



Aperçu général

Cette étude répond à la question suivante: quels sont, à ce jour, les résultats du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA (PPS) de la Banque mondiale en Afrique? Elle consigne les contributions du PPS au cours des cinq dernières années, s'inspirant des enquêtes nationales et des données de programmes n'apparaissant habituellement pas, de façon régulière, dans les systèmes de transmission des données de la Banque mondiale. Elle propose également une nouvelle Fiche de résultats et un Cadre générique de résultats afin de mieux mesurer et rendre compte des résultats des programmes de lutte contre le VIH/SIDA appuyés par la Banque mondiale en Afrique.

Ce travail fut motivé par plusieurs facteurs. Tout d'abord, le désir de consigner systématiquement les activités financées et de quantifier les résultats auxquels le PPS a contribué. Ensuite, ce travail fait partie des plus vastes efforts de réflexion sur l'expérience et les leçons dégagées durant la première phase du PPS, ainsi que sur l'évolution du contexte mondial de la lutte contre le SIDA, contribuant ainsi à l'actualisation de la stratégie de lutte contre le SIDA de la Banque en Afrique - *Programme d'action en matière de lutte contre le SIDA*. Enfin, la Banque mondiale tient à une vaste diffusion et utilisation des informations, en vue d'améliorer le PPS et de procéder à une « gestion visant des résultats de développement ». Toutefois, l'intention n'était pas d'évaluer le PPS, ou de juger de son impact ; mais plutôt de vérifier si la première phase du PPS a été appliquée conformément à sa conception, et de rendre compte des résultats des contributions du PPS aux niveaux des intrants, des extrants, et des réalisations des pays participants à l'échelle nationale.

Contexte et objectifs du PPS

La Banque mondiale agit en matière de lutte contre le VIH depuis 1986. Elle a accentué ses efforts et marqué son leadership après 1998. À la fin des années 1990, il était clair que la réponse au SIDA portait trop étroitement sur le secteur de la santé, et n'était pas proportionnée à la charge totale que représentait l'épidémie pour un pays, particulièrement en Afrique sub-saharienne. Des actions intensifiées, multisectorielles étaient nécessaires, surtout dans cette région. Le programme novateur multi-pays de lutte contre le VIH pour l'Afrique, créé en 2001, tenait une place centrale dans la stratégie rédefinie de la Banque, présentée dans le rapport *Intensifier l'action de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique: Réponse à une crise du développement (Banque mondiale 2000a)*. Le PPS avait pour objectif général de développement d'augmenter de manière considérable l'accès aux programmes de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH, en mettant l'accent sur l'incitation à l'action locale, et la participation multisectorielle de la prévention de la transmission mère-enfant, l'assistance aux enfants extension affectés, le renforcement des capacités thérapeutiques, et le lancement de programmes régionaux pour traiter les questions transfrontalières et l'échange de connaissances.

La Phase 1 du PPS avait pour objectifs précis (1) d'étendre et d'intensifier la prévention, les soins, le soutien et le traitement et (2) de préparer les pays à répondre aux défis sans précédents qui se présenteront à eux lorsque les millions de personnes vivant aujourd'hui avec le VIH auront atteint le stade du SIDA, au cours de la prochaine décennie. Après un inventaire rigoureux (y compris le travail rapporté dans ce livre), la Phase 2 serait conçue de façon à intégrer les innovations qui se sont révélées efficaces; à atteindre une couverture nationale là où cela n'a pas été réalisé pendant la Phase 1; à multiplier les interventions de prise en charge, d'appui et de traitement; et à tenter d'inclure tous les pays intéressés n'ayant pas participé à la première phase. D'ici la Phase 3, un nombre réduit de nouvelles infections était anticipé, ce qui permettrait de focaliser les efforts sur des secteurs ou des groupes de population chez qui les infections continuaient d'augmenter (Banque mondiale 2000c).

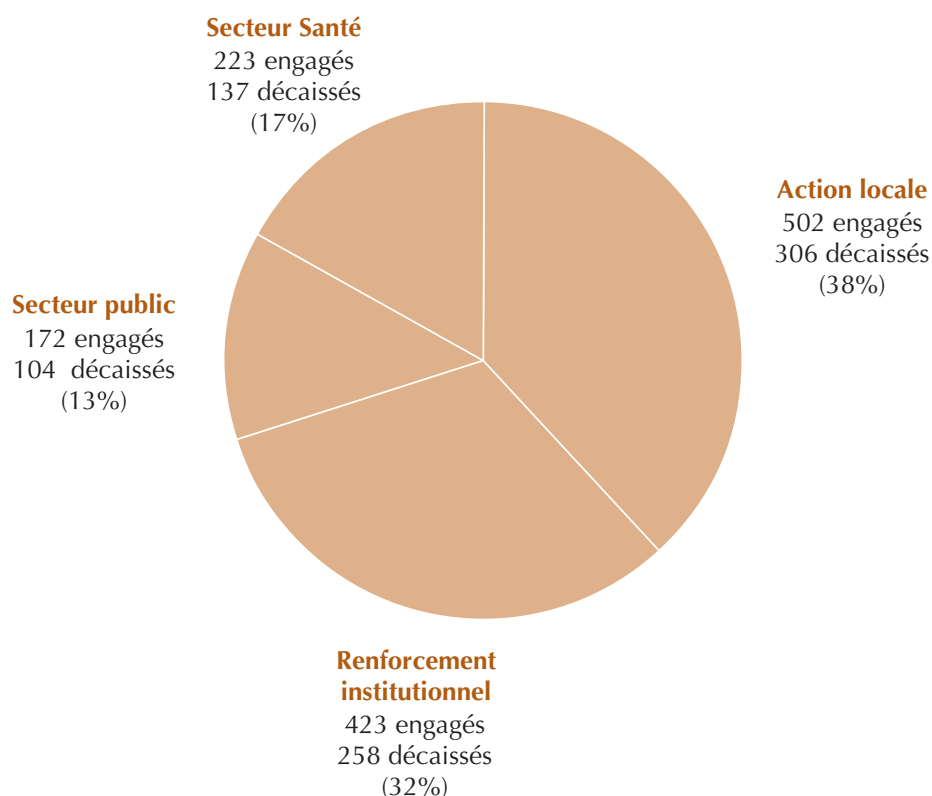
Le mécanisme de financement du PPS était différent des financements antérieurs affectés par la Banque à l'action contre le SIDA. Le caractère exceptionnel de l'épidémie et la nature novatrice du PPS se reflètent dans les modalités de conception, d'approbation et de mise en oeuvre : le PPS visait la rapidité, la souplesse, l'apprentissage par l'action, le remaniement des projets selon les besoins, et le recours à plusieurs agences de mise en oeuvre. Pour atténuer les risques associés à cette démarche, le PPS a établi des critères d'admissibilité auxquels les pays doivent répondre pour bénéficier d'un financement du PPS.

Le PPS devait répondre à quatre grands besoins au niveau national : (1) générer un profond engagement politique et étatique face au SIDA ; (2) créer un environnement institutionnel porteur, y compris en termes de disponibilité de ressources, de manière à déployer les interventions les plus efficaces sur toute l'étendue du pays ; (3) faire de l'action contre le SIDA une affaire locale – c'est à dire accroître la participation de la communauté, et contribuer à ce que celle-ci prenne sur elle la responsabilité de l'action – en apportant des ressources financières, et en renforçant les capacités ; et (4) adopter progressivement une approche multisectorielle impliquant tous les secteurs du gouvernement, et assortie d'une part, d'une meilleure coordination au niveau national et d'autre part, d'une décentralisation vers les structures intermédiaires et locales de l'Etat.

Résultats du PPS : intrants et extrants

Le PPS a engagé et décaissé des fonds destinés à une grande variété de secteurs, comme l'indique le graphique 1.

Graphique 1 Engagements et décaissements de fonds de la Phase 1 du PPS, par secteur, septembre 2006 (en millions de USD)



Source : Estimations de l'auteur.

L'objectif de développement du PPS porte sur les extrants, plutôt que sur les résultats à court et à moyen terme ou sur les impacts. Chaque secteur ayant reçu un financement s'en est servi pour offrir des prestations VIH/SIDA, renforcer les institutions, et afin de surveiller et évaluer la mise en œuvre du Programme. La répartition du financement par type d'activité est indiquée au graphique 2.

Le PPS a contribué aux résultats indiqués au tableau 1. Sauf mention contraire, les résultats ne peuvent être uniquement attribués à l'appui du PPS. Les pays n'ont pu rendre compte des résultats obtenus grâce au PPS spécifiquement que dans le cas de certains extrants.

Conclusions

Le PPS atteint-il ses objectifs ? Les résultats présentés dans ce rapport montrent clairement que le PPS est en voie d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés en termes d'intrants et de produits. Le PPS a contribué à l'élargissement

Graphique 2 Distribution des fonds du PPS par activité (millions USD)

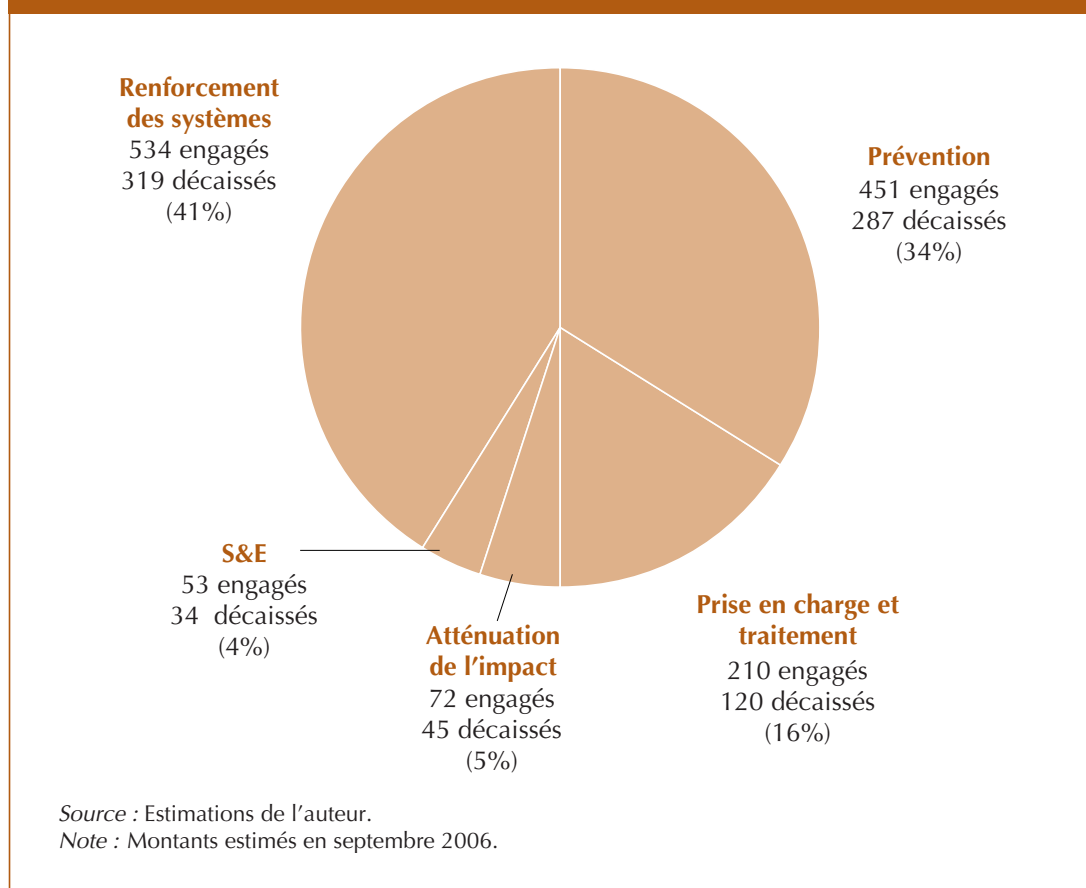


Tableau 1 Extrants auxquels le PPS a contribué depuis septembre 2006

Domaine	Extrants
Renforcement des systèmes	
Augmentation du financement des partenaires au développement	2 240%
Gestion du PPS intégrée aux activités de la Commission nationale de lutte contre le SIDA (CNLS)	59%
Nombre de personnes formées grâce aux fonds du PPS	562 366 (23 pays)
Nombre de structures étatiques décentralisées ayant mis en œuvre les plans de travail de la lutte contre le VIH	10 938 (25 pays)
Employés sensibilisés par programmes VIH sur le lieu de travail	2 258 844 (23 pays)
Nombre d'organisations recevant d'un appui technique	41 107 (25 pays)
CNLS coordonnant à la fois les programmes PPS et ceux du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM)	38%
Prévention du VIH	
Nombre de femmes inscrites aux programmes PTME (prévention de la transmission mère-enfant) depuis le lancement du PPS	1 546 388 (23 pays)
Nombre de structures de conseil et dépistage volontaire (CDV) dans tous les pays PPS	8 812 (23 pays)
Nombre de nouvelles structures CDV mise en place grâce au PPS	1 512 (17 pays)
Nombre de personnes ayant reçu les résultats de leur test VIH	6 999 528 (25 pays)
Nombre de préservatifs masculins distribués	1 294 369 023 (25 pays)
Nombre de préservatifs féminins distribués	4 041 973 (15 pays)

(suite)

Tableau 1 Extrants auxquels le PPS a contribué depuis septembre 2006 (suite)

Renforcement des systèmes	Extrants
Nombre de personnes sensibilisées à travers les programmes d'IEC/CCC (information, éducation et communication ; communication pour le changement des comportements)	173 333 043 (21 pays)
Nombre d'activités IEC/BCC	726 876 (20 pays)
Prise en charge et traitement	
Nombre de structures offrant un traitement antirétroviral (TAR)	3 012 (26 pays)
Nombre total de personnes sous TAR	554 648 au total (27 pays) (26 699 grâce aux fonds du PPS ^a)
Nombre de personnes vivant avec le VIH qui sont sous traitement d'infections opportunistes	287 805 (20 pays)
Atténuation de l'impact	
Nombre de personnes infectées/affectées recevant d'un soutien	502 958 (21 pays)
Nombre d'enfants vulnérables recevant d'un soutien	1 779 872 (22 pays)
Nombre d'activités génératrices de revenus recevant un appui	32 854 (18 pays)
Suivi et évaluation (S&E)	
Nombre moyen d'enquêtes/surveillance par pays avant le PPS	2
Nombre moyen actuel d'enquêtes/surveillance	4

Sources : Formulaire de rétroaction des pays 2006 ; questionnaire ACTAfrica 2005 ; Rapport d'évaluation du Projet d'accélération du traitement (PAT) 2006.

a) Ce chiffre comprend 13 972 personnes déclarées dans le questionnaire ACTAfrica 2005 (provenant de 23 pays PPS, hors PAT, et 12 727 personnes supplémentaires provenant des données du PAT concernant la prestation du TAR dans les trois pays participants.

Tableau 2 Réalisations (ou effets directs) auxquelles le PPS a contribué

Renforcement des systèmes
<p>Le PPS a :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ contribué à un engagement politique accru au plus haut niveau gouvernemental. ■ donné un avantage aux pays pour la réalisation des « Trois principes » (un cadre d'action, une autorité de coordination, un système de suivi et évaluation). ■ contribué au renforcement des institutions et à la consolidation des CNLS. ■ aidé à mobiliser des ressources gouvernementales additionnelles pour la lutte contre le VIH. ■ joué le rôle de catalyseur pour l'accroissement du financement international. ■ provoqué un élargissement considérable de l'échelle de l'action nationale de lutte contre le VIH. ■ contribué à l'amélioration de la législation relative au VIH/SIDA. ■ réussi à promouvoir et faciliter une réponse multisectorielle. ■ soutenu la décentralisation de la réponse au VIH. ■ soutenu une meilleure coordination de la réponse au VIH de la part des CNLS et aux niveaux décentralisés. ■ appuyé les partenariats internationaux relatifs au VIH au niveau national. ■ renforcé les capacités de planification, coordination, surveillance, évaluation, et mise en œuvre des services de lutte contre le VIH.
Prévention du VIH
<p>Le PPS a :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ permis d'augmenter le nombre de femmes ayant accès aux services de PTME. ■ appuyé l'éducation sur le VIH dans les écoles et le dépistage du VIH pour le personnel du secteur de l'éducation. ■ contribué à une meilleure connaissance des modes de transmission du VIH. ■ contribué à réduire les pratiques sexuelles à haut risque dans certains pays. ■ porté, jusqu'à un certain point, sur les populations les plus vulnérables et les plus à risque. ■ contribué à l'augmentation de l'utilisation des préservatifs. ■ permis à plus de personnes de connaître leur statut à l'égard du VIH. ■ aidé à la prévention de la transmission du VIH dans les milieux de soins de santé.
Prise en charge et traitement du VIH
<ul style="list-style-type: none"> ■ le financement du PPS a établi des structures qui fournissent des médicaments antirétroviraux, et élargi l'accès au TAR. ■ le PPS a renforcé les infrastructures de prestation de soins de santé.

(suite)

Tableau 2 Réalisations (ou effets directs) auxquelles le PPS a contribué (suite)

Atténuation de l'impact
<p>Le PPS a :</p> <ul style="list-style-type: none">■ soutenu et encouragé l'assiduité scolaire pour les orphelins et les enfants vulnérables.■ augmenté l'accès à une prise en charge psychosociale de qualité pour les ménages et les enfants affectés.■ contribué à une prise en charge communautaire durable.
Monitoring and Evaluation (M&E)
<p>Résultats du PPS :</p> <ul style="list-style-type: none">■ la plupart des pays disposent de cellules de S&E avec un budget approuvé.■ la plupart des pays disposent également d'équipes chargées du S&E qui se réunissent au moins une fois par trimestre.■ la plupart des pays ont élaboré des documents de formation en S&E (bien qu'ils ne soient pas toujours harmonisés)■ la plupart des pays disposent d'un cadre ou stratégie de S&E approuvés, avec des indicateurs convenus par tous les partenaires (y compris tous les indicateurs UNGASS) et qui sont liés aux objectifs de la stratégie nationale de lutte contre le SIDA. Toutefois, la stratégie de S&E est souvent insuffisamment coordonnée ou mise en œuvre.■ de nombreux pays disposent d'un plan de travail détaillé de S&E ; cependant, seul un petit nombre de ces plans comportent une estimation des coûts.■ la plupart des pays ont commencé à mettre en place une base de données pour le VIH/SIDA, mais la collecte de données des MSP est encore faible.■ l'acheminement des informations stratégiques est meilleur; des directives relatives à la collecte de données existent à l'intention des services non médicaux de lutte contre le VIH, et les enquêtes et la surveillance se sont accrues.■ selon des indications concrètes, les données ont été utilisées.

Sources : Formulaire des observations des pays 2006 ; questionnaire ACTAfrica 2005 ; Rapport d'évaluation du PAT 2006.

considérable des services de lutte contre le VIH. Unique source majeure de financement jusqu'en 2003, il servit de catalyseur, permettant de mobiliser des financements supplémentaires auprès d'autres sources. Il permit aux gouvernements et à la société civile de bâtir et renforcer les institutions à tous les niveaux en vue de leur participation à la réponse au VIH. Par exemple, le financement du PPS a fourni un appui technique à plus de 41 000 établissements. Ces capacités permirent aux pays de mieux utiliser les financements additionnels au fur et à mesure de leur disponibilité. Le PPS a également lancé

plusieurs programmes transfrontaliers destinés aux populations les plus à risque et aidé à améliorer l'accès au TAR. Le PPS a fourni un appui au secteur de la santé et contribué au renforcement du système de santé; 17 % du financement du PPS ont été consacrés aux Ministères de la santé. Le PPS a tenté dès le départ d'harmoniser ses efforts: 59 pourcent des financements du PPS sont gérés sans cellule distincte de gestion de projet et 38 pourcent des CNLS indiquent que les subventions du GFATM et les financements du PPS sont gérés par la même cellule de coordination.

Le PPS répond-t-il aux besoins des pays ? Oui. Toutes les sources concourent à montrer que le PPS a : contribué à affermir le leadership politique ; mis en place, au centre comme à la périphérie, les conditions institutionnelles qui favoriseront une action nationale vigoureuse face au SIDA ; posé les fondements nécessaires à une importante mobilisation des ressources ; apporté une aide financière à de nombreux secteurs, leur donnant les moyens de passer à l'action. Le PPS a également commencé à se pencher plus particulièrement sur les populations vulnérables, ou celles pour lesquelles le risque est le plus élevé. On doit par ailleurs au PPS, d'avoir travaillé avec les pays, le GAMET et d'autres sources, à partiellement améliorer le système de suivi et évaluation (il convient toutefois de mentionner que la présente étude, l'évaluation intérimaire de 2004, et celle de l'OED en 2005 insistent toutes trois sur la nécessité d'intensifier cet effort). Le soutien direct et à grande échelle qu'apporte le PPS à plus de 50 000 communautés et associations de base, constitue une démarche unique, en comparaison des approches des principaux bailleurs de fonds. Un tel financement a permis aux communautés et aux individus vivant avec le VIH de prendre eux-mêmes la responsabilité d'agir face au SIDA, de formuler leurs besoins et d'œuvrer ensemble à satisfaire ceux-ci, notamment : en s'occupant des orphelins ; en offrant des soins à domicile pour les malades nécessitant ayant atteint le stade du SIDA ; en offrant un appui psychosocial ; en sensibilisant à la prévention et au traitement ; en encourageant le dépistage ; et enfin, en stimulant l'essor d'activités génératrices de revenus. Ce livre va bien au-delà des données cumulatives pour donner un bref aperçu des vies de quelques personnes, sur des millions, ayant bénéficié ou aidé à atteindre les résultats présentés dans cet ouvrage. Ces anecdotes personnelles provenant de l'Éthiopie, de l'Ouganda, et du Rwanda ne sont qu'un minuscule échantillon des résultats des subventions financées par le PPS à travers l'Afrique.

Comment les fonds ont-ils été affectés ? Comme l'on pouvait s'y attendre, les montants affectés au secteur de la santé ont été principalement consacrés aux traitements, alors que ceux accordés à la société civile et autres ministères ont

financé surtout les activités de prévention et de prise en charge. Les financements accordés aux commissions nationales de lutte contre le SIDA furent consacrés au renforcement institutionnel, la coordination, la recherche, le suivi et évaluation (S&E), le renforcement des capacités, les coûts opérationnels, et les consultants (dans le cadre du renforcement des capacités). Des efforts continus sont essentiels pour renforcer les systèmes de suivi et évaluation à l'avenir. Plus particulièrement, l'appui aux enquêtes fournissant les données UNGASS permettront à la Banque d'éviter la transmission de données répétitives et spécifiques aux agences et les évaluations de l'impact *ex ante* devraient être explicitement intégrées et financées dans les prochaines phases du PPS.

Fiche de résultats et Cadre générique de résultats futurs

Afin de soutenir les mesures et la transmission des résultats à l'avenir, une Fiche de résultats et un Cadre générique de résultats ont été élaborés en matière d'assistance à la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique. La Fiche de résultats est un ensemble d'indicateurs que tous les projets de lutte contre le VIH/SIDA financés par la Banque devront inclure dans leurs rapports. Le Cadre générique de résultats propose aux projets un choix étendu d'indicateurs (qu'ils peuvent aussi compléter). Les indicateurs de la Fiche de résultats et du Cadre font partie des indicateurs mondialement normalisés dans le cadre d'UNGASS, des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), et de l'Association internationale de développement (IDA). De plus, ils sont fondés sur les capacités des pays en matière de transmission de données et la disponibilité des données de base et pour harmoniser et aligner les exigences de communication des données avec les partenaires majeurs, particulièrement ONUSIDA, GFATM, et le Plan d'urgence d'atténuation des effets du SIDA du Président des États-Unis (PEPFAR). La Fiche de résultats et le Cadre faciliteront la transmission de données relatives au Plan d'action pour l'Afrique de la Banque mondiale, et le Plan d'action de lutte contre le SIDA, surtout une fois intégrés aux rapports sur l'exécution et les résultats de la mise en œuvre (*Implementation Status and Results Reports – ISRs*) et une fois que les indicateurs employés dans les accords de crédit au développement et les documents d'évaluation de projets auront été mis en cohérence.

La voie à suivre

Sans précédent, la riposte globale au VIH en Afrique – que le PPS a contribué à stimuler – a également donné lieu à des défis considérables. L'accrois-

sement du financement international, l'expansion rapide du traitement et l'engagement en matière d'accès universel sont prometteurs. En même temps, ils pèsent lourdement sur les systèmes de santé nationaux, et ont créé des tensions sur le financement des soins de santé, des prestations de service, de l'engagement communautaire et de la collaboration au niveau mondial. L'enjeu, au moment où la seconde phase du PPS commence, réside dans une collaboration entre pays et avec les autres partenaires visant une utilisation efficace des fonds disponibles de sorte que l'appui aux réponses efficaces, nationales et régionales pour le VIH/SIDA soit maintenu.

La Banque mondiale peut contribuer à « fructifier les ressources » en particulier en (1) aidant les pays à élaborer des stratégies plus solides de lutte contre le VIH/SIDA, concentrées sur les résultats et fondées sur des données concrètes; (2) aidant à établir des systèmes nationaux de S&E pour évaluer et gérer les programmes conformément aux résultats à atteindre; (3) aidant à intégrer la lutte contre le VIH à un programme élargi de développement; et (4) en continuant à canaliser les fonds destinés aux communautés, appuyant les actions sur le terrain qui sont essentielles pour la réduction de la stigmatisation, la modification des comportements, ainsi que la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH.