



Observateur du Fonds mondial

LETTRE D'INFORMATION

Numéro 92 : 8 octobre 2019

OFM est une lettre d'information indépendante du Fonds mondial.

[OFM en direct >>](#)

[Site Aidspan >>](#)

[Contactez-nous >>](#)

AU SOMMAIRE :

1. **ACTUALITE** : [Le partenariat du Fonds mondial aurait permis de sauver 32 millions de vies jusqu'à fin 2018.](#)

PAR ADELE SULCAS

À quelques semaines de la sixième conférence de reconstitution des ressources, le Fonds mondial a publié son Rapport 2019 sur les résultats contenant des données jusqu'à fin 2018. Les résultats montrent que les programmes de santé soutenus par le Fonds mondial ont permis de sauver 32 millions de vies. En outre, en 2018, 18,9 millions de personnes suivaient un traitement antirétroviral, 5,3 millions de personnes ont été traitées contre la tuberculose et 131 million de moustiquaires ont été distribuées.

2. **ACTUALITE** : [Le Fonds mondial fait pression sur la République démocratique du Congo, confrontée à une épidémie d'Ebola, pour qu'elle respecte son engagement de cofinancement.](#)

PAR DJESIKA AMENDAH

La République démocratique du Congo doit prouver que le pays a rempli son engagement de cofinancement, a déclaré le Fonds mondial. Dans le cas contraire, le pays risque de perdre jusqu'à 80 millions de dollars US en subvention, soit 15% de la valeur de ses subventions. La RDC est actuellement confrontée à une épidémie d'Ebola qui a tué plus de 2000 personnes au cours de ces 12 derniers mois.

3. **RECONSTITUTION DES RESSOURCES** : [Le secteur privé sera-t-il \(suffisamment\) au rendez-vous pour la sixième reconstitution des ressources du Fonds mondial?](#)

PAR ADELE SULCAS

A ce jour, le secteur privé a contribué à hauteur de 2,7 milliards de dollars US au Fonds mondial, soit environ 5% du total des financements mobilisés depuis sa création. Au cours des trois derniers cycles de reconstitution, l'équipe chargée de la mobilisation du secteur privé a élargi son approche pour englober des partenariats plus stratégiques liés à l'« approvisionnement » avec des partenaires du secteur privé et non gouvernementaux. Cette année, à l'occasion de la sixième reconstitution des ressources, le Fonds mondial a lancé un appel au secteur privé pour recueillir un milliard de dollars en nouvelles promesses de dons. Des annonces de taille sont attendues à Lyon le 10 octobre prochain.

4. **ACTUALITE** : [Le rôle du Fonds mondial pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle sur le devant de la scène lors de l'Assemblée générale de l'ONU](#)

PAR ANDREW GREEN

La tenue prochaine d'une réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, à l'occasion de la 74^{ème} Assemblée générale des Nations Unies, soulève des questions sur la manière dont les institutions multilatérales telles que le Fonds mondial peuvent apporter leur contribution. Les observateurs soulignent le rôle spécifique que le Fonds mondial peut jouer dans la protection des communautés marginalisées et des droits humains. Mais ils avertissent également qu'il pourrait y avoir de potentiels conflits sur les priorités de financement.

5. **ANALYSE** : [Qu'a-t-on appris des 5 dernières années de la lutte contre les pandémies ?](#)

PAR CHRSTELLE BOULANGER

De nombreux progrès ont été réalisés ces dernières années dans la lutte contre les pandémies, comme le montrent les chiffres de dépistage et de mise sous traitement des patients en Afrique de l'ouest et du centre. De nouvelles stratégies visant à réduire la mortalité, et accélérer l'identification des patients et leur mise sous traitements se sont révélées payantes, en particulier celles associant les acteurs communautaires. Des conditions préalables sont nécessaires à l'implémentation et la mise à l'échelle de ces interventions, qui doivent être discutées dès maintenant dans les pays concernés sans attendre la rédaction de la requête de financement. Le momentum est d'autant plus clair que les principaux bailleurs de la santé se sont déclarés prêts à travailler en harmonisant leur approches, et en les alignant sur les priorités des pays concernés.

6. **ANALYSE** : [Ethique et recherches sur le VIH, un sujet exceptionnellement fécond](#)

PAR PHILIPPE MSELLATI ET SANDRINE MUSSO

L'épidémie de VIH/sida a vu apparaître de nouvelles façons d'appréhender une épidémie, à la fois d'un point de vue biologique, médical, et social. Elle a été l'occasion de profonds bouleversements, y compris dans la recherche et dans la réflexion éthique qui

l'accompagnent. Cette épidémie de la fin du XXe siècle a été l'objet d'une "exceptionnalité" que d'aucuns ont trouvé féconde dans de nombreux domaines.

7. ANALYSE : [David Garmaise, ancien rédacteur en chef du GFO, se bat contre la maladie](#)

PAR AIDSPAN

David Garmaise, ancien rédacteur en chef du Global Fund Observer et contributeur régulier, réduira ses contributions au GFO durant son combat contre le cancer.

[HAUT](#)

ARTICLES :

1. **ACTUALITE : Le partenariat du Fonds mondial aurait permis de sauver 32 millions de vies jusqu'à fin 2018**

Le Fonds mondial publie son Rapport 2019 sur les résultats dans la perspective de la sixième conférence de reconstitution des ressources

Adèle Sulcas

Le Fonds mondial estime que les programmes de santé soutenus par son partenariat mondial ont permis de sauver 32 millions de vies sur la période allant jusqu'en décembre 2018. Ce chiffre figure dans le [Rapport 2019 sur les résultats](#) que le Fonds a publié le 19 septembre 2019.

Le rapport 2019 sur les résultats fournit des données pour l'année 2018. Il s'agit de la seconde année où le rapport repose sur une nouvelle méthodologie de calcul adoptée par le Fonds mondial en 2018. Selon la nouvelle méthode, la plupart des résultats sont présentés sur une base annuelle (contrairement aux résultats cumulatifs précédemment présentés par le Fonds mondial). L'estimation du nombre de vies sauvées constitue une exception à la nouvelle norme; il est toujours rapporté sur une base cumulative.

En 2018, le Fonds mondial [estimait](#) que 27 millions de vies avaient été sauvées jusqu'à fin décembre 2017 dans les pays où il investissait. Cela indique que cinq millions de vies supplémentaires ont été sauvées entre décembre 2017 et décembre 2018. Toutefois, le Fonds mondial met en garde contre la comparaison entre les estimations de 2018 et les données de 2017. Dans une note sur la méthodologie incluse dans le rapport 2019 sur les résultats, le Fonds mondial fournit l'explication suivante :

« L'année 2018 constitue la première année du cycle 2018/2020 de mise en œuvre des subventions. Les instances de coordination nationale (ICN) (...) modulent les accords relatifs aux cadres de résultats en fonction de chaque nouveau cycle de subvention (...) Dans la mesure où les indicateurs connexes identifiés par les instances de coordination nationale peuvent varier considérablement d'un cycle à l'autre, certains résultats de 2018 ne peuvent être comparés directement à ceux de l'année précédente,

notamment s'agissant des services de prévention du VIH, qui regroupent une gamme de services déterminée par les pays et suivie au niveau national et infranational.”

Pour cette raison, nous nous sommes abstenus de faire des comparaisons entre les estimations jusqu'à fin 2018 et celles jusqu'à fin 2017 dans cet article.

(Remarque: la majorité des subventions provenant des allocations 2017-2019 sont mises en œuvre sur la période 2018-2020. Cependant, ce n'est pas le cas pour toutes les subventions.)

Le rapport 2019 sur les résultats inclut également une analyse des données et fait état de certains des défis à venir. Il s'agit du dernier rapport de résultats à être publié avant la sixième conférence de reconstitution des ressources, le 10 octobre à Lyon, en France.

En plus des 32 millions de vies sauvées estimées, les autres résultats de haut niveau pour la période se terminant en décembre 2018 sont les suivants :

<i>Personnes sous traitement antiretroviral contre le VIH</i>	18,9 millions
<i>Personnes atteintes de tuberculose sous traitement</i>	5,3 millions
<i>Moustiquaires distribuées</i>	131 millions

Dans une [remarque](#) sur son site Internet, le Fonds mondial déclare qu'il publie les résultats nationaux complets des pays dans lesquels il investit, plutôt que ceux de projets ou d'interventions spécifiques qu'il finance. « Cette préférence reflète un principe fondateur du Fonds, selon lequel il soutient des programmes et des stratégies de santé nationaux visant à atteindre les objectifs établis par les pays. La publication de résultats nationaux complets permet de montrer l'impact des programmes financés avec le soutien de tous les partenaires et de déterminer si les pays sont sur la voie de l'élimination des épidémies à l'horizon 2030 », a déclaré le Fonds.

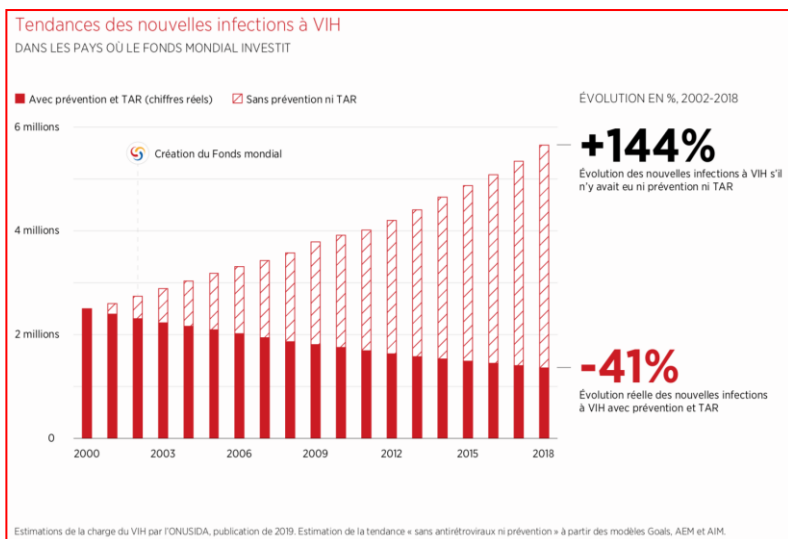
Dans la suite de cet article, nous fournissons des résultats supplémentaires pour chacune des trois maladies.

Résultats pour le VIH

Le nombre de nouvelles infections à VIH en 2018 est estimé à 1,7 million. Le Fonds mondial a déclaré que ce chiffre reste « inacceptable » et qu'il ne baisse pas suffisamment vite pour atteindre l'objectif de l'ONUSIDA de moins de 500 000 personnes infectées par an d'ici 2020.

« Les obstacles tenaces liés au genre et aux droits humains favorisent les nouvelles infections et entravent le recours durable aux services de santé » indique le rapport 2019 sur les résultats. Par conséquent, les personnes issues des populations clés et leurs partenaires représentent désormais plus de la moitié de toutes les nouvelles infections. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel.les du sexe, les prisonniers, les personnes transgenres et les usager.es de drogues injectables courent 22 fois plus de risques de contracter le VIH que la population générale.

Figure 1 (Source: Rapport 2019 sur les résultats)



En outre, selon le rapport, les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans d'Afrique subsaharienne courent deux fois plus de risques d'être infectées que leurs homologues masculins. Dans les pays les plus touchés, ce chiffre est six fois plus élevé.

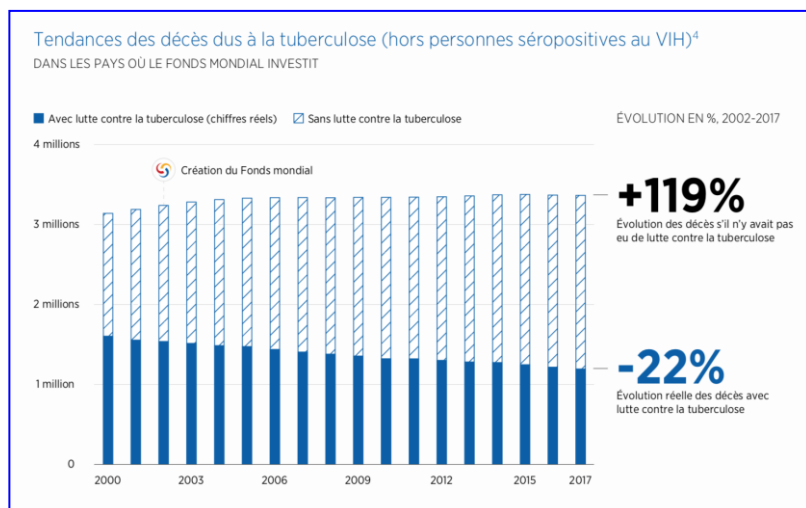
La résistance du VIH contre les médicaments est un problème qui gagne du terrain dans le monde, a indiqué le rapport. En Afrique subsaharienne, plus de 10 pour cent des personnes qui entament un traitement antirétroviral sont porteuses d'une souche du VIH qui résiste aux médicaments les plus couramment utilisés.

Les autres résultats liés au VIH sont les suivants :

- 719 000 mères séropositives ont reçu des médicaments destinés à prévenir la transmission du virus à leur enfant ; la couverture est passée de 43% en 2010 à 83% en 2018. Cible mondiale : 100% d'ici 2020.
- 125 millions de tests de dépistage du VIH ont été réalisés. Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique est passé de 70% en 2015 à 79% en 2018. Cible mondiale : 90% en 2020.
- 18,9 millions de personnes suivent un traitement antirétroviral contre le VIH, une couverture qui est passée de 22% en 2010 à 62% en 2018. Cible mondiale : 81% d'ici 2020
- Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est indétectable est passé de 39% en 2015 à 53% en 2018. Cible mondiale : 73% d'ici 2020.
- 8,3 millions de personnes ont bénéficié des services de prévention du VIH en 2018, dont 4,6 millions issues des populations clés et 1,8 million de jeunes.
- 1,5 million de circoncisions masculines médicales ont été réalisées pour la prévention du de la transmission du VIH en 2018.

Résultats pour la tuberculose

Figure 2 (Source: Rapport 2019 sur les résultats)



Avec 5,3 millions de personnes traitées contre la tuberculose en 2018, la couverture de traitement est passée de 49% en 2010 à 61% en 2017 et le taux de succès thérapeutique a atteint 84% en 2016. Les objectifs mondiaux pour la couverture et les taux de succès thérapeutique sont de 90% d'ici 2025.

Depuis la publication de la brève communication de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le nouveau schéma thérapeutique de la tuberculose pharmacorésistante en août 2018, le Fonds mondial a fourni

46,6 millions de dollars US à 18 pays par une optimisation de portefeuille visant à soutenir la transition vers de nouveaux schémas thérapeutiques.

Les autres résultats liés à la tuberculose sont les suivants:

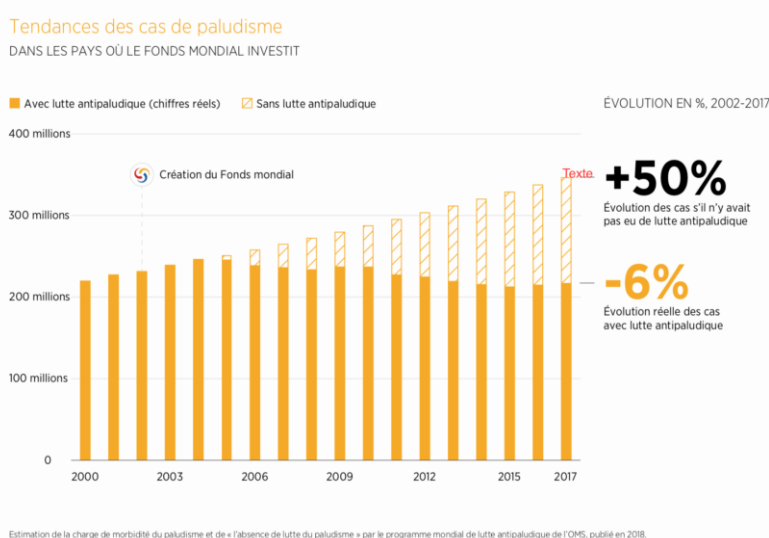
- 114 000 personnes ont reçu un traitement contre la tuberculose multirésistante en 2018 (TB-MDR). La couverture de traitement de la tuberculose est passée de 49% en 2010 à 61% en 2017 et le taux de succès thérapeutique a atteint 84% en 2016. Objectifs mondiaux pour la couverture et les taux de succès thérapeutique : 90% d'ici 2025.
- En 2018, 6 771 personnes atteintes de tuberculose ultrarésistante ont reçu un traitement;
- 332 000 patients tuberculeux séropositifs au VIH ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale pendant le traitement antituberculeux en 2018.
- 142 740 enfants en contact avec des patients tuberculeux ont reçu un traitement préventif en 2018 dans les pays où le Fonds mondial investit.

Résultats pour le paludisme

Figure 3 (Source: Rapport 2019 sur les résultats)

Les autres résultats liés au paludisme pour 2018 sont les suivants:

- 9,4 millions de femmes enceintes ont reçu un traitement préventif contre le paludisme.
- 6,7 millions de structures ont traitées par pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide à effet rémanent.
- 220 millions de cas suspects paludisme ont reçu un test de dépistage.
- 110 millions de cas de paludisme ont été traités.



été

de

COMMENTAIRE D'AIDSPAN: Lorsque le Fonds mondial publiait ses résultats sur une base cumulative, il était facile de faire des comparaisons d'une année sur l'autre et de détecter les tendances. Lorsque le Fonds a introduit les rapports annuels en 2018 (pour les résultats de fin 2017), il a déclaré que les comparaisons étaient impossibles pendant la transition, c'est-à-dire entre 2017 et 2016. Toutefois, il a indiqué que lorsque les résultats de 2018 seraient publiés, les comparaisons d'une année sur l'autre pourraient reprendre. (Consulter l'article de l'OFM [ici](#) en exemple). Malheureusement, cela n'a pas été le cas. Comme il est indiqué dans cet article, dans le rapport 2019

sur les résultats, le Fonds mondial a expliqué qu'étant donné que 2018 constituait la première année du cycle 2018-2020 de mise en oeuvre des subventions, de nombreux indicateurs utilisés pour mesurer les résultats auront changé entre 2017 et 2018 au niveau des pays. Cela signifie-t-il que des comparaisons limitées seront donc possible d'une année sur l'autre pour 2019 et 2020, soit les deuxième et troisième années du cycle? Peut-être. Il faut cependant s'attendre à de nouvelles variations au niveau des indicateurs en 2021, la première année du prochain cycle de subvention. Par ailleurs, les indicateurs ne varieront-ils pas d'un pays à l'autre? Il semble donc qu'il ne sera plus possible de faire des comparaisons d'une année sur l'autre à l'échelle mondiale.

Résultats au niveau des pays

Le Fonds mondial a indiqué que les résultats propres à chaque pays sont disponibles sur les pages dédiées aux pays sur le site Internet du Fonds mondial, accessibles via son site [Explorateur de données](#). Le Fonds mondial a expliqué que les résultats de 2018 pouvaient différer des résultats précédemment publiés en raison de mises à jour et de corrections rétroactives.

Autres ressources :

- Méthodologie: Le dernier chapitre du rapport 2019 sur les résultats se concentre sur la méthodologie. Une note plus élaborée est disponible dans un document en annexe: [Rapport 2019 sur les résultats - Annexe 1, Méthodologie](#) (en anglais). Le document figurant à l'annexe 1 contient une comparaison des résultats pour certains services entre fin 2017 et fin 2018, ainsi qu'une explication relative à certaines des différences présentées. Enfin, une description détaillée de la méthodologie de reporting du Fonds mondial est disponible (en anglais) [ici](#) sur le site Internet du Fonds mondial.
- Un [résumé](#) d'une page du rapport 2019 sur les résultats
- Argumentaire d'investissement pour la sixième reconstitution des ressources ([rapport complet](#); [résumé](#))

[HAUT](#)

2. ACTUALITE : Le Fonds mondial fait pression sur la République démocratique du Congo, confrontée à une épidémie d'Ebola, pour qu'elle respecte son engagement de cofinancement

Une sanction pour non-conformité "sans motif valable" peut réduire les subventions d'un montant allant jusqu'à 15% de leur valeur

Djesika Amendah

Le Fonds mondial a demandé à la République démocratique du Congo de prouver qu'elle a bien respecté son engagement de cofinancement, ou en d'autres termes, que l'Etat a effectué des dépenses publiques de santé d'un

montant d'environ 44,6 millions de dollars US au cours de l'année 2018, conformément à l'engagement - convenu lors de la signature de la subvention - à dépenser environ 98,9 millions d'euros au cours de ce cycle d'allocation. Dans le cas contraire, la RDC risque de perdre jusqu'à 80 millions de dollars US, ce qui représente 15% de la valeur de ses subventions. Cet avertissement est formulé dans une lettre adressée au ministre de la Santé de la RDC, en date du 16 Juillet 2019 et signée par le gestionnaire de fonds de portefeuille, dont certains extraits circulent sur les médias sociaux.

L'Observateur du Fonds mondial a obtenu cette lettre, ainsi que les trois précédentes, grâce à des sources souhaitant rester anonymes car elles ne sont pas autorisées à parler au nom du gouvernement de la RDC. Les trois précédentes lettres, envoyées par le gestionnaire de portefeuille du Fonds mondial en juillet 2017, mars 2017 et octobre 2016, rappellent aux ministres de la Santé successifs la nécessité de prouver que des dépenses publiques de santé ont été effectuées, à défaut de quoi la RDC risque de perdre une partie de sa subvention. L'OFM s'est également entretenu avec Nicolas Farcy, l'actuel gestionnaire de portefeuille du Fonds mondial pour la RDC.

La RDC, à la fois pays à fort impact, Etat fragile, et contexte d'intervention difficile

La RDC est un pays à fort impact pour le Fonds mondial car il est très peuplé (81 millions d'habitants), et parce qu'environ 10% des décès liés au paludisme dans le monde se produisent dans le pays, selon le [Rapport de suivi d'audit du Bureau de l'Inspecteur général \(BIG\) sur les subventions du Fonds mondial octroyées à la RDC en 2019](#). La RDC est le troisième portefeuille le plus important du Fonds mondial (derrière le Nigeria et la Tanzanie). Le montant total contractuel des subventions en cours s'élève à 557 134 547,36 dollars US. De plus amples détails sur la RDC et sur ses subventions sont disponibles sur l'[explorateur de données](#) du Fonds mondial et dans l'[article sur le rapport d'audit OIG 2019 publié dans la version anglaise de l'OFM](#).

La RDC figure parmi les dix Etats les plus [fragiles](#) au monde, et se caractérise par la faiblesse de ses services publics, par des pressions démographiques, par la présence de longue date de réfugiés et de déplacés internes, ainsi que par un faible niveau de sécurité. Le pays se relève suite à deux décennies de guerre civile par intermittence et des zones d'instabilité perdurent à l'Est du pays.

La RDC est classée comme [contexte d'intervention difficile](#) (CID), là où les subventions du Fonds mondial sont soumises à la [politique de sauvegarde supplémentaire \(PSS\)](#). La politique relative aux CID s'applique dans les pays où « la gouvernance est faible, où l'accès aux services de santé est médiocre et où des crises d'origine humaine ou naturelle se produisent ». La politique permet une plus grande flexibilité dans la gestion des subventions, y compris dans les situations d'urgence. La PSS s'applique aux portefeuilles où il existe un risque élevé de perdre de l'argent du Fonds mondial « en l'absence de mesures supplémentaires » pour le protéger.

Depuis août 2018, la RDC fait face à une épidémie d'Ebola qui a été déclarée [urgence de santé publique de portée internationale](#) par l'Organisation mondiale de la Santé en juillet 2019. L'épidémie a déjà tué plus de 2 000 personnes jusqu'à présent. La RDC a dû trouver des ressources supplémentaires pour lutter contre le virus

Ebola tout en s'efforçant de respecter ses engagements financiers antérieurs, y compris ceux envers le Fonds mondial.

Conformément à l'application de la [politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#), la RDC doit prouver que l'État réalise des dépenses de santé, sur son budget national, d'un montant équivalent à au moins 5% des financements du Fonds mondial lors du cycle d'e mise en œuvre de la subvention (2018-2020) ; et que 20% de cet engagement est attribué aux trois maladies. L'OFM a déjà décrit [l'application inégale de la politique en matière de cofinancement](#), certains pays ayant des exigences plus lourdes que d'autres tout en étant dans la même catégorie de pays à faible revenu.

La RDC a entièrement honoré son engagement de cofinancement lors du cycle d'allocation précédent (2015-2017).

Que ce soit pour le cycle actuel ou les cycles précédents du Fonds mondial, la RDC s'est engagée à investir son cofinancement dans la construction, la rénovation et l'équipement des structures de santé. Une lettre de rappel en date du 26 juillet 2017, signée par le gestionnaire de portefeuille du Fonds mondial, mentionne que le pays avait justifié de dépenses publiques de santé à hauteur de 7,3 millions de dollars US, soit 26% de son engagement de cofinancement pour le cycle d'allocation 2015-2017. Le gestionnaire de portefeuille, Nicolas Farcy, a affirmé que la RDC avait pleinement respecté son engagement à la fin du cycle de subvention.

Pour la subvention actuelle, la RDC s'est engagée à dépenser 44,6 millions de dollars US en 2018, répartis de la façon suivante : 12% sur les salaires et les primes de risque aux professionnels de santé, 7% sur l'appui budgétaire général qui couvre les frais de fonctionnement, 70% sur les dépenses en capital (dépenses d'équipement médical et de rénovation des structures de santé, orchestrées par UNICEF, entre autres), et 11% sur d'autres achats stratégiques réalisés par le gouvernement. La lettre du gestionnaire de portefeuille de la RDC de juillet 2019 indiquait que le Fonds mondial n'avait reçu aucune information concernant ces engagements.

Le Fonds mondial sanctionne les pays qui ne remplissent pas leur engagement, que ce soit partiellement ou pas du tout, sans fournir de « motif valable ». Ces pays peuvent perdre jusqu'à 15% de leur allocation actuelle ou future. Lorsque cela est possible, pendant le cycle en cours, le montant du cofinancement peut être retenu ou bien un décaissement futur peut être conditionné par l'obtention d'une preuve que le pays a bien rempli ses engagements. Sans cela, le montant du cofinancement manquant est déduit du prochain cycle d'allocation.

En 2018, le [Nigéria a perdu 170 millions de dollars US de sa subvention actuelle car il n'a pas respecté ses engagements de cofinancement lors du cycle précédent \(2015-2017\)](#). De telles sanctions fournissent aux pays un élan financier pour se plier à l'exigence – mais uniquement si les pays dépensent leur subvention de façon efficace. En pratique, les sanctions qui viennent réduire le financement des activités ne sont efficaces que pour les pays dont le taux d'absorption est de 85% ou au-delà. Pour les pays ayant un taux d'absorption moindre, l'efficacité de ces sanctions est discutable.

En RDC, le taux d'absorption de la subvention était supérieur à 90% au cours du cycle 2015-2017, selon le gestionnaire de portefeuille. En supposant que le taux d'absorption reste identique au cours du cycle actuel, une sanction réduisant la subvention de 15% aura des répercussions sur les activités liées à la santé financées par le Fonds mondial en RDC.

Les Comptes nationaux de la santé peuvent documenter le cofinancement en matière de santé

Selon le gestionnaire de portefeuille de la RDC, le Fonds mondial s'appuie sur plusieurs mécanismes pour suivre le cofinancement des pays. Ces mécanismes sont les suivants:

1. Les décaissements / dépenses sur les lignes budgétaires réservées
 2. Les fonds débloqués pour les commandes d'achats
 3. Les fonds débloqués pour financer les partenaires de mise en oeuvre
 4. L'estimation des dépenses approuvées par les autorités compétentes (ministère des Finances / Département des finances du ministère de la Santé), accompagnées des pièces justificatives;
 5. Les résultats d'exercices de suivi de routine des dépenses tels que les comptes nationaux de la santé, l'évaluation des dépenses nationales accordées à la lutte contre le sida, l'examen des dépenses publiques, etc.
1. Les preuves du financement des ressources humaines dédiées dans la masse salariale du gouvernement;
 2. Les preuves de mise en œuvre d'un plan de pérennisation convenu conjointement;
 3. Les preuves de mise en œuvre d'activités convenues, telles que la distribution de médicaments, des interventions de réduction des risques, l'expansion de services, l'amélioration d'infrastructures sanitaires, la réalisation d'enquêtes spéciales ou de formations.

En appliquant la politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement en RDC, le pays et le Secrétariat du Fonds mondial ont tous deux fait preuve de prudence en acceptant que le cofinancement soit alloué au SRPS. A l'inverse, en Guinée, sur le cycle 2015-2017, alors que le pays sortait de l'épidémie d'Ebola qui avait détruit un système de santé déjà faible, le financement de contrepartie de la subvention du Fonds mondial avait été destiné à l'achat de produits de santé. Le pays n'avait pas réussi à se procurer les antirétroviraux en temps opportun, ce qui avait provoqué des ruptures de stock de médicaments pour les patients vivant avec le VIH.

En RDC, sont éligibles comme cofinancement certaines dépenses récurrentes de l'État, telles que le salaire des professionnels de santé et les primes de risque, ainsi que certains coûts de fonctionnement des structures de santé. (La prime de risque est une indemnité reçue par les membres du personnel qui travaillent dans des conditions dangereuses et font face à un risque médical plus élevé que les autres travailleurs). Pour suivre le niveau, les sources et les bénéficiaires de ses dépenses publiques de santé, la RDC utilise ses [Comptes nationaux de la santé, élaborés par un département du ministère de la Santé](#) et

publiés chaque année. Ces Comptes nationaux de la santé, créés suite à la publication en 2011 du [Système des comptes de la Santé, approuvé par l'Organisation mondiale de la santé](#) (OMS), permettent de documenter les dépenses publiques de santé sur des postes budgétaires récurrents, comme le salaire des professionnels de santé et les coûts d'entretien des structures de santé, ainsi que sur les dépenses en capital - par exemple, pour les équipements des structures de santé. Les lettres du Fonds mondial adressées aux ministres de la Santé font référence au poste de dépenses le plus important, celui du Programme d'Équipement des structures de santé (PESS). Les fonds publics alloués à ce programme servent à la construction et à la réhabilitation de structures de santé et à l'achat de petit équipement.

La RDC respectera-t-elle ses engagements de cofinancement au cours de ce cycle ?

Avant que l'épidémie d'Ebola ne se déclare, la RDC avait respecté ses engagements de cofinancement. Sur ce cycle d'allocation, il se peut que la RDC ait des difficultés à honorer ses engagements de cofinancement tout en gérant la crise Ebola. Nos sources en RDC ont affirmé qu'un rapport en cours de finalisation montrera que le pays a respecté ses engagements de cofinancement en 2018, et qu'il est sur la bonne voie pour les respecter en 2019 et en 2020, à condition que certaines dépenses liées à la riposte à l'épidémie d'Ebola puissent être incluses dans son cofinancement.

Il est important de reconnaître que le pays est confronté à une large panoplie de défis, ce qui nécessite d'appliquer la flexibilité prévue dans la politique en matière de cofinancement, et celle relative aux contextes d'intervention difficile.

Autres ressources

- [Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#) GF / B35 / 04 – Révision 1, Décision du Conseil d'administration
- [Politique relative aux contextes d'intervention difficile](#) GF / B35 / 03 Décision du Conseil d'administration
- *Rapport d'audit - Subventions du Fonds mondial à la République démocratique du Congo (GF-OIG-16-022 2) Septembre 2016 Genève*

[HAUT](#)

3. RECONSTITUTION DES RESSOURCES : Le secteur privé sera-t-il (suffisamment) au rendez-vous pour la sixième reconstitution des ressources du Fonds mondial?

Le responsable de l'équipe chargée de la mobilisation du secteur privé évoque la sixième reconstitution des ressources

Adèle Sulcas

Lors de la réunion annuelle - en janvier dernier à Davos - du Forum économique mondial, la conférence internationale du secteur privé la plus exclusive et probablement la plus médiatisée au monde, le Directeur exécutif du Fonds mondial, Peter Sands, a mis le secteur privé au défi d'apporter au moins 1 milliard de dollars US à la cible minimum de 14 milliards de dollars pour le prochain cycle de financement du Fonds mondial, au titre de la sixième reconstitution des ressources.

Le formulation du défi est prudente ; les mots employés sur le site Internet du Fonds mondial sont les suivants: « Sur le montant minimum de 14 milliards de dollars US, le Fonds mondial lance un appel au secteur privé pour qu'il mobilise au moins un milliard de dollars afin d'accélérer le mouvement. »

Même si le Fonds mondial ne comptabilisera effectivement que les contributions financières pour atteindre la cible du milliard de dollars US, la différence entre « mobiliser » et « contribuer » (ou « investir » ou « faire un don » ou « payer ») est de taille - et met en évidence la distinction, exclusivement réservée au secteur privé au vu de son rôle dans le partenariat du Fonds mondial, entre contributions en espèces et celles en nature. La mobilisation des ressources issues du secteur privé par le Fonds mondial comprend le financement en espèce ainsi que «l'innovation, l'expertise et le plaidoyer».

John Fairhurst, responsable de l'équipe chargée de la mobilisation du secteur privé au Fonds mondial, a échangé avec l'OFM à propos des promesses de dons du secteur privé à l'occasion de la sixième reconstitution des ressources (voir le tableau 1 ci-dessous).

Tableau 1: Promesses de dons en espèces du secteur privé pour la sixième reconstitution des ressources du Fonds mondial

Entreprise du secteur privé	Montant (US \$) pour 2020-2022	Montant sur 5 ans
Co-impact	5 050 000	8 000 000
Cordaid	5 000 000	
Au revoir paludisme	5 500 000	
Croissant Humain	10 000 000	
Takeda	5 400 000	9 000 000

Faisant allusion à certaines promesses de dons en nature qui ont été faites à propos de l'innovation lors de la réunion du Forum économique mondial début septembre au Cap, en Afrique du Sud, Mr Fairhurst a déclaré que le Fonds mondial reconnaissait que "la valeur de certaines innovations est potentiellement gigantesque, mais il est évidemment très difficile de chiffrer la propriété intellectuelle des compétences apportées par le secteur privé. » Pour cette raison, le Fonds mondial a eu tendance à éviter de faire cela de manière formelle, ou de le présenter de manière formelle, a-t-il dit, car il existe mille et une façons de réaliser de telles évaluations.

Promesses de don en espèces et en nature

Lors des premiers efforts du Fonds mondial pour impliquer le secteur privé dans la lutte contre les trois maladies, dès 2002, les promesses de don purement financières de la part des entreprises partenaires étaient relativement limitées (entre 2001 et 2005, le montant total versé par l'ensemble des partenaires du secteur privé et non gouvernementaux s'élevait à 155,8 millions de dollars US). Ces promesses émanaient de « certaines des grandes entreprises qui étaient manifestement très proactives et conscientes de la crise à laquelle nous faisons face, ainsi que de certaines organisations confessionnelles », a rappelé Fairhurst.

Au cours de ces dernières années, et plus particulièrement depuis le lancement de Product (RED) en 2007, les contributions financières du secteur privé ont considérablement augmenté : elles sont passées de 359 millions de dollars US entre 2011 et 2013 à 628 millions de dollars US entre 2014 et 2016, pour atteindre 850 millions de dollars US entre 2017 et 2019 (consulter le [Rapport du Fonds mondial sur les promesses de don et les contributions](#), publié en septembre 2019, pour avoir accès à une liste détaillée).

Mais cette croissance, dit Fairhurst, cache un certain nombre de choses : entre autres, le succès de (RED), qui a déclenché l'évolution du contexte en faveur de l'engagement du secteur privé, ainsi que le soutien de longue date et en constante augmentation de la Fondation Bill & Melinda Gates. Mr Fairhurst souligne le fait que d'autres changements ont eu lieu dans l'environnement dans lequel évolue le Fonds mondial et dans le paysage financier : les entreprises ont changé leur façon d'appréhender la « responsabilité sociale des entreprises » et les façons d'agir en philanthropie se sont « considérablement sophistiquées » au cours des trois derniers cycles de reconstitution des ressources. « Nous avons donc fait en sorte que le Fonds mondial soit bien positionné dans ce contexte en pleine mutation », a-t-il déclaré.

Lumière sur les partenariats stratégiques avec le secteur privé

Dans l'ensemble, l'équipe chargée de la mobilisation du secteur privé souhaite créer « un ensemble plus abouti de partenariats stratégiques dans le domaine de la mobilisation des ressources », confie Fairhurst. Dans ce contexte, l'équipe a demandé au Conseil d'administration, au travers du Comité d'audit et des finances, d'approuver une modification de la politique du Fonds mondial relative aux contributions du secteur privé, permettant à l'équipe chargée du secteur privé de [mobiliser des financements pour venir compléter l'enveloppe des financements à effet catalyseur](#). (Cela a été approuvé par le Conseil d'administration en mai 2019.) « Catalyser de nouveaux financements et/ou plus d'impact, voilà une idée qui « est particulièrement intéressante pour les donateurs privés », déclare Fairhurst en décrivant le type d'impact et de croissance que le secteur privé se plaît à voir.

Optimiser les compétences du secteur privé

Bien que les promesses de don soient bien entendu d'une importance cruciale, le Fonds mondial s'emploie aussi à attirer l'expertise qui se trouve principalement dans le secteur privé. « Le secteur privé possède tout un ensemble de compétences essentielles qui peuvent nous aider à résoudre des problèmes critiques pour le Fonds mondial », déclare Mr Fairhurst, comme par exemple aider le Fonds mondial à utiliser les informations pour améliorer la capacité [des partenaires de mise en œuvre] à rechercher et à soutenir les patients ayant la tuberculose, ou bien améliorer les chaînes d'approvisionnement et être en capacité de livrer des produits plus efficacement. Un autre domaine dans lequel le secteur privé dispose de compétences et de capacités exclusives concerne celui des données, où les entreprises de technologie et de téléphonie mobile possèdent une expertise de pointe en matière de création de systèmes permettant aux données de circuler et d'être utilisées efficacement - un outil au potentiel puissant pour le Fonds mondial.

C'est pour cette raison, explique t'il, que le Fonds présente ses partenariats « pour l'innovation » en mettant en lumière le rôle important qu'ils ont à jouer en aidant le Fonds mondial à surmonter des obstacles majeurs.

Bien que le Fonds mondial soit satisfait des avancées réalisées à ce jour sur les promesses de don du secteur privé, « les deux prochaines semaines sont essentielles pour conclure certains échanges. » Fairhurst s'attend à ce qu'un grand nombre de promesses de don soit annoncé à Lyon. (Contrairement au secteur public, dont les promesses de don ont pour la plupart déjà été annoncées) « Nous savons que le jalon du milliard d'euros sera atteint là-bas », a-t-il déclaré. « J'espère que cela donnera l'occasion d'une série d'annonces passionnantes. »

Note de la rédaction: en novembre 2016, le Conseil d'administration du Fonds mondial a confirmé dans un point de décision (GF/B40/DP04) l'importance du rôle joué par le secteur privé dans la stratégie de mobilisation de ressources du Fonds mondial en apportant ressources financières et contributions en nature

pour appuyer le Fonds mondial dans sa lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le cadre d'engagement du secteur privé (PSE), approuvé par le Conseil d'administration, consolide et met à jour les politiques antérieures du Fonds mondial relatives à l'engagement du secteur privé.

Autres ressources :

- [Les promesses « d'innovation en matière d'approvisionnement » du secteur privé pour la sixième reconstitution des ressources](#)
- [Liste de partenaires du secteur privé et non gouvernementaux du Fonds mondial](#)
- [Le dernier rapport du Fonds mondial sur les promesses de dons et les contributions](#) (téléchargeable au format Excel ou PDF)
- [Décision du Conseil d'administration du Fonds mondial concernant la mobilisation de financements du secteur privé en faveur d'investissements à effet catalyseur pour la période d'allocation 2020-2022](#) (en anglais)

[HAUT](#)

4. ACTUALITES : Le rôle du Fonds mondial pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle sur le devant de la scène lors de l'Assemblée générale de l'ONU

En amont de la première réunion de haut niveau sur la CSU lors de l'AG de l'ONU, les discussions sur la façon dont les institutions multilatérales telles que le Fonds mondial s'inscrivent dans un système de couverture universelle prennent de l'importance

Andrew Green

Sachant qu'une [réunion de haut niveau](#) (HLM) sur la couverture sanitaire universelle (CSU) est prévue pour le 23 septembre 2019, la veille du premier jour de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies, les Nations Unies pourraient intensifier le mouvement international en faveur d'une approche centrée sur les systèmes de santé offrant une couverture globale de soins essentiels financée par les gouvernements nationaux.

Une transition vers la CSU serait lourde de conséquences pour le Fonds mondial. La réunion fait émerger des questions sur le rôle que le Fonds mondial pourrait jouer - ou pas - dans la réalisation de la CSU, mais aussi des considérations à long terme, y compris la question de savoir si cette transition, en cas de réalisation, pourrait en fin de compte rendre le Fonds mondial obsolète.

Une porte-parole du Fonds mondial a déclaré à l'OFM qu'il n'était pas possible de dissocier la réalisation de la CSU des objectifs du Fonds mondial, et des responsables du Fonds mondial, notamment le Directeur exécutif, Peter Sands, [ont exprimé leur soutien](#) à la CSU. « La mission du Fonds mondial a toujours été étroitement liée à l'amélioration des systèmes de santé, et en fin de compte à la réalisation de la couverture sanitaire universelle », a écrit la porte-parole dans un courriel.

Au sein de la communauté de la santé mondiale, qui réclame la fourniture de soins essentiels à tous les patients, et ce de façon durable, le plaidoyer en faveur de la CSU est monté en puissance. Ce plaidoyer a permis à la CSU de faire partie des [Objectifs de développement durable](#) (ODD), qui appellent à des efforts

concertés "pour réaliser la couverture sanitaire universelle et parvenir à un financement durable de la santé", et a abouti à la résolution de l'Assemblée générale d'organiser cette année une réunion de haut niveau sur la question.

De façon générale, la CSU cherche à fournir à une communauté donnée une gamme complète de services, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, des traitements, de la réadaptation et des soins palliatifs, le tout en garantissant un prix abordable. Elle repose sur un système de soins de santé primaires accessible et complet. La communauté de la santé mondiale se rassemble autour d'un modèle dans lequel les gouvernements définiraient leurs propres priorités en termes de services de santé et en assumeraient également la majeure partie des coûts.

Loyce Pace, Directrice exécutive du [Global Health Council](#), déclare que la discussion au sujet de la CSU reflète l'évolution actuelle au sein des cercles de la santé mondiale. Au crépuscule d'une "époque dorée", au cours de laquelle l'attention et les ressources de la communauté internationale étaient consacrées à la riposte contre des maladies telles que le VIH et le paludisme, elle explique à l'OFM que le discours est à présent orienté vers la mise en place d'un système capable de maintenir l'élan autour de chacune de ces ripostes, tout en offrant une couverture plus globale.

« Tout ce que nous avons fait a du sens », a-t-elle affirmé. « Mais nous devons à présent réfléchir à ce qu'il nous faut bâtir sur les progrès que nous avons réalisés. Il n'est pas nécessaire de faire un choix entre l'un ou l'autre des scénarios. Nous voulons savoir ce que l'un peut faire pour contribuer à l'autre. »

Sachant que la CSU était au cœur des débats, le Fonds mondial a tâché de mettre en lumière la façon dont il contribue à la couverture universelle. Dans une [publication du mois de mai](#), le Fonds mondial a souligné la manière dont ses efforts ont permis de renforcer les systèmes de santé et de promouvoir des points de services de santé intégrés dans une offre de service plus vaste que les seuls services sur le VIH, la tuberculose et le paludisme. Le Fonds mondial a également élargi l'accès aux soins, en particulier pour les populations marginalisées, et incité les gouvernements nationaux à investir davantage dans la santé.

Le Fonds mondial considère qu'il a également un rôle à jouer dans la définition de ce que sera la CSU. Cela signifie aussi faire en sorte que, là où il le faut, les services de prévention et de prise en charge du VIH, du paludisme et de la tuberculose conservent une place de choix dans les politiques de santé.

« Ce n'est pas comme si le Fonds mondial fonctionnait en huis clos », a déclaré Pace. « Il cherche à prendre ses responsabilités en participant aux débats et en apportant une réponse à cette question. » La contribution du Fonds mondial pourrait être essentielle, en particulier pour les communautés marginalisées, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe et les personnes transgenres.

« Le Fonds mondial a joué un rôle primordial en montrant comment une population marginalisée pouvait être impliquée dans la gouvernance et la prise de décision », déclare Marielle Hart, la Responsable politique aux États-Unis pour l'organisation néerlandaise [Aidsfonds](#). Elle met en avant tout particulièrement l'inclusion des représentants de populations clés dans les instances de coordination nationale (ICN).

Cette inclusion pourrait disparaître dans un système de santé financé par les pays eux-mêmes, où les gouvernements qui criminalisent certaines de ces populations seraient chargés d'établir les priorités. Aidsfonds a [réalisé une étude](#) sur cette question dans quatre pays à revenu faible ou intermédiaire. « Nous faisons le même constat partout : actuellement ces populations continuent à faire face aux mêmes obstacles qu'avant pour accéder aux services de santé », déclare Hart.

« Il n'existe aucune volonté politique de toucher ces groupes. »

Hart ajoute qu'une présence réduite du Fonds mondial représente d'autres risques, notamment celui que les gouvernements accordent la priorité aux interventions qui présentent un retour sur investissement important. Cela viendrait saper les interventions qui n'offrent pas de bienfaits facilement mesurables, comme le rôle des activités de prévention dans la réduction de la transmission du VIH.

Si le Fonds mondial et d'autres organisations multilatérales voient leur position réduite ou disparaissent carrément dans le cadre de la CSU, cela leur enlèverait toute influence pour plaider en faveur [d'approches fondées sur les droits humains](#) ou de politiques de santé élargies, regrette-t-elle.

« La réalité est que nous n'éliminerons pas le sida, la tuberculose ni le paludisme sans mettre en place des systèmes de santé résilients qui soient véritablement universels, qui atteignent les personnes pauvres, marginales et vulnérables qui sont souvent laissées pour compte », écrit la porte-parole. « L'autre réalité est qu'un système de santé qui ne protège pas efficacement les personnes du sida, de la tuberculose et du paludisme n'est pas un bon système de santé. »

Des représentants du Fonds mondial participeront à la réunion de haut niveau (y compris le Directeur exécutif Peter Sands) et la porte-parole a déclaré à l'OFM qu'une reconstitution des fonds réussie cette année constituerait une étape importante dans les efforts visant à atteindre la CSU.

La porte-parole soutient que c'est faire fausse route que d'établir une dichotomie entre la CSU et les objectifs du Fonds mondial, cependant la réalité est là : le financement de la santé mondiale stagne. Bien que la pérennité de la CSU dépende de la capacité des gouvernements nationaux à prendre à leur charge une majeure partie du coût, un financement des bailleurs internationaux restera probablement nécessaire. Les organisations internationales ont préféré éviter de mettre un prix sur le coût global de la réalisation de la CSU ; cependant, en amont du HLM, ses organisateurs ont [annoncé des objectifs](#), et ont notamment incité les gouvernements à établir des cibles pertinentes dans chacun des pays pour les investissements en santé, avec l'idée que l'aide internationale permettra alors de « réduire la fragmentation et de renforcer les capacités nationales de financement de la santé. »

Les efforts pour réaliser la CSU pourraient alors entrer en conflit avec le Fonds mondial et d'autres institutions, qui sont en concurrence au regard des ressources limitées, a déclaré à l'OFM Rob Yates, un fervent défenseur de la CSU à la tête du Centre de sécurité sanitaire mondiale à la [Chatham House](#).

La poursuite de l'activité des bailleurs internationaux amoindrit également l'accent mis sur l'augmentation des financements nationaux, a-t-il dit. « Ce n'est pas la faute du Fonds mondial. En voyant la situation, nous pensons tous : "Comment pouvons-nous acheminer davantage d'aide au développement dans ces pays", au lieu de se demander "comment pouvons-nous aider le ministère de la Santé à formuler des arguments en faveur d'une plus grande part de financement". »

Cependant, l'adoption de la CSU soulève encore d'importantes questions, notamment, et non la moindre, celle de savoir si les gouvernements voudront réellement en payer le prix. Cela signifie que l'utilité des institutions qui dominent actuellement le milieu de la santé mondiale ne va pas disparaître. Cela n'empêche toutefois pas certains experts de commencer à réfléchir à la manière dont le Fonds mondial pourrait évoluer au sein d'un monde de la santé mondiale en pleine mutation.

Dans son article paru dans [The Lancet](#) l'année dernière, Richard Horton, éditeur de la revue, a invité les dirigeants du Fonds mondial à « se saisir de l'occasion d'écrire un nouveau scénario pour le Fonds mondial pour lui permettre de s'adapter à son nouvel environnement politique et économique ». Il a suggéré que le Fonds mondial adopte une stratégie "DAB 2.0", c'est-à-dire qu'il continue à se concentrer sur le sida, la tuberculose et le paludisme, mais aussi sur la CSU.

Une telle stratégie provoquerait l'expansion du Fonds mondial, pour qu'il soit en mesure de combler les lacunes dans la réalisation de la CSU, et pourrait constituer un prolongement naturel des efforts actuels pour mettre en exergue le travail déjà accompli pour aider à l'accomplissement de la couverture sanitaire universelle.

En réponse à une question sur l'adoption du modèle de Horton, la porte-parole a déclaré à l'OFM: « L'impact du Fonds mondial est toujours allé bien au-delà d'un impact sur les trois maladies ». Elle a également souligné que le Fonds mondial était le plus grand investisseur multilatéral en subventions pour les systèmes de santé, avec 1 milliard de dollars par an. Cet argent sert à améliorer les chaînes d'approvisionnement, à renforcer les systèmes de données et de l'utilisation de ces données, à mettre en place un personnel de santé adéquat, à renforcer les ripostes et les systèmes communautaires, et à promouvoir la prestation de services intégrés.

Il serait également possible que certains aspects du Fonds mondial évoluent pour s'adapter à l'ère de la CSU, ce qui permettrait de préserver certains idéaux défendus par le Fonds mondial. Hart affirme que dans certains pays, il y a un début de discussion à propos de l'élargissement du champ d'action des ICN au-delà des activités du Fonds mondial, pour qu'elles englobent tout ce qui touche à la CSU.

« De cette manière, la société civile et les communautés touchées peuvent réellement s'impliquer dans les processus de redevabilité autour de la CSU et surveiller sa mise en œuvre », a-t-elle déclaré.

Dans l'ensemble, cependant, la communauté internationale commence tout juste à s'attaquer à ces questions, notamment la manière dont la CSU façonnera les institutions multilatérales et vice-versa. Un important plan directeur, [le Plan d'action mondial](#), sera publié en amont de l'Assemblée générale des Nations Unies et pourra ensuite être utilisé pour guider la réunion de haut niveau. Le Plan est né de la demande d'une stratégie globale visant à atteindre les objectifs liés à la santé au titre des ODD. Douze institutions dédiées à la santé mondiale, y compris le Fonds mondial, s'emploient à définir les actions collectives nécessaires pour atteindre ces objectifs.

Les personnes responsables du Plan ont déclaré à l'OFM qu'elles n'étaient pas encore en mesure de fournir des détails sur son fonctionnement ni sur les actions à entreprendre de la part de ses institutions partenaires. Pace, qui est impliquée dans un groupe de la société civile qui joue le rôle de conseil dans le cadre de l'élaboration du Plan, prédit qu'il nécessitera initialement une plus grande coopération entre les différentes grandes agences mondiales, sans pour autant provoquer de réorganisation significative. Pour l'instant, tout au moins.

Autres ressources :

- [Ordre du jour de la réunion de haut niveau de septembre](#)
- [Article \(en anglais\) dans The Lancet sur l'avenir du Fonds mondial](#)
- [Le Fonds mondial sur ses contributions à la CSU](#)
- [Etude d'Aidsfonds sur l'intégration des services de VIH dans la CSU](#)
- [Détails disponibles \(en anglais\) sur le Plan d'action global](#)
- [Les Objectifs de développement durable](#)
- [Article \(en anglais\) de l'OFM sur les efforts du Fonds mondial pour inscrire les droits humains dans ses programmes](#)
- [Article de l'OFM sur une séance spéciale sur la CSU à la Conférence internationale sur le sida](#)

[HAUT](#)

5. ACTUALITE : Qu'a-t-on appris des 5 dernières années de la lutte contre les pandémies ?

Le nouveau cycle de financement offre une opportunité indéniable pour mettre en avant les interventions à succès et préparer leur mise à l'échelle

Christelle Boulanger

Comme l'a encore démontré il y a peu le rapport du Bureau de l'Inspecteur Général sur la mise en œuvre des subventions en AOC, la gestion des fonds alloués par le Fonds mondial et la mise en place des activités dans les pays fragiles reposent la plupart du temps sur le savoir-faire des acteurs étrangers. Agences des Nations Unies et organisations non gouvernementales internationales se partagent cette lourde tâche depuis des années, et ont développé un savoir-faire indéniable dans la compréhension et la bonne utilisation des procédures du Fonds mondial, ainsi que dans l'offre de services de santé pour les populations. Savoir-faire parfois transmis de manière transparente et pédagogique aux différentes parties prenantes du ministère de la santé du pays dans une réelle volonté de renforcer les acteurs nationaux, et de passer la main. Des outils de gestion programmatique, financière et pharmaceutique a été développés à cet effet, notamment par les agences onusiennes. Malgré cela, force est de constater une certaine inertie de part et d'autre :

- Dans les contextes fragiles, les bénéficiaires principaux internationaux demeurent en place au gré des subventions qui se succèdent, malgré des promesses de renforcement des capacités et de passation des responsabilités. Les activités de prise en charge sont menées par les programmes et des associations locales mais également par des organisations internationales qui ont les compétences et les moyens logistiques bien supérieures pour mettre en œuvre des activités à grands échelle.
- Les autorités des pays concernés, bien que très critiques de ce système, et désireuses de recouvrer la souveraineté sur la gestion des subventions, ne préparent pas de structure gouvernementale susceptible de répondre aux exigences posées par le BIG et d'être choisie lors de la sélection du BP. Elles ne soutiennent par ailleurs pas suffisamment les acteurs nationaux, qu'il s'agisse du personnel de santé ou des organisations de la société civile.

Dans le chapitre consacré aux procédures de mise en œuvre, l'équipe du BIG identifie de nombreuses conséquences néfastes liées à la gestion de la subvention et la mise en œuvre des activités par des organisations internationales :

D'une part, les acteurs étrangers n'ont pas de relation hiérarchique ou fonctionnelle avec les structures de santé qui délivrent les services. Il leur est de ce fait difficile d'influencer durablement la qualité des soins, l'organisation des services, ou le rapportage des données demandé. Les organisations internationales rendent alors et en priorité des comptes au Fonds mondial et pas au ministère du pays dans lequel elles interviennent.

D'autre part, la gestion séparée des 3 subventions (même si la tendance est à la gestion u sein de la subvention VIH/TB d'une même subvention) rend la vision globale des tendance épidémiologiques et l'analyse des grands enjeux de santé difficile dans les pays. Elle multiplie par ailleurs les acteurs engagés dans la mise en œuvre de la gestion des fonds et la mise en place des activités, les outils de suivi et d'évaluation, et rend toute entreprise d'alignement plus complexe encore.

Enfin, le renforcement des capacités, qui devrait incomber à tout partenaire de mise en œuvre dans une relation équilibrée avec les instances nationales, est le parent pauvre (quand il ne rentre pas directement en

conflit avec les intérêts de l'organisation désignée comme bénéficiaire principale) de la gestion de la subvention.

Le constat posé par le Bureau de l'Inspecteur Général ne révèle pas une réalité inconnue par tous les acteurs de la lutte contre les pandémies. Mais il a le mérite, dans une période de reconduction des financements, de poser une nouvelle fois la question de la gouvernance sanitaire dans des pays au système de santé particulièrement fragile.

Les cycles 2014-2016 et 2017-2019 ont accéléré et mis en exergue les bons résultats et les difficultés

Un observateur extérieur remarquera que les 5 dernières années ont été une formidable caisse de résonance des enjeux auxquels sont confrontés les pays d'Afrique à ressources limitées, et des défis de plus en plus globaux auxquels il nous faut collectivement répondre. Le passage au nouveau modèle de financement a permis aux pays d'AOC de bénéficier de subventions importantes visant à mettre à la disposition des patients un service de qualité, sans pour autant être préparés à leur gestion. Les résultats sont en matière de VIH sida et de paludisme remarquables comme l'a démontré le rapport du BIG.

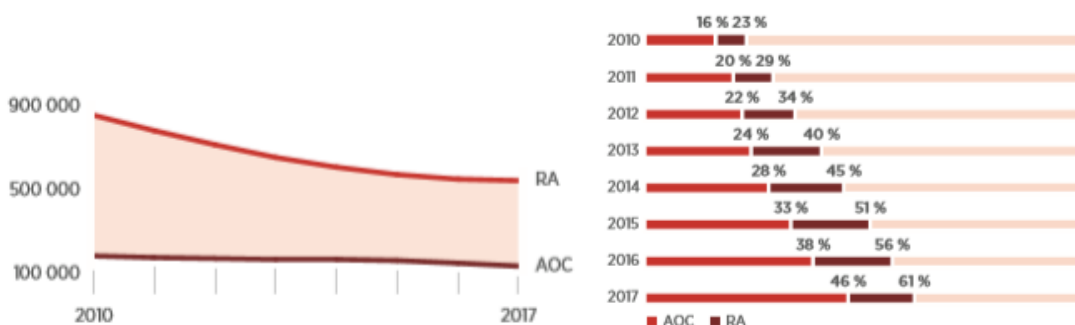
Paludisme



Courbe de mortalité en Afrique

Courbe d'incidence en Afrique

VIH



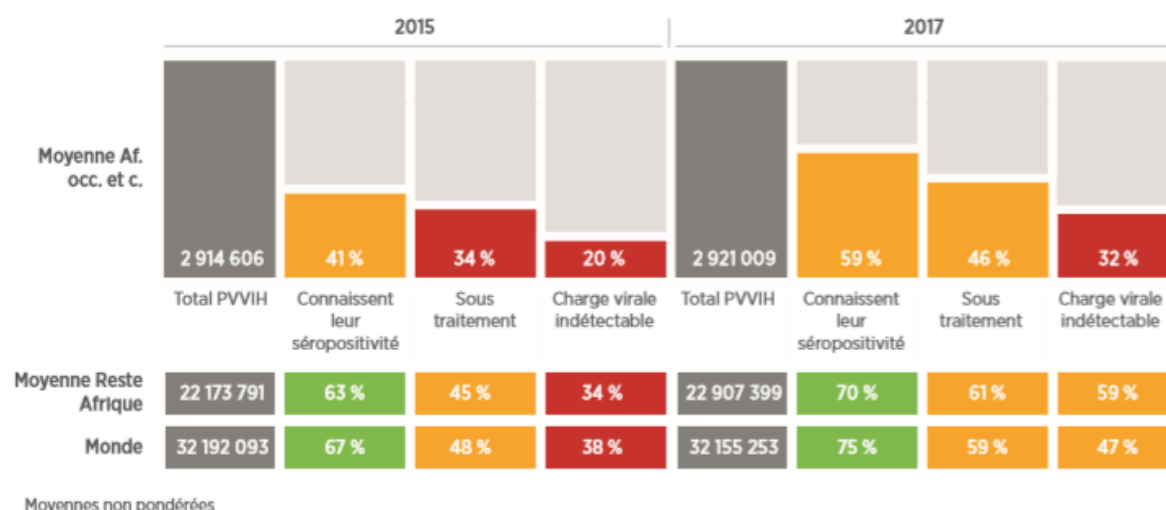
Courbe des nouvelles infections

Couverture ARV

Bien que ralentie par des négociations longues en début de subvention (18 mois en moyenne ont été nécessaires aux pays pour signer les documents de subvention lors du NFM1), la mise en œuvre s'est ensuite accélérée, comme le reflètent des taux d'absorption relativement élevés dans la région (77% globalement, même si le dernier quintile, constitué de pays fragiles, est en deçà des 60%).

Malgré cela, on sait désormais avec certitude que les progrès ont été beaucoup plus timides, voire inexistants dans l'arrêt des nouvelles infections à VIH, ou encore dans la lutte contre la tuberculose.

Les pays de la région représentent 9,2% des nouvelles infections à VIH : chaque semaine, environ 6200 jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont infectées par le VIH. En Afrique subsaharienne, quatre nouvelles infections sur cinq interviennent parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes.



Moins de la moitié des personnes dépistées sont aujourd'hui mises sous traitement et à peine 1/3 a une charge virale indétectable.

En matière de tuberculose, les tendances sont même négatives puisque la région de l'Afrique occidentale et centrale a enregistré une hausse de 5 % du nombre annuel de décès liés à la tuberculose (toutes formes confondues) depuis 2010. Cette évolution contraste avec le reste du continent, qui enregistre un déclin de 8 %. L'incidence est également en hausse de 10% avec 53.330 cas supplémentaires entre 2010 et 2017, effet d'une augmentation des cas dans quelques pays (la RDC, le Tchad et le Sénégal).

En quoi la préparation du nouveau cycle est-elle une opportunité ?

L'initiation de nouvelles discussions pour la reconduction des financements est une opportunité de mettre en dialogue tous les partenaires engagés dans la lutte contre les pandémies, afin de réfléchir aux stratégies qui contribueront à améliorer les performances insuffisantes mentionnées ci-dessus. Pour que ce dialogue soit fructueux et efficace, il est nécessaire de prendre en compte les avancées réalisées au cours des 5 dernières années, et de discuter de leur adaptation aux différents contextes de la région.

Des stratégies plus diversifiées qu'en 2015 qui ont fait leurs preuves

La mise en place des modèles de soins différenciés et les résultats obtenus en matière de dépistage, mise sous traitement, observance et succès thérapeutique apportent aujourd'hui une réponse intéressante. Tous ont démontré que l'ancrage communautaire est un levier puissant, qu'il s'agisse de la mise en place de stratégies de dépistage communautaire réalisé par les associations au travers des pairs éducateurs ou par les agents de santé communautaire, de la création de groupes d'auto-support (ou groupes TARV) constitués de PVVIH ou de l'ouverture des points de distributions d'ARV (PODI) qui permettent aux patients stables de retirer leurs médicaments tous les 3 mois sans voir un médecin.

Toutes ces stratégies ont démontré leur plus-value pour le patient (coût de transport moindre puisque le PODI est situé dans leur quartier, temps d'attente très réduit, accueil adéquat assuré par des PVVIH qui sont de bons

conseils) et pour le système de santé (désengorgement des hôpitaux et des centres de santé, répartition des tâches entre les médecins et les infirmiers voire les agents de santé communautaire, système de dépannage d'ARV entre PODI pour limiter les ruptures...). Ces activités requièrent une certaine préparation : formation des personnels des centres de santé à la prise en charge des PVVIH, création d'un PODI et formation des personnes qui y travaillent (accueil des patients et counselling, gestion de la pharmacie, remplissage des données), accord des autorités de santé pour une délégation des tâches (infirmières prescrivent les ARV et les personnels des PODI les distribuent), ainsi qu'une gestion des stocks appropriée (les traitements sont donnés pour 3 voire dans certains cas pour 6 mois, il faut s'assurer qu'il existe un stock suffisant).

Plusieurs initiatives inspirées de ces stratégies ont vu le jour ces dernières années, adaptées à la lutte contre la tuberculose et le paludisme, afin d'associer le plus possible les acteurs communautaires à la recherche des patients, à leur sensibilisation puis à leur accompagnement dans la prise du traitement. Selon l'OMS, la moitié des patients atteints de tuberculose ne serait pas dépistée, ce qui requiert la mise en œuvre de stratégies communautaires au plus proches des personnes infectées. [Stop TB](#) a engagé un travail de cartographie des acteurs communautaires dans la tuberculose, et d'identification des principales barrières empêchant les patients d'avoir recours aux soins. Un programme d'appui aux associations s'est mis en place, appuyé dans certains pays (Bénin, Cameroun, Niger, Tchad) par l'Initiative 5% dans le cadre du partenariat RECAP TB AOC. Celui-ci vise à identifier ces OSC et à les appuyer dans le cadre de leurs activités de dépistage et de prise en charge. Par ailleurs, un réseau d'associations s'est structuré, le [DRAF](#), en marge de la réunion d'Accra en avril 2018. C'est un réseau régional d'organisations intervenant dans la lutte contre la tuberculose, la co-infection VIH/TB, les questions communautaires, de genre et de droits humains. Le Réseau espère jouer un rôle central dans le plaidoyer régional sur la base de la Déclaration politique TB HLM 2018, renforcer les capacités des OBC pour une approche centrée sur la personne, mieux coordonner les initiatives nationales et régionales, et sceller des partenariats avec les Programmes Nationaux et les organismes régionaux et globaux.

En matière de paludisme enfin, la naissance du premier réseau des organisations de la société civile engagées dans le paludisme, créé suite au Congrès mondial de Melbourne, témoigne également de la vivacité et de la volonté des OSC de participer à la délivrance de services, qu'il s'agisse d'IECC, de la distribution des traitements, ou bien du conseil et de la référence vers des formations sanitaires. [CS4ME](#) (Civil Society For Malaria Elimination) s'est également montrée très active dans le plaidoyer auprès des décideurs politiques et des bailleurs pour augmenter les financements disponibles dans la lutte contre le paludisme.

Tous ces exemples témoignent de la dynamique engagée par les acteurs communautaires dans la région, qui se traduit dans les faits par une amélioration du cadre stratégique au cours des dernières années : 13 des 15 pays d'Afrique francophone sont désormais dotés d'une stratégie communautaire, qui définit entre autre le rôle de chacun des acteurs du système de soins, donne un cadre global transversal aux pathologies afin de mettre en cohérence les actions de lutte contre les pandémies avec celles de la vaccination ou encore de la santé maternelle et néonatale. Les agents de santé communautaires ont désormais un statut, un rôle clairement défini, une formation et un mode d'indemnisation ou de rémunération selon les pays.

Une réflexion et un engagement mondial vers l'intégration et la collaboration entre bailleurs

L'autre avancée majeure de ces 5 dernières années est le dialogue inter bailleurs et la volonté commune aux grandes institutions internationales d'œuvrer au renforcement des systèmes de santé, bien que ce ne soit pas en tant que tel un objectif initial de leur mandat.

Alors que le secteur de la santé est sous-financé dans la plupart des pays de la sous-région, et que ces derniers dépendent à plus de 50% de l'aide internationale, les choix stratégiques effectués ne tendaient pas vers la complémentarité et la rationalisation des investissements. 12 organisations engagées dans la santé (GAVI, Fonds mondial, OMS, Mécanisme de Financement Mondial, ONUSIDA, PNUD, FNUAP, Unicef, Unitaid

ONU Femmes, Banque Mondiale et PAM) l'ont eux-mêmes reconnu dans document appelé [Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous](#) récemment publié, « même si nous collaborons déjà dans de nombreux domaines, nous sommes d'avis qu'une collaboration plus résolue, plus systématique, plus transparente et plus responsable entre nos organisations contribuera à donner une impulsion accrue à un stade crucial pour la santé dans le monde et à réaliser pleinement le potentiel de la santé en tant que condition préalable ». A ce titre, les 12 organisations engagées dans ce partenariat promettent de :

- Mieux collaborer avec les pays en vue de mieux définir les priorités et assurer ensemble la planification et la mise en œuvre ;
- Accélérer les progrès dans les pays au moyen de mesures conjointes relatives à sept thèmes accélérateurs énoncés dans le Plan et de notre engagement général à promouvoir l'égalité des sexes et à appuyer la fourniture de biens publics mondiaux ;
- Harmoniser nos stratégies et politiques opérationnelles et financières à l'appui des pays pour améliorer l'efficacité et réduire la charge des pays

Cet engagement est indispensable pour un effort de mutualisation des ressources, et de cohérence des stratégies de renforcement des systèmes de santé dans cette zone. Il est également crucial pour faciliter le travail des ministères de la santé des pays concernés, trop souvent confrontés à un morcellement des initiatives et des partenaires qui agissent par le truchement de stratégies parfois courttermistes, souvent peu harmonisées avec le reste des partenaires, et qui multiplient les « coûts transactionnels » pour les pays concernés (modalités de rapportage différentes, activités financées et paquets de soins différents selon les bailleurs...).

Le renforcement des systèmes de santé, pierre angulaire et fondement même de la mise en place d'une couverture sanitaire universelle, ne peut s'effectuer sans ce partenariat porteur d'une vision claire et commune des priorités en matière de ressources humaines en santé (formation initiale et continue, mode de rémunération et sources de financement, déploiement sur les territoires), de gestion des produits pharmaceutiques (assurance qualité face à la diffusion des faux médicaments, systèmes d'approvisionnement performants jusqu'au dernier kilomètre), de collecte et d'analyse des informations sanitaires ou de financement de la santé.

Dans ce domaine également ces dernières années ont été marquantes : l'Union Africaine s'est saisie de la question du financement de la santé et travaille à la mise en œuvre d'une feuille de route par pays. Le Bénin a lancé le projet ARCH (Assurance pour le Renforcement du Capital Humain), initiative ambitieuse d'un montant total de presque 500 millions d'euros, financé par le Bénin (à hauteur de 10%) et par un consortium de partenaires (Banque Mondiale, Fonds mondial, système des Nations Unies, JICA, le BIT, l'Agence Française de Développement, la BID) réunis autour d'un objectif commun : mettre en place un régime de protection sociale adapté et inclusif. Pour le volet assurance maladie, il est prévu que les populations les plus pauvres (les premières à avoir été enrôlées) bénéficieront d'un accès gratuit aux soins, et pour les catégories plus aisées, une participation à hauteur de 40% des dépenses. Enfin, un régime de cotisations sociales par l'employeur est mis en place pour les salariés du secteur privé. L'ARCH est en cours de déploiement, et l'on sait dorénavant et déjà qu'il se confronte à des défis importants, depuis la manière de définir et de catégoriser les plus marginaux dans les stigmatiser, en passant par les contraintes du système de santé qui n'ont pas disparu (personnel médical bien formé en nombre suffisant, médicaments de qualité et disponibles... . Il préfigure cependant ces partenariats complémentaires entre pays d'AOC et bailleurs, dans une vision commune d'un accès à la santé de qualité pour tous.

De quoi a-t-on besoin pour faire du prochain cycle une réussite ?

A la lecture de ce qui précède, on imagine que les éléments suivants seront décisifs dans la réussite des prochaines subventions:

- Des procédures simplifiées et une appétence au risque de la part du Fonds mondial revue à la hausse, afin de remettre les ministères de la santé des pays concernés en position de décision et de gestion des fonds et des activités ;
- Des ministères de la santé qui acceptent de jouer un rôle important de leader et de promoteur d'une vision de la santé dans leur pays, afin de siéger à la table des négociations en défendant un idéal qui se rapproche de la couverture sanitaire universelle ;
- Des acteurs de la société civile parties prenantes des discussions, renforcés et financés, car seule une démarche de renforcement des capacités et de structuration de ces acteurs leur donnera l'opportunité de faire la différence.
- Enfin, des stratégies plus inventives, car il semble évident que le chemin qui reste à parcourir est le plus difficile : les patients les plus « accessible » ont été dépistés et mis sous traitement grâce aux actions entreprises par le passé. Ceux qui sont restés « sur le bord de la route » sont certainement les plus vulnérables, ceux qui ignorent qu'ils sont infectés, ou qui se cachent de peur d'être discriminés, ou encore ceux qui n'avaient pas les moyens financiers d'avoir recours aux soins. Face à cela, les stratégies de recherche de cas, de mise sous traitement et de maintien dans le soins devront répondre à ces difficultés dont on saisit déjà la portée. Il faudra aller au-delà de la « pensée magique » de réponses uniformes ou de stratégies trop simples qui ne retiennent que des chiffres et conduisent à la croyance absolue en leur efficacité.

L'essentiel se situe ailleurs : dans des approches plus fines, qui allient les sciences sociales avec les résultats des stratégies d'intervention, associent acteurs de la société civile avec ceux du secteur public mais également les acteurs du privé trop négligés alors qu'ils prennent en charge une partie des patients, et surtout, un leadership de la part des ministères de la santé, responsables en dernier ressort des progrès accomplis dans le domaine de la lutte et de l'élimination des trois pandémies.

[HAUT](#)

6. ANALYSE : Ethique et recherches sur le VIH, un sujet exceptionnellement fécond

Philippe Msellati, Sandrine Musso

L'histoire sociale de la lutte contre le sida est celle d'une arène singulière, où se mêlent chercheurs, activistes, soignants et responsables de politiques de santé nationales et/ou internationale. La lutte contre le sida a également eu un impact considérable, à la fois sur la reformulation des rapports entre médecins et patients, chercheurs et profanes, mais aussi du fait de la revendication portée par certains des acteurs de cette lutte d'être des « sujets » et non des « objets » de la recherche. Tout comme le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH a été un révélateur et un réformateur social dans nos sociétés, la lutte contre le sida a aussi été traversée de controverses et débats éthiques. Dans ce domaine il a eu pour effet la mise en place de pratiques nouvelles.

Alors qu'initialement les Etats ne manifestaient pas de volonté politique forte de s'engager dans une lutte contre une épidémie qui touchait des populations (homosexuels, usagers de drogue) ou des continents marginalisés, en particulier l'Afrique, c'est la société civile, les populations concernées, les activistes qui ont réussi à mobiliser des forces vives puis des ressources pour lutter contre le VIH. Il s'agit là de ce qui a été qualifié de « nouveau régime » historique dans la gestion d'une épidémie. Car dès le départ, la lutte contre le VIH s'est placée dans une position qui se voulait résolument différente des pratiques usuelles de la santé publique. La tension entre information et volontariat versus injonction (dépistage volontaire et dépistage obligatoire), entre convaincre plutôt que contraindre (information vs quarantaine), entre maladie transmissible (contre laquelle il faut lutter) vs maladie contagieuse (malades dont il faut se protéger) a été présente tout au long de la première décennie de l'épidémie. Ces débats ont débouché sur une « gestion libérale » de l'épidémie, politique de solidarité et de tolérance à l'égard des personnes contaminées, quelle que soit l'origine de la contamination, selon un modèle « contractuel » de prévention, qui a préfiguré celui de la « démocratie sanitaire ».

Ces choix ont également entraîné de nombreux changements et de nombreuses innovations, y compris dans la gestion d'une épidémie, l'avancée de la recherche et la prise en charge des patients. Il est remarquable que du fait de la longue durée de l'infection, on parle de « personnes vivant avec le VIH » (PVVIH) et non de patients ou de malades, ne réservant ce terme qu'aux derniers stades cliniques de l'infection. Il est notable également de voir comment la gestion du VIH a entraîné des comportements différents de la part des médecins, quand on la compare à celle de la syphilis. Les médecins ont en effet été contraints à « dire la vérité ». Il était d'usage, avant le VIH, de laisser croire aux patients porteurs d'une maladie sexuellement transmissible, que l'hygiène des toilettes pouvait expliquer une telle affection. Il s'agissait d'une assertion fautive, mais bien pratique, pour ne pas avoir à révéler une infidélité au sein d'un couple légitime. L'irruption du VIH, son caractère gravissime et sans traitement, ont contraint les médecins à promouvoir une information sur les modalités de transmission, même si l'absence d'annonce a aussi été documentée dans les débuts de l'épidémie dans certains contextes d'Afrique de l'Ouest francophone.

Comme Achmat, militant anti apartheid et activiste anti sida d'Afrique du Sud, a pu le dire en séance plénière à une conférence mondiale sur la tuberculose, à laquelle il était invité pour évoquer l'engagement communautaire dans les deux pandémies, VIH et Tuberculose, « le VIH et la tuberculose représentent des sujets d'importance, traités de façon diamétralement opposés, en termes de diagnostic, de traitement et de recherche dans le domaine de la prévention ». A la grande surprise des organisateurs de cette conférence, il a soulevé le problème du traitement directement observé, pratiqué dans le domaine de la tuberculose, qui implique la présence d'un tiers au moment de la prise des médicaments antituberculeux et qui est issu d'une « approche paternaliste de santé publique », à l'opposé de la démarche d'éducation thérapeutique et d'adhésion qui est sensée accompagner la prise du traitement antirétroviral. Selon lui, l'éducation thérapeutique a été le moteur de l'appropriation des traitements, en particulier dans les pays du Sud.

Dans les pays occidentaux, la mobilisation des personnes vivant avec le VIH et de leurs soutiens a eu un impact majeur sur l'effort de recherche (mais aussi sur la façon de chercher), la relation médecin/malade, les conditions d'accès aux traitements, l'organisation de l'information et de la prévention.

Ethique et essais cliniques

La lutte contre le VIH a tout d'abord bousculé la hiérarchie médicale, en interne, puis de l'extérieur. Les « mandarins » de médecine infectieuse et tropicale, pas toujours conscients initialement de l'ampleur de l'épidémie, ont pu être bousculés par de jeunes cliniciens confrontés aux malades et à leurs pathologies. Dès 1983, ce sont des personnes malades, à un moment où la notion de « séropositivité » n'existait pas en

l'absence de test, qui ont revendiqué l'appellation de « Personnes Vivant avec le VIH », et exigé à ce titre leur présence dans les forums sur le sida, dans la réflexion sur les politiques de prévention et de prise en charge à construire, et auprès des chercheurs. Même si certaines associations étaient en première intention très opposées à la recherche, cette position a évolué et les PVVIH activistes sont devenus des « patients-experts » connaissant leur maladie puis les thérapeutiques. Ils sont dès lors intervenus auprès des autorités sanitaires et des agences de recherche pour donner un avis sur les projets de recherche telles une instance consultative en recherche comme le TRT5 3 en France, première instance associative participant aux discussions autour de la construction d'essais thérapeutiques.

Le positionnement des associations de PVVIH au Nord face à la recherche a même entraîné des polémiques, parfois violentes, autour de la méthodologie d'essais de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, remettant en cause, par exemple, l'usage du placebo. Ces débats ont même participé à la décision de modifier la déclaration d'Helsinki, base de l'éthique de la recherche depuis 1964, en 2000.

La recherche sur le VIH a entraîné la mise en place de comités d'éthique de recherche sur la santé en Afrique, particulièrement en Afrique francophone, alors que jusque-là les recherches en santé se déroulaient, au mieux et à condition qu'ils existent, avec des avis de comités d'éthique institutionnels. Ce positionnement, et des liens avec les associations de PVVIH des pays où se déroulaient ces essais, comme la Côte d'Ivoire, ont pu entraîner des changements dans le processus de nomination et de fonctionnement du Comité d'Éthique National. Ces débats et discussions sur les comités d'éthique eux-mêmes, qui ont pu être considérés comme de moindre qualité que ceux des pays du Nord, ont entraîné en France l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) à élaborer une charte éthique pour les recherches sur le VIH (et les hépatites virales) ayant lieu dans les pays du Sud. Cette charte, rédigée dans le cadre d'un processus participatif en France et dans les pays impliquant associations, chercheurs et institutions nationales, en est à sa troisième édition prenant en compte les évolutions dans le domaine.

Ethique et prévention

Les essais de prévention dans le domaine du VIH sont un peu comme la quadrature du cercle (prophylaxie préexposition, prévention locale – microbicides - vaccins) : une équation particulièrement difficile à résoudre. Il est peu envisageable, du fait des effectifs de personnes impliquées, de pouvoir mener des essais au Nord, même si ceci a pu être fait dans le cadre de groupes spécifiques (Ypergay). Ceux-ci ne peuvent donc être mis en place que dans les pays du Sud, avec les limites en termes de prise en charge et d'état des systèmes de santé que cela implique.

Tout essai de prévention se fait, par définition chez des personnes non infectées par le VIH. Il s'agit d'évaluer une intervention de type médicamenteux, locale ou par voie générale, ou vaccinale. Les personnes participant à l'essai doivent donner leur consentement, mais aussi être les mieux informées possibles et dotées de tous les moyens de prévention existant au moment de l'essai (préservatifs masculins et féminins...). La comparaison se fait entre deux groupes de personnes, l'un avec des personnes recevant le produit à tester (gel microbicide ou médicament antirétroviral comme le tenofovir) et l'autre groupe avec des personnes recevant un placebo (puisque'il n'existait pas avant la PrEP 4 de traitement considéré comme efficace). Comme les personnes sont supposées se protéger, l'efficacité de l'intervention n'est considérée qu'à partir des « échecs » de la prévention.

L'efficacité de la PrEP rend désormais probablement impossible à évaluer toute autre forme d'intervention préventive, puisqu'il ne peut plus y avoir de groupe recevant un placebo. Le problème se pose de la même manière dans le cadre des essais vaccinaux.

Ethique et populations

Toute recherche identifiant et suivant des PVVIH entraîne un risque qu'il est difficile de prévenir, en rapport avec la stigmatisation et l'exclusion des PVVIH. Tout lieu étiqueté comme recevant des PVVIH s'est vu pendant longtemps labellisé comme « centre sida » : toute personne le fréquentant était étiquetée comme sidéenne. Les équipes de recherche ont dû imaginer, avec les PVVIH et leurs associations, des moyens de suivre discrètement les personnes incluses dans les études.

Le dépistage du VIH a fait l'objet aussi de recommandations spécifiques. Même si, jusqu'au début des années 1990, les médecins et les chercheurs avaient tendance à ne pas dire qu'ils recherchaient le VIH pour ne pas faire fuir les patients, et à pratiquer le test à leur insu, il a fallu rapidement passer au test réalisé après consentement du patient. C'est à partir de 2005, en Afrique, que le test à l'initiative du soignant a été à nouveau introduit et que le consentement n'a plus été explicitement demandé.

Conclusion

L'histoire de la lutte contre le VIH a été très originale et basée longtemps sur une exceptionnalité de cette épidémie et du sida, tant par les populations touchées que par l'ampleur de la pandémie (40 millions de morts au moins, depuis 1981). Cette situation particulière a été féconde dans de nombreux aspects de la recherche fondamentale et de la médecine clinique mais aussi, bien au-delà, dans le domaine de la réflexion éthique et de la mobilisation des personnes vivant avec le VIH, et des réflexions à conduire sur les (dys)fonctionnements des systèmes de santé.

L'exceptionnalité tend à diminuer dans le domaine du VIH, même si l'élimination, objectif des Nations Unies pour 2030, reste incertaine ou pour le moins relative.

Les hépatites, qui concernent beaucoup plus de personnes que le VIH, sont le prochain combat à mener et le champ de bataille est déjà jonché de morts.

Ressources additionnelles

- Achmat Z. Science and social justice: the lessons of HIV/AIDS activism in the struggle to eradicate tuberculosis. *Intern J Tuberc Lung Dis.* 2006.
- Anglaret X, Msellati P. Ethique contextuelle ou éthique universelle : un faux débat ? Réflexions issues de la pratique d'essais cliniques en Côte d'Ivoire. In: Bonnet D (Eds). *L'éthique médicale dans les pays en développement.* IRD, Autrepart (Ed) Paris 2003.
- ANRS. Charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement. Texte de 2002, révisé en 2008 et 2017. Juillet 2017.
- Barbot J. Les malades en mouvement. *La médecine et la science à l'épreuve du sida,* Balland Ed, Paris 2002, 307p.
- Broqua C. Agir pour ne pas mourir. *Act up, les homosexuels et le sida en France,* Presses sciences po Ed. Paris 2006, 480p.
- Carricaburu D, Ménoret M. Le sida dans l'espace public. In: *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies.* Dunod, Armand Colin Ed, Paris, 2014 .
- Dodier N. Recomposition de la médecine dans ses rapports avec la science. *Les leçons du sida. Santé Publique & Sciences sociales* N°8&9, 2002.
- Héritier F. Convaincre ou contraindre ? In: *Textes réunis par S D'Onofrio. Sida. Un défi anthropologique.* Médecine & Sciences Humaines. Les belles lettres Ed, Paris 2013.
- Laborde-Balen G, Taverne B, Ndour CN et al. The fourth HIV epidemic. *Lancet Infect Dis.* 2018.

- Raynaut C. Préface. In: Eboko F, Bourdier F, Broqua C Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise. Collection Objectifs Suds. IRD Ed. Marseille, 2011.

[HAUT](#)

7. ANNONCE : David Garmaise, ancien rédacteur en chef du GFO, se bat contre la maladie

AIDSPAN

David Garmaise, ancien rédacteur en chef du Global Fund Observer et contributeur régulier, est l'auteur de centaines d'articles d'actualité, d'analyses et de commentaires pour le GFO, depuis 2005.

Les contributions de David à GFO se feront plus irrégulières à l'avenir car David est aux prises avec un cancer du foie (ses mots) et suit un traitement médical.

Chez Aidspace et le Global Fund Observer, nous formons tous les vœux que David recouvre la santé et nous attendons avec impatience ses contributions indispensables en tant que membre de la famille Aidspace.

Nous tenons David chaleureusement dans nos pensées et envoyons nos espoirs et nos prières pour son prompt rétablissement.

David est joignable à l'adresse suivante : david.garmaise@aidspan.org.