Europe and Asia, there is an increasing need for effective application of the « three ONES principle », i.e., ONE action plan, ONE national body for coordinating, ONE monitoring and evaluation system.

KEY WORDS • AIDS - Africa - « Three ONES principle ».

Analiser les enjeux et les perspectives de la lutte contre le sida à l'heure où le monde entame la troisième décennie de lutte, nous conduit à nous interroger plus globalement sur l'articulation de cette lutte contre le sida. Toujours présente médiatiquement et faisant l'objet d'une participation d'acteurs multiples toujours plus nombreux, cette dernière s'insère-t-elle dans un schéma d'organisation consensuel ou bien la pratique conduit-elle à l'affirmation de fractures/divisions entre ces acteurs ?

Dans cet article, nous traitons essentiellement le cas de l'Afrique sub-saharienne, d'une part en raison de la gravité particulière de la situation qui y prévaut et, d'autre part, de l'expérience particulière du CREDES dans de nombreux pays de cette région¹.

L'IMPORTANCE DU PROBLÈME REPRÉSENTÉ PAR LE SIDA

Selon l'ONUSIDA/OMS (1), 39,4 millions (entre 35,9 et 44,3) d'adultes et d'enfants vivaient avec le VIH/sida dans le monde fin 2004. En 2004, 4,9 millions (4,3-

6,4) de nouveaux cas d'infection VIH et 3,1 millions de décès (2,8-3,5) ont été enregistrés. Le tableau I montre la situation de l'épidémie par région géographique.

L'Afrique subsaharienne, qui abrite moins de 15% de la population mondiale, représente les deux-tiers des cas totaux enregistrés. Toutefois, une croissance inquiétante des prévalences du VIH est enregistrée en Europe de l'Est et en Asie. Sont notamment concernés des pays extrêmement peuplés comme l'Inde, la Chine ou la Russie, faisant craindre une croissance exponentielle des cas dans ces régions.

Au-delà de ces chiffres, c'est naturellement son impact humain, social, économique et politique qui fait du sida une épidémie particulièrement grave et de son combat une priorité.

LA RIPOSTE NATIONALE ET INTERNATIONALE

Quelques étapes-clés

• Les stratégies de lutte

A partir du milieu des années 80 et durant les dix premières années de l'épidémie, l'accent était mis essentiellement sur la prévention (communication pour le changement des comportements sexuels « abstinence, fidélité, préservatifs », réduction du risque transfusionnel et par les instruments en contact avec le sang, messages sur la transmission de la mère à l'enfant) puis, de manière progressive, également sur le *counselling*/dépistage, l'appui psychosocial et la lutte

• Travail du Bureau de consultance en Santé Publique, (M.E., Docteur en médecine, Docteur ès Sciences de gestion), CREDES, Paris •

• Correspondance: M. ETCHEPARE, Bureau de consultance en Santé Publique, (Médecin de Santé Publique, Directeur de projets) au CREDES, 53 rue de TURBIGO, 75003 Paris • www.credes.net • Fax : +33 (0) 1 42 74 11 20 •

• Courriel : metchepare@credes.net •

• Article sollicité.

Tableau I - Situation estimée de l'épidémie de VIH/Sida par région géographique en décembre 2004 (ONUSIDA).

Régions	Adultes et enfants vivant avec le VIH/sida	Nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH	Nombre de décès dus au sida chez les adultes et les enfants
Afrique sub-saharienne	23,4 - 28,4 millions	2,7 - 3,8 millions	2,1 - 2,6 millions
Afrique du Nord et Moyen Orient	230 000 - 1,5 million	34 000 - 350 000	12 000 - 72 000
Asie du Sud et du Sud-Est	4,4 - 10,6 millions	480 000 - 2,0 millions	300 000 - 750 000
Asie de l'Est et Pacifique	560 000 - 1,8 million	84 000 - 830 000	25 000 - 86 000
Australie et Nouvelle-Zélande	25 000 - 48 000	2 100 - 13 000	< 1 700
Amérique latine	1,3 - 2,2 millions	170 000 - 430 000	73 000 - 120 000
Caraïbes	270 000 - 780 000	27 000 - 140 000	24 000 - 61 000
Europe orientale et Asie centrale	920 000 - 2,1 millions	110 000 - 480 000	39 000 - 87 000
Europe occidentale	480 000 - 760 000	14 000 - 38 000	< 8 500
Amérique du Nord	540 000 - 1,6 million	16 000 - 120 000	8 400 - 25 000

contre la discrimination. Les actions menées se heurtaient à la difficulté d'initier des changements de comportement, aux racines sociales et culturelles profondes, d'accès à l'information et de son appropriation, de l'absence de perspectives ressentie (à quoi bon savoir si on ne peut rien pour moi ?) et de « mort sociale » crainte en cas de diagnostic, etc.

La prise en charge était réduite à celle des maladies opportunistes, mais le traitement de certaines d'entre elles étant hors de portée technique et économique au Sud. Elle était, de plus, confrontée aux insuffisances des systèmes de santé et notamment de l'approvisionnement en médicaments génériques essentiels.

Progressivement, la nécessité d'une approche multi-sectorielle de la réponse nationale contre le sida apparaît, associant aux acteurs de santé les autres secteurs ministériels, la société civile et les communautés, et prônant des partenariats public-privé.

L'année 1996, avec la preuve de l'efficacité des anti-rétroviraux (ARV), constitue une période charnière pour l'épidémie mondiale. Toutefois, « les malades étaient au Sud et les médicaments au Nord » comme le soulignait B. Kouchner, lors de l'annonce, avec J. Chirac, du lancement du Fonds de Solidarité Thérapeutique International, au cours de la 10^e Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique, en décembre 1997 à Abidjan.

Il faut attendre le début des années 2000 pour que les ARV deviennent relativement plus accessibles dans les pays en développement (PED) avec notamment ; le développement des ARV génériques indiens et brésiliens ; le retentissant procès suivi du retrait des plaintes (sous la pression internationale) posées d'une part par les USA contre le Brésil auprès de l'Organisation Mondiale du Commerce et d'autre part par 39 firmes pharmaceutiques contre le gouvernement sud-africain à Pretoria (2) ; la démonstration par l'équipe de P. Farmer de la faisabilité d'une prise en charge de qualité par ARV en milieu rural haïtien démuné (3) ; les prix réduits consentis par certains laboratoires pharmaceutiques, etc. En moins de six ans, le prix mensuel d'une trithérapie passait de plus de 500 à 20 Euro. Les ARV permettaient également la mise en œuvre de la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME).

Cependant, une limite dans l'accès aux ARV est rapidement apparue, liée au prix, souvent peu subventionné, au bilan biologique d'inclusion et de suivi.

Les ARV, outre leur intérêt propre en termes de durée et de qualité de vie des patients, ont généré de vifs débats (portant surtout sur la faisabilité technique et économique dans le Sud) finalement productifs, un consensus se faisant progressivement sur la nécessité :

- de coupler prévention et prise en charge globale (traitement, appui psychosocial, nutritionnel, social, suivi d'observance, etc.) ;

- d'assurer un continuum de soins avec pour porte d'entrée les différentes filières existantes (conseil/dépistage, maternités, services IST, consultations, etc.) ;

- de favoriser l'articulation entre les services médico-sociaux et la communauté pour atteindre effectivement ce qu'il est convenu d'appeler le « passage à l'échelle² » en préservant la qualité des services.

Les débats autour de l'accès aux ARV dans le Sud, à la fin des années 90, ont très probablement contribué au renforcement du positionnement et de la reconnaissance du secteur associatif, du Nord et du Sud, qui a été très actif sur ce thème et qui, dans certains pays sub-sahariens, a été même précurseur en matière de prise en charge globale (incluant les ARV).

Enfin, nous soulignerons que, dès les premières années de l'épidémie et jusqu'à ce jour, se sont développées sans résultat probant de multiples recherches sur un vaccin opérationnel.

• Les acteurs et l'organisation de la lutte

Dès le milieu des années 80, sous la coordination de l'OMS (Global Programme on AIDS), des Programmes Nationaux de Lutte contre le sida (PNLS) ont été mis en place au sein des Ministères de la Santé, chargés de coordonner des Plans à Court puis à Moyen Terme. Ces plans étaient supposés associer l'ensemble des acteurs nationaux (tous secteurs ministériels, société civile, secteur privé) représentés dans des Comités Nationaux de Lutte contre le sida (CNLS) censés assurer périodiquement la cohérence multisectorielle.

Ces efforts de planification ont été incontestablement méritoires mais l'efficacité de nombreux PNLS a été pro-

gressivement mise en question, face à l'épidémie qui poursuivait et accélérât sa croissance. Les principaux reproches alors émis, outre les carences propres de management des PNLS, étaient la verticalité et la vision « trop médicale » de ces programmes, dont les financements étaient largement captés par les Ministères de la Santé. De plus, il apparaissait clairement qu'un Ministre de la Santé qui aurait voulu pleinement animer la coordination intersectorielle avait des difficultés à le faire auprès de ses pairs de même niveau hiérarchique. Les CNLS, très peu opérationnels et se réunissant de manière aléatoire, n'étaient pas en mesure, en effet, de garantir la multisectorialité supra-ministérielle.

Ce débat, alimenté également par des concurrences entre institutions multilatérales, a conduit à la création, en 1996, du Programme des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) regroupant sept organismes co-parrainant : l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, le PNUCID, l'UNESCO, l'OMS³ et la Banque Mondiale. Des conseillers ONUSIDA sont mis en place dans la majorité des pays, chargés d'appuyer l'harmonisation des réponses nationales. La multisectorialité est alors prônée, mais l'architecture institutionnelle n'est pas réellement modifiée tandis que les PNLS connaissent une diminution drastique des appuis techniques et financiers, passant jusqu'alors par le biais de l'OMS⁴.

Dès septembre 2000, la Banque Mondiale a lancé ses projets MAP (Multicountry AIDS Programmes), prévus sur 12 à 15 ans. En juillet 2004, un milliard de dollars avait été affecté au bénéfice de 28 pays d'Afrique sub-saharienne, sous forme de MAP1 (prêts) et, depuis 2002, de MAP2 (dons). L'intervention massive de la Banque Mondiale constitue, selon nous, un premier tournant, à au moins deux titres :

- d'une part, des financements bien plus importants accordés aux pays (allant de 7 millions de dollars pour la Guinée-Bissau à 102 pour la République Démocratique du Congo, en passant par 50-60 millions pour le Cameroun, l'Éthiopie, le Kenya et le Mozambique), et ce pour une période de 3 à 5 ans ;

- d'autre part, un accent particulier mis sur l'articulation institutionnelle, avec des CNLS intersectoriels animés par un secrétariat exécutif (SE/CNLS) permanent doté de moyens propres et de capacité d'embauche de ressources humaines, ancré le plus souvent au niveau de la Première ou de la Présidence. Ce véritable organe de coordination (au lieu et place des précédents « Comités ») s'appuie sur des Unités de Lutte contre le sida (ULS) sectorielles (dans chaque ministère, syndicat patronal, etc.), gérant les financements accordés sur la base de plans d'action annuels, tandis que des procédures spécifiques sont mises en place pour le financement des projets de la société civile. Au sein du Ministère de la Santé, l'ex-PNLS est devenu une ULS chargée du management de la mise en œuvre de toutes les activités de lutte contre le sida au sein du secteur public de la santé, et du respect des normes sanitaires dans l'ensemble des secteurs impliqués dans des activités bio-médicales (Ministère de la Défense souvent, secteur privé, secteur para-public de type Sécurité Sociale, etc.).

En 2002⁵, le Fonds Mondial contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme⁶ (FMSTP) devient opérationnel

ce qui constitue une nouvelle étape-clé. En effet, d'importants nouveaux financements étaient disponibles pour la lutte contre le sida, allant de 1,2 millions de dollars pour la Guinée-Bissau à près de 107 pour l'Ouganda (36 au premier tour et 70 au second), en passant par 15 pour le Cameroun, 30-40 pour la République Démocratique du Congo, le Mozambique et le Kenya, et 55 pour l'Éthiopie. Au mois de juillet 2004, plus de 650 millions de dollars étaient engagés (ou en cours d'engagement) au bénéfice de la lutte contre le sida dans les pays d'Afrique sub-saharienne, pour une période de 4 ans.

La coordination des requêtes, activités et suivi de la mise en œuvre est confiée à une Instance de Coordination Nationale (CCM⁷), multisectorielle et couvrant les trois maladies. La mise en œuvre locale des fonds de chaque composante est confiée à un bénéficiaire/récepteur principal⁸, l'audit financier étant assuré par un agent local du FMSTP (*Local Fund Agent - LFA*).

En matière de sida, le FMSTP a pour ambition d'être complémentaire des financements déjà disponibles, ses procédures permettant par ailleurs, contrairement à plusieurs bailleurs, l'appui institutionnel (personnels et structures) et l'acquisition de médicaments, ARV compris.

Depuis l'expansion de l'épidémie sur le continent africain, les partenaires au développement bilatéraux (France, Grande-Bretagne, Allemagne, États-Unis, etc.) et la Commission Européenne ont appuyé, de manière inégale mais significative, les réponses nationales contre le sida, qu'elles proviennent des secteurs étatiques ou communautaires. Depuis le lancement du Fonds Mondial, certains d'entre eux ont privilégié l'abondement du FMSTP au détriment des appuis directs bilatéraux.

En décembre 2003, l'OMS lançait l'objectif « *Three by Five* » (3 millions de patients sous ARV en 2005 dans 50 pays en développement). Ce passage à l'échelle nécessitait du constat que moins de 8% des patients des PED nécessitant une mise sous ARV y avaient accès. Pour atteindre ce but, l'OMS estimait différents besoins essentiels : former 100 000 personnels de santé, renforcer les systèmes de santé, les infrastructures et les normes standards. Les besoins financiers étaient estimés à 5,5 milliards de dollars ; toutefois, l'OMS se positionnait essentiellement comme un partenaire technique⁹.

En février 2004, l'administration américaine a lancé le Plan d'urgence américain contre le sida (*U.S. Emergency Plan for AIDS Relief - PEPFAR*). Avec une dotation annoncée de 15 milliards de dollars sur 5 ans, il est destiné à appuyer la lutte dans 14 pays d'Afrique et des Caraïbes¹⁰, qui représenteraient 50% de toutes les infections VIH dans le monde et 70% de celles de ces deux régions.

En avril 2004, trois principes directeurs (*three ones*) ont été édictés, sous l'égide de ONUSIDA, à l'issue d'un atelier réunissant bailleurs de fonds et acteurs de la lutte :

- un cadre/plan d'action contre le VIH/sida dans lequel figurent et s'articulent les activités de tous les partenaires ;
- un organisme national de coordination de la lutte contre le sida à représentation large et multisectorielle ;
- un système de suivi et d'évaluation à l'échelon pays.

Cette déclaration visant à renforcer la coordination avait été jugée nécessaire en raison de l'implication financière croissante, dans la lutte contre le sida, des partenaires traditionnels mais également de nouveaux comme ceux décrits ci-dessus, ou encore de fondations privées ou de fonds nationaux. Bien qu'encore insuffisant selon les estimations des besoins, le montant total des financements mondiaux, passé de 2,8 milliards en 2002 à 4,7 en 2003, impliquait un management optimal de ces ressources en évitant duplication et fragmentation.

En octobre 2004, un groupe d'économistes, d'experts en santé publique et d'acteurs politiques du Nord et du Sud lance la déclaration « *Free by five* » (Gratuité en 2005 ; disponible en français et en anglais sur le site www.heard.org.za.) demandant la gratuité de la prise en charge médicale du sida et en exposant les raisons.

Les acquis

En un peu moins de vingt années, d'indéniables acquis ont été obtenus.

Le sida, qui révèle ou aggrave les problèmes des sociétés et d'organisation des systèmes (de santé, d'éducation, etc.), a amené ces derniers à s'interroger sur leurs failles. De notables mutations sont en cours au sein des sociétés africaines, accélérées par le défi lancé par l'épidémie, avec notamment une place grandissante accordée à la société civile, des débats obligés sur le statut de la femme ou sur les relations patients-soignants, des avancées en matière de lutte contre la discrimination des personnes touchées ou contre les discours culpabilisants. Le tabou de la maladie régresse et les personnes vivant avec le VIH deviennent de plus en plus acteurs de la lutte.

De nombreuses actions, tant en matière de prévention que de prise en charge globale, ont été menées par les acteurs nationaux, tous secteurs confondus, et l'Afrique capitalise une somme d'expériences et d'innovations remarquables, qui inspirent maintenant les responsables de la lutte dans d'autres régions.

Parallèlement, la communauté internationale s'est mobilisée et a renforcé progressivement son appui technique et financier sur le continent. Le sida est devenu une cause solidaire affichée, parfois pour des motifs de « sécurité mondiale » implicites.

Toutefois, les acquis restent fragiles et la dynamique de l'épidémie n'a pas été enrayerée. Ceci est sans doute dû à la difficulté de passage à l'échelle d'actions performantes mais localisées, n'ayant pas atteint la masse critique suffisante pour générer une dynamique élargie. Les dysfonctionnements des systèmes nationaux et de la coordination nationale ou internationale expliquent en grande part ces insuffisances.

Leurs limites et les incertitudes persistantes

• *Des promesses financières non tenues*

Alors que plus de 3 milliards de dollars ont été investis dans 120 pays depuis sa création, en 2002, les 23 membres du conseil d'administration du Fonds, qui se sont réunis les

18 et 19 novembre 2004 à Arusha, Tanzanie, ont finalement abouti au lancement d'un 5^e cycle d'appels à projets pour 2005, mais seulement après d'âpres discussions. Les Etats Unis, notamment, auraient demandé une évaluation préalable de la situation actuelle, tandis que d'autres pays, comme la France, incitaient à la prudence financière, craignant que de nouveaux projets ne puissent être financés durablement.

Le pacte non écrit qui voulait que les Etats-Unis, l'Europe et le reste du monde paient chacun un milliard de dollars par an est donc loin d'être honoré. Le rythme de décaissement pourrait être fortement revu à la baisse (de quadrimestriel à l'origine à annuel ?). Comme le souligne C. Bosson dans son article « L'élan brisé du Fonds mondial » (4), le paradoxe est que, « au moment où ONG et pays donateurs se félicitent (tous ou presque) du déclin créé par le Fonds, celui-ci n'a jamais été aussi menacé... ».

• *Les USA en position de force mais un PEPFAR suscitant de nombreuses polémiques*

Le G7 avait pris l'engagement, aux Nations Unies en juin 2001, de consacrer annuellement 10 milliards de dollars à la lutte contre le sida. Les décaissements effectifs étant bien en deçà, les USA et son PEPFAR, avec 3 milliards de dollars par an sur cinq ans et le financement de l'accès au traitement de centaines de milliers de malades du sida des pays pauvres, réalisent ce qu'aucun autre pays riche ne propose à ce jour.

Le problème vient de la philosophie sous-jacente des stratégies suivies par les Etats-Unis qui est actuellement contestée.

Depuis janvier, les 14 pays bénéficiaires, où l'on recense la moitié des cas de contamination du monde, ont reçu 670 millions d'euros au titre de ce plan d'urgence. Le département d'Etat américain a annoncé que le plan d'urgence est « en voie d'assurer le traitement de plus de 200.000 personnes d'ici à juin 2005, ce qui doublera presque le nombre de malades traités en Afrique subsaharienne ».

Mais le PEPFAR est accusé, notamment par des ONG internationales et du Sud (5), d'être un outil bilatéral « idéologique », « une croisade contre le préservatif et les médicaments génériques », « un soutien inconditionnel aux Eglises fondamentalistes » américaines choisies comme opératrices et peu favorables au préservatif et aux « comportements jugés déviants » et un « soutien aux géants pharmaceutiques^{11,12} ».

• *L'insuffisante coordination de la lutte contre le sida dans les pays*

Cette faiblesse de coordination, observable dans de très nombreux pays, trouve sa source aussi bien chez les partenaires au développement que chez les acteurs nationaux.

+ *Des structures de coordination peu coordonnées...*

Les structures de coordination sont en fait multiples, avec le plus fréquemment :

- le CNLS en charge de la coordination nationale de la lutte contre le sida ;

- le CCM en charge de gérer l'appui du Fonds Mondial pour la lutte contre le sida, le Paludisme et la Tuberculose ;

Encadré 1 • Etude sur la surveillance épidémiologique et le contrôle des maladies transmissibles • aux niveaux national et régional dans 11 pays d'Afrique - CREDES/ARIVA/Commission Européenne, avril 2004.

Cette étude a concerné le Bénin, le Burkina Faso, la Gambie, la Guinée Bissau, la Guinée Conakry, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal, le Tchad, le Togo. Quelques tendances générales se dégagent en matière de ressources financières :

- **Une insuffisance significative des budgets nationaux de santé.** Deux pays atteignent les 10% du budget national recommandés par l'OMS, plusieurs pays en étant fort éloignés (extrêmes allant de 4,5% à 13,5%, plusieurs dans la fourchette 4,5 à 6%) ; mais ces taux représentent des fractions de budget voté, le taux d'exécution étant, au vu du peu de chiffres accessibles, particulièrement faible. De plus, les seuls salaires semblent accaparer de 60 à 70% du budget exécuté.
- **Une forte dépendance du financement national de la santé aux partenaires extérieurs :** dans plusieurs pays, le budget d'investissement étatique est quasi inexistant et les budgets de fonctionnement exécutés sont inférieurs à 20% hors dépenses de personnel. Dans certains pays, la part étatique est plus conséquente, témoignant d'un engagement politique, mais est aussi liée à l'extérieur (remise de dettes (projets PPTE) ou prêt Banque Mondiale).
- **Une mobilisation et une gestion des ressources financières difficiles :**
 - Pour les fonds publics en raison de l'insuffisante transparence dans la gestion des fonds étatiques ; de la lourdeur et la lenteur des circuits financiers étatiques ; de la faible confiance des fournisseurs lors des commandes sur fonds étatiques entraînant surfacturation et retards considérables de livraison.
 - Pour les fonds des partenaires en raison de la complexité des procédures, de plus spécifiques à chaque partenaire, et de la lenteur de certains circuits financiers.

Des insuffisances de ressources humaines à tous les niveaux du système :

- **Au plan quantitatif pour plusieurs raisons :**
 - « fuite » de professionnels qualifiés en raison du niveau bas et/ou du retard de paiement des salaires, des conditions de travail médiocres, de l'absence de visibilité de plan de carrière faute de gestion rationnelle des ressources humaines.
 - insuffisante rationalité des redéploiements : sur-concentration dans certaines zones (notamment la capitale) ; redéploiements non planifiés et souvent dans l'urgence, conduisant à des changements fréquents de responsables, causant une perte permanente de la mémoire institutionnelle.
 - faible capacité d'embauche de professionnels dans la Fonction Publique pour des raisons d'équilibre budgétaire étatique ; de leur côté, les partenaires au développement sont réticents à assurer le salaire de professionnels nationaux en poste.
- **Agravées par un déficit qualitatif lié aux :**
 - déséquilibre des incorporations au sein du personnel du secteur santé : pénurie de certaines catégories (médecins spécialistes, techniciens de laboratoire et de radiologie, etc.) contrastant avec une pléthore de personnel d'appui et de soutien (dont les prestations pourraient être en grande partie sous-traitées à des opérateurs non publics).
 - inadéquation du processus des formations : absence fréquente de plan national de formation, insuffisante pertinence dans la sélection des candidats, carences en suivi des personnels par la DRH (quand elle existe) et pressions en raison de l'intérêt des perdants, méthodologies pédagogiques contestables (formations en cascade), peu ou pas d'évaluation avant et après les sessions, hétérogénéité des formations reçues, supports pédagogiques d'auto-entretien non systématiquement remis aux formés, personnels formés ne rétrocédant pas les compétences acquises autour d'eux, quasi-absence de formation continue et de supervision formative, etc.
 - mobilité des cadres peu programmée obérant les renforcements de capacités effectués.

- dans certains pays, une unité de gestion du programme sida de la Banque Mondiale ou d'un autre bailleur de fonds ayant mis en place, par exemple, une structure d'appui aux associations luttant contre le sida ;

- les programmes de lutte contre la Tuberculose et contre le Paludisme, souvent encore relativement verticaux et soutenus par un bailleur tenant à sa visibilité et au recueil de ses indicateurs ;

- dans certains pays, des programmes spécifiques comme le TAP¹³.

Par ailleurs, des espaces de concertation ont été mis en place, comme le Groupe Technique Elargi, piloté par l'ONUSIDA, où nombre d'acteurs de la lutte contre le sida sont impliqués.

La multiplication, de fait, de ces pôles de coordination, a des conséquences dommageables :

- aucune instance ne peut prétendre avoir une vision holistique de la lutte contre le sida à l'échelle nationale, la circulation de l'information étant fréquemment médiocre, ceci n'étant d'ailleurs pas toujours fortuit ;

- les plans d'action opérationnels, censés présenter l'ensemble des activités de lutte contre le sida, sont souvent forts parcellaires, omettant des pans entiers d'actions. Ceci peut naturellement faciliter la duplication d'activités ou de financement ;

- les ex-PNLS au Ministère de la Santé, à l'heure des CNLS, cherchent souvent encore leur place dans la nouvelle architecture institutionnelle ;

- les ressources humaines impliquées dans la gestion de la lutte contre le sida (et les deux autres maladies prioritaires) sont souvent mesurées, et passent donc une partie non négligeable de leur temps en multiples réunions au détriment

des activités. Mais négliger ces rencontres revient à être privé d'informations, les compte-rendus écrits étant aléatoires.

Certains pays comme Djibouti ont mis en place des Comités Nationaux de Lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme, avec un secrétariat exécutif permanent unique. Même si un CCM a été parallèlement mis en place, ce montage institutionnel permet, au moins, une gestion au quotidien plus économe de ressources.

+ ... *et insuffisamment intersectorielle, simple témoin - gnage des enjeux de pouvoir*

Ces instances de coordination ont en général l'apparence de l'intersectorialité. Toutefois, une analyse plus approfondie montre, le plus souvent, une captation du pouvoir par un secteur ministériel, souvent le Ministère de la Santé. Même s'il est évident que ce secteur a un rôle prééminent à jouer dans le contexte actuel de la lutte intégrant la prise en charge, il a souvent eu bien des difficultés à céder une parcelle de son pouvoir ancien. La répartition des rôles du SE/CNLS avec les secteurs majeurs comme le Ministère de la Santé, le Ministère du Plan, parfois celui des Finances, ... tient souvent à un équilibre fragile de rapports de force.

Les formes prises par la captation sont diverses : personnalité cumulant les postes de bénéficiaire principal, secrétaire exécutif ou ministre coordinateur du CCM (c'est à dire étant juge et partie pour le financement du FMSTP), convocations aux réunions de CCM/CNLS parvenant aux intéressés bien après la rencontre, représentants de la société civile sélectionnés pour leur propension à l'acquiescement, et généralement diffusion très restreinte de l'information, etc.

• *La faiblesse du suivi-évaluation des programmes*

• *Une approche essentiellement quantitative négligeant les aspects qualitatifs*

Trop d'activités comportent des indicateurs strictement quantitatifs de type « nombre de personnes formées » sans que rien ne préjuge de la qualité des formateurs ni des formés. Le sommet, sur ce point, est sans doute atteint avec les formations « en cascade », notamment quand elles ne s'appuient sur aucun document pédagogique remis aux formateurs et formés. En dépit des limites connues de ces ersatz pédagogiques, certains bailleurs s'en satisfont pleinement, l'obsession première étant le taux d'absorption et de décaissement.

De même, les options de certains bailleurs, privilégiant le quantitatif de type « nombre de communautés de base appuyées », peuvent avoir des conséquences manifestement déstructurantes. Dans un pays d'Afrique centrale, par exemple, le nombre d'associations de personnes vivant avec le VIH est passé, en cinq ans, de 1 à 80 ; ce phénomène de multiplication se retrouve pour les autres types d'organisation communautaire qui se découvrent une vocation dans la lutte contre le sida. Le fait que des projets d'appui associatifs d'un montant identique soient accordés à toute association légalement enregistrée, quel que soit le nombre de ses adhérents, n'est sans doute pas étranger à cette dynamique ;

des associations constituées d'une seule famille nucléaire se multiplient actuellement¹⁴.

• *Un cloisonnement des systèmes de suivi-évaluation de chaque partenaire*

En dépit des recommandations et des engagements affichés, il est rare de trouver une cellule unique de suivi-évaluation abondée par l'ensemble des données relatives aux actions appuyées par tous les partenaires. Ces derniers, fréquemment, réclament des indicateurs spécifiques s'ajoutant à la liste de ceux retenus par le SE/CNLS et gardent parfois jalousement le détail de leurs engagements dans le pays.

Les plans opérationnels nationaux, censés présenter l'ensemble des activités avec leurs responsables, leurs coûts et leur partenariats financiers, sont donc incomplets, rendant le suivi global problématique. Par ailleurs, comme les échanges sur leurs propres tableaux de bord sont rares entre bailleurs, cette segmentation est non seulement peu opérante, mais conduit de plus à de grandes facilités de duplication d'activités... et de double financement de mêmes actions.

+ *Peu de confrontation des données techniques et financières*

A ces insuffisances, s'ajoute la fréquente déconnexion entre les compte-rendus financiers et techniques. Soit qu'ils soient colligés séparément, soit qu'ils ne fassent pas l'objet d'une concertation entre les responsables chargés de ces deux volets. Or, un expert comptable n'est pas forcément en mesure de juger de la validité technique d'une dépense ayant donné lieu à des justificatifs parfaitement conformes. A l'inverse, un technicien de santé publique n'est pas forcément à même de s'assurer de la régularité comptable et financière d'activités conformes au plan d'action.

• *La faiblesse des systèmes de santé*

Même s'il est clair que la lutte contre le sida est multisectorielle, notamment en matière de prévention, un consensus se fait maintenant pour reconnaître l'importance cruciale des systèmes de santé (publics, parapublics, privés à but lucratif ou non) comme pivots de la phase actuelle de la riposte, qui inclut la prise en charge thérapeutique¹⁵.

Or les systèmes sanitaires, globalement, connaissent des difficultés majeures. Une étude récente du CREDES dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, portant sur la surveillance et la riposte aux maladies transmissibles, en fournit une parfaite illustration (Encadré). Les conclusions, validées en réunions inter-pays, soulignaient deux problèmes de fond :

- l'insuffisance (quantitative et/ou qualitative) de ressources financières, humaines et matérielles, avec de faibles disponibilités des Etats qui ne peuvent être totalement compensées par les partenaires extérieurs ;

- les dysfonctionnements affectant les gestions nationales et la traçabilité de ces ressources financières, humaines et matérielles.

Ces carences se traduisaient notamment par :

- la faible fonctionnalité des systèmes nationaux d'informations sanitaires incapables, dans l'ensemble des pays étudiés, d'assurer la production, l'utilisation et les flux des informations sanitaires. Ceci était dû à plusieurs facteurs : (i)

pas ou peu de coordination des services d'informations sanitaires nationaux et rétentions d'informations par certains maillons; (ii) aux insuffisances de coordination nationale, s'ajoutent les difficultés de coordination avec les multiples partenaires au développement qui appuient ces divers programmes sur les plans financier et technique. La diversité des procédures de financement, des objectifs, des méthodes et des exigences rendait la mise en œuvre plus problématique encore; (iii) l'omniprésence de la gestion verticale des grands Programmes (Programme Elargi de Vaccination, Paludisme, Tuberculose, ...). La persistance de la verticalisation de programmes alors que l'intégration est maintenant prônée soulève des problèmes de fond : comment concilier efficacité à court terme avec la structuration institutionnelle qui ne peut être espérée qu'à moyen ou long terme compte tenu de la faiblesse actuelle des systèmes? Comment (ré)intégrer les activités dans des systèmes de santé qui ont été fragmentés pendant des années en de multiples programmes peu coordonnés?;

- insuffisante fonctionnalité des districts alors que ce niveau a été retenu comme le pivot opérationnel du système de santé¹⁶;

- insuffisances des réseaux de laboratoires, de stocks en vaccins, médicaments, réactifs et consommables. Des progrès conséquents ont été obtenus, ces quinze dernières années, en matière d'approvisionnement et de distribution des médicaments et matériels essentiels, avec la mise en place de Centrales d'Achat de type ASBL¹⁷ en lieu et place des Pharmacies d'approvisionnement étatiques le plus souvent en banqueroute. Toutefois, d'importantes lacunes subsistent, et il importe d'éviter le paradoxe d'un accès facilité aux ARV alors que les médicaments essentiels génériques de qualité à bas prix, utiles pour le traitement des maladies opportunistes mais aussi pour toute autre pathologie que le VIH/sida, font encore trop souvent défaut dans le système public ou communautaire;

- la lacune significative de la maintenance des intrants. Faute de politique nationale de maintenance, de budget de fonctionnement, de ressources humaines qualifiées, d'application de mesures de maintenance préventive, de rationalité des procédures d'achat, etc., les matériels ont des durées de vie anormalement raccourcies, entraînant un gaspillage prononcé de ressources.

RÉFLEXIONS POUR L'AVENIR

Il paraît nécessaire, dans un premier temps, de revenir sur deux points.

Cet article a plutôt abordé les contraintes et les incertitudes qui pèsent sur les réponses à la lutte contre le sida. En fait, des acquis notables et des innovations remarquables existent dans la plupart des pays, mais ils sont souvent fragmentaires et localisés, à la pérennité non assurée, car trop peu soutenus par une politique nationale coordonnée.

Il aura été beaucoup question de ressources financières dans cet article. Cela témoigne de leur importance dans la lutte contre le sida car cette dernière en requiert beaucoup.

Mais cela a également pour but de mettre en exergue le risque de déstabilisation que peut provoquer l'introduction de plusieurs dizaines de millions de dollars dans un pays aux systèmes de gouvernance et de coordination fragiles. C'est un des défis qui doivent être relevés.

Un avenir favorable des PNLs, ou plutôt des Réponses Nationales de Lutte contre le sida passent, selon nous, par :

- la mise en pratique effective des trois principes clairement énoncés par l'ONUSIDA, qui interpelle tant les responsables nationaux que les partenaires au développement bi et multilatéraux, avec une coordination efficace s'appuyant sur : (i) un seul tableau de bord opérationnel articulant toutes les activités majeures appuyées par l'ensemble des partenaires ; (ii) une seule instance de coordination nationale jouant pleinement son rôle d'animation, d'information et d'arbitrage inter-sectoriel ; (iii) un seul système de suivi-évaluation, appréhendant simultanément les données techniques et financières de tous les financeurs majeurs ;

- le renforcement des systèmes de santé qui nécessitent de profondes réformes. Toutefois, il apparaît clairement qu'une telle revue sectorielle engage également d'autres Ministères, comme celui des Finances ou de la Fonction Publique (qui gère en général les ressources humaines), et appelle à des arbitrages (budgétaires notamment) au plus haut niveau de l'Etat ;

- le maintien ou le renforcement d'une solidarité internationale. Mais la gestion des ressources (humaines, matérielles, financières) doit gagner en rigueur (ce qui ne signifie pas compliquer encore les procédures. Une simplification et une harmonisation maximale entre bailleurs de fonds seraient même impératives) ; la qualité doit primer sur le « taux d'absorption » et la quantité et la supervision formative et l'audit interne/externe sur le terrain doivent retrouver leur place.

La lutte contre le sida dans le monde est actuellement à un tournant : les engagements financiers internationaux sont incertains, l'épidémie en Afrique est au mieux stabilisée mais à des niveaux élevés de prévalence, tandis que de nouveaux fronts s'ouvrent en Asie et en Europe de l'Est. La synergie des efforts de tous les acteurs du combat contre le sida est donc une absolue nécessité.

RÉFÉRENCES

- 1 - Le point sur l'épidémie de sida : décembre 2004. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la santé (OMS).
- 2 - GAUVRIT E - La santé, un bien public mondial ? In « Les Cahiers Français - Développement et Modernisation ». La Documentation Française ed, n° 310, 2002, pp 84-90.
- 3 - FARMER P - Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet* 2001 ; **358** : 404-409.
- 4 - BOSSON C - L'élan brisé du Fonds mondial. Sida. Le désengagement financier des Etats-Unis va bloquer nombre de programmes. *Liberation* 2004 ; Nov 18.

5 - ELOUARDIGHI K., FORETTE C. Réalités américaines et renoncements européens. *Le Monde* 2004 ; Nov 16. Droit de réponse à LEACH HH. Contre le sida, l'Amérique en pointe. *Le Monde* 2004 ; Nov 11.

Notes

¹ Des études récentes l'ont amené toutefois à appréhender également la réponse à l'épidémie dans les Caraïbes, au Vietnam ou en Inde par exemple.

² En anglais « *scaling up* » ou changement d'échelle, c'est à dire le saut qualitatif passant d'une prise en charge très segmentaire s'adressant à un nombre restreint de patients vers une véritable capacité de prise en charge de masse.

³ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Programme des Nations Unies pour le Développement, Fonds des Nations Unies pour la Population, Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues, Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture, Organisation Mondiale de la Santé.

⁴ La mobilisation des fonds a été plus délicate pour ONUSIDA, dont la visibilité était par ailleurs amoindrie par l'appropriation en leur nom des budgets qu'ONUSIDA confiait à certaines agences onusiennes opératrices.

⁵ A Abuja, Nigeria, en avril 2001 le Secrétaire Général des Nations Unies a appelé à la création d'un fonds mondial pour acheminer des ressources supplémentaires que le G8 a avalisées tout en apportant sa contribution financière lors du sommet de Gênes en juillet 2001. Un Secrétariat permanent a été mis en place en janvier 2002 et trois mois plus tard, le Conseil du Fonds mondial a approuvé la première Série d'octroi de subvention à 36 pays.

⁶ Fin septembre 2004, les contributions totales au FMSPT pour 2004 se montaient à 1,3 milliard de dollars, le premier contributeur étant les USA (546,7 millions de dollars) qui président le FMSTP, suivis de la Commission Européenne (254,4), de la France (180,5), de l'Italie (120,3) et du Japon (100).

⁷ *Country Coordinating Mechanisms*, composés de représentants des secteurs public et privé, notamment de gouvernements, d'organismes multilatéraux ou bilatéraux, d'organisations non gouvernementales, d'institutions universitaires, d'entreprises privées, ainsi que de personnes vivant avec les dites maladies.

⁸ Pour chaque subvention, l'Instance de coordination nationale nomme une ou plusieurs organisations publiques ou privées qui fait office de bénéficiaire principal. Ce dernier est juridiquement responsable de la mise en œuvre locale de la subvention, et de superviser les sous-bénéficiaires des fonds accordés, ainsi que de communiquer à l'Instance de coordination nationale les progrès réalisés. Bien que le FMSTP privilégie la responsabilisation locale, le PNUD est bénéficiaire principal dans onze pays de la région d'Afrique subsaharienne (Mauritanie, Bénin, Burkina Faso, Centrafrique, République Démocratique du Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée-Bissau, Libéria, Soudan, Togo),.

⁹ Toutefois, le 18 novembre 2004, l'OMS a annoncé à Genève, qu'elle attribue un contrat d'un million de dollars à un consortium mondial de personnes vivant avec le VIH/sida (PVS) et de militants, ayant pour but de préparer les PVS aux traitements antirétroviraux. Suite à un concours, le consortium du Fonds de collaboration pour la préparation au traitement du VIH, créé en 2003 pour canaliser les fonds vers l'éducation à base communautaire et géré par une organisation basée aux USA, la Tides Foundation, s'est vu attribuer le contrat par le programme OMS pour la préparation au traitement. Cette initiative de l'OMS soutient les activités menées dans les communautés pour préparer les patients au traitement dans le cadre des efforts visant aux objectifs de « 3 by 5 ».

¹⁰ Afrique du Sud, Botswana, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Zambie. Pour les Caraïbes, Guyane et Haïti. Un quinzième bénéficiaire devrait être nommé.

¹¹ Les bénéficiaires confessionnels de PEPFAR eux-mêmes, à travers le Réseau Pharmaceutique Oecuménique - *Ecumenical Pharmaceutical Network* (EPN)-, ont condamné le 7 octobre l'obligation que les génériques utilisés soient approuvés par la *Food and Drug Administration* américaine, ainsi que celle « d'acheter américain ». (Déclaration faite à Moshi, Tanzanie, le 7 octobre 2004, lors de l'AG de l'EPN ; site : www.epn@wananchi.com).

¹² Le fait que trois fabricants indiens d'ARV génériques aient retiré leurs produits de la liste OMS en raison de la non conformité à la molécule initiale dans les essais de bio-équivalence risque de relancer de nouvelles polémiques.

¹³ *Treatment Acceleration Project* de la Banque Mondiale, 60 millions de dollars au bénéfice de trois pays : Burkina Faso, Ghana, et Mozambique..

¹⁴ Le même bailleur de fonds, pourtant, a mis en place, dans d'autres pays, des procédures de sélection et de financement de projets communautaires, reposant sur un comité pluripartite, qui satisfait tous les acteurs..

¹⁵ Qui doit également trouver sa prolongation au sein de la communauté pour obtenir une véritable prise en charge globale suivie (psychosociale, nutritionnelle, observance, économique, etc.)..

¹⁶ Les carences notées au niveau des districts sont d'ordres : financières (logistique, carburant, indemnités de déplacement). Les budgets exécutés représentent souvent le tiers ou le quart des prévisions/demandes. Et c'est la supervision qui en souffre le plus ; matérielles (outils informatiques, de communication, logistique, etc.) et humaines : médecin chef de district souvent seul, censé assurer conjointement la gestion administrative, l'animation de son équipe cadre, la supervision, les consultations curatives, etc. ; Equipes Cadres de District trop peu disponibles et rarement conformes, quantitativement et qualitativement, aux normes retenues.

¹⁷ Associations Sans But Lucratif, avec un conseil d'administration composé de représentants de l'Etat, des bailleurs, des bénéficiaires.