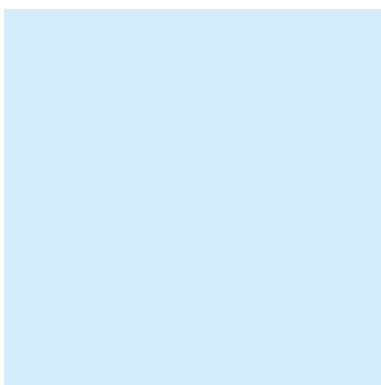
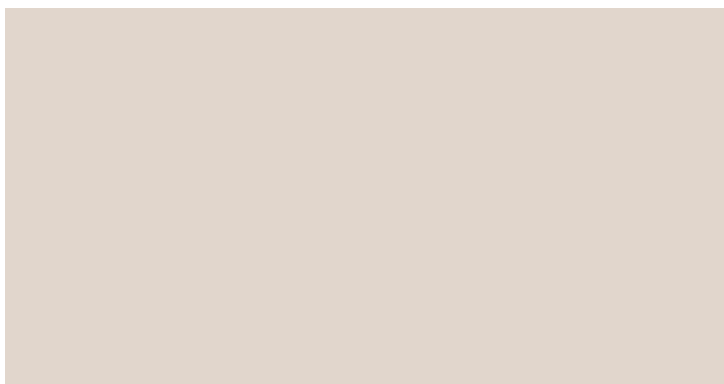


Et à partir de là, que faut-il faire ?
Soutenir une riposte efficace, solide, sur le long terme

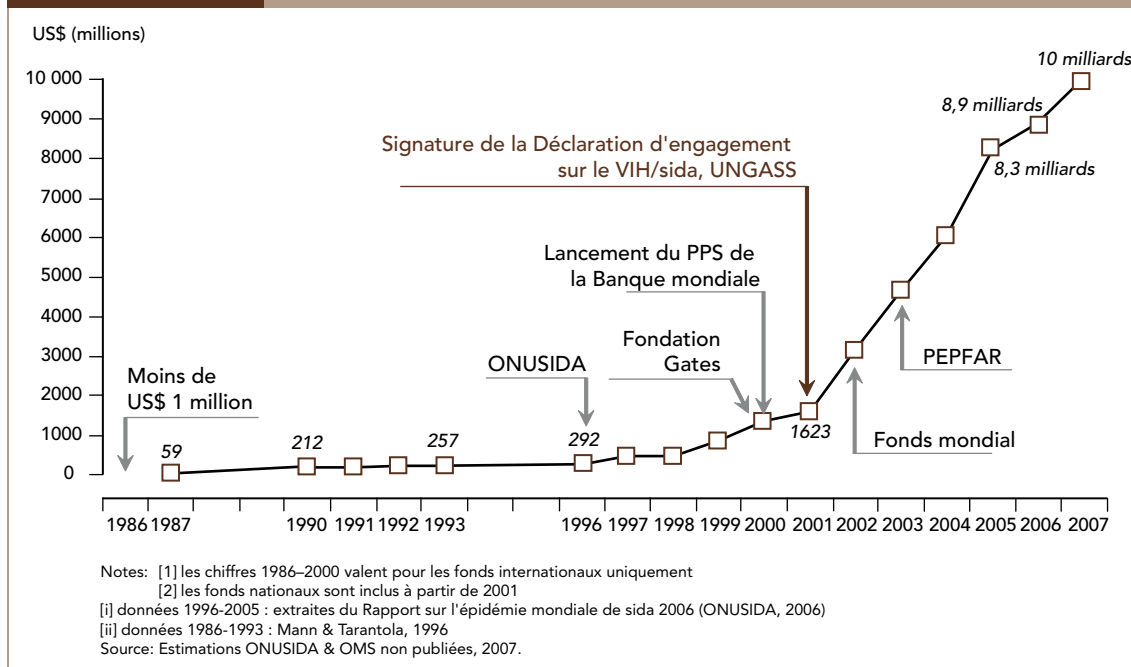


Chapitre 7



FIGURE 7.1

Ressources annuelles totales disponibles pour la riposte au sida, 1986–2007



Comme étudié dans les chapitres précédents, le monde possède aujourd'hui les moyens de prévenir les nouveaux cas d'infection à VIH, de réduire la morbidité et la mortalité associées au VIH, et d'atténuer les effets néfastes de l'épidémie sur les ménages, les communautés et les sociétés.

S'acheminer sur la voie de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH constitue une étape majeure pour une riposte efficace, durable au VIH. Des progrès substantiels, cependant variables, ont été faits sur le front de l'élargissement dans l'optique de concrétiser l'accès universel. Comme le montrent les Tableaux 7.1 et 7.2, plusieurs pays ont déjà atteint leurs cibles nationales pour l'accès universel à la prévention de la transmission mère-enfant et au traitement antirétroviral.

Les pays parvenus à étendre nettement la portée de ces services sont ceux chez qui il y a eu un solide leadership à un niveau national et décentralisé et

une coordination de la riposte au VIH, notamment l'alignement du financement et des partenaires sur les stratégies nationales de lutte contre le sida. Dans les pays où les services se sont rapidement étendus, il y a une volonté politique manifeste qui s'exprime aux plus hauts niveaux gouvernementaux en faveur de processus inclusifs qui reconnaissent l'importance de tous les aspects de la riposte et qui impliquent l'ensemble des parties prenantes concernées. Le dynamisme et la transparence affichés par certains gouvernements pour riposter à l'épidémie incitent d'autres partenaires du développement à soutenir les stratégies de lutte contre le VIH que les pays eux-mêmes définissent et prennent à leur compte.

Cependant, le mouvement en faveur de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH ne présente pas la même configuration partout dans le monde. Comme le montre la Figure 7.2, certaines régions tardent

à mettre à niveau les services de prévention et de traitement essentiels.

Les progrès faits entre 2005 et 2007 pour élargir l'accès aux traitements antirétroviraux et à la prévention de la transmission mère-enfant ont été les plus nets en Afrique subsaharienne. Cependant, pour arriver à concrétiser l'accès universel, les avancées dans cette région ne doivent pas s'arrêter là ; les taux de couverture en Afrique avant 2005 étaient extrêmement faibles.

Les pays qui ont fait des progrès notables sur la voie de l'accès universel se sont employés à développer le potentiel humain de prestation de services, à améliorer l'accès aux produits et aux équipements, et plus globalement à renforcer leurs systèmes de santé. Un engagement important de la part de la société civile a également été déterminant pour parvenir à développer et à mettre les services à niveau. Une société civile active, qui se fait entendre et qui s'engage, est celle qui contribue à l'exercice des droits humains, qui étoffe le potentiel de mise en œuvre des pays, et qui améliore l'accès aux services pour les groupes marginalisés et pour les personnes qui en ont le plus besoin.

Ce chapitre porte sur les mesures à prendre dès maintenant pour étendre les succès récents, soulignés

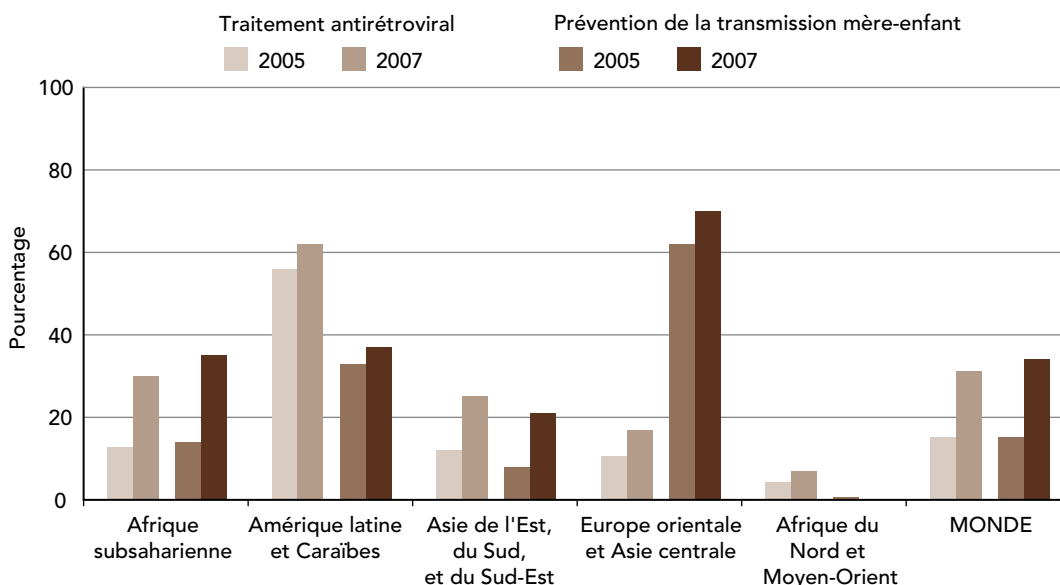
dans le présent rapport, à l'ensemble des pays et des régions ainsi qu'à la riposte au VIH dans sa totalité. Cette étude va au-delà de l'échéance de 2015 pour les objectifs du Millénaire pour le développement, décrivant les mesures et l'architecture qui seront nécessaires aux niveaux national et mondial pour soutenir sur le long terme une riposte énergique.

En particulier, ce chapitre étudie les enjeux pressants auxquels les pays et la communauté mondiale vont se retrouver confrontés dans les années à venir pour tenter d'opposer au VIH une riposte efficace, durable. Ces enjeux peuvent être résumés comme suit :

- Garantir un leadership déterminé et multisectoriel pour les années et décennies à venir, même si d'autres priorités apparaissent et que l'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral donne l'impression que l'épidémie perd de sa gravité ;
- Mettre en œuvre des mécanismes innovants, durables, pour financer comme il se doit la riposte au VIH ;
- Ne pas céder à la tentation de retirer la prévention du VIH du nombre des priorités à mesure que l'épidémie évolue, et veiller à l'existence d'interventions efficaces de prévention ciblant les populations et les

FIGURE 7.2

Comparaison des pourcentages 2005 et 2007 de couverture du traitement antirétroviral pour les personnes à un stade avancé de l'infection à VIH, et des pourcentages de couverture des médicaments antirétroviraux pour les femmes enceintes séropositives au VIH, par région



Source: ONUSIDA/UNICEF/OMS.

TABLEAU 7.1
Pourcentages de couverture du traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant, Répartition par quartile (N = 63)

Couverture inférieure à 25% (36 pays)	Couverture de 25% à 49% (16 pays)	Couverture de 50% à 75% (7 pays)	Couverture supérieure à 75% (4 pays)
Angola	Bénin	Afrique du Sud	Argentine
Burkina Faso	Cambodge	Brésil	Botswana
Burundi	Gambie	Kenya	Fédération de Russie
Cameroun	Honduras	Namibie	Thaïlande
Chine	Lesotho	Rwanda	
Colombie	Malawi	Swaziland	
Congo	Mozambique	Ukraine	
Côte d'Ivoire	Myanmar		
El Salvador	Niger		
Erythrée	Ouganda		
Ethiopie	Pérou		
Gabon	République centrafricaine		
Ghana	République dominicaine		
Guatemala	République-Unie de Tanzanie		
Guinée	Zambie		
Guinée-Bissau	Zimbabwe		
Haïti			
Inde			
Indonésie			
Iran (République islamique d')			
Libéria			
Madagascar			
Malaisie			
Mali			
Népal			
Nigéria			
Pakistan			
Papouasie-Nouvelle-Guinée			
République démocratique du Congo			
Sénégal			
Sierra Leone			
Somalie			
Tchad			
Togo			
Venezuela (République bolivarienne du)			
Viet Nam			

Toutes les valeurs sont fondées sur les estimations des besoins selon la méthodologie ONUSIDA/OMS. Comprend tous les pays pour lesquels le nombre de femmes enceintes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale a été signalé pour 2007, à l'exception des pays pour lesquels les estimations ONUSIDA/OMS des besoins ne sont pas disponibles, ou pour lesquels les estimations des besoins sont inférieures à 500.

TABLEAU 7.2
Pourcentages de couverture du traitement antirétroviral pour les adultes et les enfants à un stade avancé de l'infection à VIH
 Répartition par quartile (N = 106)

Couverture inférieure à 25% (45 pays)	Couverture de 25% à 49% (40 pays)	Couverture de 50% à 75% (14 pays)	Couverture supérieure à 75% (7 pays)
Algérie	Afrique du Sud	Argentine	Botswana
Arménie	Angola	Barbade	Brésil
Azerbaïdjan	Bahamas	Cambodge	Chili
Bangladesh	Belize	El Salvador	Costa Rica
Bélarus	Bénin	Moldova	Cuba
Bolivie	Burkina Faso	Panama	Namibie
Burundi	Cameroun	Pays-Bas	République démocratique populaire lao
Chine	Côte d'Ivoire	République tchèque	
Congo	Equateur	Roumanie	
Djibouti	Estonie	Rwanda	
Egypte	Ethiopie	Sénégal	
Erythrée	Gabon	Thaïlande	
Fédération de Russie	Guatemala	Trinité-et-Tobago	
Gambie	Guinée	Uruguay	
Ghana	Guinée équatoriale		
Guinée-Bissau	Guyana		
Hongrie	Haïti		
Indonésie	Honduras		
Iran (République islamique d')	Jamaïque		
Kazakhstan	Kenya		
Kirghizistan	Lesotho		
Libéria	Liban		
Lituanie	Malaisie		
Madagascar	Malawi		
Maurice	Mali		
Mauritanie	Maroc		
Mozambique	Nicaragua		
Myanmar	Nigéria		
Népal	Ouganda		
Niger	Papouasie-Nouvelle-Guinée		
Ouzbékistan	Pérou		
Pakistan	Philippines		
Paraguay	Pologne		
République centrafricaine	République dominicaine		
République démocratique du Congo	République-Unie de Tanzanie		
Serbie	Sao Tome-et-Principe*		
Sierra Leone	Suriname		
Somalie	Swaziland		
Soudan	Venezuela (République bolivarienne du)		
Sri Lanka	Viet Nam		
Tadjikistan	Zambie		
Tchad			
Togo			
Ukraine			
Zimbabwe			

Toutes les valeurs sont fondées sur les estimations des besoins selon la méthodologie ONUSIDA/OMS. Comprend tous les pays pour lesquels le nombre de femmes enceintes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale a été signalé pour 2007, à l'exception des pays pour lesquels les estimations ONUSIDA/OMS des besoins ne sont pas disponibles, ou pour lesquels les estimations des besoins sont inférieures à 500.

comportements risqués qui sont à un niveau local les moteurs de l'épidémie ;

- Mettre en place l'architecture nécessaire pour soutenir des programmes de soins et de traitement solides et adaptables ;
- Atténuer l'impact à long et à court terme de l'épidémie sur les ménages, les communautés, et les sociétés ;
- Mettre en œuvre des ripostes nationales, avec des éléments de gouvernance propres à améliorer l'efficacité et la pérennité ; et
- Avoir conscience du fait que les solutions technocratiques ne permettront pas à elles seules de maîtriser l'épidémie, et qu'une riposte efficace sur le long terme se doit de reposer sur les droits humains.

La nécessité d'une riposte plus énergique, plus exhaustive, est manifeste. Continuer au rythme actuel d'élargissement – au lieu d'accélérer le déploiement des services afin de concrétiser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui – provoquerait plus d'un million de décès supplémentaires dus au sida chaque année d'ici à 2015 (Figure 7.3). Si la prévention du VIH ne se développe pas, plus de deux fois plus de nouveaux

cas d'infection à VIH surviendront dans les années à venir, par rapport à ce qui se produirait si une riposte exhaustive était mise en œuvre (Stover et al., 2006).

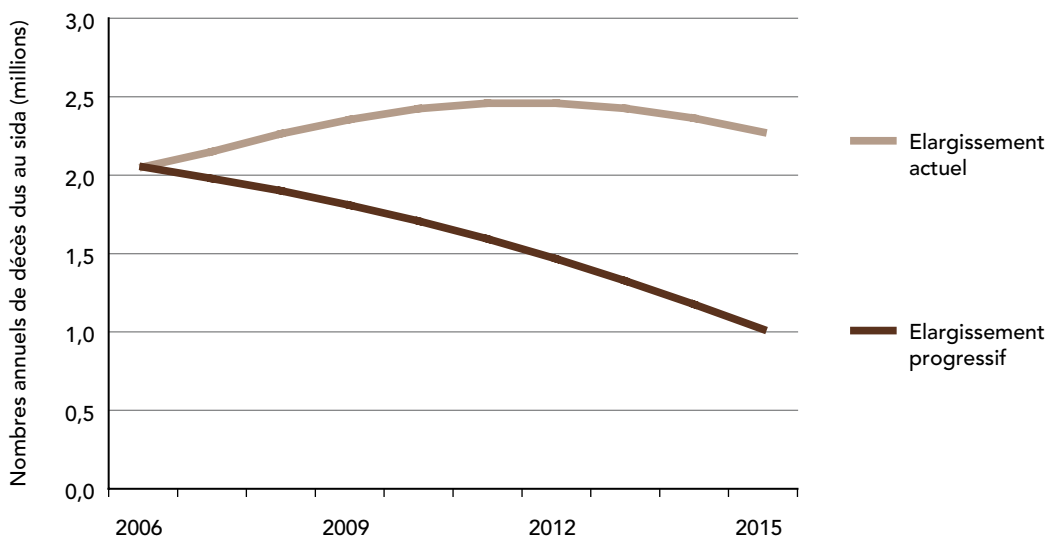
Le leadership dans le cadre de la riposte

Le VIH pose des défis particuliers en ce qui concerne le leadership. Comme l'observe la lauréate du prix Nobel, Amartya Sen, l'action collective est en général plus facile à mobiliser pour des crises visibles, telles que les famines, les catastrophes naturelles, ou les flambées de maladies hautement infectieuses. Pourtant même un problème « masqué » finit par devenir apparent lorsqu'il a l'ampleur du VIH, avec des ramifications aussi profondes. Cependant, presque sans exception, l'action pour contrer le VIH est arrivée trop tard. L'histoire de l'épidémie fait ressortir cette évidence : temporiser ne fera pas disparaître le VIH ; par contre, le temps aidant, les problèmes posés par l'épidémie gagnent en gravité.

Le problème « masqué » posé par le VIH pourrait encore s'intensifier dans les années à venir, au fur et à mesure de l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans les endroits où les ressources sont limitées. Ainsi que les pays à revenu élevé l'ont

FIGURE 7.3

Décès annuels dus au sida en comparant le taux actuel d'élargissement et la stratégie d'élargissement progressif pour réaliser l'accès universel entre 2010 et 2015



Source: ONUSIDA, 2008.

appris au cours de la décennie écoulée, la baisse de la morbidité et de la mortalité due aux progrès thérapeutiques peut masquer une prévalence et une incidence du VIH continuellement élevées, et amener les décideurs et les communautés affectées

à lâcher prise alors que la menace persiste. Les vrais leaders éviteront l'autosatisfaction, et maintiendront les politiques et programmes reposant sur des preuves pour réduire l'impact de l'épidémie sur le long terme.

Prise en main nationale de la riposte au VIH

Ces dernières années ont fourni des exemples de leadership admirable dans un nombre croissant de pays.

- Neuf ministères différents du Gouvernement de la Barbade ont leurs propres groupes de travail sur le VIH, avec des enveloppes budgétaires pour les activités en rapport avec le VIH.
- Le Botswana fait partie des pays ayant réalisé le meilleur taux de couverture en matière de traitement anti-VIH, avec une offre d'antirétroviraux en 2007 supérieure à 90% des personnes qui en ont besoin.
- En 2008, préoccupé par le taux continuellement élevé de nouveaux cas d'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, le Brésil a entrepris d'intensifier substantiellement les efforts de prévention dédiés à cette population.
- En Chine, après des années de laxisme face à une épidémie de VIH croissante, le gouvernement national a pris des mesures importantes pour réagir, avec notamment la création de près de 400 services spécialisés qui offraient le traitement d'entretien à la méthadone à près de 90 000 consommateurs de drogues en octobre 2007.
- En Europe, plusieurs pays (dont l'Irlande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède) assument une part du financement international pour la riposte au VIH qui dépasse la proportion de l'économie mondiale qu'ils représentent chacun (se reporter à la section « Mobiliser suffisamment de ressources financières pour la riposte au VIH », pages 179-185).
- Dans le but de constituer un potentiel suffisant de riposte efficace et durable, l'Inde a formé, dès mars 2007, plus de 794 000 personnes à la prestation de services essentiels de lutte contre le VIH.
- En Papouasie-Nouvelle-Guinée, la mise en œuvre de services de test et de conseil VIH proposés par le prestataire de soins dans les établissements de santé a multiplié par neuf le taux d'utilisation du dépistage dans les sites du secteur de la santé entre 2006 et 2007.
- Classé 161^{ème} sur 177 pays selon l'Indicateur du développement humain (PNUD, 2007a), et confronté au défi de se relever du génocide de 1994, le Rwanda a réalisé en 2007 le meilleur taux de couverture en ce qui concerne le traitement antirétroviral (71%) et la prévention de la transmission mère-enfant (55%) parmi les pays à faible revenu.
- A partir de 2003, le Gouvernement des Etats-Unis a nettement accru son aide technique et financière aux pays à revenu faible ou intermédiaire, offrant une contribution sans précédent de US\$ 18,8 milliards pour financer les initiatives de prévention, de traitement, de soins, et d'appui en matière de VIH (Office of US Global AIDS Coordinator et al., 2008).

Un leadership solide pour la riposte au HIV appelle une focalisation sur des objectifs à long terme, avec refus de laisser les problématiques survenant entre-temps saper la riposte nationale au VIH. Après s'être engagé en 1996 à offrir l'accès aux médicaments antirétroviraux par le biais du secteur public, le Brésil a connu de graves difficultés financières, y compris l'effondrement du *real*, la monnaie nationale. Malgré d'énormes pressions de la part du Fond monétaire international demandant une réduction abrupte des dépenses publiques, le Président du Brésil, Fernando Henrique Cardoso, est resté ferme sur l'engagement du pays en faveur de l'offre des traitements anti-VIH. Et c'est à cette détermination que des dizaines de milliers de personnes doivent d'être vivantes aujourd'hui, de n'avoir pas succombé à des maladies liées au VIH.

Qui dit assumer un leadership dit ne pas se laisser aller à « rêver la disparition de l'épidémie » une fois que la riposte commence à donner de bons résultats. Un leader en matière de VIH reconnaît que l'épidémie représente un défi appelé à s'étendre sur des générations, qui nécessite de la persistance, de la clairvoyance, et de la flexibilité ; en bref, leadership implique planification sur le long terme. Si la planification sur trois et cinq ans va continuer de jouer un rôle majeur dans les ripostes nationales, elle doit de plus en plus être située dans les efforts de planification à plus long terme. La Namibie offre une illustration de ce type d'approche ; son plan actuel quinquennal relatif au VIH, qui va jusqu'en 2009, est spécifiquement relié aux objectifs et aux stratégies d'un processus de planification à long terme pour le développement, qui s'étale jusqu'à 2030.

Un leader se fie à des preuves. Ainsi, alors que certains peuvent être tentés de gérer l'épidémie en imposant des restrictions de voyage aux personnes vivant avec le VIH ou en limitant l'action de prévention pour les jeunes à des cours d'abstinence sexuelle, le leader d'une riposte au VIH va être convaincu par des données probantes de santé publique que ces stratégies sont inefficaces et qu'elles aboutissent à l'effet inverse.

Le leadership des chefs de gouvernement et des ministères nationaux est capital, mais l'efficacité des ripostes nationales dépend de l'engagement et de l'action de différents groupes. Tous les milieux doivent prendre part à la riposte au VIH (surtout dans

les pays où le VIH est hyper-endémique), notamment les associations communautaires, les organisations confessionnelles, les entreprises privées, et les jeunes comme les personnes âgées. Surtout, il faut donner aux personnes vivant avec le VIH les moyens de contribuer à la conduite des ripostes nationales.

En offrant des services essentiels, en portant vers l'avant les valeurs de tolérance et de compassion, et en plaidant pour une action plus énergique, les associations confessionnelles de toutes les régions représentent des partenaires déterminants pour la riposte. Les associations confessionnelles qui contribuent à la conduite de la riposte au VIH sont notamment Caritas Internationalis, Ecumenical Advocacy Alliance, Tear Fund, Islamic Relief, le Projet Sangha Metta, et la fondation Art de Vivre. Également, les parlementaires ont un rôle crucial à jouer dans la conduite et dans le renforcement des ripostes nationales. Cette réalité s'est traduite à l'occasion de la Première Réunion parlementaire mondiale sur le VIH/sida organisée en novembre 2007 par le Sénat des Philippines, lors de laquelle près de 200 parlementaires de pays de toutes régions ont convenu de prendre des mesures audacieuses pour élargir l'accès au traitement, faire obstacle à la stigmatisation et à la discrimination, renforcer l'action de prévention fondée sur des preuves, et améliorer l'efficacité des ripostes nationales.

Susciter l'engagement d'acteurs non gouvernementaux dans la riposte au VIH peut parfois nécessiter des approches novatrices. Par exemple, afin d'encourager la participation accrue du monde des affaires à la riposte nationale, le Gouvernement chinois a lancé une nouvelle politique en 2007 autorisant des déductions fiscales aux entreprises qui ont fait des dons pour les activités de prévention et de soins dans le domaine du VIH. Au niveau mondial, la Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida ainsi que le Forum économique mondial continuent de susciter une action et un engagement accrus contre le VIH de la part de l'industrie privée.

Le centre « Discover and Recover »

Révérende Patricia Sawo est coordonnatrice régionale d'ANERELA+, Afrique de l'Est



Un matin de septembre, en 1999, Patricia Sawo s'est réveillée tout endolorie, et a constaté que son corps était couvert de grosses vésicules, manifestation du zona, une maladie opportuniste fréquente chez les personnes vivant avec le VIH. A l'époque, elle était chef religieux au Kenya et suivait une formation pour devenir conseillère chrétienne. Elle s'est complètement affolée à l'idée qu'il s'agisse de l'infection à VIH.

« Je faisais partie de ces prêcheurs qui croyaient que le VIH était une malédiction et un châtement envoyés par Dieu », explique-t-elle. Plus tard, elle s'est confiée à deux collègues qui lui ont conseillé de faire sept jours de jeûne et de prières pour que Dieu la guérisse. Evidemment, elle restait séropositive au VIH.

Lorsque les chefs religieux ont commencé à examiner des stratégies pour identifier et isoler toutes les personnes séropositives au VIH, Sawo a décidé de rendre publique sa séropositivité. Mais sa bravoure a eu des conséquences désastreuses : en deux semaines, Sawo a perdu son poste de responsable au sein de l'église, et a été contrainte d'arrêter ses études. Son mari a perdu son emploi, et la famille a perdu sa maison, à cause de la stigmatisation liée au VIH. Tous les amis de Sawo, sauf deux, l'ont laissée tomber. Sans aucune forme de soutien, les enfants ont été forcés de quitter l'école.

« Pendant deux ans, j'ai vécu dans la solitude et l'isolement », raconte Sawo. « Mais je me disais que je n'allais pas mourir. Je me suis adressée à une ONG et j'ai demandé aux gens là-bas de me former à la fonction de chef religieux ». Grâce à eux, elle a fait la connaissance d'autres ecclésiastiques séropositifs au VIH, et en 2002, elle a assisté à une réunion de chefs religieux séropositifs organisée en Ouganda. Là-bas, elle a rencontré Canon Gideon Byagumisaha qui vivait avec le VIH depuis 10 ans. « J'ai entendu trois mots très forts, et ma vie a changé. Il a dit que l'infection à VIH pouvait se prévenir et se gérer, et que la mort est évitable. »

A cette réunion, ANERELA+, le réseau africain des chefs religieux, a été créé. Le réseau a trois objectifs principaux :

- Créer un réseau de chefs religieux vivant avec ou affectés par le VIH ;
- Habilitier les chefs religieux à devenir des agents du changement ; et
- Donner aux chefs religieux des moyens de susciter le dialogue et l'action sur le VIH et le sida au sein de leur congrégation.

« ANERELA+ m'a donné une famille », constate Sawo. Elle a commencé à travailler pour le compte d'ANERELA+, afin de créer un réseau religieux au Kenya. Sa collaboration avec ANERELA+ a aidé la famille sur le plan financier, et les enfants ont pu retourner à l'école. Sa fille, qui serait devenue domestique, est aujourd'hui à l'université.

Lorsque Sawo a commencé à parler du VIH, les gens sont venus en masse lui demander de l'aide, à tel point que sa maison s'est transformée en dispensaire. Ce qui l'a amenée ainsi que d'autres membres de l'église à créer un centre où les gens pourraient bénéficier de soins et d'un appui. Leur premier visiteur a été un homme souffrant d'une méningite aiguë, qui avait été déposé au bord de la route par l'hôpital. Après un traitement, il a été transporté au centre où sa prise en charge a continué. Cet homme s'est complètement rétabli, et il est de retour au travail après deux ans de maladie invalidante. Appelé « Discover and Recover » (découvrir et se rétablir), le centre contribue à éviter bien des décès dus au sida. Au départ, c'était une crèche, qui s'est développée pour devenir une garderie accueillant 28 enfants affectés par le VIH.

Les personnes vivant avec le VIH: des partenaires essentiels de la riposte nationale

Au Sommet de Paris sur le SIDA en 1994, 42 pays ont reconnu dans une déclaration que la participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) était déterminante pour les ripostes nationales au VIH. L'implication des personnes vivant avec le VIH dans l'élaboration, la mise en œuvre, et le suivi des efforts nationaux n'est pas seulement une question d'honnêteté. L'efficacité des initiatives nationales de lutte contre le VIH dépend de l'écho qu'elle trouve chez les personnes les plus affectées par l'épidémie. De ce fait, le point de vue et les idées des personnes vivant avec le VIH constituent des atouts précieux, qui peuvent contribuer à ce que les efforts nationaux aient un maximum d'impact.

Actuellement, il existe peu d'outils pour mesurer la participation des personnes vivant avec le VIH aux ripostes nationales. En 2005, une réunion de « brassage d'idées » des personnes vivant avec le VIH a abouti à un accord pour élaborer une « fiche de rapport GIPA », permettant d'évaluer à l'échelon pays le degré de concrétisation du principe GIPA. Cette initiative a été ultérieurement prise en main par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+). Début 2008, la fiche de rapport a été expérimentée en Inde, au Kenya, au Lesotho, et à la Trinité-et-Tobago, et devrait être plus largement mise en vigueur dans les années à venir.

Pérenniser le financement de la riposte au VIH

Certes l'argent ne suffira pas pour garantir la réussite sur le long terme ; toutefois, une riposte énergique au VIH ne saurait tenir le cap sans un financement suffisant. Même dans les pays à revenu faible, les budgets internes du secteur public ont un rôle crucial à jouer dans le financement de la riposte sur le long terme. Cependant, la communauté mondiale, qui s'est engagée à faire reculer l'épidémie, doit tenir compte de l'aptitude limitée des pays à revenu faible à financer les services anti-VIH essentiels. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les donateurs internationaux vont devoir assumer la majeure partie du financement de la riposte au VIH dans les années à venir.

Il est irréaliste de s'attendre à ce que les fonds dédiés au VIH couvrent en totalité le large éventail de mesures économiques et sociales propres à renforcer la riposte au VIH. Ces mesures englobent l'accès universel à l'enseignement primaire et secondaire, l'ouverture de créneaux économiques pour les femmes, des systèmes de protection sociale globaux et qui fonctionnent bien, et l'appui au secteur agricole et aux communautés rurales. Les donateurs internationaux doivent générer le financement nécessaire pour concrétiser l'accès universel à la

prévention, au traitement, aux soins, et à l'appui en matière de VIH, mais ils doivent aussi augmenter de façon substantielle le financement de l'aide publique au développement de toute nature. Des progrès massifs relatifs aux indicateurs non spécifiquement liés au VIH concernant les aspects de la santé, économiques, et sociaux sont nécessaires d'urgence pour porter à son maximum l'impact des ripostes nationales au VIH. Il est désolant de constater que la plupart des pays à revenu élevé n'ont pas tenu leur promesse de consacrer au moins 0,7% de leur produit national brut à l'aide publique au développement. En 2005, seulement cinq pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (Danemark, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suède) investissaient au moins 0,7% de leur produit national brut dans l'aide au développement (PNUD, 2007a).

La quête de pérennité en matière de financement de la riposte au VIH a donné lieu à un certain nombre d'initiatives imaginatives. Par exemple, Product RED, inventé par Bono et Bobby Shriver, président de DATA (Debt AIDS Trade Africa), retient un pourcentage sur la vente de chaque produit, et reverse la somme au Fonds mondial. Les sociétés participantes sont notamment les détaillants de l'habillement (comme Gap et Emporio Armani), American Express, les grands fabricants de matériel

Tout le monde est concerné

Gary M. Cohen est Vice-Président exécutif de Becton Dickinson



« Ce sont mes déplacements à travers le monde en développement qui m'ont amené à m'engager dans la riposte au VIH et au sida », explique le chef d'entreprise Gary Cohen. « Je me suis impliqué non seulement au niveau professionnel, mais également à un niveau très personnel, après avoir été le témoin direct des effets du VIH/sida en Afrique subsaharienne. »

Lors de ses nombreux voyages dans la région aux côtés de l'UNICEF, de la Croix-Rouge, et d'autres institutions, M. Cohen a constaté que chaque famille avait perdu au moins un être cher et avait été frappée par l'épidémie à bien des égards. Ce qui l'a amené à comprendre que le VIH représentait la plus grande menace de notre temps pour la santé ; une menace pour la santé avec un impact direct sur le monde des affaires. « Personnellement, je pense qu'il serait extrêmement imprévoyant de la part des organisations mondiales quelles qu'elles soient – même de la part des petites et moyennes entreprises – de considérer que ce problème ne les regarde pas », prévient M. Cohen.

M. Cohen est Vice-Président exécutif de Becton Dickinson (BD), une grande société de technologie médicale dont les revenus annuels avoisinent US\$ 6,5 milliards et qui emploie environ 28 000 personnes à travers le monde. L'engagement personnel de M. Cohen dans la riposte l'a conduit à rechercher activement les moyens que sa société pourrait utiliser pour contrer l'épidémie de VIH. Outre les solides programmes sur le lieu de travail qu'elle a mis en place, cette société soutient la riposte au sida en collaborant avec des organisations et institutions existantes. Par exemple, BD a travaillé aux côtés du PEPFAR pour renforcer les systèmes de laboratoire à travers l'Afrique subsaharienne. L'entreprise a engagé la moitié du budget de US\$ 18 millions, et apporté une aide technique.

BD collabore également avec la Fondation Clinton pour garantir l'accès durable à la numération des CD4, et avec la fondation FINE pour améliorer le diagnostic de la tuberculose. Les autres collaborations ont trait à la formation et à l'appui des agents de santé et des systèmes de santé dans les pays à prévalence élevée. Par exemple, BD a formé plus de 2500 techniciens de laboratoire, et financé la création de centres de remise en forme pour le personnel infirmier affecté par le VIH.

M. Cohen pense que toutes les sociétés ont une contribution à apporter, en fonction de leurs compétences internes. « Avec le VIH/sida, on peut facilement se laisser embarquer dans les chiffres et devenir presque insensible à l'horreur du problème », note-t-il. « Ce que j'invite les gens à faire, c'est à ramener le chiffre à un : aller trouver un individu qui vit avec cette maladie, ou qui a été affectée par la maladie en question. »

En 2004, M. Cohen a rencontré une orpheline kényenne de 14 ans qui avait été diagnostiquée séropositive au VIH. Il l'a prise sous son aile, et c'est aujourd'hui une élève brillante, parmi les meilleures de sa classe, qui rêve de devenir un jour avocate.

informatique (comme Apple, Dell, et Microsoft), les hôteliers, les journaux, et la société de cartes de vœux Hallmark. Ses deux premières années, Product RED a collecté plus de US\$ 100 millions pour financer des programmes de santé essentiels dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Autre moyen créatif de générer des fonds pour le VIH: UNITAID, initiative lancée en 2006 sous l'impulsion des Gouvernements de la France, du Brésil, du Chili, de la Norvège et du Royaume-Uni. UNITAID est un dispositif international d'achat de médicaments financé au moyen d'une taxe sur les billets d'avion pour les vols internationaux, et qui assure un flux continu de revenus. En mars 2008, plus de 24 pays soit avaient mis en place la taxe sur les billets d'avion, soit envisageaient de le faire. Comme expliqué au Chapitre 5, en peu de temps UNITAID s'est affirmé dans un rôle important pour l'élargissement de l'accès au traitement pédiatrique anti-VIH.

En février 2008, le Secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-moon a nommé l'ancien ministre français des Affaires étrangères, Philippe Douste-Blazy, au poste de conseiller spécial sur les moyens novateurs de financement des objectifs du Millénaire pour le développement. M. Douste-Blazy a préconisé la création d'un mouvement citoyen pour générer en continu des fonds destinés à l'aide internationale au développement.

Faire travailler l'argent disponible

Des efforts supplémentaires sont également nécessaires pour que ce volume de financement accru soit rapidement converti en programmes valables, à fort impact, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En plus de maximaliser la coordination des différents financeurs et prestataires, il va falloir offrir un appui technique pour édifier un potentiel national solide afin de monter et de pérenniser des ripostes au VIH énergiques, s'adressant aux personnes les plus à risque et les plus vulnérables. Les politiques des donateurs doivent également soutenir, surtout ne pas entraver, l'engagement de la société civile et des communautés affectées dans les ripostes nationales au VIH.

Harmonisation et alignement

Des progrès plus importants s'imposent pour aligner les efforts de tous les acteurs à l'échelon national sur les stratégies que les pays ont eux-mêmes définies

et prises à leur compte. Près de la moitié (45%) des gouvernements rapportent que les partenaires extérieurs n'ont pas tous aligné leurs efforts sur les stratégies nationales de lutte contre le VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Là où les parties prenantes nationales suivent leur propre agenda, l'impact stratégique des efforts contre le VIH s'en trouve souvent étouffé.

Supprimer le caractère incertain du financement

Le caractère incertain du financement extérieur entrave l'aptitude des pays à prévoir pour l'avenir, ce qui empêche les efforts nationaux de garantir la pérennisation de la riposte au VIH. Si la tendance mondiale des décaissements dans les pays par les donateurs bilatéraux internationaux s'accroît régulièrement, la disponibilité et le volume des fonds de certains donateurs continuent de changer d'année en année. L'une des solutions possibles à ce problème, c'est le «panier de financement», qui correspond à un système de fonds commun selon lequel plusieurs donateurs regroupent leur financement en subventions pluriannuelles à l'appui des ripostes nationales.

Engager la société civile et financer son action

La riposte au VIH a placé les gens au centre des pratiques de développement. Par exemple, le Programme plurinational de la Banque mondiale pour la lutte contre le VIH/sida a mobilisé la participation de plus de 66 000 organisations de la société civile en faveur de la riposte au VIH en Afrique (Banque mondiale, 2007). De même, le Fonds mondial a suivi une approche novatrice, en faisant appel à des instances de pays à représentation plurielle pour évaluer les besoins, formuler des programmes, et soumettre des demandes de financement pluriannuel. Toutes ces innovations continueront d'être indispensables dans les années à venir, pour garantir une participation et un engagement à large assise en faveur des ripostes nationales au VIH.

Surmonter les obstacles à la mise en œuvre

Il est capital de coordonner les efforts des financeurs et des organismes d'appui technique pour repérer tôt les obstacles à la mise en œuvre, apporter l'assistance technique en temps voulu afin d'accélérer la mise en œuvre et l'élargissement, et pour bâtir des potentiels afin de garantir la pérennisation des ripostes

Améliorer la pertinence et l'impact de l'appui technique des Nations Unies aux pays

Afin d'améliorer la cohérence et l'efficacité des efforts des Nations Unies dans le domaine du VIH, les Coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont défini ensemble une répartition des tâches pour l'apport d'appui technique. Cette répartition des tâches précise quels sont les organismes chefs de file et collaborateurs les mieux placés pour agir dans tel ou tel domaine thématique – l'idée étant de tirer parti des points forts de chaque organisme sur des problématiques spécifiques. L'application de ces recommandations a fait l'objet d'une évaluation indépendante, qui a montré que les organismes des Nations Unies ont adopté cette répartition du travail, en l'adaptant au contexte national. Plusieurs organismes ont ajusté leur dotation en personnel en réaction directe à la révision de leurs responsabilités (Attawell & Dickinson, 2007).

Les Nations Unies ont pris d'autres mesures pour améliorer la qualité, les délais, et l'impact de leur appui aux pays. Des dispositifs d'appui technique auront été mis en place dans sept régions d'ici à la fin de 2008, et l'OMS a créé des « centrales de connaissances » pour aider les pays à convertir l'information stratégique en programmes et politiques.

Les dispositifs d'appui technique offrent dans les délais appropriés un appui technique aux partenaires nationaux dans les domaines prioritaires (planification stratégique et opérationnelle, établissement des coûts et budgétisation, suivi et évaluation, gestion programmatique et financière) et dans les secteurs thématiques définis au niveau régional. Ces dispositifs ont créé des viviers de consultants locaux et régionaux, et offrent des services de perfectionnement professionnel afin d'accroître la capacité de prestation d'appui technique par le niveau local. Ils travaillent en partenariat avec les Coparrainants de l'ONUSIDA pour que les politiques, les méthodologies et les outils utilisés par leurs consultants soient « à la pointe du progrès », et contribuent à une communauté de valeurs et à une même compréhension des accords mondiaux et des Nations Unies. Une attention particulière est accordée à l'élargissement de l'accès aux subventions du Fonds mondial, par l'apport d'un appui technique aux bénéficiaires des subventions du Fonds mondial afin qu'ils élaborent des propositions et mettent en œuvre les subventions.

nationales. Aider les pays à mettre en œuvre avec succès les programmes subventionnés par le Fonds mondial représente l'une des priorités majeures de l'ONUSIDA.

En 2008, l'ONUSIDA et le Fonds mondial se sont entendus sur un cadre exhaustif pour améliorer la coordination et l'efficacité de leurs efforts respectifs visant à aider les pays à s'acheminer vers l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. En vertu de la répartition des responsabilités arrêtée d'un commun accord, l'ONUSIDA aide les pays à élaborer des propositions de financement fondées sur des preuves, soutient le processus d'examen technique du Fonds mondial, et procure aux pays une aide technique ciblée pour accélérer la mise en œuvre des programmes approuvés par le Fonds mondial.

L'Equipe mondiale d'appui à la mise en œuvre (GIST) – modèle novateur de collaboration entre le Fonds mondial, l'ONUSIDA, l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale, le PNUD, la GTZ, le Gouvernement des Etats-Unis, l'Alliance contre le Sida, l'ICASO, la CISD, et l'ICTC du Brésil – travaille d'une façon concertée et coordonnée pour désengorger les goulets d'étranglement ralentissant la réalisation de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins, et d'appui en matière de VIH. Une évaluation indépendante a montré que le dispositif GIST a amélioré la coordination entre les financeurs multilatéraux et les organismes techniques, et a contribué à la conduite de réformes au niveau mondial pour accroître l'efficacité et l'impact du soutien multilatéral aux pays (Attawell & Dickinson, 2007).

Maintenir fermement l'attention sur la prévention du VIH

Comme souligné au Chapitre 4, le succès sur le long terme de la riposte au VIH exige un abaissement substantiel et durable des taux de nouveaux cas d'infection à VIH. Pourtant le degré de priorité accordé à la prévention du VIH est systématiquement bien inférieur à ce qu'il devrait être dans bon nombre de ripostes nationales. Près de trois décennies après le début de l'épidémie, une majorité de jeunes dans les pays durement touchés n'ont toujours pas de connaissances de base au sujet du VIH; environ deux femmes enceintes séropositives sur trois n'ont pas accès aux médicaments antirétroviraux ni à d'autres services de prévention de la transmission mère-enfant; et dans les pays ayant des épidémies concentrées, la plupart des populations à risque accru d'exposition au VIH ne bénéficient pas des services essentiels de prévention du VIH.

Malheureusement, prévenir les nouveaux cas d'infection à VIH risque de ne pas devenir facile au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie. Alors que s'accroît l'accès au traitement, les cas d'incapacité et les décès associés au VIH pourraient devenir moins visibles – ce qui pourrait entraîner les communautés vers un certain laxisme, et les dirigeants vers la tentation de réduire les investissements dans les programmes de prévention. Parvenir à réduire le tribut humain prélevé par l'épidémie pourrait dans certains pays conduire à un triomphalisme prématuré. Et au moment incontournable de prendre des décisions budgétaires difficiles, certains décideurs pourraient trouver plus simple de réduire les fonds pour les services de prévention qui, par définition, n'ont pas de retombées favorables claires, démontrables, puisque précisément ils sont là pour contrer l'apparition des conséquences négatives.

A bien des égards, intégrer la prévention du VIH aux nombres des priorités est l'illustration suprême du vrai leadership dans le cadre de la riposte au VIH. Soutenir les efforts de prévention conçus sur la base de preuves exige des pays qu'ils gèrent des problématiques compliquées, qu'ils investissent sagement dans l'avenir, et qu'ils s'attaquent aux facteurs sociétaux qui majorent le risque et la vulnérabilité face au VIH. Tant qu'il n'y aura pas suffisamment de volonté politique pour mettre en place les stratégies de prévention qui ont fait leurs preuves, l'épidémie continuera de s'étendre, compromettant la pérennisation de la riposte au VIH.

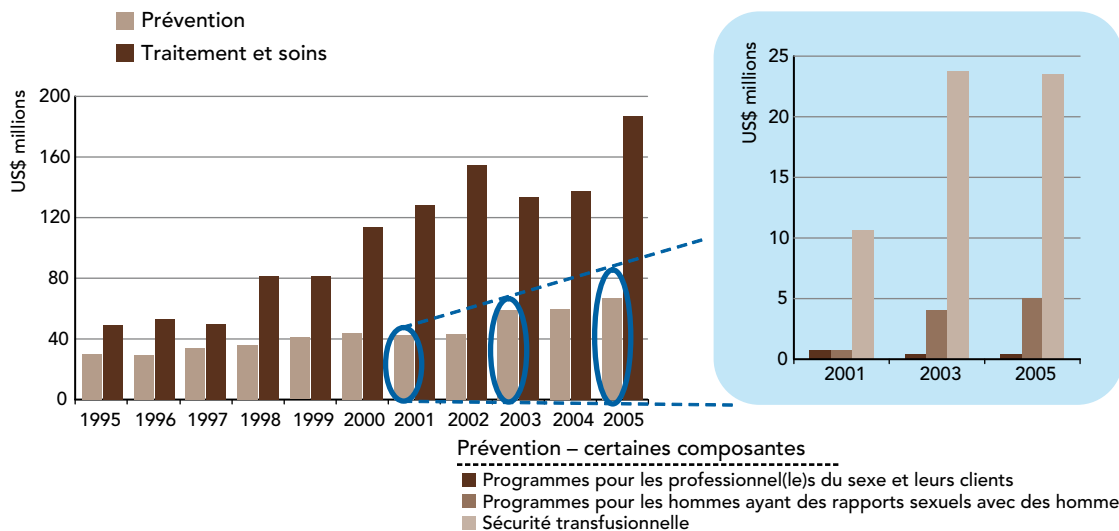
La mise à disposition de services de prévention ne garantit pas automatiquement que ces services seront largement utilisés. Là où la prévention du VIH a marché, un mouvement populaire s'est efforcé de faire de la réduction des risques une norme sociétale, ce qui a engendré une forte demande en services de prévention. Il faut également pour cela un leadership qui tienne la route. Beaucoup d'enseignements ont été tirés concernant la façon de susciter une forte mobilisation communautaire et de la soutenir, mais pour encourager un mouvement populaire de cette nature, il faut avoir le courage d'investir dans des stratégies qui portent davantage vers l'avant le principe de responsabilité morale des gouvernements nationaux et autres parties prenantes eu égard au VIH. Certains rechigneront à se responsabiliser, mais le vrai leader dans le contexte de la riposte au VIH se réjouira de l'émergence d'un authentique mouvement social, en lequel il reconnaîtra un ingrédient crucial de la réussite.

Adapter les ripostes nationales aux besoins recensés

Les pays ont besoin d'une information valable, en temps utile, sur leur épidémie et sur la situation de la riposte, de façon à pouvoir sélectionner rationnellement les programmes prioritaires, procéder aux affectations de fonds limités en recherchant l'efficacité maximale, et mettre en œuvre les politiques calculées pour gérer au mieux les dynamiques sous-jacentes qui majorent le risque et la vulnérabilité face au VIH. Ceci vaut pour tous les aspects de l'épidémie, mais c'est particulièrement crucial pour le succès des efforts de prévention du VIH. Par exemple, comprendre la dynamique de la transmission des 1000 derniers nouveaux cas d'infection à VIH aiderait les pays à mettre en œuvre des mesures de prévention axées sur les groupes à plus haut risque d'exposition au VIH, et ciblées sur les facteurs auxquels la propagation de l'épidémie est imputable. Des essais épidémiologiques sont apparus ces dernières années, qui permettent d'améliorer l'aptitude à évaluer le taux et les caractéristiques des nouveaux cas d'infection à VIH dans certaines épidémies de faible niveau et concentrées (McDougal et al., 2006), encore que leur utilisation pour les épidémies généralisées ne soit pas validée. Cependant, des techniques de modélisation sont disponibles pour permettre aux pays d'établir des estimations à court terme relatives aux nouveaux cas d'infection à VIH, y compris l'identification des modes de transmission (Gouws et al., 2006).

FIGURE 7.4

Dépenses pour la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, Mexique, 1995–2005 (millions de US\$)



Source: Communication personnelle avec le Centre national de prévention et de lutte contre le sida (CENSIDA), Ministère de la Santé, Mexique (2008).

L'information sur les nouveaux cas d'infection doit être complétée par des données fiables sur les comportements concernés. Tant l'UNICEF que l'USAID (Agence des États-Unis pour le Développement international) ont apporté des contributions déterminantes pour l'épidémiologie comportementale, en parrainant des enquêtes auprès des ménages qui permettent de recueillir des données sur l'âge de début de l'activité sexuelle, le nombre de partenaires sexuels, le statut VIH, et autres aspects pertinents. Dans certains contextes, cependant, ces enquêtes peuvent devoir être adaptées de façon à obtenir l'ensemble varié de données nécessaires pour étayer l'élaboration rationnelle des stratégies de prévention. Par exemple, les questions sur le nombre de partenaires sexuels n'éclaireront que très peu sur la fréquence et la durée des relations sexuelles simultanées, facteur potentiellement important pour le rythme de propagation du VIH.

Les pays doivent faire un effort particulier pour que les systèmes nationaux génèrent des données ayant un intérêt par rapport aux populations les plus exposées au risque d'infection.

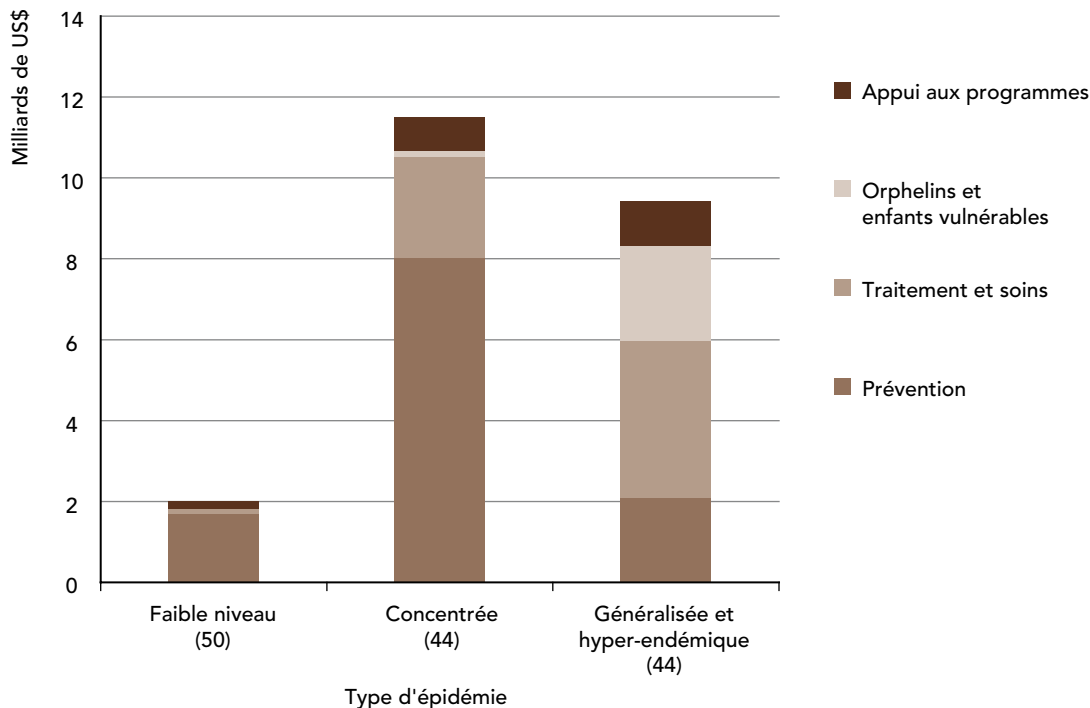
Les pays doivent utiliser des données plus pointues sur le VIH de façon à accroître l'impact stratégique de leurs initiatives de prévention. Ces dernières années, de nombreux pays ont élaboré ou imaginé

des stratégies nationales à partir de données nouvelles. Tant à Madagascar qu'au Maroc, des données caractérisant les pratiques de consommation de drogues injectables ont persuadé les autorités nationales de consacrer des ressources aux initiatives visant à réduire le risque de transmission du VIH associée à la consommation de drogues. Comme le montre la Figure 7.4, au tout début de cette décennie, le Mexique a tenu compte des données révélant le taux élevé de cas d'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et il a augmenté ses dépenses pour la prévention du VIH, après avoir passé des années sans rien changer au volume de financement des activités dans ce domaine.

Trop souvent, cependant, les dépenses nationales pour la riposte au VIH ne sont pas à la hauteur des besoins. C'est tout particulièrement le cas dans de nombreux pays ayant une épidémie de faible niveau ou concentrée, où la raison voudrait que le financement soit consacré avant tout aux services de prévention du VIH pour les populations les plus à risque d'exposition au virus. Dans les pays où l'épidémie est généralisée, il faut plus de ressources pour le traitement, les soins, et l'atténuation de l'impact social (Figure 7.5). La plupart des pays d'Amérique latine ont une épidémie de faible niveau (la prévalence du VIH est bien en dessous de 1%), mais en 2007 la prévention du VIH a représenté seulement 15%

FIGURE 7.5

Ressources nécessaires en 2010 en utilisant une stratégie d'élargissement progressif sur la voie de l'accès universel*



*Estimations dans 138 pays à revenu faible ou intermédiaire pour la mise en œuvre des services programmatiques les plus efficaces selon les données issues des efforts nationaux pour «connaître son épidémie et la contrer».

des dépenses pour la riposte au VIH. Les pays ayant une épidémie concentrée optent souvent pour des programmes de prévention destinés à la population générale plutôt que pour des interventions d'un meilleur rapport coût/efficacité axées sur les populations les plus à risque. Les données émanant de pays ayant une épidémie concentrée laissent penser que les programmes de réduction des risques s'adressant aux populations les plus exposées représentent seulement 10% du total des dépenses pour la prévention du VIH.

Traitement et soins – un investissement sur le long terme

Le Chapitre 5 a passé en revue les progrès récents faits en matière d'élargissement de l'accès au traitement, et les obstacles potentiels à la pérennité des programmes de traitement. Le traitement antirétroviral se prend à vie, ce qui souligne bien qu'il est impératif de garantir la continuité de programmes de traitement anti-VIH.

Une meilleure prévention des nouveaux cas d'infection à VIH est essentielle pour l'inscription dans la durée des programmes de traitement anti-VIH. Les enjeux futurs du traitement sont d'ores et déjà décourageants, avec 30 millions de personnes vivant avec le VIH mais qui ne bénéficient pas encore d'un traitement. A moins que l'expansion de l'épidémie ne soit interrompue, les perspectives quant à l'assurance de l'accès universel aux médicaments antirétroviraux seront au mieux incertaines.

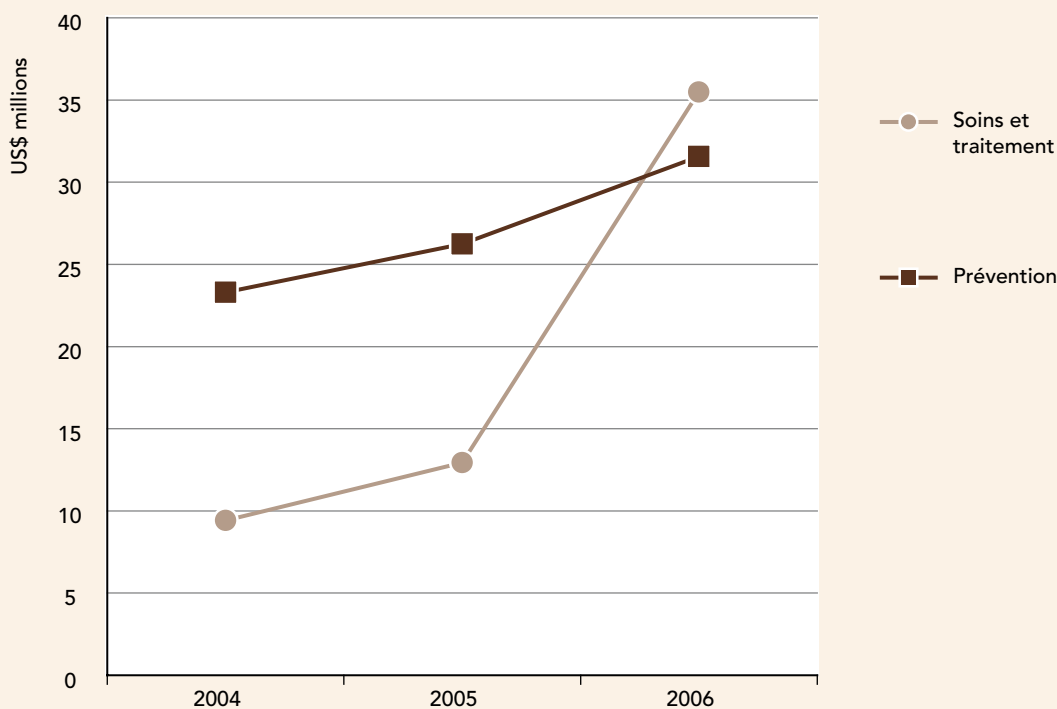
Garantir les ressources nécessaires suffisantes pour assurer la mise en œuvre et le contrôle continu des programmes de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH exige à la fois de l'ingéniosité et un engagement sur le long terme. Il va falloir des investissements pérennes dans les initiatives de formation et d'éducation, dans des stratégies consistant à se relayer pour l'exécution des tâches et autres stratégies innovantes, de façon à intensifier autant que possible la capacité existante, ainsi qu'un engagement national continu en faveur

Laisser les données probantes guider la riposte nationale au Mozambique

Les taux d'infection montent au Mozambique, mais se stabilisent dans les pays voisins. La prévention du VIH a représenté une part décroissante des dépenses du Mozambique pour la riposte au VIH entre 2004 et 2006 (Figure 7.6) et la principale composante des dépenses croissantes pour les soins et le traitement va aux médicaments antirétroviraux.

FIGURE 7.6

Dépenses pour la prévention, les soins et le traitement (sources de financement publiques et internationales), Mozambique, 2004–2006, en millions de US\$



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

Face aux données attestant l'augmentation des cas d'infection, le Mozambique a reconnu la nécessité de renforcer la prévention du VIH. Le pays a créé un Groupe de référence multipartite sur la prévention en octobre 2007, visant à édifier la base de données probantes nécessaire pour intensifier la prévention du VIH. Avec la participation de plusieurs ministères nationaux, du Conseil national sur le sida, d'organismes techniques internationaux et de la société civile, le groupe de référence assemble des données factuelles pour déterminer et caractériser les principaux moteurs de l'épidémie. De rapides enquêtes comportementales et épidémiologiques auprès des populations clés sont actuellement menées, et les activités pertinentes anti-VIH sont en cours d'inventaire cartographique. Cette somme collective de données va permettre au Mozambique de créer des politiques fondées sur des données factuelles, de définir les priorités programmatiques, et de ventiler convenablement les ressources disponibles pour la prévention du VIH.



Réduire le fardeau de l'épidémie est essentiel si l'on veut atteindre la totalité des objectifs du Millénaire pour le développement.

des programmes de traitement antirétroviral pour développer le potentiel requis afin de maintenir les ripostes nationales à un niveau élevé sur le long terme (Samb et al., 2007).

Lors du processus de définition des cibles nationales, de nombreux pays en sont venus à reconnaître les obstacles spécifiques entravant l'élargissement rapide des services. D'ici à 2010, environ US\$ 970 millions d'investissement dans des initiatives relatives aux ressources humaines seront nécessaires annuellement, pour mettre en œuvre une stratégie d'élargissement progressif en vue de concrétiser l'accès universel, qui part du principe que les cadences d'élargissement seront différentes pour chaque pays, compte tenu de la couverture et de la capacité actuelles des services (ONUSIDA, 2007c). Selon ce scénario, chaque pays atteindra l'accès universel, pour telle ou telle intervention, à des moments différents – le principe de base étant que tous les pays aient concrétisé l'accès universel d'ici à 2015. Certes une capacité limitée empêche dans certains cas l'élargissement de l'accès au traitement ; cependant, l'engagement mondial en faveur de ce mouvement entraîne des améliorations majeures au niveau des systèmes de santé, et une riposte solide au VIH porte en elle la possibilité de surmonter les obstacles à la prestation de services.

En 2001, les dirigeants africains se sont engagés à inscrire au nombre de leurs priorités budgétaires nationales l'amélioration du secteur de la santé

(Déclaration d'Abuja, de l'Organisation de l'Unité africaine, 2001). Les dépenses de santé gouvernementales dans les pays à revenu faible augmentent modestement depuis la fin des années 1990, mais un certain nombre de pays africains consacrent aux dépenses de santé une part nettement plus petite des ressources nationales que les pays voisins et que la plupart des pays dans d'autres régions (PNUD, 2007a). L'Inde, avec 2,5 millions de personnes vivant avec le VIH selon les estimations, dépense seulement 0,9% de son PIB pour la santé (PNUD, 2007a). Les économistes spécialistes du développement laissent penser que les dépenses actuelles pour la santé dans les pays à revenu faible représentent seulement de un quart à un tiers du montant nécessaire pour garantir la prestation de services de santé essentiels (Center for Global Development, 2007). Pour soutenir la riposte au VIH sur le long terme, des dépenses de santé nettement plus conséquentes – financées par des sources intérieures ou extérieures – vont s'imposer.

Un abaissement des prix des médicaments de deuxième et de troisième intentions s'impose de toute urgence pour inscrire dans la durée les programmes de traitement. Cet impératif mobilise déjà les efforts des parties prenantes aux niveaux mondial et national, et il va falloir les intensifier et les généraliser pour se donner les meilleures chances de réussite thérapeutique dans les années à venir. Une attention

La riposte au VIH dans les pays à revenu élevé

En 2008, 23 pays à revenu élevé ont publié un rapport d'activité sur leurs progrès en direction de la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Ce nombre est supérieur à celui des pays (15) qui avaient publié un tel rapport en 2006. Cela correspond pour 2008 à un taux de compte rendu de 49% pour l'ensemble des pays à revenu élevé; ce chiffre reste toutefois très inférieur au taux de compte rendu de 84% des pays à revenu faible ou intermédiaire. En moyenne, les pays à revenu élevé ont fait des comptes rendus sur 10 indicateurs, contre une moyenne de 16 (sur un total de 25 indicateurs) pour les 124 pays à revenu faible ou intermédiaire.

La couverture des polythérapies antirétrovirales était en moyenne plus importante dans les pays à revenu élevé que la couverture déclarée par les pays à revenu faible ou intermédiaire. Bien que les pays à revenu élevé aient pour la plupart des épidémies de VIH concentrées ou de niveau faible, seulement 17 d'entre eux (sur 23) ont publié des informations sur les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH. Les taux de compte rendu ont été plus élevés pour les indicateurs relatifs au test VIH que pour les indicateurs relatifs à la prévention du VIH et aux connaissances sur le virus. L'accès à des services en rapport avec le VIH pour les migrants avec et sans papiers n'est pas uniforme parmi les pays à revenu élevé, y compris ceux qui font partie de l'Union européenne. Alors que les membres de ces groupes de population ont un accès libre aux services en rapport avec le VIH au centre de fourniture dans certains pays européens, l'accès aux services en rapport avec le VIH est assujéti, dans d'autres pays, à un système de paiement à l'acte pour ces populations.

Dans certains pays, des évolutions des comportements sexuels des jeunes ont été observées entre 1995 et 2002. Par exemple, une étude de surveillance comportementale nationale menée dans les écoles aux Etats-Unis a démontré que le pourcentage de jeunes hommes ayant des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans était tombé de 21% en 1995 à 15% en 2002. Un recul similaire a été constaté chez les jeunes femmes, de 19% à 13%.¹ Ces chiffres sont à comparer à une diminution de 15% à 12% chez les jeunes hommes et de 12% à 11% chez les jeunes femmes dans 23 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fait l'objet d'enquêtes sur la même période.²

Il est difficile de comprendre pourquoi les taux de compte rendu sont faibles dans les pays à revenu élevé. Cela peut en partie être imputable au fait que les données appropriées ne sont pas conservées dans une base centralisée et sont administrées par différentes institutions. Bien qu'il y ait des exceptions tout à fait notables, cette sous-déclaration soulève des questions concernant les progrès enregistrés par les pays à revenu élevé dans la mise en œuvre d'un cadre unique et intégré de suivi et d'évaluation de la lutte contre le VIH – dans le respect du concept des « Trois Principes ».

¹ Abma JC et al., Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002, *Vital and Health Statistics*, 2004, Series 23, No. 24.

² DHS www.measuredhs.com

similaire est nécessaire pour améliorer l'accessibilité de l'éventail complet de techniques de diagnostic du VIH.

La souplesse aux niveaux mondial et national représente également une nécessité importante pour s'adapter à l'évolution sur le plan des outils thérapeutiques et diagnostiques. En particulier, il conviendrait d'envisager un soutien technique et financier plus conséquent, de même qu'une meilleure coopération régionale, afin de renforcer le potentiel des instances nationales de réglementation en vue d'introduire les produits médicaux sûrs et efficaces nécessaires pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH.

Atténuer les effets à long terme de l'épidémie

L'élargissement de l'accès au traitement va contribuer à neutraliser certaines des plus graves ramifications de l'épidémie, mais ne fera disparaître ni le VIH ni ses conséquences néfastes. Par rapport aux autres aspects de la riposte, nettement moins d'attention a été accordée à la recherche interventionnelle ainsi qu'au développement des programmes en rapport avec l'atténuation des effets. Par exemple, l'accès au traitement de l'infection à VIH, à la prévention de la transmission mère-enfant, et aux autres services anti-VIH essentiels, s'est considérablement élargi ces dernières années, mais peu de progrès ont été faits en ce qui concerne la prestation de services essentiels de soins et d'appui aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par l'épidémie.

S'employer à réduire les effets de l'épidémie n'est pas seulement un impératif humanitaire ; c'est aussi une partie intégrante de la riposte à l'épidémie sur le long terme. Les millions d'enfants affectés par le VIH représentent l'avenir ; il est crucial, pour la santé et le bien-être futurs de sociétés et de communautés tout entières, d'offrir à ces enfants, et au ménage au sein duquel ils vivent, des soins et un appui convenables. De même, les ménages qui sombrent chaque jour davantage dans la pauvreté à cause du VIH auront au fil des ans de plus en plus de mal à se relever et à apporter leur contribution à la société.

Comme le souligne le Chapitre 6, le recours à une approche cloisonnée (« en silo ») pour atténuer les effets de l'épidémie ne donnera pas tout le résultat voulu. Par contre, les pays ont besoin de mécanismes

de planification et de supervision transversaux qui permettent de barrer les chemins multiples, complexes, empruntés par le VIH pour frapper les sociétés, les communautés, et les ménages. Il est par conséquent essentiel d'intégrer les efforts d'atténuation de l'impact du VIH aux stratégies de développement global.

Gouvernance de la riposte

Les pays sont confrontés à tout un ensemble de problèmes de gouvernance dans le cadre de leurs efforts visant à riposter efficacement au VIH. Les pays s'emploient ardemment à bâtir une riposte qui soit authentiquement multisectorielle, que les parties prenantes nationales s'approprient et conduisent activement. La coordination des divers acteurs à l'échelon pays reste également un défi continu. Des progrès significatifs ont été faits en ce qui concerne l'application des « Trois Principes » – un seul et unique cadre d'action multisectorielle, une seule et unique instance de coordination nationale, et un système unifié de suivi et d'évaluation (voir encadré « Garantir la coordination et la cohésion des efforts nationaux »). Dans trop de pays, cependant, les progrès se voient davantage sur le papier que sur le terrain.

S'il est vrai que les cadres stratégiques nationaux sur le VIH définissent presque uniformément un mode d'action multisectorielle, la riposte dans de nombreux pays reste fortement concentrée au niveau des ministères de la santé. Certes les autres ministères participent souvent aux instances de coordination nationale, ce qui est une réalisation majeure, mais beaucoup ne disposent pas de l'appui budgétaire nécessaire pour entreprendre des activités en rapport avec le VIH. Par exemple, si 98% des pays ont une stratégie nationale de lutte contre le VIH incluant le secteur de l'éducation, seulement 65% fournissent un soutien budgétaire pour les programmes sur le VIH en milieu enseignant (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). L'exemple du Malawi qui a demandé à plusieurs de ses ministères d'allouer une enveloppe budgétaire aux activités anti-VIH (voir la section « Mobiliser suffisamment de ressources financières pour la riposte au VIH », pages 179–185) montre comment les pays peuvent faciliter l'engagement actif de plusieurs secteurs dans la riposte nationale au VIH.

Garantir la coordination et la cohésion des efforts nationaux

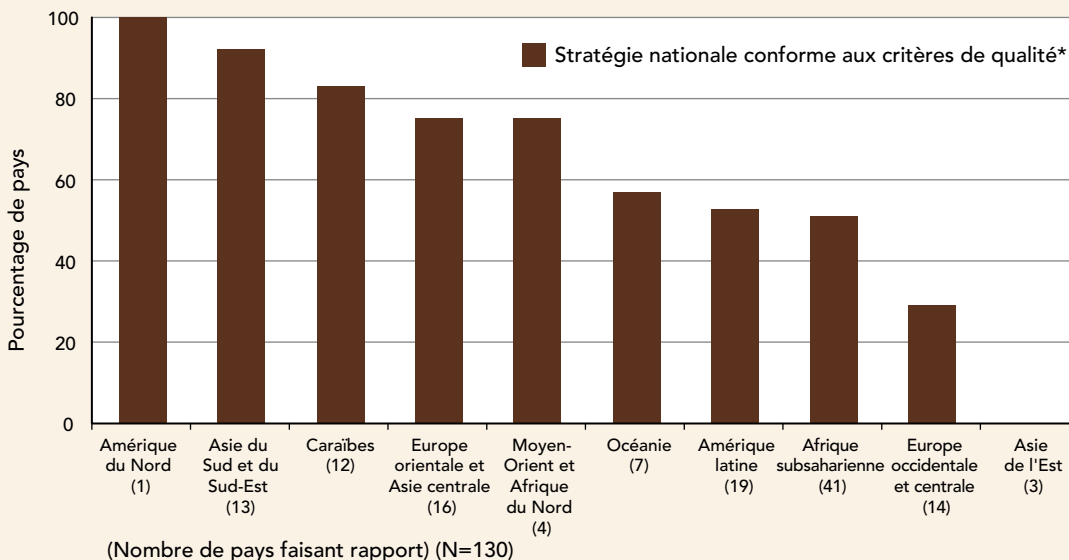
Conformément aux efforts internationaux en vue de mieux harmoniser et de mieux aligner l'aide internationale au développement sur les stratégies et les plans que les pays eux-mêmes auront définis et pris à leur compte, l'action à l'échelon pays vise à promouvoir les « Trois Principes » – un seul et unique cadre d'action multisectorielle, une seule et unique instance de coordination nationale, et un seul et unique système national de suivi et d'évaluation.

Des stratégies multisectorielles, chiffrées, définissant les priorités de la riposte nationale, sont en place dans la plupart des pays. Au total, 97% de pays ont une stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH, 92% ont une instance nationale de coordination de la riposte au VIH, 92% ont un plan national de suivi et d'évaluation en place ou en cours d'élaboration, et tous les pays à revenu faible ou intermédiaire ont intégré le VIH au plan national de développement.

Cependant, lorsque les efforts à l'échelon pays sont évalués par rapport aux critères de qualité élaborés par l'ONUSIDA, les faiblesses de nombreuses approches nationales apparaissent. Seulement 69% de pays – bien moins que les 97% qui déclarent avoir une stratégie nationale – ont une stratégie nationale traduite en plans opérationnels chiffrés assortis d'objectifs programmatiques, et d'un énoncé détaillé des coûts programmatiques et des sources de financement. En Afrique subsaharienne, environ la moitié des stratégies nationales de lutte contre le VIH répondent aux critères de qualité définis par l'ONUSIDA (Figure 7.7).

FIGURE 7.7

Pays déclarant mettre en œuvre une stratégie nationale de lutte contre le sida conforme aux critères de qualité définis

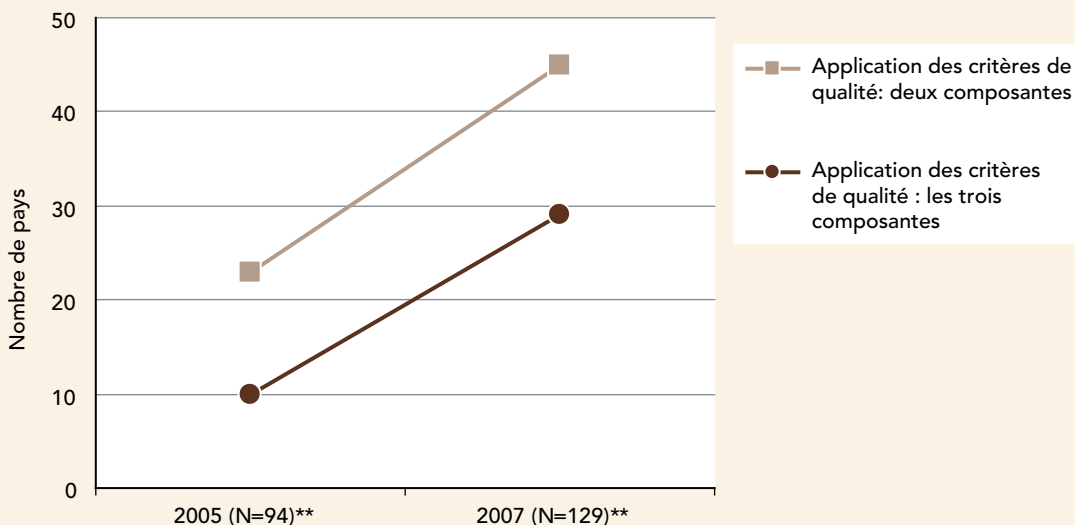


* C'est-à-dire une stratégie multisectorielle nationale et un plan opérationnel national avec définition des objectifs, des cibles, des coûts, et indication des sources de financement par secteur programmatique, et un cadre de suivi et d'évaluation.
Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

En dépit de faiblesses qui perdurent, les efforts à l'échelon pays pour l'application des «Trois Principes» affichent des progrès importants (Figure 7.8). A dire vrai, de nombreux pays ont utilisé les «Trois Principes» pour améliorer l'état de préparation nationale. En 2007, par exemple, le Tadjikistan a élaboré son premier plan national de suivi et d'évaluation des activités anti-VIH, assorti d'un budget détaillé et centré sur des indicateurs nationaux arrêtés d'un commun accord par l'ensemble des parties prenantes nationales. En Indonésie, un décret présidentiel en 2006 a officialisé la Commission nationale sur le SIDA en tant que seule et unique instance chargée de la conduite et de la coordination de la riposte du pays au VIH.

FIGURE 7.8

Progrès des pays en ce qui concerne l'application des critères de qualité associés aux «Trois Principes»: un seul et unique cadre d'action multisectorielle, une seule et unique instance de coordination nationale, et un seul et unique système national de suivi et d'évaluation*



* Application des critères de qualité renvoie à:

- 1 Une stratégie multisectorielle nationale et un plan opérationnel définissant les objectifs, les cibles, les coûts, et les sources de financement par secteur programmatique, et un cadre de suivi et d'évaluation;
- 2 Une instance de coordination nationale avec un mandat, une composition bien définie, un plan d'action, un secrétariat qui est opérationnel, et des réunions revenant régulièrement;
- 3 Un plan national de suivi et d'évaluation dont les coûts sont établis et dont le financement est garanti, une unité opérationnelle ou une équipe technique nationale pour le suivi et l'évaluation, et une base de données nationales centralisée contenant des données sur le sida.

** Seuls les pays ayant les trois composantes en place ou deux sur les trois sont reflétés dans cette Figure; les autres pays ont seulement une ou aucune des composantes en place, ou n'ont rien déclaré.

Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

Les gouvernements nationaux forgent de plus en plus de partenariats avec la société civile pour l'élaboration, la mise en œuvre, et le suivi des stratégies nationales sur le VIH. D'après les rapports des gouvernements, 83% des instances nationales de coordination de la riposte au VIH incluent dans leur composition des représentants de la société civile (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Dans la plupart des cas, les gouvernements rapportent que la stratégie nationale ou le cadre national ont été élaborés avec la participation active de la société civile (fourchette s'étendant de 62% pour l'Asie du Sud et du Sud-Est à 100% pour l'Amérique du Nord). Les membres de la société civile ont participé à l'examen de la stratégie nationale dans 78% des pays, et pour 58% des pays ils ont estimé leur contribution à «bonne» ou «très bonne» concernant la planification et la budgétisation des activités anti-VIH nationales.



Atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH est une étape cruciale sur la voie d'une riposte viable et à long terme au VIH.

Décentraliser la riposte

Une gouvernance efficace de la riposte garantit la conversion des stratégies et mandats nationaux en action significative dans les districts et communautés. La décentralisation de la riposte contribue à donner aux unités sous-nationales les moyens de mettre en œuvre des programmes qui répondent aux besoins locaux.

En Ethiopie, l'expansion des services dans le cadre de la Campagne du Millénaire contre le sida lancée dans le pays s'est accélérée grâce à la décentralisation de la prestation de services. Avec le soutien du leadership local et l'implication de la communauté, 24 000 agents de vulgarisation sanitaire ont pu être formés pour aider les ménages et pour promouvoir les initiatives de santé communautaire, y compris l'offre du traitement antirétroviral. L'accent mis sur la décentralisation de la prestation de services a été associé à une nette augmentation du nombre de personnes bénéficiant du traitement antirétroviral – de 8276 en 2005 à 122 243 en 2007.

S'il est vrai que de nombreux gouvernements locaux ont pris des mesures importantes au fil des ans pour s'attaquer au VIH, le fait que les donateurs apportent leur soutien avant tout aux gouvernements nationaux

a parfois entravé l'aptitude à mettre en œuvre des ripostes au VIH décentralisées, solides.³ La planification au niveau des districts en matière de développement du potentiel des entités locales et de la mobilisation de ressources pour ces entités pourrait aider à surmonter certains des obstacles entravant depuis longtemps la décentralisation de la riposte au VIH (PNUD, 2005). Dans la région de Mbeya en République-Unie de Tanzanie, par exemple, une action suivie et l'appui des donateurs ont permis à la région d'offrir à 80% de la population des services essentiels de prévention, et de réduire la prévalence du VIH au cours de la décennie écoulée (ONUSIDA, 2007b). En plus de l'apport d'un volume accru de fonds pour aider les gouvernements locaux à mettre en œuvre des stratégies anti-VIH qui répondent aux besoins locaux, il faut également que les donateurs augmentent leur soutien aux communautés locales qui s'organisent pour accroître la portée, l'impact et la transparence des initiatives locales de lutte contre le VIH.

Fonder la riposte sur les droits humains

Les vrais leaders ont aussi à faire face à des problématiques dont ils préféreraient ne pas entendre parler. S'opposer au VIH oblige à aborder des sujets

³ Par le biais de son Programme plurinational de lutte contre le VIH/sida en Afrique, la Banque mondiale a consacré 38% de son aide dans le domaine du VIH aux ripostes locales dans les pays (Banque mondiale, 2007).

Bâtir et inscrire dans la durée une riposte efficace : Un programme d'action à long terme

- Gérer les besoins nationaux recensés, et fonder l'action nationale sur les preuves irréfutables de ce qui marche, en veillant à l'exécution intégrale de politiques et de programmes établis à partir de données factuelles.
- Prévoir pour l'avenir, en mettant en œuvre des systèmes de planification stratégique et d'évaluation s'étendant sur plus de trois et de cinq ans.
- Investir dans une riposte au VIH réellement efficace, en accordant une attention particulière aux stratégies de prévention reposant sur des données factuelles et propres à contenir les épidémies nationales.
- Conjuguer élargissement des programmes avec leadership multisectoriel pour neutraliser les facteurs sociétaux qui majorent le risque et la vulnérabilité face au VIH, à savoir les inégalités sexospécifiques, la stigmatisation et la discrimination, et la marginalisation sociale.
- Donner aux personnes vivant avec le VIH les moyens de contribuer à la conduite de la riposte nationale, et faire participer la société civile à l'élaboration, à la mise en œuvre, et à l'évaluation des stratégies nationales de lutte contre le VIH.
- Harmoniser et aligner les efforts de toutes les parties prenantes par rapport aux stratégies et priorités définies par les pays eux-mêmes, et renforcer la qualité et la souplesse du soutien technique offert pour bâtir un potentiel national durable – pas seulement au sein des systèmes de santé, mais dans d'autres secteurs clés, et dans les secteurs public et privé – à l'appui d'une riposte au VIH qui soit solide et efficace pour les années à venir.
- Mobiliser les ressources financières suffisantes afin d'atteindre les cibles mondiales associées à l'accès universel, en mettant en place des dispositifs innovants à l'appui d'un financement sur le long terme.

qui mettent les gens mal à l'aise, tels que la sexualité, et la consommation de drogues. Il faut également de la compassion et une action efficace par rapport à des groupes que la société choisit souvent d'ignorer.

L'action visant à répondre aux besoins des populations marginalisées les plus à risque reste certes limitée, mais ces dernières années ont offert plusieurs exemples de leadership pour la gestion de ces aspects, avec notamment le lancement d'une campagne nationale contre l'homophobie au Mexique et l'annulation des lois anti-sodomie aux Bahamas. L'appui, suscité par des données factuelles, aux projets d'échange de seringues dans des pays tels que la République islamique d'Iran, la Malaisie et le Viet Nam, constitue un exemple manifeste de leadership courageux, visionnaire, pour la riposte au VIH.

A mesure qu'évolue l'épidémie et que s'accroissent le nombre et la gamme des technologies en rapport avec le VIH, il pourrait être tentant de penser la riposte uniquement en termes technocratiques. Ce serait une erreur. Compte tenu des réalités du VIH – sa concentration au sein des populations marginalisées, son lien incontournable avec la sexualité et avec la nature des relations que les gens entretiennent entre eux – ce n'est probablement pas une solution purement technologique qui un beau jour fera capituler l'épidémie.

Dans chaque pays ayant réalisé une baisse du taux des nouveaux cas d'infection à VIH, la riposte nationale a été fondée sur la défense des droits humains. Compassion et inclusion restent les maîtres-mots pour une riposte efficace à l'épidémie.