



Le Programme plurinational de lutte contre le SIDA

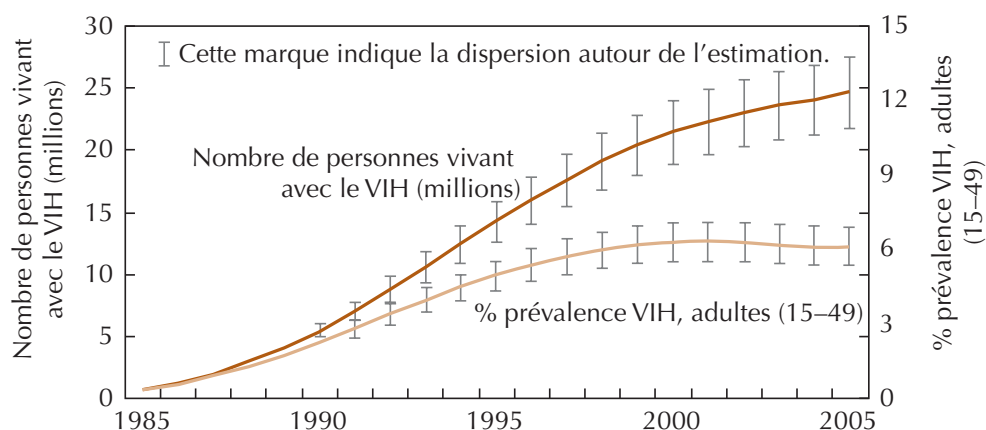
Contexte et objectifs

Bilan des interventions de la Banque mondiale contre le VIH/SIDA

La Banque mondiale a commencé à financer les programmes de lutte contre le VIH/SIDA en 1988. Cependant, au cours de la décennie suivante, alors que le VIH se répandait rapidement à travers l'Afrique (graphique 1.1), peu de gouvernements africains ont mis en place des programmes d'envergure ou ont reçu plus qu'un appui symbolique de la part de la Banque. Les activités nationales étaient dispersées, la couverture fournie par les programmes était limitée, et rares étaient les ressources atteignant la société civile ou les communautés. Pour sa part, la Banque n'avait aucune stratégie globale de lutte contre le VIH/SIDA et s'impliquait très peu dans l'analyse afin de com-

Le SIDA pèse sur les systèmes sociaux et constitue une entrave à la santé et au développement de l'éducation qui permet aux populations pauvres (spécialement les enfants) d'échapper à la pauvreté. Il en découlera des demandes sans précédent en matière de sécurité sociale pour des pays déjà sous le poids de vastes défis liés au développement. Des familles entières se dissolvent puisque les parents meurent et les enfants, ainsi que les personnes âgées dépendantes, sont dispersés vers d'autres membres de famille qui pourraient prendre soin d'eux (ONUSIDA 2004a, 22).

Graphique 1.1 Taux de prévalence et nombre de personnes vivant avec le VIH en Afrique sub-saharienne, 1985–2005



Source : ONUSIDA 2006a.

prendre les implications du VIH pour le développement ou pour motiver les pays à faire davantage. Les prêts de la Banque pour la lutte contre le SIDA en Afrique s'élevaient en moyenne à seulement 18 millions de dollars par an de 1988 à 1999. En outre, peu d'autres donateurs étaient actifs dans ce domaine. De plus, les demandes d'appui en provenance des gouvernements autant que l'aide fournie par la communauté des bailleurs de fonds étaient à un niveau déplorable. Tant l'Afrique que la Banque étaient sur la voie d'un échec retentissant dans la lutte contre le SIDA, un problème de développement capable de menacer le bien-être humain, les avancées socio-économiques, la productivité, la cohésion sociale et même la sécurité nationale.

En 1998, la Banque mondiale a reconnu le besoin de réévaluer son approche de lutte contre l'épidémie et les mécanismes par lesquels elle pouvait appuyer les pays. Par conséquent en 1999, en partenariat avec des gouvernements africains et l'ONUSIDA, la Région Afrique de la Banque a développé et amorcé la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie baptisée «*Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa : Response to a Development Crisis*». La stratégie a mis en évidence la propagation foudroyante du VIH, ses énormes impacts économiques, sociaux et démographiques et le besoin impératif d'une action urgente, multisectorielle, efficace pour empêcher de nouvelles infections et prendre soin des personnes infectées et affectées.

Cette stratégie appelait la Banque à agir sur quatre orientations clés : (1) intensification du plaidoyer pour présenter la demande d'une action concertée contre le VIH/SIDA comme une question primordiale de développement, (2) renforcement de la capacité de la Banque à faire face à l'augmentation anticipée de la demande, (3) augmentation des ressources à consacrer aux programmes de SIDA et (4) diffusion des connaissances sur l'épidémie et sur la manière d'y répondre efficacement. Le but était de mettre le VIH/SIDA au centre des préoccupations de développement en Afrique et d'encourager les pays clients de la Banque à élargir leurs réponses nationales.

La Banque mondiale a commencé alors à assumer le leadership et à effectuer un plaidoyer au niveau d'instances supérieures ; elle a interpellé la communauté internationale sur la question du VIH et a inscrit le VIH/SIDA à l'ordre du jour des réunions annuelles de printemps avec les ministres des finances. Répondant au besoin reconnu dans la stratégie de lutte contre le SIDA en Afrique – à savoir la nécessité de créer un meilleur instrument pour soutenir les pays - la Banque a créé en 2001 un type nouveau et novateur de programme : le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA pour l'Afrique (PPS). Des consultations élargies avec des pays clients de la Banque et avec d'autres partenaires ont montré que la Banque était perçue comme lente, possédant une vision trop étroite et dont l'implication à long terme dans les programmes de VIH était incertaine. En réponse à cette perception, la Banque a conçu le PPS de façon à en faire un instrument rapide, à portée exhaustive, multisectoriel et renouvelable pour financer les secteurs publics et non publics, répondre à l'urgence du VIH en utilisant des moyens exceptionnels et à fournir l'appui nécessaire à long terme.

Le Programme plurinational de lutte contre le SIDA

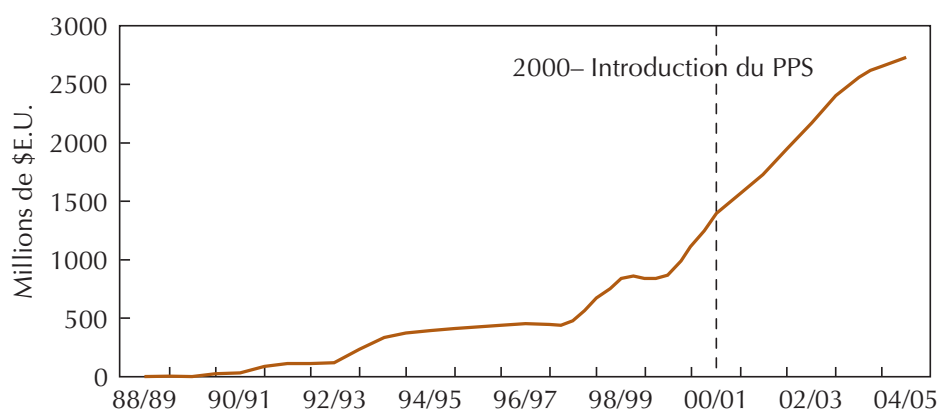
Le Conseil d'administration de la Banque mondiale a approuvé le PPS lors de l'exercice budgétaire finissant en juin 2001 (ex. 2001) comme le premier instrument de programme de prêt adaptable (APL) plurinational (par opposition à une approche de projet individuel). Le Conseil a donné à la Région Afrique l'autorité d'approuver des crédits (de l'IDA) et des subventions pour des pays pris séparément ou dans des cadres sous-régionaux sur une base rapide et par avis de non objection, et ce jusqu'à un total de 500 millions de dollars, pour soutenir des programmes de VIH nationaux et régionaux. Pour se qualifier, les pays devaient remplir des critères d'admissibilité suivants : (1) avoir une approche stratégique au VIH/SIDA, (2) avoir une structure de haut niveau chargée de la coordination des activités de lutte contre le VIH/SIDA, (3) accepter d'utiliser des dispositifs de mise en œuvre

accélérés et, (4) accepter de canaliser une partie de l'appui fourni par le projet à des acteurs non gouvernementaux, y compris des ONG, des groupes confessionnels et le secteur privé.

Le PPS est un mécanisme essentiel de mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le SIDA dans la Région Afrique, et il a conduit à une augmentation rapide de l'appui de la Banque aux actions des pays contre le VIH/SIDA à partir de l'année 2000. Le nombre de projets portant sur le VIH a augmenté considérablement et les investissements cumulés portant sur le VIH et le SIDA ont atteint 2,75 milliards de dollars vers la fin de l'année budgétaire 2005 (Graphique 1.2). En utilisant le mécanisme de financement du PPS, la Banque a engagé 1,286 milliards de dollars pour la lutte contre le VIH et le SIDA en Afrique en six ans (FY 2001–06), soit 47 % de l'investissement global de la Banque dans le VIH et le SIDA.

Le caractère exceptionnel du SIDA et la nature innovatrice du PPS sont reflétés dans la conception, l'approbation et les dispositifs de mise en œuvre du PPS. "L'approche du PPS face au VIH/SIDA représente pour la Banque mondiale une nouvelle approche de gestion dans une situation où : (i) une performance de haute qualité sauvera des vies humaines ; et (ii) la réputation de la Banque est en jeu" (Banque mondiale 2001a). La philosophie consistait à centrer la conception et la mise en œuvre du PPS sur l'approbation rapide des projets par la Banque, la flexibilité, le partenariat, l'apprentissage sur le tas, la modification des projets sur la base des résultats collectés par le système de suivi et d'évaluation et, enfin l'utilisation de systèmes de

Graphique 1.2 Engagements cumulatifs de la Banque mondiale en matière de VIH/SIDA, 1988–2005



Source : ACTAfrica 2006a.

mise en œuvre multisectoriels faisant intervenir de multiples agences du secteur public et de la société civile.

Le PPS a innové de plusieurs façons : (1) en premier lieu, il a offert un appui global aux programmes nationaux, allant pour la première fois au-delà de l'appui traditionnel fourni par les projets ; (2) ce fut le premier programme de cette ampleur à soutenir des investissements stratégiques et systémiques au niveau national, plutôt que des interventions ciblées. Cela a aidé à renforcer les capacités et a, par la suite, ouvert la voie à d'autres donateurs ; (3) ce programme a directement canalisé le financement vers les communautés et les organisations de la société civile, reconnaissant leur rôle de mobilisation sociale dans le combat contre le VIH ; (4) l'action du PPS s'est matérialisée rapidement. À l'époque, la préparation d'un projet à la Banque prenait en moyenne plus de 18 mois. En adoptant une approche programme, les projets du PPS ont pu être préparés en deux fois moins de temps ; (5) en engageant un demi-milliard de dollars dans l'immédiat (et peut être plus dans le futur), il a créé un nouveau point de référence en matière de financement pour les autres bailleurs de fonds. Ce niveau d'engagement - et la forte demande qui a suivi - a aidé à paver le chemin pour le GFATM, PEPFAR et d'autres initiatives estimées à des milliards de dollars. Finalement, ce programme a garanti aux pays un appui à long terme en engageant la Banque à continuer à octroyer un financement pendant au moins 12 à 15 ans à n'importe quel pays ayant une stratégie cohérente et un plan d'action de lutte contre le VIH/SIDA.

Le PPS a été conçu pour faire face à quatre besoins urgents qui avaient été identifiés dans les pays à l'époque : (1) le besoin d'un engagement politique et gouvernemental fort en réponse au VIH, (2) le besoin de créer un environnement institutionnel propice doté de ressources adéquates pour permettre l'extension au niveau national d'interventions réussies contre le VIH et le SIDA, (3) le besoin d'accroître la participation communautaire et son appropriation des différentes interventions destinées à combattre le SIDA en lui fournissant des ressources financières et en renforçant ses capacités et, (4) le besoin de passer à une approche multisectorielle impliquant plusieurs secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, avec une meilleure coordination au niveau national et une décentralisation vers les structures gouvernementales périphériques (Banque mondiale 2000b).

Les efforts initiaux entrepris pour faire face au VIH étaient trop centrés sur le secteur de la santé. Dans les années 1990, on a été amené à réaliser que les comportements sociaux et individuels complexes impliqués dans la transmission du VIH et l'impact à facettes multiples du SIDA, signifiaient qu'en plus de la santé, d'autres secteurs devaient être impliqués dans l'atténuation de l'impact et dans la prévention de nouvelles infections. Le Pro-

gramme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) a été créé en 1996 comme un secrétariat et une agence de coordination au sein de l'Organisation des Nations Unies – non pas comme une agence d'exécution - en reconnaissance du besoin d'une réponse multisectorielle (ONUSIDA 2004a). Ainsi, un autre signe distinctif de l'approche du PPS est l'accent mis au niveau de la conception sur la participation de plusieurs agences gouvernementales couvrant beaucoup de secteurs, ainsi que celle des secteurs privé et à but non lucratif et celle de la société civile.

L'objectif global du PPS est d'augmenter de façon radicale l'accès à la prévention du VIH, aux soins et aux programmes de traitement, avec un accent particulier sur l'encouragement d'une réponse locale, l'utilisation d'une approche multisectorielle, l'augmentation de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), le soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables, le renforcement des capacités de traitement, l'établissement de programmes régionaux pour faire face aux questions transfrontalières et le partage des connaissances (Banque mondiale 2000b, c ; Banque mondiale 2001b, c).

« L'impact ultime du PPS sera d'empêcher des millions d'infections par le VIH, d'alléger la souffrance de dizaines de millions d'individus et d'aider à préserver les perspectives de développement de nations entières. »

— PPS I Document d'évaluation du projet, 14 août 2000

Trois phases d'appui par le PPS, chacune d'une durée de quatre à cinq ans, ont été prévues (Banque mondiale 2000c). Les objectifs de la Phase 1 du PPS étaient : (1) d'augmenter la prévention, les soins, l'appui et les programmes de traitement, et (2) de préparer les pays à faire face au fardeau sans précédent auquel ils seront confrontés lorsque les millions de personnes vivant avec le VIH développeront le SIDA au cours de la décennie suivante. La Phase 1 allait établir les fondations de réponses à long terme au VIH et qui seraient spécifiques à chaque pays. Après un inventaire rigoureux, la Phase 2 était conçue pour intégrer dans le courant dominant les innovations qui se seraient révélées efficaces ; pour étendre la couverture à l'ensemble du pays, dans le cas où cela n'aurait pas été réalisé pendant la Phase 1 ; pour développer les soins, l'appui et les programmes de traitement ; et pour essayer d'inclure tous les pays intéressés qui n'auraient pas participé à la première phase. A la Phase 3, on s'attendait à ce que les nouvelles infections aient décliné, permettant un recentrage plus précis vers des secteurs ou des groupes où la diffusion de la maladie avait continué (Banque mondiale 2000c). Pendant que la capacité nationale et les cadres et systèmes de suivi

et évaluation étaient en cours de développement, la stratégie du PPS devait être d'utiliser le suivi du processus et de favoriser l'apprentissage. Plus tard, quand des systèmes de S&E et la capacité nationale auraient été établis, les évaluations d'impact de programme pourraient être effectuées.

Evaluation des résultats obtenus à ce jour

La première phase du PPS s'achève et les pays sont en train de développer les projets suivants prévus pour la deuxième phase. La prise en compte minutieuse des résultats et des leçons tirés de la première phase aidera les pays à ajuster et à augmenter proportionnellement les réponses nationales à la lumière des preuves recueillies sur les tendances et les paramètres de l'épidémie dans chaque pays, aussi bien que des preuves recueillies sur les interventions les plus à même d'empêcher de nouvelles infections et d'augmenter l'accès aux soins et au traitement pour les personnes affectées et infectées. Cette étude contribue à cet effort.

L'objectif principal de cette étude est de faire un compte-rendu des résultats obtenus jusqu'à présent par la Phase 1 du PPS à l'aide d'enquêtes effectuées dans les pays et de données sur les programmes qui ne sont pas d'habitude capturées par les systèmes ordinaires de rapport de la Banque mondiale. Cette étude présente aussi la Fiche de résultats et le Cadre générique de résultats, deux outils permettant de mieux mesurer et rendre compte à l'avenir des résultats obtenus dans l'appui à la lutte contre le VIH et le SIDA. Le reste de ce premier chapitre décrit comment le contexte du PPS a changé depuis le début du programme. Le chapitre 2 explique le but, les principes, les objectifs et la méthodologie de l'étude. Les résultats auxquels le PPS a contribué sont présentés dans le chapitre 3. Le chapitre 4 va au-delà des données et présente quelques histoires personnelles montrant comment l'appui du PPS a changé les vies de certaines des personnes affectées en Éthiopie, au Rwanda et en Ouganda. Le chapitre 5 tire des conclusions basées sur les résultats présentés et le chapitre 6 offre des recommandations sur la manière dont les pays et la Banque peuvent régulièrement mesurer et rendre compte des résultats auxquels le financement des programmes de VIH/SIDA en Afrique par la Banque contribuera à l'avenir.

Evolution du contexte associé au VIH/SIDA depuis le début du PPS

L'environnement dans lequel s'effectuait la lutte contre l'épidémie du VIH en Afrique a changé radicalement depuis que le PPS a été introduit en 2000. L'appui politique à tous les niveaux a augmenté, stimulé par la Déclaration

Encadré 1.1 Financements de la Banque hors PPS en matière d'action contre le VIH/SIDA en Afrique

Le PPS n'est pas le seul moyen utilisé par la Banque pour soutenir la réponse au VIH en Afrique subsaharienne. Quatre pays ayant des taux de prévalence parmi les plus élevés en Afrique—le Botswana, la Namibie, l'Afrique du Sud et le Swaziland—n'étaient pas éligibles dans le cadre du financement du PPS parce que leurs niveaux de revenu dépassent le seuil de prêt concessionnel de la Banque mondiale. Les subventions du Fonds institutionnel pour le développement (IDF) étaient plutôt utilisées pour soutenir la Commission nationale de lutte contre le SIDA du Swaziland et la Coalition des entreprises et l'Association des personnes vivant avec le VIH/SIDA de la Namibie, dans le cadre du développement des capacités institutionnelles pour une coordination, un suivi et une évaluation efficaces de la réponse nationale face au VIH. La nouvelle stratégie de lutte contre le VIH/SIDA pour l'Afrique australe propose des activités de la Banque mondiale qui seraient centrées en premier lieu sur le Botswana, le Lesotho, le Swaziland et la Namibie, des pays parmi les plus sérieusement affectés par le SIDA en Afrique, mais aussi des pays où les activités de la Banque demeurent les plus limitées. L'appui technique à ces pays pourrait comprendre les domaines suivants :

- Elargissement des modèles existants d'assistance technique sous-régionale
- Réseau régional
- Travail analytique économique et sectoriel—par exemple, un regard sur l'approvisionnement groupé des médicaments, le lien entre la mobilité du travail et le VIH, et les implications financières du soutien aux programmes de traitement
- La formation
- Le renforcement des partenariats, y compris ceux avec le secteur privé
- Un système régional innovateur de financement et de prêt

Source : Banque mondiale 2006c.

d'engagement dans la lutte contre le SIDA que tous les 189 états membres des Nations Unies ont signé en 2001. Il y a eu un intérêt sans précédent de la part des médias et des campagnes internationales pour des réponses nationales, croissantes et appropriées au VIH. Les campagnes ont été lancées par des groupes internationaux et nationaux pour promouvoir les intérêts de groupes spécifiques ou des aspects particuliers de la réponse (par exemple,

«VIH et genre» ou «VIH et protection sociale») ou pour augmenter proportionnellement la réponse. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'ONUSIDA, par exemple, ont lancé la campagne 3 × 5 en 2002 (avec l'objectif de mettre 3 millions de personnes sous traitement antirétroviral avant la fin de l'année 2005), suivie d'une campagne pour l'accès universel au traitement, à la prévention et aux soins avant la fin de l'année 2010.

La surveillance ainsi que le suivi et l'évaluation (S&E) ont fait l'objet de plus d'attention et ont obtenu un financement et une assistance technique bien plus conséquents qu'auparavant. L'ONUSIDA a demandé à la Banque mondiale d'accueillir une Équipe mondiale de suivi et évaluation du SIDA (GAMET) en 2003 (annexe F). L'ONUSIDA a aussi nommé dans beaucoup de pays des conseillers nationaux et régionaux en S&E.

L'accumulation de données de surveillance et une analyse détaillée ont montré que l'épidémie de VIH est beaucoup plus différenciée entre les pays et à l'intérieur des pays qu'on ne le pensait initialement. On comprend de mieux en mieux les différentes tendances et modèles et les facteurs complexes qui régissent cette transmission.

Le traitement est devenu plus simple et plus accessible. Le coût des médicaments antirétroviraux a baissé de façon radicale. Les pays du G-8 se sont engagés à lutter pour rendre "l'accès universel" au traitement avant 2011, ce qui exigerait une hausse de plus de 100 % des dépenses (par rapport au niveau actuel) consacrées au VIH et au SIDA. Plus de 800 000 africains sont maintenant sous traitement, soit environ 28 % de la population qui en a besoin. Cela représente, pour 2005, 8 fois plus qu'en 2003. Le traitement implique de moins en moins de pilules, prises à des intervalles plus espacés et avec moins d'effets secondaires, et il a été clairement démontré, face au scepticisme largement répandu, que l'on pouvait atteindre des niveaux élevés d'adhésion et de réussite dans les traitements même dans des situations d'extrême rareté des ressources et avec des patients pauvres et très peu éduqués.

Le financement mondial consacré au VIH a plus que quadruplé entre 2001 et 2005, passant de moins de 2 milliards à plus de 8 milliards de dollars. Le PPS de la Banque mondiale a été un des catalyseurs de cet accroissement du financement mondial et national pour la lutte contre le VIH. Beaucoup de gouvernements ont fortement augmenté leurs allocations consacrées aux dépenses pour la lutte contre le VIH et le SIDA. Le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) a été créé en 2001 et le gouvernement américain a annoncé le Plan d'urgence présidentiel pour la réduction du SIDA (PEPFAR) en 2003. Le tableau 1.1 montre les engagements financiers de la Banque mondiale, de PEPFAR et du GFATM envers les pays bénéficiaires du PPS depuis 2001.

Malgré l'augmentation significative du financement, on est toujours bien au-dessous du niveau nécessaire pour une réponse complète (de Lay et al. 2007 ; Horton 2006).

Les bonnes nouvelles portant sur l'accroissement du financement consacré au VIH sont tempérées par la complexité croissante de l'architecture de l'aide globale à la santé, crûment décrite par plusieurs comme "une pagaille." Une partie de la solution se trouve dans le concept des « Trois principes d'unicité », un ensemble de principes directeurs pour améliorer la coordination des efforts internationaux et l'harmonisation avec les réponses nationales au VIH pour mieux soutenir les gouvernements dans la mise en œuvre des stratégies nationales de lutte contre le VIH (voir l'encadré 1.2). De nombreux partenaires au développement ont signé, en avril 2004 lors de la Réunion annuelle de la Banque mondiale, un accord engageant leurs organisations derrière ce concept de « Trois principes d'unicité ».

Une équipe mondiale chargée de l'Amélioration de la coordination des institutions multilatérales et des bailleurs de fonds internationaux impliqués dans la lutte contre le SIDA a été créée en 2005 lors d'une réunion dont le thème était "comment faire travailler l'argent". Cette équipe, dont l'acronyme est GTT, devait s'atteler à voir comment accélérer la progression vers les « Trois principes d'unicité » et vers une utilisation plus efficace des ressources disponibles. Le GTT a recommandé des actions spécifiques devant

Tableau 1.1 Engagements financiers de la Banque mondiale, du PEPFAR et du GFATM envers les pays d'Afrique bénéficiaires du PPS, 2001–06

Sources de financement	Engagements financiers envers les pays PPS (en milliards de dollars)
Banque mondiale (2001–06)	1,286
PEPFAR (2003–06)	1,820
GFATM (2002–06)	1,222
Total	4,328

Sources : World Bank Client Connection, site Internet du PEPFAR, site Internet du GFATM
Nota : Les montants indiqués pour le PEPFAR et le GFATM sont tels qu'ils sont indiqués sur leurs sites Internet. Pour la Banque mondiale, il s'agit des engagements réels en équivalents dollars de l'année courante. Cependant, en tenant compte des variations du taux de change entre le dollar et les droits de tirage spéciaux, la valeur totale, en septembre 2006, des engagements envers les pays bénéficiaires du PPS était de 1.32 milliards de dollars E.U.

Encadré 1.2 « Les Trois principes »

1. **Un** cadre convenu d'action sur le SIDA fournissant la base pour la coordination du travail de tous les partenaires.
2. **Une** autorité de coordination nationale de la lutte contre le SIDA, ayant une base élargie et dotée d'un mandat multisectoriel, (désignée comme la Commission nationale de lutte contre le SIDA)
3. **Un** système national convenu de suivi et évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA

permettre d'améliorer le leadership et l'appropriation nationale, de s'assurer que l'appui des bailleurs de fonds était mieux harmonisé, d'obtenir une réponse multilatérale plus efficace, et de promouvoir la responsabilité et la surveillance (incluant un meilleur suivi/évaluation), tous des sujets essentiels dans la conception du PPS.