



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
25-27 RUE D'ASTORG
75008 PARIS
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

RAPPORT

INTERNATIONAL

FR

15 FÉVRIER 2007

RAPPORT SUR LA GRATUITÉ DE LA PRISE EN
CHARGE POUR LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE
VIH DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
RAPPORT	2
RÉSUMÉ	2
INTRODUCTION.....	5
PARTIE I L'ACCÈS GRATUIT AUX SOINS : UN BÉNÉFICE GLOBAL.....	7
CHAPITRE 1 UN CHANGEMENT PROFITABLE AUX SYSTÈMES DE SANTÉ	8
1.1 L'intérêt contesté de la gratuité de l'accès aux soins.....	8
1.2 Le moyen de structurer le système de santé.....	11
CHAPITRE 2 LES AVANTAGES INDIVIDUELS ET COLLECTIFS DE LA GRATUITÉ.....	13
2.1 Une prise en charge individuelle efficace.....	14
2.2 Un intérêt collectif étendu.....	15
PARTIE II LES ENJEUX DU FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE GRATUITE	17
CHAPITRE 3 AMÉLIORER LE CONTEXTE DE L'AIDE	18
3.1 L'autonomie relative des politiques nationales.....	18
3.2 Des politiques internationales déterminantes.....	21
CHAPITRE 4 LE RENFORCEMENT DU FINANCEMENT DES SYSTÈMES NATIONAUX DE SANTÉ.....	24
4.1 Les défis de la gestion du budget de l'Etat.....	24
4.2 Les perspectives offertes par les mécanismes de mutualisation du risque.....	27
CONCLUSION	30
ANNEXES.....	31
SIGLES.....	31
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	33
TABLEAUX ET FIGURES.....	34
Les parties prenantes : cas de la Tanzanie.....	34
Les acteurs du financement de la santé : cas du Ghana.....	35
Effet de la compétition des génériques.....	36
Réduire la « taxe » du sida : les bénéfices des traitements.....	38
Couverture par la thérapie antirétrovirale pour les adultes, juin 2005.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	40
Politique internationale de santé.....	40
Financement des politiques publiques de santé.....	44

RAPPORT

de la Commission Internationale du Conseil national du sida

Membres de la Commission internationale :

- François Bourdillon ;
- Samir Hamamah ;
- Danièle Juette ;
- Chantal Lebatard ;
- Claude Le Pen ;
- William Lowenstein ;
- Marc de Montalembert ;
- Jean-Luc Romero ;
- Willy Rozenbaum, Président ;
- Muriel Vray.

Rapporteurs : Marc Dixneuf ; Anthony Poncier.

RÉSUMÉ

Depuis la fin des années 1990, l'épidémie d'infection par le VIH occupe une place de plus en plus importante dans l'agenda mondial. En 1997, la France s'est engagée en faveur de l'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) pour les personnes infectées par le VIH dans les pays en développement (PED) et, après la manifestation de nombreuses réticences, des progrès notables ont été accomplis. Le nombre de personnes mises sous traitement a augmenté. Cependant, la part des personnes traitées reste faible par rapport aux besoins et l'accès est inégal selon les régions. Ainsi, dans certains pays moins de 5 % des personnes qui auraient besoin de médicaments en bénéficient. Pour cette raison, en 2006, les Etats membres de l'Organisation des Nations Unies se sont engagés en faveur d'un accès universel aux traitements, aux soins et aux services d'appui pour 2010. Il s'agit du seul moyen de contrôler l'épidémie et ses conséquences sur les individus et les sociétés, ce qui constitue un soutien direct à la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

En dépit de ces avancées, il existe actuellement une barrière financière à l'accessibilité des soins pour les personnes infectées par le VIH. Dans les pays développés, l'accès aux soins sans paiement direct est considéré comme un principe indispensable à une prise en charge efficace. Aujourd'hui, des données scientifiques montrent que l'efficacité de la prise en charge dans les PED est liée à une accessibilité gratuite, sans paiement direct au point de délivrance, à condition qu'elle s'inscrive dans une prise en charge globale au long cours. Cette efficacité de la gratuité se situe à plusieurs niveaux. Elle est bien sûr d'ordre individuel et médical, mais elle est aussi économique et sociale. De plus, elle peut contribuer au renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble. Par conséquent, au nom de la solidarité internationale, le soutien à la gratuité de la prise en charge globale des personnes infectées par le VIH constitue une exigence éthique.

Le plaidoyer en faveur de la gratuité a d'abord été porté par la déclaration Free by Five lancée en novembre 2004. L'objet du rapport du Conseil national du sida (CNS) est de faire valoir l'intérêt individuel et collectif de la gratuité de la prise en charge tout en prenant la mesure des difficultés qu'elle pose. Une des premières difficultés est la crainte de déséquilibrer les systèmes de santé, craintes qui nient les bénéfices globaux qui peuvent être retirés d'une accessibilité accrue grâce à la gratuité. La seconde difficulté réside dans la notion même de « gratuité pour les personnes » qui fait parfois oublier ce qui la fonde : le financement collectif des dépenses de santé. La mise en œuvre de la gratuité est difficile, mais la résolution des problèmes qu'elle soulève doit contribuer à structurer les systèmes de santé dans leur ensemble et à renforcer les mécanismes de financement.

La première partie, « L'accès gratuit aux soins : un bénéfice global », traite des équilibres à trouver entre, d'une part, la mise en œuvre d'une prise en charge gratuite au long cours pour les personnes infectées par le VIH et, d'autre part, des systèmes de santé fragilisés par diverses faiblesses structurelles. Compte tenu des avantages individuels qu'elle représente, la gratuité est nécessaire. Sa généralisation doit aussi être l'occasion de faire valoir les bénéfices globaux qui peuvent être retirés de ce changement majeur.

Le premier chapitre « Un changement profitable aux systèmes de santé », s'intéresse tout d'abord aux réticences qui s'expriment contre la gratuité (*L'intérêt contesté de la gratuité de l'accès aux soins*). Pour contester sa pertinence et sa faisabilité, les deux points les plus souvent avancés sont la remise en cause du modèle du financement des coûts promu par l'Initiative de Bamako (IB) et la fragilité des systèmes de santé. L'IB a constitué une réponse aux échecs de la politique des soins de santé primaire en proposant un modèle qui permettait d'assurer une part du financement de la santé et la participation des usagers à leur système de santé. En dépit d'exceptions, l'IB n'a pas permis un plus grand accès aux médicaments et les Etats s'en sont surtout servis pour limiter leur engagement dans le financement de la santé, tout en faisant supporter aux produits de santé la charge financière de la gestion des hôpitaux. L'IB ne peut donc être utilisée comme l'étendard d'un modèle qui aurait fait ses preuves. Les fragilités structurelles des systèmes de santé sont indéniables. La mise en œuvre de l'accès gratuit laisse entrevoir des difficultés pour le passage à l'échelle et le maintien de la participation financière pour d'autres pathologies suscite déjà des problèmes.

Pour autant, ces difficultés ne doivent pas constituer la justification d'un statu quo, mais faire partie des éléments qui vont guider les modalités de la mise en œuvre de la prise en charge gratuite. Dans un second temps, ce chapitre s'intéresse donc aux atouts qui peuvent être tirés de la gratuité (*Le moyen de structurer le système de santé*). Le volume important des financements apportés au VIH comparativement aux autres secteurs de la santé suscite des critiques. Cette préférence donnée au VIH doit être utilisée pour mieux structurer le système de santé en développant des approches sectorielles, permettant à la fois d'articuler les offres hospitalières et de renforcer les systèmes. Dans la perspective de l'augmentation du nombre des personnes prises en charge, la gratuité est aussi l'occasion de renforcer les liens entre les offres publiques et privées, qu'elles soient associatives, confessionnelles ou d'entreprises. Ces échanges doivent aller au-delà de la prise en charge en favorisant la mise en commun des moyens de l'approvisionnement et en renforçant l'échange de compétences.

Le deuxième chapitre, « Les avantages individuels et collectifs de la gratuité », montre que la gratuité est nécessaire pour assurer l'efficacité de la mise sous traitement. Cette efficacité est d'abord individuelle et médicale (*Une prise en charge individuelle efficace*). Il ressort des publications disponibles que la gratuité de la prise en charge permet d'avoir un meilleur accès aux services et de meilleurs résultats médicaux. Dans le même temps, le panier de soins offert doit s'étendre à tous les soins nécessaires et sans se limiter aux médicaments antirétroviraux. Ces interventions composent un ensemble qui peut être atteint progressivement avec l'augmentation du niveau des financements disponibles. Ce panier comprend bien sûr le dépistage, la mise sous traitement et le suivi de l'efficacité virologique. Il doit compter la prise en charge des complications liées à la maladie ou aux traitements. Enfin, alors que cela semble éloigné d'une offre médicale, il est important que le panier comprenne les dépenses d'hospitalisation, les frais de transport et la nutrition, primordiale lors de la mise sous traitement.

Le deuxième chapitre s'intéresse également à l'efficacité économique et sociale de la gratuité (*Un intérêt collectif étendu*). Du point de vue du système de santé, la gratuité permet de lever les lourdeurs du copaiement et de réduire l'iniquité des systèmes. D'un point de vue global, le bénéfice individuel de la mise sous traitement se double d'un bénéfice social dans la mesure où cela contribue directement à maintenir les structures sociales, qu'elles soient familiales ou locales. Enfin, la gratuité génère un double impact économique positif en évitant la chute dans la pauvreté à la suite de dépenses de santé excessives et en permettant aux entreprises de préserver leur main d'œuvre. Plus généralement, la gratuité contribue au maintien d'un niveau d'activité productive favorable à la croissance.

La seconde partie, « Les enjeux du financement de la prise en charge gratuite », traite des modalités de financement de la gratuité, entre aide internationale et ressources nationales. Le financement de la gratuité nécessite une augmentation globale des fonds alloués.

Le troisième chapitre, « Améliorer le contexte de l'aide », aborde les évolutions indispensables des relations entre bailleurs et receveurs, pour utiliser au mieux les fonds venant de l'extérieur. La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et les Trois principes de l'Onusida donnent les grandes lignes de ces améliorations : appropriation par les Etats des politiques, alignement des bailleurs sur les politiques nationales, harmonisation des pratiques des bailleurs, maintien de l'aide en fonction des résultats. L'augmentation de l'aide financière nécessaire à l'offre gratuite de la prise en charge des personnes infectées par le VIH suppose de renforcer les capacités des Etats (*L'autonomie relative des politiques nationales*). Actuellement, de multiples contraintes rendent la gestion des politiques de santé malaisée. Les financements extérieurs sont difficiles à maîtriser et l'expertise des gouvernements insuffisante dans des domaines essentiels à la définition des choix comme l'épidémiologie. Bien entendu, l'appui apporté par les bailleurs permet de compenser ces failles. Cependant, les intervenants extérieurs ne s'alignent pas toujours suffisamment sur les besoins des politiques nationales.

Ces principes d'alignement et d'appropriation doivent être envisagés également au niveau global (*Des politiques internationales contraignantes*). Les politiques internationales peuvent en effet constituer des contraintes pour la gestion de l'aide. Les gouvernements des PED restent en partie dépendant de modèles macro-économiques qui pourraient être aménagés, et les bailleurs n'alignent pas toujours leurs politiques économiques multilatérales sur les orientations affichées de leurs politiques d'aide. Les organisations internationales reconnaissent la nécessité d'un investissement accru dans les politiques de santé, mais les pays peinent à se libérer des automatismes imposés à l'occasion des ajustements structurels. Des contradictions persistent par ailleurs sur le cadre de l'approvisionnement en produits de santé. Bien que notables, par exemple sur le prix des médicaments ou les flexibilités dans l'application du droit de propriété intellectuelle, les évolutions restent insuffisantes. Des freins à l'approvisionnement à moindre coût subsistent à cause des difficultés techniques ou des pratiques d'acteurs privés.

Le quatrième chapitre, « Le renforcement du financement des systèmes nationaux de santé », fait valoir les possibilités de financement au niveau national par le budget de l'Etat ou par le développement de mécanismes de mutualisation du risque. Les marges de manœuvre budgétaires sont limitées (*Les défis de la gestion du budget de l'Etat*). Les Etats doivent gérer des flux financiers et leur décentralisation avec des moyens réduits. Dans le même temps, ils opèrent des exemptions fiscales sur les produits de santé pour faciliter leur accessibilité, mais les recettes de l'Etat en sont réduites d'autant. Parallèlement, la lutte contre la déperdition des fonds s'impose, qu'elle résulte de difficultés de gouvernance ou de détournement.

Le développement de mécanismes de type assurantiel (*Les perspectives offertes par la mutualisation du risque*) constitue une voie envisageable du financement de la santé dans les pays en développement. Pour le financement de la prise en charge des PVVIH, cette perspective semble cependant éloignée. Les mutuelles ou la micro assurance santé offrent des capacités financières trop limitées pour couvrir les besoins de la prise en charge du VIH. Par ailleurs, le développement de la mutualisation du risque santé requiert des structures juridiques encore peu développées et des ressources humaines en nombre encore insuffisant. Cependant, les mutuelles permettent de développer les bases des mécanismes de mutualisation du risque de santé. Une solution intermédiaire entre les financements budgétaires et ceux de type assurantiel est offerte par les fonds d'achat. Ces fonds peuvent être alimentés

par différentes sources, budgets, aides extérieures, et servir à l'achat d'un panier de soins déterminé. En étant distinct du budget de l'Etat, ils gagnent en souplesse et constituent une solution à l'exécution rapide.

La France a été présente à chacune des étapes de la lutte contre l'épidémie dans les pays en développement : elle a promu l'accès aux traitements, puis mis en place les structures permettant les premiers programmes de prise en charge. Elle contribue aujourd'hui largement au Fonds mondial et a choisi d'utiliser le mécanisme de financement innovant Unitaid pour financer l'achat de médicaments.

L'objectif de l'accès universel au dépistage, aux traitements, aux soins et aux services de soutien pour 2010 est réalisable seulement avec la généralisation de la gratuité. La France doit soutenir cette avancée auprès des pays membres de l'Union européenne et des organisations internationales, mais sa mise en œuvre présente des difficultés. Les principes pour un meilleur usage de l'aide et une meilleure efficacité des politiques nationales de lutte contre le sida mettent l'accent sur la nécessité de l'appropriation des politiques par les pays. Pour cela, les pays doivent renforcer leur expertise dans des domaines aussi différents que l'épidémiologie, l'approvisionnement en produits de santé, la mise en œuvre des flexibilités des accords sur la propriété intellectuelle, ou le développement de mécanismes de type assurantiel. L'engagement de la France doit donc également se traduire par le maintien, le développement et le renforcement des politiques bilatérales d'appui aux pays en développement.

INTRODUCTION

En 2005, à l'issue du sommet du groupe des pays les plus industrialisés (G8) de Gleneagles et lors de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2006, les pays se sont engagés en faveur d'un « accès universel à la prévention de l'infection par le VIH, au traitement, aux soins et aux services d'appui pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à l'horizon de 2010¹ ». Cette orientation est soutenue par l'Union africaine qui rassemble les pays de la région la plus touchée par l'épidémie, avec 24 millions des personnes vivant avec le VIH sur les 38 millions vivant dans le monde². L'épidémie d'infection à VIH a un impact lourd et qui peut être durable en termes social et économique, particulièrement sur le continent africain. Elle détruit les familles, les réseaux sociaux et l'économie des sociétés. Sur ce continent, 12 millions d'enfants sont considérés comme orphelins du sida. Quand ils ne sont pas livrés à eux-même, ils doivent être pris en charge par les grands-parents ou bien par les aînés³. Selon les pays, la part des femmes et des hommes en âge de travailler vivant avec le VIH varie, mais elle représente parfois jusqu'à 25 % d'une tranche d'âge. La réduction du taux de croissance du PIB peut atteindre alors jusqu'à 3 %⁴. Au niveau des entreprises, l'impact du VIH a pu être calculé comme une « taxe » représentant jusqu'à 6 % de la masse salariale à cause des décès des employés et des conséquences sur les performances des entreprises. Il est donc nécessaire d'assurer la prise en charge du plus grand nombre de personnes pour leur permettre de vivre et ainsi maintenir la cohésion sociale et les activités productives des pays.

Dans les pays en développement (PED), il existe de nombreux obstacles à l'accès à la prise en charge et à son extension. La peur de la stigmatisation n'incite pas à la connaissance du statut, et freine l'entrée dans le système de soins. Du fait de différentes formes de discrimination, des populations particulièrement précaires ne sont pas prises en charge : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les populations déplacées, les professionnels du sexe. Le seul fait d'être une femme constitue également un obstacle à l'accès aux soins⁵. Enfin, la crise des ressources humaines en santé constitue une limite structurelle à cet accès⁶.

Il existe un autre obstacle commun à l'ensemble des personnes infectées par le VIH dans les PED : celui du paiement direct des soins. Une prise en charge efficace nécessite des traitements, mais aussi des consultations régulières et la réalisation d'examen biologiques. A ces dépenses médicales s'ajoutent des frais de déplacement pour se rendre aux consultations ou bien les dépenses pour disposer d'une nourriture suffisante pour mieux faire face à l'infection. Les personnes infectées par le VIH doivent donc assumer un ensemble de frais, dont le montant s'avère important. Le paiement direct de ces soins, même quand il est partiel, a un impact négatif sur l'accès aux soins et l'adhésion aux traitements, et donc sur l'efficacité de la prise en charge. Aujourd'hui, il est scientifiquement reconnu que les personnes qui disposent d'un accès sans paiement au point de délivrance bénéficient d'une meilleure espérance de vie et de meilleurs résultats médicaux.

Il semble donc nécessaire de développer l'accès gratuit à la prise en charge des personnes infectées par le VIH, entendu comme l'absence de paiement direct au point de délivrance. La réalisation de l'objectif d'un accès universel aux traitements et aux soins pour 2010 ne semble pas envisageable sans ce changement profond, qui est aussi l'alignement sur un modèle à l'efficacité prouvée. Dans les pays développés, l'accès aux soins sans paiement direct, notamment pour les maladies au long cours, est considéré comme un principe indispensable à une prise en charge efficace. Le présent rapport s'intéresse seulement à la dimension financière de la barrière de l'accès aux traitements et aux soins. L'accès des personnes discriminées pour des raisons de genre ou d'ordre social ne sera pas abordé ici, cependant la réduction de l'obstacle financier peut contribuer à alléger ces discriminations.

Les enjeux individuels de la gratuité ne doivent pas masquer ceux du financement collectif de celle-ci. La perspective de la gratuité conjointement à celle de l'accès universel soulève la question de l'augmentation des fonds alloués à la santé par les Etats et les bailleurs internationaux. Pour l'ensemble de la lutte contre l'épidémie en 2008, les ressources disponibles évaluées ne sont que de

¹ Assemblée générale des Nations Unies, *Résolution adoptée par l'Assemblée générale, Déclaration politique sur le VIH/sida*, A/RES/60/262, 2 juin 2006, paragraphe 20. Sommet du G8 de Gleneagles, *Déclaration de la Présidence*, 8 juillet 2005. Sommet du G8 de Gleneagles, *Document sur l'Afrique*, paragraphe 18 d. L'accès à des services de santé est considéré comme universel quand 80 % de l'ensemble des personnes nécessitant un traitement en urgence le reçoivent effectivement. Onusida, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Edition spéciale 10^e anniversaire de l'Onusida*, Genève, Onusida, 2006, p. 255.

² African Union, *Gaborone Declaration on a roadmap towards universal access to prevention, treatment and care*, CAMH/Decl.1 (II), Gaborone, Botswana, 10-14 October 2005. African Union, *Universal Access to HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Services by a United Africa by 2010, Africa's common position to the UN general assembly special session on AIDS*, Sp/Assembly/ATM/3(I) rev.2, Abuja, Nigeria, 2-4 May 2006. Union africaine, Onusida, OMS, *Engagement de Brazzaville pour l'intensification à une plus grande échelle des interventions visant à réaliser l'accès universel en Afrique*, Brazzaville, République du Congo, 8 mars 2006. Onusida, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Edition spéciale 10^e anniversaire de l'Onusida*, Genève, Onusida, 2006, p. 14.

³ Appaix O, Dekens S, *Pour un plan d'action en faveur des orphelins et enfants vulnérables. Volume 1 Analyse de situation*, Orphelin sida international, mai 2005.

⁴ BIT, *Le VIH/sida dans le monde du travail : évaluation mondiale, répercussions et réponses*, Genève, BIT, 2004.

⁵ Onusida, *Rapport*, op. cit., pp. 175-176 et pp. 188-189.

⁶ Conseil national du sida, *Avis sur la crise des ressources humaines dans les pays du Sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH*, 6 juillet 2004.

10 milliards de dollars⁷, alors que les besoins estimés s'élevaient à 22 milliards de dollars pour cette même année⁸. Le volume de l'aide extérieure doit donc augmenter, de même que l'allocation des financements au secteur de la santé par les gouvernements. Les enjeux de ce point de vue relèvent tant du renforcement des systèmes nationaux que de l'aménagement des politiques internationales d'aide.

Des réticences se manifestent face à la perspective du développement d'une offre de prise en charge sans paiement au point de délivrance. En premier lieu, la gratuité semble remettre en cause les principes de recouvrement des coûts. En second lieu, l'articulation dans un même lieu d'une prise en charge gratuite pour le VIH et payante pour d'autres pathologies lourdes semble difficile à justifier. L'attention que la communauté internationale porte au VIH doit être l'occasion d'envisager un effort particulier pour le VIH, mais dans une perspective de structuration de l'ensemble des systèmes de santé. L'augmentation des ressources doit renforcer le système avec la perspective d'un relais par l'assurance santé.

Le financement de la riposte à l'épidémie d'infection par le VIH met également en lumière les enjeux de la dépendance réciproque des bailleurs et des receveurs face à l'épidémie d'infection par le VIH. Les pays les plus riches se doivent de contribuer à la lutte contre la pandémie dans les pays en développement, mais les pays receveurs doivent aussi envisager leur responsabilité à l'égard de l'ensemble de la communauté internationale. L'expression de la solidarité transnationale est un processus réciproque qui suppose de la part des pays receveurs de l'aide et de la part des bailleurs des transformations dans leurs pratiques. La Déclaration de Paris en faveur d'une amélioration de l'aide donne le cadre dans lequel il est possible d'augmenter le volume de l'aide et d'améliorer son usage⁹. Ce besoin de changement est également souligné par le groupe de contact récemment créé à la suite du Forum de haut niveau sur les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)¹⁰.

Le présent rapport n'a pas pour objet d'évaluer la politique étrangère de la France en matière de lutte contre le VIH ou la politique de coopération en santé. Plusieurs rapports publiés récemment en France analysent ces politiques et font des propositions pour leur évolution¹¹. L'objet du rapport est de souligner les défis de la mise en œuvre d'un accès gratuit à la prise en charge de l'infection par le VIH, mais aussi la nécessité de cette avancée. La France a été le premier pays à s'engager en faveur de l'accès aux traitements dans les pays en développement, contre l'opinion des pays développés mais aussi des organisations internationales. En 1998, la création du Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI) a été le premier pas vers la création d'un fonds international dédié à la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH. Le développement de la coopération hospitalière avec Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau (ESTHER) a marqué un engagement en faveur d'un renforcement concret des compétences nationales. Le haut niveau d'engagement de la France est démontré par l'investissement dans le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fmstp) et la création d'Unitaid qui pérennise le financement de l'achat de traitements. Sur la base du présent rapport, c'est un nouveau pas précurseur que les responsables politiques français sont invités à franchir.

Le Conseil national du sida a pour mission de « donner son avis sur l'ensemble des problèmes posés à la société par le sida et de faire au Gouvernement toute proposition utile ». En 1998, le CNS a rendu le premier avis dans lequel il prend position pour un accès aux traitements antirétroviraux dans les pays d'Afrique subsaharienne. Depuis, l'accès aux traitements dans les pays du Sud a été défendu par le CNS à plusieurs reprises. Il s'est également prononcé sur les enjeux éthiques de la recherche dans les PED, sur la prise en charge des femmes enceintes et surtout plus récemment sur la crise des ressources humaines. Cette préoccupation constante du Conseil pour les politiques internationales de santé s'inscrit pleinement dans ses missions. La Commission Internationale du Conseil national du sida poursuit dans ce rapport sa réflexion sur la généralisation de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH dans les PED. En dépit des particularités de l'épidémie selon les pays, les réponses nationales sont dépendantes les unes des autres. L'épidémie d'infection à VIH dans les PED est un problème posé à la société française dans la mesure où il n'est pas possible de les laisser seuls face à la pandémie. Les défis auxquels font face ces pays sont aussi ceux des pays développés. Au nom de la solidarité internationale, le soutien à la gratuité de la prise en charge globale des personnes infectées par le VIH constitue une exigence éthique.

⁷ Kate J, Lief E, *International Assistance for HIV/AIDS in the Developing World: Taking Stock of the G8, Other Donor Governments and the European Commission*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, July 2006, p. 16.

⁸ Onusida, *Besoins en ressources pour une riposte au SIDA élargie dans les pays à revenus bas et moyens*, Onusida, août 2005, p. 3. Clinton HIV/AIDS Initiative, *Global ARV demand forecast, overview*, 9 June 2006.

⁹ *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, Appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle*, Paris, mars 2005. Nations Unies, *Rapport sur la Conférence internationale sur le financement du développement*, A/CONF.198/11, Monterrey, Mexique, 18-22 mars 2002. Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA, Rapport final, 14 juin 2005, Onusida, Genève.

¹⁰ *Report on the scaling up for better health (Post-HLF) initiative. First meeting of the steering committee*, Paris, France, 25-26 September 2006. www.hlfhealthmdgs.org.

¹¹ Conseil économique et social, *La coopération sanitaire française dans les pays en développement*, avis présenté par Marc Gentilini, Journaux Officiels, Paris, 2006. Morange P, Kerouedan D, *Rapport au Premier ministre. Evaluation de l'action de la France en faveur de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans le domaine de la Santé. Articulation et coordination des aides bilatérales et de la participation de la France aux programmes multilatéraux du secteur de la santé*, juin 2005. Kourilsky P, *Optimiser l'action de la France pour l'amélioration de la santé mondiale. Le cas de la surveillance et de la recherche sur les maladies infectieuses*, Rapport au gouvernement, 27 mars 2006. Par ailleurs, l'analyse des politiques étrangères de santé est un domaine de recherche encore peu exploré, voir Drager N, Fidler D P, "Foreign policy, trade and health: at the cutting edge of global health diplomacy", *Bulletin of the World Health Organization*, March 2007, 85 (3).

Pour préparer son rapport, la commission a auditionné une trentaine d'acteurs des politiques internationales de lutte contre le sida qui occupent des positions et des fonctions très diverses. Leurs contributions ont permis de dresser un état des lieux de l'accès aux traitements dans les pays en développement et de discuter de la pertinence et de la faisabilité de la gratuité. La Commission tient à les remercier de leur contribution à son travail¹². Les informations recueillies lors des auditions ont été complétées par les publications susceptibles de compléter les points abordés : la littérature médicale, en économie de la santé ou sur les politiques de l'aide publique au développement. La littérature grise sur le financement de la santé et de la lutte contre le VIH a également été utilisée.

L'objectif de ce rapport est triple. D'abord, il défend l'intérêt de la gratuité de la prise en charge de l'infection par le VIH qui dispense les personnes vivant avec le VIH du paiement direct des soins. L'infection par le VIH est une infection durable, mais avec laquelle il est possible de vivre. L'épidémie est un fait pour lequel les gouvernements doivent accepter de définir des réponses permettant la meilleure efficacité sur le long terme, pour les personnes comme pour les sociétés. La première partie du rapport souligne les multiples intérêts de l'offre d'une prise en charge gratuite comme réponse à l'épidémie, ainsi que son intérêt pour l'ensemble du système de santé. Ensuite, le rapport s'intéresse aux défis du financement de la gratuité. Dans la mesure où l'augmentation de l'aide est nécessaire, un défi du financement est l'amélioration de sa gestion. Les pays doivent gagner en autonomie de gestion et les politiques internationales doivent être mieux articulées avec les enjeux de la réponse globale à l'épidémie. L'augmentation des fonds destinés à la prise en charge des personnes infectées par le VIH demande en outre le renforcement des capacités de gestion budgétaire. L'assurance maladie ne se présente pas comme une réponse à court terme et il est nécessaire de développer des mécanismes alternatifs comme les fonds d'achats. La seconde partie évalue donc les opportunités et les défis du financement de la gratuité. Enfin, ce rapport sert de fondement à un avis du CNS suivi d'une série de recommandations adressées au gouvernement français pour orienter les actions d'appui aux pays en développement dans le domaine du VIH.

PARTIE I L'ACCÈS GRATUIT AUX SOINS : UN BÉNÉFICE GLOBAL

La perspective d'une offre de soins délivrée sans paiement direct, combinée avec l'objectif de l'accès universel, doit prendre en compte les mécanismes actuels du financement des systèmes de santé dans les pays en développement. Le cadre de l'accès aux traitements et aux soins est défini par l'Initiative de Bamako (IB) et repose sur la participation financière des usagers.

Dans ce contexte, le recours aux soins dépend de la capacité des personnes à soutenir une dépense directe. Ce mode de paiement des soins est le plus répandu dans les PED, mais il est difficile à supporter pour les plus pauvres et réduit leur taux d'usage des services de santé¹³. Ces dépenses peuvent atteindre un niveau tel, par rapport à l'ensemble des dépenses des ménages, qu'elles sont dites « catastrophiques » quand elles conduisent à restreindre d'autres dépenses. L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'une dépense de santé est catastrophique quand elle excède 40 % du revenu restant après que les besoins fondamentaux ont été couverts¹⁴. Pour des populations à très faibles revenus, un niveau infime de paiement de soins conduit à une dépense catastrophique¹⁵. D'une manière générale, le paiement direct est un facteur d'appauvrissement et une source d'iniquité. Il s'ajoute aux dépenses indirectes nécessaires à une bonne prise en charge comme le transport ou l'alimentation.

Par bien des aspects, la pratique du paiement direct constitue un frein à la bonne prise en charge des personnes vivant avec le VIH¹⁶. L'objectif de l'accès universel et le cadre de la dépense directe sont contradictoires. La prise en charge de l'infection par le VIH est une prise en charge au long cours. Elle est lourde financièrement, même si les dépenses ne concernent que les infections opportunistes et la biologie. Cette charge financière n'est pas soutenable sur le long terme pour la très grande majorité des personnes ayant besoin de traitements. Faute d'accès gratuit aux soins, les bénéfices globaux de la prise en charge des personnes infectées par le VIH, que sont l'amélioration de leur santé et la riposte à l'impact social de l'épidémie, ne seront pas atteints.

Des équilibres doivent être trouvés pour la mise en œuvre d'une prise en charge gratuite au long cours pour les personnes infectées par le VIH dans des systèmes de santé fragilisés par diverses faiblesses structurelles. Compte tenu des avantages individuels et collectifs qu'elle représente, la gratuité est nécessaire. Elle offre aussi l'occasion de mettre au service de l'ensemble du système de santé les financements attribués à la prise en charge de l'infection à VIH.

¹² Voir la liste des personnalités auditionnées en annexe.

¹³ World development report 2004, *Making Services Work for Poor People*, Washington, World Bank/Oxford University Press, 2003. World development report 2006, *Equity and Development*, Washington, World Bank/Oxford University Press, 2005.

¹⁴ World Health Organization, *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*, WHO, Department of health system financing, Health financing policy, Technical brief for policy makers, n°2, 2005.

¹⁵ Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low income society : a study from Nouna district, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization* January 2006; 84(1): 21-27.

¹⁶ World Health Organization, *The practice of charging user fees at the point of service delivery for HIV/AIDS treatment and care*, WHO Working Paper, December 2005. Whiteside A, Lee S. "The "Free by 5" campaign for universal, free antiretroviral therapy. *PLoS Med* 2005; 2(8):e227.

CHAPITRE 1 UN CHANGEMENT PROFITABLE AUX SYSTÈMES DE SANTÉ

La mise en place de programmes d'accès à une prise en charge globale sans paiement direct demande de prendre en compte les fragilités multiples qui caractérisent le cadre du financement des politiques de santé. Des réticences à la gratuité s'expriment par crainte de la disparition d'un modèle imparfait et de la mise à plat d'équilibres précaires, alors que la perspective du développement de la gratuité peut être un moyen de faire face à ces difficultés. Les possibilités de coordination des offres de prise en charge de l'infection par le VIH et de renforcement des programmes dans les différentes pathologies répondent pour une large part aux critiques énoncées contre la gratuité.

1.1 L'INTÉRÊT CONTESTÉ DE LA GRATUITÉ DE L'ACCÈS AUX SOINS

La mise en œuvre de la gratuité suppose de surmonter les nombreuses réticences qui lui sont opposées en défense du modèle actuel de financement de la santé et qui soulignent les obstacles pratiques. Le financement de la santé repose sur le modèle de l'IB et du recouvrement des coûts, que la gratuité de l'accès aux soins remettrait en cause. Outre cette remise en cause non fondée de l'IB, la gratuité porterait inutilement atteinte à des systèmes fragiles.

LA GRATUITÉ, UNE REMISE EN CAUSE NON-FONDÉE DE L'INITIATIVE DE BAMAKO ?

Face aux mauvais résultats des politiques de santé après les indépendances et afin de développer l'accès aux soins, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Unicef organisèrent en 1978 la conférence d'Alma Ata. La stratégie alors proposée est celle des soins de santé primaires qui associent gratuité des soins de base et couverture universelle. Cette stratégie est un échec : les soins sont gratuits, mais les centres de santé n'offrent aucun médicament. En 1987, l'Initiative de Bamako (IB) se présente comme une réponse pragmatique aux difficultés des années précédentes. Afin de permettre aux centres de santé de disposer d'un financement propre, elle consacre la participation financière des usagers en leur octroyant en contrepartie un droit de regard sur la gestion. Les réticences qui s'expriment aujourd'hui contre la gratuité sont justifiées par la volonté de préserver ce modèle. Toutefois, il apparaît imparfait tant dans ses fondements que dans ses résultats.

- *L'attachement des gouvernements à l'IB en dépit de résultats mitigés*

Par bien des aspects, l'initiative de Bamako a constitué un changement prometteur. Ses principes associent l'amélioration de la fourniture et de l'usage en médicaments essentiels, tout en renforçant les capacités de gestion locales et en assurant des sources de financement permanentes pour le fonctionnement des unités de soins. En échange de la contribution financière, la communauté gagnait le pouvoir de participer à la gestion. Le recouvrement des coûts est apparu alors comme un moyen d'améliorer le fonctionnement du système, permettant de concentrer les subventions publiques vers les personnes dénuées de ressources. Cette participation doit également permettre d'octroyer des compensations financières au personnel. Le modèle de l'IB représente deux avantages principaux. Du point de vue financier, il permet de dégager des ressources pour prendre en charge les indigents, mais aussi pour augmenter les revenus du personnel de santé. Du point de vue du fonctionnement du système de santé, il permet d'améliorer la qualité du service rendu et d'impliquer les communautés.

Pour les Etats, l'intérêt de l'IB réside dans l'opportunité de désengagement financier qu'il représente en reportant cette charge sur les gestionnaires des centres de soins. Dans les années qui suivent sa mise en place, au vu des premiers résultats, le médicament a vu sa fonction de source de financement amplifiée. D'un moyen de financement partiel des unités de santé, le recouvrement des coûts sur le médicament est devenu le support des finances des hôpitaux. L'attachement des gouvernements à l'IB peut donc s'expliquer en partie par ce choix de mode de financement du secteur hospitalier. Cet attachement résulte également de la promotion de ce mécanisme par les organisations internationales dans un contexte global d'ajustement structurel. De plus, certains pays africains expriment une confiance limitée quant à la perspective d'une aide extérieure sur le long terme qui viendrait compenser l'abandon du recouvrement des coûts¹⁷.

Les gouvernements sont donc attachés à l'IB qui permet un relatif désengagement du financement de la santé, mais l'IB n'est pas sans susciter des interrogations quant à son intérêt pour le système de santé. Lors de la mise en œuvre de l'IB, plusieurs craintes ont été exprimées¹⁸. D'abord, le risque de la généralisation trop rapide d'expériences pilotes probantes mais limitées a été souligné. Ensuite, le rôle attribué au médicament comme moyen de financement a également fait l'objet de débats. La vente du médicament permet de dégager des ressources, ce qui n'incite pas à la rationalisation de la prescription. De produit de santé le médicament est transformé en produit financier. Enfin, le recouvrement des coûts a été fondé sur l'idée que le recours à des soins payants ne dépendait pas de leur prix ni du revenu des personnes. Cependant, des études ont montré au contraire une forte élasticité entre l'offre et la demande, le niveau de revenu conditionnant l'accès aux services payants¹⁹. L'autre idée fondatrice est celle de la

¹⁷ World Health organization, *Meeting on ensuring universal access : user fees and free care policies in the context of HIV treatment*, WHO, UNAIDS, World Bank, Genève, 21-23 mars 2005.

¹⁸ Ridde V, *L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé*, Health nutrition and Population, The World Bank, October 2004, p. 6

¹⁹ Cissé B, Luchini S, Moatti J-P, *Les effets des politiques de recouvrement des coûts sur la demande de soins dans les Pays en développement : les raisons de résultats contradictoires*, GREQAM, Document de travail n° 03C02, octobre 2002. La littérature économique s'intéresse largement à l'effet prix sur l'utilisation des services de santé et les résultats sont très discordants et parfois contradictoires. Les divergences entre les premières études réalisées dans le temps peuvent s'expliquer par des choix méthodologiques différents. Mais par la suite, les travaux s'appuient sur un modèle identique.

responsabilisation des consommateurs qui auraient pu peser sur le service de soins pour une meilleure qualité, ce qui ne s'est pas vérifié. La qualité du service rendu n'a pas connu d'amélioration notable.

- *Les contradictions de l'IB face aux risques supposés de la gratuité*

L'un des objectifs de l'IB était de renforcer l'équité dans l'accès aux soins qui est une nécessité²⁰, et c'est l'un des arguments avancés contre la gratuité. En effet, celle-ci ne garantit pas l'équité dans l'accès aux soins. Les mécanismes d'exemption sont parfois captés par les plus aisés. Toutefois, des recherches conduites au Mali, en Ouganda et au Burkina montrent que les démunis n'ont pas de meilleur accès aux soins avec l'IB. Si l'exemption du paiement pour les indigents est économiquement viable dans ce cadre, elle s'avère socialement refusée²¹. Des groupes vulnérables ont vu leur marginalisation accrue. En effet, les degrés d'indigence sont identifiés par l'ensemble de la population lorsqu'il s'agit de proposer des critères, mais l'argument de la complexité est avancé par les responsables des centres de santé pour ne pas les utiliser. Les centres de santé disposent de capacités financières, mais elles sont mobilisées pour des investissements qui ne servent pas les intérêts des indigents. Des travaux montrent que l'équité a été oubliée dans la mise en œuvre de l'IB²². Par conséquent, si la gratuité n'est pas synonyme d'équité assurée, l'IB ne peut pas non plus prétendre servir cet objectif.

De plus, l'attachement au recouvrement des coûts n'empêche pas les Etats d'en souligner les manques et imperfections, qu'il s'agisse de l'impact sur les plus pauvres ou la faible participation des communautés²³. Les Documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP ou *Poverty reduction strategy paper*, PRSP²⁴) soulignent les efforts vers la diversification du copaiement²⁵, et l'abolition dans certains pays du paiement direct pour certaines populations ou pathologies²⁶. Au niveau local, s'il existe des cas de création de trésorerie, le financement des systèmes de santé ne bénéficie pas, au niveau central, de l'IB²⁷. Les salaires, l'approvisionnement en médicaments, les nombreux dessous de tables à verser, montrent que le renforcement du système de santé n'est pas effectif avec ce modèle. La gratuité est donc une contrainte à l'égard des Etats qui se devraient d'investir plus en profondeur dans le financement de la santé, alors que l'IB a justifié un désengagement partiel. Ainsi, les avantages théoriques de l'IB sont-ils opposés à la gratuité dont la mise en œuvre viendrait souligner le manque d'investissement étatique.

La mise en place de la gratuité de la prise en charge des personnes infectées par le VIH ne constitue pas une remise en cause de principe de l'IB. Il est assez courant que dans un même système de santé coexistent des mécanismes de recouvrement des coûts différents selon la gravité des pathologies et la lourdeur de leur prise en charge. La gratuité souligne bien plus les insuffisances de ce modèle qu'il ne le remet en cause de manière injustifiée. Tout d'abord, il ne permet pas de dégager des ressources pour assurer les soins des plus pauvres, alors que c'est l'une de ses raisons d'être. Ensuite, la gratuité retire de fait aux médicaments leur fonction d'instrument de financement. Du coup, la charge excessive qui leur est attribuée apparaît d'autant plus évidente. Alors que l'IB permet d'entretenir des modes de fonctionnement préjudiciables au système de soins et à ses usagers, la gratuité, en contraignant à une remise à plat de ce modèle, permet de repenser le financement du système.

UNE ATTEINTE INUTILE À DES SYSTÈMES DE SANTÉ FRAGILES ?

Les systèmes de santé dans les PED, notamment en Afrique subsaharienne, sont confrontés à de multiples défis qui rendent difficile d'envisager la gratuité. Les systèmes de santé sont affaiblis par les déficits en ressources humaines, les déficiences d'infrastructures et d'équipement, les problèmes de gestion. Des critiques avancent que compte tenu de la diversité des problèmes sanitaires, l'investissement en faveur du VIH est disproportionné. Toutefois, ce sont parfois jusqu'à 70 % des patients pris en charge en service de médecine interne qui sont infectés par le VIH²⁸. On peut donc penser que la prise en charge gratuite contribuerait à un meilleur fonctionnement global de l'hôpital en évitant les hospitalisations pour le sida.

- *Une faisabilité exigeante*

²⁰ World development report 2006, *op. cit*

²¹ Ridde V, Girard J-E. Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique* 2004; 15(1): 37-51.

²² Ridde V. Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako initiative. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81 (7): 532-538. Ridde V, *L'initiative de Bamako 15 ans après. Op. cit*

²³ PRSP progress report, Burkina Faso 2002. PRSP, Burkina Faso, juillet 2004.

²⁴ Les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) sont établis par les gouvernements des pays à faible revenu selon un processus participatif dans lequel s'impliquent à la fois les parties prenantes au niveau national et les partenaires extérieurs du développement, dont le FMI et la Banque mondiale. Le DSRP décrit les politiques et les programmes macroéconomiques, structurels et sociaux qu'un pays mettra en œuvre pendant plusieurs années pour promouvoir la croissance et réduire la pauvreté; il expose aussi les besoins de financement extérieur et les sources de financement connexes. Les DSRP sont nécessaires pour avoir accès aux prêts concessionnels du *Poverty reduction growth facility* ou d'une réduction de la dette dans le cadre des *Highly indebted poor countries*. Le DSRP est aussi le cadre dans lequel les bailleurs bilatéraux comme les pays nordiques ou le Royaume Uni agissent.

²⁵ Cameroun, PRSP, avril 2003, Cameroun, PRSP, Joint Staff Advisory Note, mars 2006.

²⁶ Ghana PRSP Progress Report mars 2004, Burkina Faso PRSP Progress Report, December 2003.

²⁷ Audition.

²⁸ *Une santé chèrement payée. La détention des patients sans ressources dans les hôpitaux burundais*, Human Rights Watch, septembre 2003, 18, n°8(A). p. 25.

Dans quelques pays, l'accès gratuit à certains services de santé, pour le VIH ou d'autres besoins, a été décidé par les autorités politiques. Parfois, l'accompagnement budgétaire n'a pas été planifié et le passage à la gratuité a connu quelques heurts. Sur la base des fragilités reconnues et d'exemples de planification insuffisante, les difficultés techniques sont parfois avancées comme un motif de non-passage à la gratuité. Les problèmes pratiques qui pourraient être accentués par la délivrance gratuite des soins pour le VIH sont bien identifiés. L'enjeu de la faisabilité réside en grande partie dans une planification rigoureuse du passage à la gratuité afin d'anticiper des impacts largement prévisibles. L'annonce de l'accès gratuit à des services de santé s'accompagne souvent d'une augmentation rapide de la file active. Compte tenu de la crise des ressources humaines qui a fait l'objet de nombreux documents, une augmentation de l'offre de soins, même avec un approvisionnement adapté en produits de santé peut apparaître difficilement surmontable, faute de personnel pour répondre à l'augmentation des tâches²⁹. A ce problème global, s'ajoutent les multiples obstacles de terrain soulignés par les acteurs qui s'y confrontent chaque jour : les automates pour les examens biologiques ne fonctionnent pas, les ruptures d'approvisionnement en produits de santé sont fréquentes et parfois longues.

Du point de vue plus spécifiquement financier, l'accès gratuit aux soins suppose le financement anticipé de ceux-ci, et il s'avère que bien souvent cette anticipation n'est pas effective ou bien difficile. L'approvisionnement par les centrales d'achat, qui doit concerner les ARV, les réactifs et d'autres produits de santé, demande une planification très en amont. Ces dernières années, les centrales d'achat des pays ont connu de graves difficultés du fait du retard de paiement de l'acheteur public, alors qu'elles doivent parfois faire l'avance de l'intégralité du montant des commandes plusieurs mois avant leur livraison. Le passage à l'échelle suppose le développement de l'offre décentralisée et donc la compensation des ressources collectées par les centres de santé avec les contributions des usagers, notamment dans les sites éloignés. Au niveau régional, les goulots d'étranglement existent même si au niveau central le lien avec les finances publiques peut être simple³⁰. Le subventionnement est possible, mais il suppose la mise à disposition de fonds très en amont de l'achat et l'anticipation des accroissements de volume³¹. Il est également nécessaire de prévoir la couverture des coûts de distribution (transport, assurance). Faute d'une évaluation des cascades de coûts, le médicament « gratuit » au niveau central aura un coût au niveau décentralisé et ne sera plus à la portée des malades.

Enfin, se pose la question de l'effectivité de la gratuité quand le médicament est délivré aux personnes. Le personnel de santé retire un bénéfice de la vente des produits de santé, il est nécessaire d'intégrer cette variable dans le calcul du coût de la gratuité. Des médicaments subventionnés par la coopération allemande (GTZ) sont ainsi revendus aux malades alors qu'ils devraient être dispensés gratuitement³². Les discussions publiques sur les « échecs de la gratuité » dévoilent les multiples difficultés que doivent surmonter les systèmes de santé. Plus qu'une fragilité supplémentaire, la gratuité, par l'enjeu de planification rigoureuse qu'elle pose, constitue un facteur favorable au système de santé.

- *La mise en concurrence stérile des pathologies*

L'un des points les plus souvent avancé pour exprimer des réticences à la gratuité est la contradiction de l'offre, sur un même site, d'une prise en charge gratuite pour le VIH et payante pour une autre pathologie lourde. Plusieurs aspects de ce problème sont à souligner. Du point de vue des patients, il peut être difficile d'accepter ce traitement différencié qui voit des moyens considérables attribués à une infection et le peu de soutien pour les maladies cardiovasculaires, les cancers ou le diabète qui représentent aussi un problème de santé publique dans les PED³³. Pour certains, l'infection par le VIH pourrait devenir plus « souhaitable » qu'une autre pathologie, minorant ainsi sa gravité et contrariant de fait les efforts déployés dans les politiques de prévention.

Au niveau des professionnels de santé, la distinction de traitements entre pathologies du point de vue des moyens octroyés existe déjà. Elle donne lieu parfois à des situations paradoxales qui voient coexister dans un même lieu un laboratoire flambant neuf dédié à la seule infection par le VIH et un laboratoire sans moyen pour les autres pathologies. Toutefois, on ne peut considérer que ces erreurs de gestion constituent en soi un motif suffisant pour ne pas tenter de tirer le bénéfice maximal de l'investissement dans le VIH. Les professionnels de santé peuvent craindre un effet négatif sur les services autres que ceux qui prennent en charge les PVVIH, suscitant des flux de personnels d'un service à l'autre, amplifiant la crise des ressources humaines. Cependant, la prise en charge de l'infection par le VIH n'est pas partout considérée comme prestigieuse par le personnel de santé, mais plutôt comme un facteur de risque de transmission de l'infection et l'assurance d'une surcharge considérable de travail.

Des articles soulignent l'attention importante accordée aux trois maladies au détriment, selon les auteurs, des autres infections qui touchent les populations, alors que pour un coût très faible de nombreuses infections peuvent être combattues³⁴. Les problèmes de

²⁹ Conseil national du sida, *Avis sur la crise des ressources humaines dans les pays du Sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH*, 6 juillet 2004. Organisation mondiale de la santé, *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*, Genève, OMS, 2006. Un programme spécifique de réponse pour le VIH a été présenté lors de la conférence de Toronto (*Treat, train, retain* TTR, pour traiter, former et retenir), voir : World health organization, *Treat, Train, Retain. The AIDS and health workforce plan. Report on the Consultation on AIDS and Human Resources for Health*, Geneva, WHO, 11-12 May, 2006.

³⁰ Audition CNS.

³¹ Audition CNS.

³² Echanges sur la liste e-med les 5-6 septembre 2006 sur « Lutte contre le sida au Kasai oriental : gratuité coûteuse ». Messages accessibles sur www.essentialdrugs.org/emed/archives.php.

³³ Organisation mondiale de la santé, *Prévention des maladies chroniques, un investissement vital*, Genève, OMS, 2006.

³⁴ Molyneux D H, Hotez P J, Fenwick A. "Rapid-Impact Interventions": How a Policy of Integrated Control for Africa's Neglected Tropical Diseases Could Benefit the Poor. *PLoS MED* 2005; 2(11): 1066. Pour un effet sur sept pathologies infectieuses, le coût évalué est de 0.40 centimes de dollar par personne et par an.

santé sont nombreux et selon les pays et les pathologies, il apparaît que le fardeau de la maladie repose aussi sur les infections respiratoires ou des pathologies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires : les maladies non-transmissibles représentent la plus grande part des causes de décès³⁵. Le choix d'une prise en charge gratuite pour le VIH n'est pas pour autant une indication d'indifférence à l'égard des autres problèmes de santé.

Les réticences exprimées devant la perspective de la mise en œuvre d'une prise en charge gratuite de l'infection par le VIH ne peuvent être considérées comme des freins déterminants à cette avancée nécessaire. Cependant, elles constituent autant d'éléments de prudence et de réflexion à prendre en considération pour guider la mise en œuvre des politiques favorables à la gratuité. Elles doivent être intégrées à la réflexion sur l'évolution du système pour adapter les réponses pour le VIH aux autres pathologies, utiliser au mieux les flux financiers du VIH afin de leur donner l'effet de levier maximal. Certains de ces principes sont déjà mis en œuvre et testés.

1.2 LE MOYEN DE STRUCTURER LE SYSTÈME DE SANTÉ

Le VIH bénéficie d'investissements supérieurs aux autres pathologies. Cette priorité répond à des enjeux de terrain et à des choix d'agenda global et de visibilité des bailleurs. Cette préférence donnée au VIH, ainsi qu'à la tuberculose (TB) et au paludisme, doit être envisagée comme profitable à l'ensemble du système de santé. Les motifs de réticences évoquées devant la perspective de l'accès gratuit à une prise en charge de l'infection par le VIH invitent à améliorer les offres de prise en charge et à développer des approches sectorielles en santé. La mise en œuvre d'une prise en charge gratuite est l'occasion de réfléchir aux articulations entre les différentes offres de soins pour le VIH pour renforcer le service public hospitalier. De même, elle doit être l'occasion de permettre une meilleure articulation des programmes verticaux, de choisir des stratégies et des priorités de santé.

ALIMENTER LA RÉFLEXION STRATÉGIQUE SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ

Au cours des années 1990, la fragmentation des efforts de développement et la lourdeur gestionnaire que cela impose aux PED ont suscité des analyses approfondies des organisations internationales³⁶. A la faveur de cette réflexion, s'est développée la notion d'approche sectorielle, dite *Swap* (*sector-wide approaches*), qui peut être appliquée au domaine de la santé³⁷. La définition usuelle du *Swap* concerne la mise en commun des fonds d'aide, mais il s'agit aussi de discuter des priorités de santé, des mécanismes de support technique, du renforcement des capacités, du suivi et de l'évaluation. Le *Swap* est le moyen de rendre cohérent le soutien national et international en faveur du renforcement des systèmes de santé³⁸. Les fonds alloués pour la riposte au VIH, TB et paludisme peuvent permettre de construire des approches sectorielles. Ces approches pour être mises en œuvre nécessitent un Etat assez stable et structuré.

- *Le choix en faveur du VIH : une réponse pragmatique*

L'infection par le VIH demande un suivi complexe qui est rendu difficile du fait des processus sociaux d'exclusion et de stigmatisation qui s'ajoutent à la prise en charge au long cours. L'épidémie a également un impact social et économique global qui justifie une attention particulière. L'investissement particulier dont bénéficie la lutte contre le VIH vise à répondre à ces particularités, ce qui ne constitue pas la négation des enjeux d'autres pathologies lourdes. Du fait des financements orientés vers "les trois maladies" (infection à VIH, paludisme, tuberculose) et des connaissances sur les liens entre ces infections, des articulations avec la prise en charge du paludisme et de la tuberculose sont possibles. Pour autant, toute réponse spécifique pour le VIH doit intégrer les enjeux de santé particuliers aux pays.

Certains pays font face à des épidémies d'infection par le VIH dont la prévalence est moindre que celle des hépatites virales, par exemple. L'investissement dans le VIH permet d'améliorer l'offre globale et doit prendre en compte les niveaux de prévalence spécifiques à chacun des Etats. Faute de rechercher des possibilités d'articulation, la préférence donnée au VIH semble se faire au détriment des autres maladies. Cependant, les maternités peuvent bénéficier des améliorations effectuées pour la prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH. Il en est de même pour les services de médecine qui font face à des maladies infectieuses et qui prennent en charge de nombreuses PVVIH. Les pathologies tropicales négligées peuvent bénéficier de l'investissement dans le VIH dans la mesure où les co-infections peuvent avoir un impact important. L'anémie est un facteur de mortalité notable en cas d'infection par le VIH et elle est souvent consécutive à l'infection par différents parasites. L'offre de prise en charge de l'infection à VIH peut inclure une offre en faveur d'une meilleure réponse à ces infections³⁹. De même, l'équipement de laboratoires peut être intégré à un service dans son ensemble sans créer de structures spécifiques sous utilisées.

Enfin, comme le montre le financement par le Fonds mondial au Malawi, les fonds destinés à la prise en charge des personnes infectées par le VIH peuvent s'insérer dans des programmes sectoriels en santé. En septembre 2005, le Fonds s'est associé à l'approche sectorielle en santé en finançant un programme de prévention et de soins contre le paludisme. Puis en août 2006, le

³⁵ Jamison D T, Breman J G, *et al.*, *Disease Control Priorities in Developing countries*, Washington/New York, The World Bank/Oxford University Press, 2006, pp. 30-31.

³⁶ Ce second point sera abordé dans la seconde partie.

³⁷ World health organization, *A guide to WHO's role in sector-wide approaches to health development*, WHO, 2006.

³⁸ *Idem*, p. 4.

³⁹ Hotez P J, Molyneux D H, Fenwick A, Ottesen E, Sachs S E, *et al.* Incorporating a rapid-impact package for neglected tropical diseases with programs for HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria. *PLoS Med* 2006; 3(5): e102.

Fonds a soutenu un programme de la réponse nationale contre le VIH qui s'inscrit dans la partie renforcement des systèmes de santé de l'approche sectorielle. Les financements destinés à la lutte contre l'épidémie d'infection par le VIH peuvent parfaitement s'inscrire dans des programmes d'approche sectorielle en santé qui permettent de renforcer les systèmes de santé dans leur ensemble⁴⁰.

- *Un outil de décloisonnement pour plus d'efficience*

De nombreux programmes de prise en charge de certaines pathologies bénéficient de financements extérieurs destinés à des programmes verticaux, parfois dans des structures spécifiques comme pour la tuberculose. La gratuité doit permettre d'intégrer les prises en charge et de compléter les paniers de soins offerts selon les pathologies traitées conjointement et les besoins spécifiques des personnes. Le développement de réponses médicales associant VIH et tuberculose est nécessaire⁴¹.

L'un des problèmes importants des systèmes de santé est celui de l'approvisionnement. La subvention des achats de produits de santé qui entrent dans le panier de soins pour le VIH doit être un moyen de renforcer le système global d'approvisionnement. Le décloisonnement des programmes doit permettre de mieux gérer les approvisionnements. Les centrales d'achat nationales peuvent augmenter leur chiffre d'affaires et développer les compétences techniques du personnel. De plus, la perspective d'une prise en charge gratuite pour le VIH peut avoir à elle seule un impact positif sur la gestion des produits de santé comme les médicaments, les réactifs ou les dispositifs médicaux. L'évaluation des dépenses au Sénégal montre les opportunités de rationalisation des prescriptions grâce à la gratuité⁴².

LE LEVIER DE L'ARTICULATION DES OFFRES DE PRISE EN CHARGE

L'offre de prise en charge dans les pays en développement repose en grande partie sur le système de santé publique. Cependant, il existe de nombreuses autres offres dans le secteur privé, de nature différente. L'offre hospitalière privée reste limitée à des catégories de la population aisée. Les offres privées non-lucratives reposent sur des organisations humanitaires comme MSF, confessionnelles ou associatives. Sous l'impulsion récente du BIT et du Fonds mondial, les entreprises privées formalisent et développent l'offre de prise en charge pour les salariés et leurs ayants-droits. Selon les pays, ces offres sont inégalement disponibles et d'envergure variable, mais souvent elles présentent une qualité de service supérieure à celle du secteur public. Des installations communes doivent pouvoir être développées et des transferts de compétence mis en place afin de tirer tout le bénéfice de ces offres.

- *Le secteur privé : des réponses limitées mais exemplaires*

Les offres associatives et humanitaires ne peuvent être que de portée limitée face au nombre de personnes à prendre en charge. Les associations couvrent aujourd'hui environ 15 % de la population ayant accès aux soins. Leurs actions contribuent largement à modifier la « manière de voir » la prise en charge, notamment parce qu'elles offrent une prise en charge gratuite⁴³. Nombre de personnes préfèrent s'orienter vers l'offre associative plutôt que publique, en dépit de capacités d'accueil limitées. Des éléments de prise en charge, comme l'offre alimentaire et le suivi à domicile, absents du secteur public, rendent les associations attractives. L'action de Médecins sans frontières (MSF) en faveur de l'accès aux traitements a répondu autant à des enjeux humanitaires qu'au besoin d'une démonstration de la possibilité de cet accès. L'intrication des actions de MSF et des offres publiques montre les possibilités de croisement et de renforcement, mais aussi leurs limites. Ainsi au Nigeria, MSF prend en charge gratuitement des personnes au sein de l'hôpital public. Cependant, l'ONG n'a pas vocation à rester, mais à transférer l'activité. Ainsi, se pose la question du retrait, question qui est plus ou moins aisée à gérer selon que le pays d'implantation offre une structure de santé avancée, comme l'Afrique du sud, ou qu'il nécessite encore un fort soutien, comme le Nigeria.

Plusieurs limites doivent être soulignées. Au niveau associatif, le fondement de l'activité est la mobilisation communautaire et l'investissement personnel des soignants. Ce sont souvent quelques personnes qui contribuent à l'émergence, au maintien puis au développement d'associations efficaces. Ce ne sont pas des modèles aisément reproductibles. Par ailleurs, le fonctionnement des associations est assuré par des financements extérieurs qui ne sont pas extensibles à l'infini, comme par exemple celui qu'apporte Sidaction à l'ANSS du Burundi. Les associations soulignent par contraste le manque d'investissement historique du secteur hospitalier public et le défaut d'engagement de l'Etat. Elles sont donc confrontées au choix de limiter le nombre de personnes nouvellement prises en charge. Devant leur succès, elles rencontrent parfois des obstacles d'ordre organisationnel, comme quand la prescription ou la gestion des médicaments est limitée à des structures ou à des personnes⁴⁴.

Les offres de prise en charge par les entreprises constituent également un élément de réponse à l'extension d'une prise en charge gratuite pour les PVVIH. Les sociétés minières sud-africaines se sont engagées tôt dans cette voie du fait du coût de la perte de

⁴⁰ Il s'agit du projet intitulé *Health system strengthening in Malawi*, n°MLW-506-G04-S, signé le 29 septembre 2006. Voir www.theglobalfund.org/search/docs/5MLWH_1142_500_ga.pdf.

⁴¹ Reid A, Scano F, Getahun H, *et alii*. Toward universal access to HIV prevention, treatment, care and support : the role of tuberculosis/HIV collaboration. *Lancet Infect Dis* 2006; 6: 483-95.

⁴² Vinard P, Diop K, Taverne B, Etard J-F, *Faisabilité économique de la gratuité complète de la prise en charge médicale des patients VIH au Sénégal*, Conseil national de lutte contre le sida/IRD, juin 2006.

⁴³ AIDES, *Réseau Afrique 2000. Réponses associatives à la lutte contre le sida en Afrique*, Paris, AIDES, 2^e édition, janvier 2005.

⁴⁴ Onusida, Organisation mondiale de la santé, Sidaction, *Elargir l'accès au traitement du VIH avec les organisations à assise communautaire*, Genève, Onusida, Coll. Meilleures pratiques, 2005, p. 36.

main d'œuvre⁴⁵. Depuis 2003, les réponses, auparavant localisées, ont gagné en cohérence grâce au développement du *Global business coalition on AIDS* (GBC), qui rassemble les entreprises directement concernées ou qui s'engagent pour améliorer la réponse à l'épidémie. Ainsi, le groupe Total a, depuis cette date, développé un programme au niveau du groupe qui permet d'offrir la prise en charge aux membres du personnel ainsi qu'à leur famille. Toutefois, la réponse des entreprises peut connaître quelques limites. Les salariés préfèrent parfois se faire prendre en charge en dehors des programmes de l'entreprise pour des raisons de confidentialité⁴⁶ et les offres de dépistage auprès des salariés montrent des résultats éloignés des prévalences locales. Une offre de dépistage sur le port d'Abidjan a donné une faible séroprévalence au regard de celle connue pour la métropole ivoirienne. L'entreprise, pour ceux-là même qui y travaillent, n'est pas nécessairement le lieu qui doit être celui de la prise en charge. De plus, la structure des entreprises ne permet pas toujours d'assurer le suivi au long cours d'un personnel qui connaît parfois un *turn over* important, ou bien qui est perdu de vue au moment de la retraite. Par ailleurs, la production peut reposer en partie sur des sous-traitants. Les dirigeants de ces entreprises doivent à leur tour être convaincus de l'importance de l'engagement contre le VIH. Ainsi, l'élargissement de la réponse aux communautés est très dépendant du type d'entreprise existant et de sa localisation, qu'elle soit présente en milieu urbain ou dans une zone où elle représente la seule offre comme Areva au Niger. Il reste que le secteur privé est un fort vecteur de diffusion d'information et de sensibilisation.

- *Des complémentarités à développer*

Les offres gratuites de prise en charge pour le VIH existent. Leurs modalités de financement ne peuvent être étendues au secteur public, mais elles présentent des éléments d'apprentissage. Les ONG et les associations se présentent à la fois comme des acteurs critiques des politiques publiques et des offreurs de soins qui peuvent contribuer à la constitution d'un système de santé national. L'étendue de leur offre, parfois ancienne, constitue une expérience adaptable au secteur public. Elle souligne également de la part du personnel un sens de la responsabilité à l'égard des personnes prises en charge. Par bien des aspects, l'offre associative est un aiguillon pour le secteur public, qui vient parfois prendre conseil comme c'est le cas au Burundi. Les offres privées de prise en charge sont déjà gratuites et peuvent être articulées avec les offres publiques, qu'il s'agisse d'assurer une partie de l'offre publique ou de transférer des compétences vers le service public. Le développement de la coordination des prises en charge de l'infection par le VIH est également nécessaire pour simplifier et renforcer les mécanismes d'approvisionnement en produits de santé.

Les différents intervenants peuvent apporter des compétences spécifiques ou bien sont des acteurs importants de l'offre de soins. Par exemple, les organisations confessionnelles ont une grande expertise de la gestion de l'approvisionnement. Elles peuvent ainsi contribuer à articuler les actions entre les associations et le secteur public⁴⁷. Dans certains pays, elles constituent par leurs réseaux d'hôpitaux et de dispensaires une part importante de l'offre de prise en charge. Le développement de leurs relations avec les organisations internationales est cependant nécessaire⁴⁸. Par ailleurs, les entreprises elles aussi peuvent contribuer au renforcement de la complémentarité. Le co-investissement, c'est-à-dire l'offre de la prise en charge de l'entreprise articulée avec le secteur public, permet aux acteurs publics et privés de mieux saisir leurs attentes respectives. Les compétences des entreprises dans la gestion et la planification stratégique constituent des appuis méthodologiques pour le système de santé. Les relations entre les gouvernements et les prestataires privés existent pour la distribution gratuite de médicaments comme c'est le cas pour la tuberculose. Des relations contractuelles peuvent être développées entre les gouvernements et les différents acteurs de l'offre de soins. Le contrat stipule que le prestataire doit respecter les procédures de diagnostic et le traitement recommandé : les médicaments doivent être délivrés gratuitement, le traitement doit être supervisé et des règles clairement établies peuvent permettre le suivi et l'évaluation du service⁴⁹.

CHAPITRE 2 LES AVANTAGES INDIVIDUELS ET COLLECTIFS DE LA GRATUITÉ

Depuis quelques années, plusieurs pays en développement ont rendu l'accès aux traitements antirétroviraux gratuit, comme le Sénégal, le Mali ou le Cameroun. Dans d'autres pays, ce sont des organismes privés, organisations non gouvernementales internationales ou associations nationales, qui assurent une prise en charge complète gratuite. Selon les cas, les contours de la gratuité sont variables et incluent un panier de soins plus ou moins étendu. De ces expériences, il ressort que la gratuité de l'accès à la prise en charge des PVVIH garantit le succès de celle-ci. Dans les programmes d'accès gratuit, le risque de mortalité des personnes à un an est divisé par quatre par rapport aux programmes où une participation est demandée⁵⁰. De plus, au-delà de

⁴⁵ Rosen S, Simon J, Vincent J R, MacLeod W, Fox M, Thea D M. AIDS Is Your Business. *Harvard Business Review* February 2003; DOI: 10.1225/R0302F.

⁴⁶ Audition CNS.

⁴⁷ Global Health Council, *Faith in action. Examining the Role of Faith-based Organizations in addressing HIV/AIDS*, 2005. World health organization, Ecumenical Pharmaceutical Network, *Multi-Country Study of Medicine Supply and Distribution Activities of Faith-Based Organizations in Sub-Saharan African Countries*, Nairobi/Geneva, EPN/WHO, 2006.

⁴⁸ Verspieren P. L'Eglise catholique face à l'épidémie de sida. *Etudes* février 2006; 4062: 221.

⁴⁹ Lönnrot K, *et alii*. Hard gains through soft contracts : productive engagement of private providers in tuberculosis control. *Bulletin of the World health organization* 2006; 84: 876-883.

⁵⁰ The Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries (ART-LINC) Collaboration, ART Cohort Collaboration (ART-CC) groups. Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy : comparison between low-income and high income country. *Lancet* 2006; 367: 817-824.

l'intérêt direct individuel pour le patient, l'accès gratuit à la prise en charge représente un avantage collectif tant pour le système de santé que pour l'ensemble de la société.

2.1 UNE PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE EFFICACE

Les données disponibles⁵¹ montrent l'intérêt individuel de l'accès gratuit à la prise en charge. Toutefois, le service offert se limite souvent aux traitements, alors que bien d'autres aspects de la prise en charge sont importants dont l'accès doit aussi être gratuit. Comme le souligne un article signé par le département VIH de l'OMS, l'accès gratuit aux soins fait partie des éléments d'une stratégie de santé publique pour les PED⁵².

DES DONNÉES FAVORABLES À LA GRATUITÉ

- *Un meilleur accès aux services*

Les données disponibles sur la relation entre paiement direct et prise en charge montrent l'intérêt d'un accès gratuit pour de meilleurs résultats, qu'il s'agisse du dépistage, de l'observance et plus généralement de la mortalité et de la morbidité. Le contexte global actuel est celui du paiement direct, même sous forme de contribution partielle. Compte tenu de la diversité des soins nécessaires, la prise en charge du VIH paraît particulièrement problématique. Celle-ci demande un suivi qui comprend des consultations régulières, la prise d'un traitement quotidien et à vie, et des examens complémentaires. La dépense ainsi occasionnée devient rapidement "catastrophique" pour les finances des ménages. Le premier pas vers la prise en charge de l'infection par le VIH passe par le dépistage. Bien souvent, il est payant et son coût s'ajoute aux multiples freins contribuant au report de la prise de connaissance du statut sérologique. Les expériences conduisent à penser que l'offre de dépistage gratuit constitue une incitation à son recours⁵³.

- *Des résultats médicaux plus encourageants*

Les conséquences constatées quand une contribution est demandée sont des interruptions de traitement, avec les risques de sélections de mutations de résistances qu'elles peuvent favoriser. A terme, la prise en charge en est compliquée. L'observance est un élément fondamental de la prise en charge du VIH que le paiement direct peut limiter par la contrainte financière qu'elle peut engager⁵⁴. L'analyse comparée des résultats de 18 programmes de prise en charge en Afrique, Asie et en Amérique du Sud montre que la mortalité des personnes mises sous traitement est moindre quand elles disposent d'un accès gratuit aux médicaments⁵⁵. Dans les programmes où aucune contribution n'est demandée, les patients ont une plus grande probabilité d'atteindre une charge virale indétectable et de maintenir ce résultat⁵⁶. A l'inverse, lorsqu'une contribution est demandée, les traitements sont interrompus quand les financements de la personne sont épuisés⁵⁷.

LA POSSIBILITÉ D'UN PANIER DE SOINS ÉTENDU

- *L'intérêt d'une prise en charge globale*

Les offres de prise en charge gratuite sont généralement limitées à quelques services, dont les traitements. L'offre s'étend progressivement aux traitements des infections opportunistes ou à des examens comme la charge virale. Cependant, dans de nombreux lieux, la consultation, les examens biologiques ou autres examens nécessaires à une bonne prise en charge, restent à la charge du patient. Par ailleurs, d'autres dépenses constituent des freins importants à la prise en charge, comme les transports. Cette barrière est inégalement prise en compte dans les expériences visant à supprimer le paiement direct⁵⁸.

La perspective d'une prise en charge gratuite de l'infection par le VIH suppose donc un panier de soins étendu à l'ensemble des services nécessaires. L'offre des produits et services de santé pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) couvre un vaste éventail qui peut être soit limité au suivi de l'infection à VIH ou bien étendu à la prise en charge des pathologies qui peuvent avoir un impact sur l'état général de la personne et son observance.

⁵¹ Desclaux A, Lanièce I, Ndoye I, Taverne B, *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS, Coll. Sciences sociales et sida, 2002.

⁵² Gilks C F, *et al.* The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet* 2006; 368: 505-510.

⁵³ Thielman N M *et al.* Cost-Effectiveness of Free HIV Voluntary Counseling and Testing Through a Community-Based AIDS Service Organization in Northern Tanzania. *Am J Public Health* 2006; 96(1): 114-119.

⁵⁴ Lanièce I, Mounirou C, Desclaux A, Diop K, Mbodj F, Ndiaye B, *et al.* Adherence to HAART and Its Principal Determinants in a Cohort of Senegalese Adults. *AIDS* 2003; 17(3): S103-S108.

⁵⁵ The ART-LINC and ART-CC groups, *op. cit.*

⁵⁶ Ivers L C, Kendrick D, Doucette K. Efficacy of antiretroviral therapy programs in resource-poor settings: A meta-analysis of the published literature. *Clin Infect Dis* 2005; 41(2): 217-224.

⁵⁷ The ART-LINC and ART-CC groups, *op. cit.*, pp. 821-822.

⁵⁸ Meesen B, Van Damme W, Kirunga Tashobya C, Tobouti A. Poverty and user fees for public health care in low-income countries : lessons from Uganda and Cambodia. *Lancet* 2006; 368: 2253-57. Brikci N Philips M. User fees or equity funds in low-income countries. *Lancet* 2007; 369: 10-11.

- *Une offre de soins qui peut être progressivement élargie*

Le panier de soins nécessaire à une bonne prise en charge des adultes et des enfants recouvre différents types d'interventions. L'ensemble de ces interventions peut être assemblé progressivement en fonction des évolutions des systèmes de santé et du niveau de financement. Une prise en charge peut être considérée comme efficace et complète seulement quand l'ensemble des interventions est disponible.

Le panier de soins est bien entendu constitué des produits et services en lien direct avec la mise sous traitement et le suivi de la réponse virologique. Le dépistage et le diagnostic sont nécessaires pour l'inclusion dans un programme d'antirétroviraux (ARV) et des examens complémentaires sont quasiment toujours demandés⁵⁹. Bien entendu le traitement contre le VIH doit être compris, mais sa prescription et le suivi s'accompagnent d'un ensemble de services. La gratuité des consultations médicales est indispensable, sur une fréquence préalablement définie ou selon les besoins, même quand il n'y a pas de mise sous traitement. Le comptage des CD4 est surtout utile pour déterminer le moment d'initialisation du traitement. Par la suite, le suivi de l'efficacité devrait être plus fondé sur un suivi virologique (charge virale) qu'immunologique (CD4). A cela doit s'ajouter un bilan biologique qui permet d'évaluer la tolérance⁶⁰. Il est important, compte tenu des ressources limitées, d'assurer le meilleur suivi d'efficacité des traitements avec la réalisation des charges virales. Le seul suivi clinique est insuffisant pour mesurer l'efficacité des traitements et risque de favoriser l'émergence de virus mutants résistants. A terme, le changement de traitement impliquera de recourir à des traitements de seconde intention dont le coût est bien supérieur aux traitements de première intention.

L'offre de soins doit inclure un ensemble de pathologies à prendre en charge et de soins à apporter, comme la prévention des infections opportunistes et les consultations nécessaires à cette prévention⁶¹. Il faut aussi traiter les autres pathologies qui influent sur l'état général du patient⁶², tels les effets indésirables induits par les traitements⁶³. Il faut également compter avec les traitements adjuvants⁶⁴. Ce panier rassemble aussi des soins comme les hospitalisations ainsi que des dépenses apparaissant parfois extérieures aux questions de santé, comme les frais de transport pour se rendre aux consultations ou aux examens, les pertes de temps et de travail... Enfin, certaines interventions sont déterminantes pour le succès de la mise sous traitement et son suivi et doivent être intégrées au panier gratuit. La nutrition est un point à développer, dans la ligne de la résolution de l'OMS de janvier 2006⁶⁵. Des accompagnements à l'observance et à l'adhésion, sans lesquels la prise en charge est vouée à l'échec, sont également nécessaires.

2.2 UN INTÉRÊT COLLECTIF ÉTENDU

L'investissement financier collectif dans une prise en charge accessible gratuitement pour les personnes permet de répondre aux coûts que représente l'épidémie pour les sociétés. Le financement de la santé apparaît encore souvent comme une dépense, mais il constitue plutôt un investissement sur le long terme comme l'a montré la commission macro économie et santé⁶⁶. Le financement de mécanismes permettant un accès sans paiement direct est un moyen d'améliorer certains aspects du système de santé et de faire face aux coûts économiques de l'épidémie présents et à venir. Certains n'hésitent pas à avancer que l'investissement dans la prise en charge dans les pays en développement est un avantage pour la sécurité des pays industrialisés⁶⁷.

UNE GESTION AMÉLIORÉE DE L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE

Dans un système de santé où les ressources humaines et financières sont rares, l'efficacité d'un programme est importante. Il s'avère que la gratuité permet aux programmes d'accès d'être plus efficaces et moins consommateurs de ressources.

- *Une opportunité pour un système plus équitable*

L'équité dans l'accès aux soins est un objectif constamment affirmé et constitue un élément important de l'architecture prévue par l'Initiative de Bamako (IB). Elle s'est construite sur la participation financière de l'usager, avec des exemptions pour les plus

⁵⁹ Ce sont les examens biologiques autres qui permettent par exemple d'évaluer les phénomènes inflammatoires comme la vitesse de sédimentation ou la mesure de la CRP (C *reactive protein*), ainsi que les examens d'imagerie médicale comme la radiographie, l'échographie, etc...

⁶⁰ Les examens pour les fonctions : hématologique, rénale, hépatique, métabolique.

⁶¹ Les infections opportunistes les plus courantes sont : les candidoses ; les infections herpétiques ; les pneumopathies bactériennes ; les septicémies ; le sarcome de Kaposi ; la toxoplasmose.

⁶² Il s'agit du paludisme, des parasitoses digestives, des infections respiratoires aiguës ou sub aiguës, des diarrhées bactériennes.

⁶³ Il s'agit notamment de la dyslipidémie, du diabète, des affections cardiaques.

⁶⁴ Il s'agit notamment des antianémiques et des antidiarrhéiques.

⁶⁵ Résolution adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies, *Déclaration politique sur le VIH/sida*, UNGASS 2 juin 2006, point 28 favorable à un panier de soins qui inclut la nutrition, A/res/60/262. WHO, *Nutrition and HIV/AIDS, report by the secretariat*, A59/7, 4 May 2006. WHO, fifty-ninth World health assembly, *Nutrition and HIV/AIDS*, WHA59.11.

⁶⁶ Sachs J D, *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission of Macroeconomics and Health*, Geneva, WHO, 2001.

⁶⁷ Drummond D, Kelly R, *The economic cost of aids : a clear case for action. Poverty and Marginalization Primary contributors*, TD Economics, Special Report, August 8, 2006.

démunis. Dans les faits, les exemptions ne sont pas mises en œuvre⁶⁸, soit les procédures d'exemptions ne sont pas claires, soit le mécanisme d'exemption représente un coût non-couvert par les fonds collectés par la participation financière⁶⁹. Les pauvres ne bénéficient donc pas des mesures destinées à leur permettre l'accès aux soins. Ainsi, le paiement direct constitue-t-il un frein à l'accès aux soins pour ceux qui sont supposés pouvoir payer sans pour autant permettre un accès à ceux qui bénéficient de mesures spécifiques d'exemption.

- *Limiter les lourdeurs pour les gestionnaires*

Les expériences précoces d'accès aux traitements dans les pays d'Afrique sub-saharienne montrent les limites de la mise en place de contributions financières des patients ajustées à leurs revenus supposés. L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux (Isaarv) mise en œuvre à partir de 1998 permet de disposer d'une expérience sur le long terme. Au cours du temps, le principe d'une contribution partielle modulée a été progressivement abandonné au profit d'un accès gratuit⁷⁰. Le mécanisme de modulation du co-paiement reposait sur un processus de sélection de la subvention. Trois comités effectuaient un choix des personnes pouvant bénéficier d'un accès aux ARV et du montant de leur participation⁷¹. Au cours du temps, les niveaux de contribution sont passés de sept à trois, pour finir par disparaître. Le plus bas des niveaux de participation était de huit dollars par mois. Au Sénégal, les motifs d'évolution vers la gratuité pour tous sont de deux ordres. Le premier est d'ordre médical. La charge financière est un obstacle à l'observance pour un grand nombre de patients, et il n'est donc pas envisageable de la conserver. Le second est d'ordre organisationnel. L'augmentation du nombre des personnes prises en charge au cours du temps a représenté une charge de travail importante pour ce qui relevait de la catégorisation des patients. Parallèlement, le nombre des patients pauvres inclus a augmenté et le taux de recouvrement a été faible. Ainsi, le temps passé dans les procédures de catégorisation et le coût que cela représente rapporté au recouvrement a conduit rapidement à l'abandon de procédures dont la pertinence n'apparaissait plus aux responsables du programme.

UN INVESTISSEMENT RENTABLE

- *Une réponse au coût économique et social de l'épidémie*

L'épidémie d'infection à VIH représente un fardeau pour les sociétés. Selon les pays, le nombre de femmes et d'hommes en âge de travailler vivant avec le VIH varie, mais représente un pourcentage important de la population active, jusqu'à 35 % en Afrique australe⁷². Au niveau des entreprises, l'impact du VIH a pu être calculé comme une « taxe » représentant jusqu'à 6 % de la masse salariale. Les programmes de traitements constituent alors le moyen de réduire ce fardeau financier⁷³. Cet intérêt a été démontré à partir d'étude de cas, y compris pour des périodes passées au cours desquelles le coût des traitements était bien supérieur à ce qu'il est aujourd'hui⁷⁴.

Par ailleurs, le retour à l'emploi et à la productivité est favorisé par la mise sous traitement⁷⁵. La même étude montre également que le temps passé au travail par les enfants qui se substituent aux parents décroît. Le fardeau de l'épidémie constitue également un coût social que les traitements atténuent, mais toute contribution vient limiter les budgets des ménages. La délivrance des soins sans paiement au point de délivrance apparaît ainsi comme un soutien à l'économie familiale et une contribution directe au développement en permettant aux enfants de ne pas travailler. Dans le meilleur des cas, il est banal que les parents vivant avec le VIH arbitrent en faveur des dépenses nécessaires à la scolarité de l'enfant au détriment du paiement des traitements⁷⁶. Un accès gratuit permettra de ne plus avoir à réaliser de tels choix.

- *Un investissement pour une prise en charge durable*

⁶⁸ Ridde V, Girard J-E, *op. cit.*

⁶⁹ Desclaux A, Equity in access to AIDS Treatment in Africa : pitfalls amongst achievements, in Singer M., Castro A. (eds), *Unhealthy health policy : a critical medical anthropology perspective*, Lanham, Altamira Press, 2004, pp. 115-132.

⁷⁰ Desclaux A, Lanièce I, Ndoye I, Taverne B, *op. cit.*

⁷¹ Plusieurs comités d'évaluation des dossiers ont été mis en place : un comité médical technique (examen du dossier médical) ; un comité technique pour les aspects sociaux (évaluation des capacités d'observance et de paiement) ; un comité d'éligibilité (détermination du montant de participation).

⁷² Bureau international du travail, *Le VIH/sida dans le monde du travail : évaluation mondiale, répercussions et réponses*, Genève, Organisation internationale du travail, 2004.

⁷³ Rosen S, Simon J, Vincent J R, MacLeod W, Fox M, Thea D M, *op. cit.*

⁷⁴ Eholie S-P, Nolan M, Gaumon P, Mambo J, Kouamé-Yebouet Y, Aka-Kakou R, Bissagnene E, Kadio A. Antiretroviral treatment can be Cost-saving for Industry and Life-saving for Workers : a Case Study from Côte d'Ivoire's Private Sector, in, Moatti J-P, Coriat B, Souteyrand Y, Barnett T, Dumoulin J, Flori Y-A, *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges*, ANRS, Paris, 2003.

⁷⁵ Thirumurthy H, Graff Zivin J, Goldstein M, *The Economic Impact of AIDS Treatment: Labor Supply in Western Kenya*, NBER Working Paper n° 11871, December 2005.

⁷⁶ Auditions CNS.

La prise en charge est un investissement coût efficace⁷⁷. Une bonne prise en charge limite les problèmes d'observance donc les risques de sélections de mutations de résistances, et permet un meilleur pronostic sur un plus long terme. Un mauvais suivi risque de conduire à des changements de traitements plus rapides, traitements également plus complexes et coûteux. Le sous investissement dans une prise en charge avec des traitements de première ligne risque de conduire rapidement à un besoin accru de traitements de seconde ligne. Leur coût est bien supérieur aux premières lignes et le problème du financement sera encore plus aigu, y compris dans les pays qui disposent de systèmes de soins bien organisés⁷⁸.

La charge que représentent les dépenses autres que les traitements ARV est supportable comme le montre l'étude conduite au Sénégal sur la part des dépenses entre les médicaments ARV et les autres produits de santé⁷⁹. L'efficacité sur le long terme des investissements réalisés dans l'accès aux traitements nécessite donc un effort supplémentaire mais dont la part reste faible comparativement aux coûts des traitements déjà pris en charge.

La gratuité de l'accès aux soins doit être envisagée comme une solution rationnelle pour assurer les meilleurs résultats des traitements. Dans le cas contraire, des financements internationaux et nationaux vont être consacrés à des traitements dont l'efficacité va être limitée par la barrière que constitue le paiement direct par les PVVIH.

PARTIE II LES ENJEUX DU FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE GRATUITE

La prise en charge gratuite des personnes infectées par le VIH a un coût et elle implique des financements plus importants destinés à la santé. Les enjeux du financement de la gratuité ne résident pas dans la simple augmentation des ressources, mais plutôt dans la consolidation des sources existantes que sont l'aide extérieure et les mécanismes nationaux.

L'augmentation des financements internationaux pour la prise en charge des personnes infectées par le VIH s'inscrit dans le contexte de l'amélioration de la gestion de l'aide publique au développement. Les axes généraux pour une meilleure efficacité sont définis dans la *Déclaration de Paris* de mars 2005 qui pose les termes d'une plus grande efficacité de l'aide au développement. Construite sur l'idée de la responsabilité réciproque, elle présente les principes que doivent suivre les partenaires. Les Etats receveurs doivent assumer leur responsabilité dans l'élaboration et la conduite de leurs politiques publiques, principe désigné par le terme "d'appropriation". De leur côté, les bailleurs doivent inscrire leurs actions dans le cadre des politiques nationales, principe désigné par le terme "d'alignement". Ils doivent aussi améliorer l'harmonisation de leurs pratiques en développant des procédures similaires pour l'octroi de l'aide, le suivi et l'évaluation. Enfin, la gestion de l'aide est axée sur les résultats et suppose un suivi et une évaluation des fonds utilisés⁸⁰. Les politiques spécifiques à l'épidémie de VIH bénéficient du cadre des « *Trois principes* » promus par Onusida : un cadre commun au niveau des pays pour coordonner les activités des partenaires ; un organisme de coordination au niveau national bénéficiant d'une représentation large et multisectorielle ; un seul système de suivi et d'évaluation. En juin 2005, la cellule mondiale de réflexion sur la coordination de l'aide pour le sida⁸¹ a proposé un ensemble de recommandations qui s'inscrivent dans le cadre de la *Déclaration de Paris* et des *Trois Principes*⁸². Plus récemment, en septembre 2006, un groupe d'organisations internationales a proposé un programme pour soutenir le renforcement des réponses de santé en Afrique, devant le peu de résultats obtenus⁸³. Le *Programs Assistance Facilitation for Health* (PAFH) a pour objet de contribuer à une amélioration des politiques de santé dans les pays en développement.⁸⁴

Au niveau des Etats, la couverture du coût de la gratuité nécessite le renforcement des mécanismes de financement nationaux. Parallèlement à la définition d'approches sectorielles en santé, les Etats doivent accroître l'effort budgétaire. Depuis quelques années, le coût du panier de soins étendu est pris en compte dans les évaluations des besoins, mais des investissements sont

⁷⁷ Goldie SJ, Yazdanpanah Y, Losina E. Cost-Effectiveness of HIV Treatment in Resource-Poor Settings. The Case of Côte d'Ivoire. *N Engl J Med* 2006; 355: 1141-53.

⁷⁸ The World Bank, Thailand Ministry of Public Health, *Expanding access to antiretroviral treatment in Thailand*, December 2005.

⁷⁹ Vinard P, Diop K, Taverne B, Etard J-F, *Faisabilité économique de la gratuité complète de la prise en charge médicale des patients VIH au Sénégal*, Conseil national de lutte contre le sida/IRD, juin 2006.

⁸⁰ *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement*, mars 2005. Le texte est disponible à l'adresse suivante : www.oecd.org/dataoecd/53/38/34579826.pdf.

⁸¹ Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA, Rapport final, Genève, Onusida, 14 juin 2005, p. 9.

⁸² Les recommandations sont présentées en quatre catégories : *leadership* et appropriation nationale par toutes les parties prenantes de chaque pays ; alignement et harmonisation des efforts ; réformes visant à une riposte multilatérale plus efficace ; obligation de rendre des comptes et exercice d'un contrôle.

⁸³ African Development Bank, UNICEF, World Bank, World Health Organization, « *tackling the barriers to scaling up in health... a coordinated response* » *Programs Assistance Facilitation for Health. A Joint Action Framework for the African Region, final draft 23 September 2006*, Brazzaville September 2006. Document accessible à l'adresse : www.hlfhealthmdgs.org/September2006Mtg.asp.

⁸⁴ *Idem*. Parmi les problèmes que le programme se propose de résoudre, il y a celui de l'allocation disproportionnée de ressources à quelques priorités comme le VIH. Par ailleurs, le *High level forum for the Health MDGs* a lancé l'initiative *Scaling up for better health* dont le but est d'accélérer les progrès vers les OMD en santé.

nécessaires dans les infrastructures, comme la construction d'installations, la logistique, la mise à niveau des laboratoires⁸⁵. Par ailleurs, la mutualisation du risque santé fait l'objet d'un intérêt croissant et de nombreuses expériences, d'envergure variable. Les mécanismes de type assurantiel apparaissent comme une solution d'avenir. Toutefois, ils ne semblent pas adaptés au niveau des besoins de la prise en charge des personnes infectées par le VIH. Par contre, le développement des fonds d'achats semble plus prometteur.

CHAPITRE 3 AMÉLIORER LE CONTEXTE DE L'AIDE

L'augmentation de l'aide financière nécessaire à la réalisation de l'offre gratuite de la prise en charge des personnes infectées par le VIH nécessite de renforcer les capacités des Etats et de mieux ajuster les pratiques des bailleurs aux enjeux. L'enjeu financier de l'amélioration de l'aide réside dans une cohérence accrue des pratiques et des représentations des différents partenaires, au premier rang desquels les gouvernements et les bailleurs les plus importants. L'alignement, la coordination et l'harmonisation sont des axes d'action des bailleurs, mais ils ne prennent de l'intérêt que dans le cadre de politiques de santé à l'élaboration desquelles les gouvernements contribuent directement. Ces principes d'alignement et d'appropriation doivent être envisagés également au niveau global. Les politiques internationales peuvent en effet constituer des contraintes pour la gestion de l'aide. Les gouvernements des PED ne saisissent pas toujours les opportunités offertes par les évolutions des positions des organisations internationales et les bailleurs n'alignent pas leurs politiques économiques multilatérales sur les objectifs affichés de leurs politiques d'aide.

3.1 L'AUTONOMIE RELATIVE DES POLITIQUES NATIONALES

L'appropriation par les Etats des politiques de santé mises en œuvre sur leur territoire est un objectif affiché par les textes internationaux sur l'amélioration de l'aide publique au développement. Cependant, de multiples contraintes rendent cette appropriation malaisée. Par ailleurs, la coordination des bailleurs et l'alignement des programmes extérieurs sur les politiques nationales restent insuffisants⁸⁶.

UNE PLANIFICATION NATIONALE MALAISÉE

Les obstacles qui limitent les capacités d'appropriation des Etats sont identifiés par l'Onusida : les besoins sont mal connus ; les priorités ne sont pas toujours clairement définies au niveau des Etats ; les acteurs sont mal coordonnés⁸⁷. La mise en œuvre d'une politique d'accès gratuit demande une expertise accrue et durable des Etats dans un cadre de partenariat avec les opérateurs extérieurs. Le renforcement des capacités nationales est essentiel pour une meilleure gestion de l'aide et son efficacité, les pays ont donc un besoin important d'assistance technique.

- *Un pilotage financier aléatoire*

Souvent, la faiblesse des capacités administratives des Etats est mise en avant pour expliquer l'impact limité de l'aide extérieure. D'un point de vue macroéconomique, l'afflux de l'aide est en effet susceptible d'avoir des effets négatifs⁸⁸. Certains Etats peuvent rencontrer des difficultés dans la gestion des fonds extérieurs, notamment pour les utiliser efficacement. Les mécanismes de redistribution interne à l'Etat peuvent avoir des capacités insuffisantes. Il peut être nécessaire de prévoir des canaux de financement qui garantissent la préservation des fonds destinés à la santé et de créer des fonds de réserve quand se pose un problème de capacité d'absorption. Toutefois, les limites que rencontrent les Etats dans la planification de leurs politiques peuvent avoir une origine extérieure. En fait de capacité d'absorption, plusieurs observateurs notent qu'il serait préférable de parler de problème de capacité de décaissement de la part des bailleurs⁸⁹. Dans certains cas, le bailleur tarde à verser les fonds attendus, pour ensuite se livrer à des décaissements hâtifs. Parallèlement à ces difficultés de gestion administrative, se pose le problème de la connaissance des flux réels. Une étude sur le Ghana montre que les entrées de flux financiers pour la santé sont mal connues. La connaissance du gouvernement ne reflète pas la diversité effective des flux entrants. De ce point de vue, une mauvaise évaluation des sommes disponibles réduit la capacité de l'Etat à planifier efficacement le financement de la santé⁹⁰.

Afin de surmonter en partie ces difficultés, certains, qu'ils soient bailleurs ou représentants de pays receveurs, souhaitent voir augmenter la part de financement de programmes et diminuer celle des projets. Cela permet de planifier sur une plus longue période

⁸⁵ Onusida, *Besoins en ressources pour une riposte au SIDA élargie dans les pays à revenus bas et moyens*, Onusida, août 2005, p. 17 et 19. Il est précisé : les besoins en ressources pour le traitement et les soins vont au-delà de la thérapie antirétrovirale et comprennent : dépistages, traitement et prophylaxie des infections opportunistes, thérapies antirétrovirales y compris l'appui nutritionnel ; analyses médicales ; soins palliatifs.

⁸⁶ Commission pour l'Afrique, *Notre intérêt commun. Rapport de la commission pour l'Afrique*, mars 2005, p. 356. Une étude réalisée pour la commission tire les conclusions suivantes : l'aide n'est pas alignée sur les cycles budgétaires nationaux ; les priorités des donateurs passent avant celles des bénéficiaires ; dans l'ensemble, les procédures de décaissement sont contraignantes et lourdes.

⁸⁷ Onusida, *Faire travailler l'argent disponible grâce à un appui accru des Nations Unies aux ripostes contre le SIDA. Plan d'appui technique consolidé des Nations Unies contre le SIDA 2006-2007*, Genève, Onusida, mars 2006

⁸⁸ Audition CNS.

⁸⁹ Audition CNS.

⁹⁰ Audition CNS.

les actions et de mieux regrouper les ressources pour un même objectif⁹¹. L'assurance d'une aide extérieure prévue sur le long terme est un facteur de meilleure planification. Toutefois, l'enjeu de pérennité financière se situe parfois plus au niveau institutionnel⁹². Les arguments relatifs à la capacité d'absorption ou de décaissements trop lents, d'imprévisibilité de l'aide ou de faiblesse institutionnelle sont souvent opposés les uns aux autres. Il semble bien que la conjonction de ces faiblesses structurelles rende la planification aléatoire plus que les failles spécifiques de l'un ou de l'autre des partenaires. Dans tous les cas, ce n'est pas le niveau de développement des Etats qui conditionne la capacité d'absorption des financements extérieurs et leur usage⁹³.

- *Un besoin d'expertise technique sur les politiques de santé publique*

Par bien des aspects, les Etats ont besoin avant tout d'expertise technique. L'énumération des difficultés dans certains documents le laisse penser : les besoins sont mal évalués ; le leadership national est insuffisant et empêche de définir les besoins en matière d'appui technique ; les fonds sont alloués de manière inadaptée ; la coordination entre les organismes techniques, les fournisseurs et les financeurs est mauvaise ; les capacités d'appui technique régionales et locales ne sont pas utilisées⁹⁴. L'appui technique ne doit pas être uniquement administratif ou médical. Pour pouvoir définir les orientations de leurs politiques de prise en charge du VIH dans le cadre de politiques de santé globales, les Etats doivent pouvoir disposer de l'expertise épidémiologique nécessaire. Les services de l'OMS offrent cet appui, mais l'appropriation suppose une expertise nationale pour mieux échanger et négocier avec les organisations internationales et les bailleurs. Le troisième principe de l'Onusida prévoit l'élaboration d'un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national avec des indicateurs normalisés⁹⁵. Là encore, les Etats doivent bénéficier d'un appui technique qui vise au transfert de compétences et non seulement à une assistance, même sur le long terme.

Enfin, l'aide technique apportée par les Etats développés doit intégrer les enjeux de la prise en charge gratuite pour le VIH dans les différents secteurs d'intervention. La coopération technique allemande sensibilise l'ensemble de son personnel aux enjeux du VIH, y compris celui qui n'exerce pas dans le secteur de la santé. Cela permet d'être cohérent avec les attentes des organisations internationales à l'égard des pays qui leur demandent de prendre en compte l'épidémie dans tous les secteurs d'intervention publique⁹⁶. La gestion de la planification stratégique, de l'approvisionnement constituent des défis importants pour les gouvernements et les programmes nationaux de lutte contre le sida⁹⁷. La France soutient de différentes manières les politiques du médicament en soutenant le programme de préqualification des ARV génériques de l'OMS, en contribuant à l'élaboration des politiques nationales ou en appuyant les centrales d'achats. Celles-ci sont un élément important des politiques de santé et elles doivent être soutenues afin de disposer des compétences nécessaires pour répondre aux sollicitations des différents acheteurs présents au niveau national.

UN ALIGNEMENT DES BAILLEURS SUR LES POLITIQUES NATIONALES À APPROFONDIR

Les différents acteurs extérieurs du financement de la prise en charge du VIH n'agissent pas toujours dans le cadre des politiques nationales. L'appui des bailleurs aux Etats peut avoir des conséquences ambiguës. Comme le relève un rapport de la CNUCED : « La multiplicité des donateurs, dont tous ont élargi leurs programmes d'aide, fait ployer les administrations affaiblies des pays bénéficiaires sous une prolifération de procédures, qu'il s'agisse de négociations, de rapport ou de supervision »⁹⁸. La conciliation des intérêts des différentes parties prenantes demande donc d'être renforcée. Par ailleurs, le rôle des organisations non gouvernementales doit être discuté. Par les fonds qu'elles apportent, les innovations qu'elles suscitent, elles sont des actrices importantes des politiques d'accès aux soins, mais elles doivent également s'aligner au mieux avec le cadre national⁹⁹.

- *La conciliation aléatoire des intérêts locaux et des bailleurs*

Les critiques énoncées par les pays receveurs à l'encontre des bailleurs ne manquent pas : les donateurs seraient impatients face aux difficultés organisationnelles des pays sans contribuer à faire face à ces déficiences. Certains pays donateurs se fixent des objectifs

⁹¹ Auditions CNS.

⁹² Vinard P, Diop K, Taverne B, *Comment financer la gratuité ? Le cas de la prise en charge médicale complète des Personnes Vivant avec le VIH/sida au Sénégal*, Dakar, Conseil national de lutte contre le sida, Institut de recherche pour le développement, Alter Santé internationale et développement, janvier 2007.

⁹³ Chunting L, Michaud C M, Khan K, Murray C J L. Absorptive capacity and disbursements by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria : analysis of grant implementation. *Lancet* 2006; 368: 483-488.

⁹⁴ Onusida, *Faire travailler l'argent disponible grâce à l'appui accru des Nations Unies aux ripostes contre le SIDA. Plan d'appui technique consolidé des Nations Unies contre le SDIA 2006-2007*, Genève, Onusida, mars 2006.

⁹⁵ Onusida, *Les "Trois principes" en action : bilan et avenir*, Onusida/05.08F, 2005, p. 8.

⁹⁶ Unaid, The World Bank, UNDP, *Mainstreaming HIV and AIDS in sectors & programmes. An implementation guide for national responses*, Geneva/Washington/New York, September 2005. Holden S, *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*, Action Aids, Oxfam Gilbert Barbier, and Save the Children UK, 2004.

⁹⁷ République du Tchad, ministère de la Santé publique, *Mission de supervision des activités de lutte contre le sida. 19-29 septembre 2006. Rapport de mission*, Programme national de lutte contre les IST/VIH/SIDA. document accessible sur www.pnls-tchad.org.

⁹⁸ CNUCED, *Le développement économique en Afrique. Doublement de l'aide : assurer la « grande poussée »*, Nations Unies, New York, Genève, 2006, p. 55.

⁹⁹ Voir par exemple le document : Onusida, OMS, Sidaction, *Elargir l'accès au traitement du VIH avec les organisations à assise communautaire*, Onusida, OMS, Coll. Meilleures pratiques de l'Onusida, 2005. AIDES, *Réseau Afrique 2000. Réponses associatives à la lutte contre le sida en Afrique*, Paris, AIDES, 2^e édition, janvier 2005.

qui ne correspondent pas à ceux du pays. Les donateurs collaborent entre eux, mais ils ne font pas preuve de transparence envers le pays et ne respectent pas les choix nationaux. L'aide reste parfois au niveau des promesses et certains pays sont négligés, tandis que d'autres sont très choyés¹⁰⁰. La politique de l'aide peut être source de contrainte pour les Etats comme le soulignent plusieurs rapports¹⁰¹. La difficulté est de passer à la mise en œuvre effective d'une coordination qui reste souvent au niveau formel¹⁰².

Les pays sont aussi responsables de l'organisation des relations entre les parties prenantes qui peuvent être particulièrement enchevêtrées ou bien clairement organisées¹⁰³. Du point de vue des bailleurs aussi, le travail de coordination reste nécessaire, les organes de coordination associés à différents OIG dans un même pays sont multiples¹⁰⁴. En outre, les champs de compétences des différentes organisations internationales n'apparaissent pas toujours clairement, au détriment de l'action des Etats¹⁰⁵.

L'évaluation et le contrôle nécessaires ne doivent pas donner lieu à des tâches ou des procédures sans fin dans la mesure où les capacités de gestion des Etats sont limitées. Les impératifs des bailleurs, notamment pour s'assurer de la rigueur de l'usage des fonds peuvent générer des difficultés si les procédures ne sont pas accompagnées d'un soutien. Les exigences bureaucratiques alourdissent le fonctionnement des Etats quand les bailleurs ne débauchent pas le personnel local¹⁰⁶. Une solution parfois retenue est de faire passer l'aide et la mise en œuvre d'actions par les ONG. Cependant, si cela peut servir les intérêts des bailleurs qui sont mieux à même de demander des comptes à une organisation privée, cette solution limite les efforts réalisés par les administrations centrales pour améliorer leurs compétences et freine toute appropriation. Le renforcement de leurs capacités est essentiel aux pays¹⁰⁷. Les politiques pharmaceutiques nationales face aux intervenants extérieurs sont un bon exemple, en particulier du fait des besoins d'approvisionnement en produits de santé qui représentent une part importante des dépenses. Les pratiques de prise en charge sont variables selon les investisseurs et peuvent alourdir la gestion des centrales d'achat. Parfois, les opérateurs internationaux sollicités sont inégalement performants. Des critiques ont été émises à l'encontre du choix du Fonds mondial qui a choisi parfois de financer des programmes dans lesquels l'approvisionnement était réalisé par des organisations internationales. Dans certains pays, la présence de celles-ci est indispensable. Dans d'autres, les difficultés des branches locales de ces organisations ont pesé sur les centrales d'achats nationales, qui pouvaient offrir des prestations similaires à moindre coût et étaient sollicitées pour compenser les défaillances de ces grandes organisations. Dans certains pays, ces défaillances ont conduit à des ruptures durables de l'approvisionnement.

Toutefois, des évolutions montrent une meilleure intégration des solutions internationales aux besoins de renforcement des capacités nationales. Les fonds d'Unitaid permettent de combler les manques de certaines niches. Le recours à des opérateurs comme la *Clinton HIV/AIDS Initiative* (CHAI ou Fondation Clinton) a pu faire craindre des choix contraires à la politique de renforcement du secteur pharmaceutique dans les PED. Toutefois, l'exemple de la signature le 26 janvier 2007 d'un mémorandum d'entente entre la CHAI et le ministère de la santé du Cameroun, sur la base de financements d'Unitaid, permet de constater l'inscription de cette avancée dans le cadre de la centrale d'achat nationale. Néanmoins, ces organisations et bailleurs doivent veiller à ce que le bénéfice de leur contribution sur une grande échelle ne se double pas d'une nuisance sur les capacités de gestion autonome des Etats. En ce sens, le mémorandum du Cameroun fait figure de modèle.

- *La place à accorder à la société civile*

L'offre de soins proposée par la société civile doit s'articuler avec l'offre du secteur public, mais il existe souvent une méfiance réciproque entre les gouvernements et les associations¹⁰⁸. La société civile a pour fonction de faire entendre une voix discordante de celle des autorités quand cela est nécessaire. Cela soulève la question de l'alignement de ces organisations sur les politiques nationales. Plusieurs axes assez différents doivent être pris en compte. Les ONG internationales peuvent disposer d'une autonomie suffisante qui leur permet de mettre en œuvre des programmes qui leurs sont propres. L'alignement n'est pas nécessairement recherché, car elles sont dans une position intermédiaire entre organisme critique et structure partenaire. Elles s'associent parfois

¹⁰⁰ Onusida, *Les "Trois principes" en action*, op. cit., p. 33.

¹⁰¹ CNUCED, *Le développement économique en Afrique*, op. cit., p. 5 : « Le caractère inefficace et inopérant d'une grande partie de l'aide tient également pour une bonne part au manque de cohérence entre les donateurs ainsi qu'entre leurs objectifs et prescriptions, et à l'incapacité de concilier ceux-ci avec les besoins, les priorités et les préférences des pays bénéficiaires. La multiplicité de donateurs ayant des vues, des procédures comptables et priorités différentes a, par elle-même, créé une situation qui peut au mieux être qualifiée de chaotique. L'appareil administratif des pays bénéficiaires a été de ce fait excessivement mis à contribution ». Commission pour l'Afrique, *Notre intérêt commun*, op. cit. Onusida, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006*, op. cit.

¹⁰² Onusida, *Les "Trois principes" en action*, op. cit., p. 17.

¹⁰³ *Idem*, p. 20 et p. 25.

¹⁰⁴ Drechsler D, Zimmermann F, *New actors in Health Financing : Implications for a Donor Darling*, OECD Development Center, Policy brief n°33.

¹⁰⁵ Shakow A, *Global Fund – World Bank HIV/AIDS Programs. Comparative Advantage Study*, prepared for The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria and The World Bank Global HIV/AIDS Programs, January 19, 2006.

¹⁰⁶ Onusida, *Les "Trois principes" en action*, op. cit., p. 35.

¹⁰⁷ Gupta S, Powell R, Yongzheng Y, *The Macroeconomic Challenges of Scaling Up Aids to Africa*, IMF Working Paper, WP/05/179, September 2005, p. 31.

¹⁰⁸ Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida, Rapport final, 14 juin 2005, p. 10

étroitement aux structures nationales comme le montre MSF au Malawi¹⁰⁹. La question du niveau de l'alignement sur les politiques nationales ne se pose pas dans ce type de configuration où la collaboration est très avancée. Le développement de l'activité des ONG dans le cadre d'une contractualisation accrue avec les Etats est défendu par certains¹¹⁰. Cependant, cette inscription dans la durée de l'action n'est pas nécessairement partagée. Elle apparaît en effet contradictoire avec la vocation des ONG humanitaires qui apportent une aide temporaire avant un retrait quand les structures locales se sont renforcées. Ainsi, pour les grandes ONG internationales, la question de l'alignement ne se pose pas vraiment, dans la mesure où elles soutiennent des programmes bien insérés dans les structures nationales.

Au niveau des pays, les réussites des associations locales leur ont parfois fait jouer le rôle de moteur dans la mise en place de réponses, ce qui a souligné par contraste les insuffisances des autorités publiques. Elles sont donc des partenaires importants pour les bailleurs internationaux, mais leur faiblesse relative les rend vulnérables à l'instrumentation politique. Le soutien apporté par les bailleurs ne doit être ni un moyen de contourner l'Etat ni constituer un risque d'affaiblissement des associations. Les bailleurs peuvent trouver auprès des associations le moyen de peser sur les politiques nationales. Les Etats-Unis choisissent le contournement de l'Etat, notamment en finançant les organisations religieuses dans le cadre du Pefpar. La politique de soutien à la société civile est dans ce cas un renforcement de celle-ci. A l'inverse, au Cameroun, la Banque mondiale a fait éclater la société civile en soutenant des organisations fantômes. Les fonds versés ont disparu et sont définitivement perdus pour les associations qui auraient pu les utiliser correctement¹¹¹. La représentativité des organisations retenues comme partenaires des bailleurs est un autre problème. L'AFD a choisi de faire participer la société civile aux discussions sur l'aide dans les pays, mais faute d'un consensus sur la légitimité des organisations, l'intérêt de leur participation est limitée. La réponse à l'épidémie d'infection à VIH est largement portée par le milieu associatif. La société civile doit donc être soutenue en veillant à respecter le cadre des politiques nationales, mais aussi les compétences et la légitimité des organisations existantes.

3.2 DES POLITIQUES INTERNATIONALES DÉTERMINANTES

Le financement des systèmes de santé dépend de flux extérieurs et de choix définis au niveau global. Ces appuis extérieurs aux Etats sont nécessaires, d'autant plus que les besoins vont croître et que les pays en développement doivent faire face à de multiples défis. Pour autant, ils constituent parfois des limites ou des freins au renforcement des systèmes nationaux. Ces contraintes liées au cadre international se traduisent de deux manières. Les gouvernements dans la définition des orientations budgétaires tendent parfois plus à répondre aux attentes présumées des bailleurs qu'à se saisir des opportunités émergentes. Parallèlement, ils doivent faire face à la complexité du cadre commercial international du commerce des médicaments avec des moyens limités.

LA RECHERCHE DE LA CONFORMITÉ AUX ATTENTES DES BAILLEURS

Le financement de la santé et l'agenda global du développement ont évolué ces dernières années, mais les gouvernements des pays en développement restent prudents quant aux possibilités de changement dans leurs orientations¹¹².

- *Les évolutions positives des paradigmes des politiques de l'aide*

Le cadre des politiques de développement, donc celui des politiques de santé, est largement déterminé par le Consensus de Washington élaboré au début des années 1980¹¹³. A la suite du rapport de l'OMS sur macroéconomie et santé en 2001, une stratégie de base pour la réforme des finances de la santé a été proposée et a façonné les évolutions actuelles¹¹⁴. La définition des objectifs du millénaire pour le développement, dans lesquels la santé occupe une place importante, a prolongé ce rapport et contribué à faire évoluer les représentations sur l'intérêt de l'investissement en santé.

¹⁰⁹ Audition CNS.

¹¹⁰ Ooms G, Derderian K, Melody D. Do we need a world health insurance to realise the right to health ? PLoS Med 2006; 3(12): e530.

¹¹¹ Rossert H, Pelletier V, Trenado E, *Rapport de mission Cameroun (Yaoundé, Douala, Bafoussam) du 22 au 29 janvier 2005*, AIDES, p. 16-18.

¹¹² Onusida, *Les "Trois principes" en action, op. cit.*, p. 9 et 11.

¹¹³ Les dix points du Consensus de Washington se traduisent par une ouverture croissante des économies et la libre concurrence, l'ensemble des mesures pouvant être réparti en deux groupes : une série de mesures de stabilisation et une série de mesures structurelles. Les mesures de stabilisation visent : l'austérité budgétaire pour éviter l'inflation et pour limiter l'endettement ; la réduction des dépenses publiques plutôt que d'accroître la pression fiscale ; l'action sur les taux d'intérêt qui doivent être fixés par le marché ; la dévaluation de la monnaie ou sa dépréciation pour favoriser les exportations. Les mesures structurelles visent : la libéralisation en supprimant les barrières au commerce et la déréglementation pour ouvrir les marchés ; la levée des freins aux investissements directs étrangers ; la privatisation des entreprises ; la réforme de la fiscalité pour accroître le nombre des contribuables (élargissement de l'assiette, TVA, réduction des taux d'imposition marginaux) ; le droit de propriété pour promouvoir la création privée de richesse.

¹¹⁴ Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Sachs J, *Macroeconomics and health : Investing in Health for Economic Development*, Genève, WHO, 2001. La stratégie peut être résumée en six étapes : accroissement des revenus fiscaux destinés à la santé ; accroissement du soutien des donateurs pour financer les biens publics et l'accès aux services essentiels ; conversion des dépenses de paiement direct en des mécanismes de pré-paiement, incluant des programmes de financement communautaire soutenus par des fonds publics quand cela est possible ; renforcement de la réduction de la dette des pays très endettés ; efforts en vue de surmonter les failles existantes de l'allocation des ressources ; réallocation des dépenses publiques consacrées à des dépenses improductives et subventions vers le secteur social avec un accent mis en faveur des pauvres.

En 2002, la conférence de Monterrey sur le financement du développement et son suivi signent aussi une évolution. Dans le fil du consensus de Washington, il est notamment souligné que les marchés financiers de ces pays nécessitent des améliorations. Toutefois, cette conférence a aussi été l'occasion de faire valoir la nécessité de l'augmentation de l'aide publique au développement pour que les pays pauvres puissent se développer. Plus récemment, les discussions de suivi de cette conférence ont traité des difficultés posées aux politiques de santé par l'application de certains principes du consensus de Washington. Le point 46 du résumé du dialogue de haut niveau de juin 2005 énonce ainsi¹¹⁵ :

Selon un certain nombre de participants, les politiques macroéconomiques conçues par les organismes issus des accords de Bretton Woods en faveur des pays en développement et les conseils qu'ils dispensaient en la matière ne contribuaient pas toujours à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement ; tel était ainsi le cas des plafonds instaurés aux dépenses en matière de santé publique, généralement jugés nécessaires pour éviter les tensions inflationnistes. Plusieurs ministres ont également précisé que les obligations et les conditions imposées à l'échelle internationale par les organismes issus des accords de Bretton Woods tendaient à restreindre la marge de manœuvre politique, en étouffant des initiatives conçues pour stimuler le développement.

Dans l'ensemble, les publications des organisations intergouvernementales proposent aujourd'hui une plus grande souplesse dans la mise en œuvre des politiques macroéconomiques. Elles mettent en avant les marges de manœuvre dont disposent les Etats receveurs comme les bailleurs pour l'amélioration des services de santé et le renforcement de la cohérence de l'aide. Le besoin de financement plus important pour la santé a été souligné dans deux des derniers rapports de la Banque mondiale sur le développement humain¹¹⁶. Ils plaident pour des évolutions des politiques macroéconomiques en un sens plus nuancé, sans pour autant marquer une rupture. La responsabilité des Etats dans la fourniture des services essentiels et de leur bon niveau de qualité est affirmé. Dans le même temps, néanmoins, il est précisé que la privatisation ne doit pas être envisagée comme une solution à appliquer sans discernement et dans tous les secteurs économiques, notamment pour ce qui est d'un régime d'assurance santé¹¹⁷.

- *Des politiques nationales influencées par les modèles de l'ajustement structurel*

Grâce aux discussions internationales sur le financement du développement, les freins que pouvaient constituer les modèles des organisations internationales tendent à être desserrés. Toutefois, les pratiques adoptées tendent à persister au niveau des pays. Il est difficile de transformer les pratiques forgées par le martèlement d'un paradigme de ce qui relevait du dogme nécessaire¹¹⁸. L'exemple des Documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP) illustre assez bien les difficultés que rencontrent les pays pour intégrer la lutte contre le VIH et les politiques de santé dans leur ensemble à une planification stratégique globale. Le DSRP décrit les politiques et les programmes macroéconomiques, structurels et sociaux qu'un pays mettra en œuvre pendant plusieurs années pour promouvoir la croissance et réduire la pauvreté. Ils permettent de planifier et de budgétiser les plans nationaux, ce sont donc des instruments importants de la planification nationale dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires. Le DSRP permet l'éligibilité à des fonds, et les partenaires et les donateurs œuvrent dans les axes qu'il définit. En théorie, les différentes parties prenantes au niveau de l'Etat participent à sa rédaction ainsi que le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale.

Dans les chapitres concernant la santé, les DSRP font souvent référence au recouvrement des coûts et développent des propositions pour le développement de l'assurance santé. Dans la mesure où ces documents visent à promouvoir les intérêts des pauvres, cette tendance à envisager des cotisations des pauvres pour surmonter leur incapacité de payer les soins est étonnante. Dans l'ensemble, la place accordée à la santé dans les documents est assez superficielle, ils abordent peu les questions d'inégalité de santé et rares sont les analyses du paiement excessif des soins ou bien celles portant sur le rôle protecteur du système de santé¹¹⁹. Les DSRP doivent permettre de définir la place du sida dans les processus de planification budgétaire, mais l'analyse fait apparaître une intégration mitigée : le contenu sida reste faible et peu articulé avec la pauvreté et les besoins ne sont pas chiffrés¹²⁰.

Il y a un manque d'harmonisation au niveau des processus de budgétisation des DSRP et du budget. Les DSRP se réfèrent au Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT¹²¹), mais les besoins ne sont pas précisés pour le VIH et donc on ne peut préciser l'allocation des ressources à partir du CDMT. Il existe une tension entre la nécessité de mobiliser des ressources additionnelles pour appuyer les politiques VIH et les intégrer dans les plans de dépenses à moyen terme et les budgets annuels des gouvernements. Des ressources sont dégagées dans le cadre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés et l'appui budgétaire direct. Mais

¹¹⁵ Nations Unies, *Résumé du dialogue de haut niveau sur le financement du développement, établi par le Président de l'Assemblée générale*, A/60/219, New York, 27-28 juin 2005.

¹¹⁶ World development report 2004, *Making Services Work for Poor People*, Washington, World Bank/Oxford University Press, 2003. World development report 2006, *Equity and Development*, Washington, World bank/Oxford University Press, 2005.

¹¹⁷ World development report 2006, *op. cit.*, p. 12.

¹¹⁸ Hibou B, *Economie politique du discours de la Banque mondiale en Afrique sub-saharienne. Du catéchisme économique au fait (et méfait) missionnaire*, Paris, Les études du CERI, n° 39, mars 1998.

¹¹⁹ Brouillet P in Dussault G, Fournier P, Letourmy A, *L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Washington, Banque mondiale, série santé, nutrition et population, 37149, 2006, p. 534.

¹²⁰ Onusida, Banque mondiale, Pnud, *Intégration du sida dans les instruments et processus nationaux de développement. Revue des expériences*, Genève, Onusida, décembre 2005, p. 6-7.

¹²¹ L'objet du CDMT est de faire le lien entre politique, planification et budget.

pour les intégrer à l'accroissement des financements à partir du budget des gouvernements pour des actions VIH, il faut améliorer la performance des systèmes de gestion de la dépense publique. L'appui technique est indispensable pour le renforcement des procédures d'allocation et de suivi des ressources¹²².

Le renforcement des capacités techniques est parfois mentionné, mais les politiques d'ajustement passées ont façonné ce qui est perçu comme la norme par les administrations des pays en développement. Cette pesanteur est regrettée par certains qui peuvent soutenir le financement de salaire ou d'assistance technique. C'est le cas par exemple du Fonds mondial, mais les propositions de financement pour le renforcement des systèmes de santé ne font pas l'objet de sollicitation de la part des pays. Les Etats-Unis dédient une partie des fonds qu'ils allouent au Fonds à l'assistance technique¹²³. L'appui technique au renforcement des capacités au niveau national pour intégrer le sida dans les DSRP a souvent été ponctuel, mal programmé et fragmenté. Parfois, l'investissement au niveau gouvernemental et de la société civile explique la place réduite accordée au sida¹²⁴. Les financements proviennent de ressources extra budgétaires, ce qui n'incite pas les gouvernements à intégrer les politiques du sida dans les instruments nationaux de développement¹²⁵. Devant la nécessité de prendre en compte des problèmes transversaux il faut harmoniser les DSRP avec les programmes nationaux et internationaux (alimentation, autres problèmes de santé comme paludisme, santé mère enfant). Selon les pays, le sida doit être contextualisé dans des cadres globaux comme les OMD, les maladies liées à la pauvreté¹²⁶.

UN APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS TOUJOURS COMPLEXE

Le prix des produits de santé constitue un enjeu important des stratégies de gestion car il conditionne les marges de manœuvre financières des gouvernements. Des prix bas permettent d'inclure plus de patients dans un programme ou bien d'offrir un panier de soins plus large. Le problème du prix des médicaments antirétroviraux a suscité de nombreux débats et conduit à la mise en place de diverses solutions allant des prix négociés avec les producteurs de princeps, dans un cadre *Access* ou non, aux médicaments génériques en passant par les copies. Les accords négociés dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) ont permis d'atténuer les polémiques nées de l'application du droit des brevets, sans résoudre les difficultés des pays. La perspective de l'augmentation du nombre de personnes sous traitement demande donc d'ajuster les discours des bailleurs sur l'accès universel avec le cadre commercial multilatéral¹²⁷.

- *L'ajustement inachevé du cadre commercial multilatéral*

Il est nécessaire que les PED bénéficient d'un soutien des pays développés pour poursuivre les baisses de prix. En effet, si l'application de l'accord sur les Aspects du droit de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) aux médicaments a trouvé une issue, elle n'est pas pleinement satisfaisante et il est nécessaire d'apporter un appui technique aux Etats pour qu'ils tirent le meilleur parti du cadre commercial multilatéral.

Les controverses sur l'application de l'accord sur les ADPIC aux médicaments ont fait l'objet de débats au niveau global après la publication par l'OMS et MSF de guides permettant aux pays d'utiliser au mieux les flexibilités des ADPIC¹²⁸. Ces dispositions permettent de faire baisser les prix des médicaments sous brevet en octroyant des licences, soit volontaires soit obligatoires¹²⁹. Parallèlement aux discussions au sein de l'OMC¹³⁰ qui ont abouti à l'Accord de Doha (novembre 2001) et à celui dit du « 30 août » (2003), la concurrence des génériques a permis de faire baisser les prix. L'arrivée sur le marché de médicaments génériques, produits notamment par l'Inde, a conduit les industriels de médicaments *princeps* à baisser leurs tarifs¹³¹. La production des génériques au Brésil a notamment permis de disposer de données fiables sur les coûts de production et donc de souligner les marges importantes réalisées.

La déclaration de Doha de novembre 2001 reconnaît la possibilité pour un pays disposant de capacités de production d'émettre une licence obligatoire pour produire des génériques, quelle que soit la pathologie. L'accord dit du 30 août 2003 complète la déclaration de Doha pour les pays qui ne peuvent pas produire de médicaments. Le pays importateur et le pays exportateur émettent tous deux

¹²² Onusida, Banque mondiale, Pnud, *Intégration du sida dans les instruments et processus nationaux de développement. Revue des expériences*, Genève, Onusida, décembre 2005, p. 11-12.

¹²³ Audition CNS.

¹²⁴ Onusida, Banque mondiale, Pnud, *Intégration du sida.. op. cit.*, p. 10.

¹²⁵ *Idem*, p. 9.

¹²⁶ Onusida, Banque mondiale, Pnud, *Intégration du sida... op. cit.*, p. 12.

¹²⁷ Krikorian G, *L'accès aux génériques. Enjeux actuels et propriété intellectuelle*, AIDES, 2006, pp. 1-2.

¹²⁸ Correa C, *Implications of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, Health Economics and Drugs, EDM Series n°12, juin 2002. Correa C, *The Uruguay Round and Drugs*, OMS, février 1997. Velasquez G, Boulet P, *Mondialisation et accès aux médicaments. Les implications de l'accord ADPIC/OMC*, 2^e éd., Genève, OMS, janvier 1999.

¹²⁹ La licence volontaire et la licence obligatoire préservent le versement des droits (royalties) au détenteur du brevet. Dans le premier cas, le producteur accepte de négocier des droits inférieurs à ceux auxquels il prétendait. Dans le second cas, le pays qui émet la licence fixe arbitrairement le montant du dédommagement versé au détenteur du brevet.

¹³⁰ L'organisation mondiale du commerce est ainsi chargée de mettre en œuvre les accords commerciaux multilatéraux qui la fondent : l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) ; l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) ; l'accord sur les aspects du droit de propriété intellectuelle (ADPIC).

¹³¹ Voir annexe.

des licences obligatoires définissant le volume des produits et leur emballage. Par ailleurs, les gouvernements des pays africains doivent prendre en compte le cadre de l'Organisation africaine de la propriété intellectuelle¹³² qui se rajoute aux ADPIC.

La baisse des prix et les négociations dans le cadre de l'OMC constituent des avancées, mais par bien des aspects elles sont insuffisantes. De la part des pays développés, la mise en œuvre de législations permettant l'exportation de génériques vers les pays en développement n'apparaît pas suffisante. Le Canada et l'UE ont légiféré pour intégrer les dispositions de l'accord du 30 août, mais des freins persistent. Par exemple, dans le droit canadien, les médicaments doivent avoir une autorisation de mise sur le marché dans ce pays, ce qui n'est pas le cas des combinaisons de plusieurs antirétroviraux fabriqués en Inde. Pour l'Europe, la législation européenne est réservée aux pays membres de l'OMC ce qui exclut 18 PMA (et en tout 32 pays non-membres de l'OMC). Dans les PED sans capacité de production, l'accord du 30 août 2003 n'est pas appliqué du fait de la lourdeur des procédures à mettre en place. L'appui technique que peut offrir l'OMS, financé par la France¹³³, est aujourd'hui insuffisamment connu par les Etats qui en auraient besoin. Il est nécessaire de promouvoir cet accord par la formation du personnel des administrations centrales et un suivi technique.

- *Des problèmes persistants*

Du fait du besoin croissant de l'accès aux traitements de seconde ligne d'antirétroviraux, les difficultés vont survenir pour l'approvisionnement des pays en développement ou le maintien des politiques mises en œuvre dans les pays intermédiaires comme le Brésil ou la Thaïlande¹³⁴.

En dépit de ces évolutions importantes, des problèmes persistent, notamment les relations tendues entre les pays et les producteurs. Le prix de certains médicaments baissent seulement quand un gouvernement évoque la possibilité d'émettre une licence obligatoire¹³⁵. En novembre 2006, la Thaïlande a ainsi envisagé d'émettre une licence obligatoire sur l'Efavirenz afin de le produire localement et d'économiser 24 millions de dollars. Début février, Merck a annoncé pouvoir baisser les prix grâce à des améliorations dans le processus de fabrication. En Inde, le gouvernement fait face à une procédure juridique engagée par Novartis qui conteste l'application d'une disposition du droit des brevets indien à un de leur produit contre le cancer. L'Inde étant un fournisseur important de génériques antirétroviraux, la remise en cause d'une clause permettant la production de génériques suscite de nombreuses inquiétudes¹³⁶.

D'autres raisons légales limitent parfois les importations de médicaments génériques. Par exemple, le médicament qui pourrait permettre d'améliorer la prise en charge des patients ou de réaliser des économies n'est pas enregistré dans le pays. Parfois, ce sont les accords passés dans le cadre du programme *Access* qui prohibent l'importation de la version générique du produit princeps ayant fait l'objet de l'accord de tarif préférentiel. Enfin, des produits de santé autres que les médicaments sont protégés par des brevets comme les réactifs pour réaliser les examens biologiques. Dans le cadre des accords de l'OMC, il est également nécessaire d'envisager dans quelle mesure les prix peuvent être ajustés aux capacités des Etats en développement.

CHAPITRE 4 LE RENFORCEMENT DU FINANCEMENT DES SYSTÈMES NATIONAUX DE SANTÉ

Au niveau national, le financement des dépenses de soins délivrés gratuitement peut suivre deux voies. La première repose sur le budget de l'Etat en augmentant l'allocation des fonds au profit de la santé et en améliorant l'efficacité de leur usage. L'autre voie est le développement du pré-paiement par des mécanismes de mutualisation du risque. Ces deux voies doivent être explorées et ajustées dans leur mise en œuvre, face à l'urgence que représente le développement de l'offre gratuite de soins pour les personnes vivant avec le VIH.

4.1 LES DÉFIS DE LA GESTION DU BUDGET DE L'ETAT

Au niveau du budget, les marges de manœuvre des gouvernements sont restreintes. Les équilibres en faveur de la santé sont délicats car ils supposent de faire face dans le même temps à des flux extérieurs importants et des ajustements internes. Par ailleurs, une partie de l'action doit porter sur un effort en faveur d'une plus grande efficacité de l'usage des fonds disponibles au niveau de l'Etat afin d'en limiter la déperdition.

¹³² Le CNS a souligné les difficultés que l'accord de Bangui allait poser à l'approvisionnement : *Communiqué sur la menace que font peser les accords de Bangui sur la santé en Afrique*, CNS, 8 février 2002.

¹³³ Pour la période 2006-2008, la France a apporté 600 000 euros à l'OMS pour l'appui technique. Les objectifs visés sont notamment le renforcement des capacités pour la négociation dans le domaine des accords commerciaux internationaux et pour l'élaboration d'une législation incorporant les clauses de sauvegarde prévues par l'Accord sur les ADPIC et favorisant la santé publique.

¹³⁴ Coriat B, Orsi F, d'Almeida C. TRIPS and the international public health controversies: issues and challenges. *Ind. Corp. Change* December 2006; 15: 1033-1062.

¹³⁵ *Thailand threatens to produce more copycat drugs*, Reuters, 12 février 2007.

¹³⁶ MSF, *Le recours de Novartis contre la loi indienne sur les brevets risque de compromettre l'accès aux médicaments*, New Delhi/Genève, Communiqué de presse, 26 septembre 2006. Voir également : www.msf.fr/site/actu.nsf/actus/petitionnovartisfaq201206?OpenDocument&loc=au.

DES ÉQUILIBRES PRÉCAIRES

L'engagement des Etats en faveur d'une allocation accrue des financements pour le VIH, ou la santé en général, repose sur des équilibres précaires. Les processus de décentralisation de l'accès aux traitements comportent une dimension financière peu abordée. Les choix en faveur d'un accès aux traitements comprennent des mesures d'exemption fiscale, ce qui réduit d'autant les recettes de l'Etat et qui vient s'ajouter à la suppression du paiement direct.

Gérer l'afflux des financements et la pérennité des fonds

L'augmentation forte de l'aide globale ces dernières années n'est pas liée au seul investissement dans la lutte contre le sida qui ne représente que 5 % à 25 % de l'aide totale selon les pays. Toutefois, dans certains d'entre eux, le financement du VIH représente une part très importante des dépenses de santé¹³⁷. Le seul risque est de ne pas user à bon escient des fonds, faute de pouvoir les utiliser. Dans les faits, le plus délicat pour un gouvernement est de connaître les différents flux de l'aide et leur destination.

Les flux entrant effectivement dans les pays peuvent être mal connus à la fois à cause de la grande diversité des bailleurs et du fait de l'absence d'un système de collecte des données. Il en résulte une vision très partielle au niveau du gouvernement de la réalité des sources de financement de la santé. Une étude récente sur le Ghana, réalisée par le centre de développement de l'OCDE, met en lumière ce décalage. Le ministère de la santé retient trois sources de financement : les dépenses des ménages, le budget de l'Etat et les aides extérieures. Dans la réalité, les flux sont plus denses et intriqués avec les apports des ONG, le soutien des bailleurs internationaux au budget de l'Etat, des financements directs de projets, etc...¹³⁸

Une autre difficulté des gouvernements est d'assurer la décentralisation des financements jusqu'aux centres de santé éloignés des capitales. Il existe des guides de la gestion des stocks pour les pharmacies régionales, mais la gestion financière peut constituer un point de blocage. La décentralisation demande une mise en œuvre progressive et il s'est écoulé cinq années pour qu'elle soit effective sur le territoire du Sénégal¹³⁹. Les centres de santé ont su tirer parti de l'initiative de Bamako en termes de renforcement des capacités de gestion, le passage à la gratuité suppose donc de veiller à les accompagner dans la transition.

L'impact potentiellement négatif de l'aide extérieure sur les politiques nationales dépend pour l'essentiel d'une mauvaise prévisibilité¹⁴⁰. Pour autant que l'aide soit durable et prévisible, il devient plus aisé pour les gouvernements de planifier des évolutions profondes de financement de programme comme celui de la gratuité de l'accès aux soins pour l'infection à VIH. La durabilité de la fiscalité est particulièrement importante dans une période de changement d'échelle de l'aide. Le développement de mécanismes de financement durables de l'aide comme Unitaïd ou l'*International finance facility* permettent de mieux planifier le financement de la gratuité¹⁴¹.

Jouer sur la fiscalité

L'une des solutions pour dégager des ressources financières au niveau des Etats est de développer la fiscalité. Lors de la réunion d'Abuja *High Level meeting on MGDs on health*, la notion d'espace fiscal a été proposée pour envisager une augmentation des financements pour la santé. L'espace fiscal peut être défini comme la marge de manœuvre qui permet à un gouvernement de fournir des ressources pour un objectif désigné. Il existe plusieurs moyens d'accroître l'espace fiscal : la marge dégagée par la réduction de la dette ; la ré-allocation entre secteurs ; l'augmentation des taxes intérieures et l'amélioration de la collecte des impôts. La notion de fiscalité durable renvoie à la capacité d'un gouvernement à soutenir des dépenses pour un objectif désigné au cours de la période prévue, cela sans compromettre la position financière de l'Etat. La croissance économique restant le plus sûr moyen d'augmenter les revenus de l'Etat.

L'augmentation de l'allocation à la santé doit prendre en compte des pertes fiscales qui peuvent résulter de mesures en faveur de la gratuité de l'accès aux soins. En effet, pour assurer la gratuité des médicaments et des autres produits de santé, il est nécessaire de les exonérer de taxes, ce qui est une perte pour le budget de l'Etat. Cependant, d'autres taxes peuvent être créées et dans un cadre favorable à des objectifs de santé publique comme des taxes sur l'alcool ou le tabac¹⁴².

VERS UN MEILLEUR USAGE DES FONDS

Les systèmes de santé des pays en développement comme ceux des pays développés souffrent de diverses formes de corruption, quel que soit le type de système¹⁴³. Les montants des financements publics, la diversité des acteurs¹⁴⁴ favorisent le paiement indu

¹³⁷ Audition CNS.

¹³⁸ Drechsler D, Zimmermann F, *New actors in Health Financing op. cit.*, pp. 14-15.

¹³⁹ Messages e-med, du 21-25 juillet 2006, accessibles à l'adresse www.essentialdrugs.org/emed/archive/200607.

¹⁴⁰ Le rapport Landau prend pour point de départ l'imprévisibilité et la volatilité de l'aide qui est souvent une source additionnelle d'instabilité pour les pays bénéficiaires. Cette imprévisibilité réduit aussi considérablement son efficacité. Elle pénalise les investissements et les programmes les plus nécessaires au développement.

¹⁴¹ Voir le site de l'*International finance facility* : www.iff.coop/

¹⁴² OMS Afrique, *La Santé des populations. Rapport sur la santé dans la Région africaine*, OMS, Genève, 2006, p. 76.

¹⁴³ Transparency International, *Corruption and health, global corruption report 2006*, p. 4.

de services, grevant ainsi les finances publiques. La déperdition des fonds est également causée par un mauvais usage de ceux-ci ou des attributions mal ciblées. Les fonds nécessaires au financement de la gratuité du VIH doivent bénéficier d'une lutte renforcée contre la corruption ou leur mauvais usage.

Le financement du VIH et la corruption

La santé est un secteur d'activité particulièrement propice à la corruption. Par exemple, les travailleurs des hôpitaux demandent parfois des compensations sexuelles, financières ou matérielles pour fournir les soins prévus¹⁴⁵. Ces pratiques contreviennent au développement de l'accès gratuit à la prise en charge. Dans certains pays, les patients sont retenus quand ils ne peuvent payer¹⁴⁶. Compte tenu de l'impact de la corruption sur le développement, la Banque mondiale a fait de la lutte contre ce problème une orientation globale des politiques de développement¹⁴⁷. Les mécanismes d'allocation des fonds par les bailleurs internationaux doivent faire en effet l'objet d'attention. La Banque mondiale elle-même s'engage à veiller à ses pratiques. Dans le domaine de la lutte contre l'infection à VIH, des projets soutenus par la Banque mondiale ont pu faire l'objet de détournements¹⁴⁸.

Compte tenu de l'augmentation de fonds nécessaires au financement de la gratuité et des pratiques de détournement existantes, il est nécessaire d'accompagner le financement de la gratuité de mécanismes de sécurité. De ce point de vue, l'expérience acquise par le Fonds mondial est utile. Ainsi, l'agent local du Fonds, qui s'assure de la bonne gestion financière du projet dans le pays, peut suspendre les versements en cas de problème¹⁴⁹. A trois reprises, le Fonds mondial a suspendu les versements des fonds. Les indicateurs utilisés pour suivre la performance sont négociés par les parties et intègrent la progressivité des programmes. Des ajustements et des appuis sont possibles. Ainsi, il est plus aisé de discerner ce qui relève d'un problème de gouvernance et ce qui relève d'un mauvais usage volontaire, comme le montre la collaboration entre le Fonds mondial et l'Ouganda. En août 2005, le Fonds mondial a suspendu des versements destinés à ce pays, qui à la suite de cette décision a mis en place une commission d'enquête. Le résultat de l'enquête montre que le mauvais usage des fonds a été favorisé par des faiblesses administratives de l'organisme chargé de les gérer. Le Fonds mondial a reconnu pour sa part des faiblesses dans ses propres procédures¹⁵⁰. Dans certains pays, ce sont les différents niveaux de la gestion de la politique de lutte contre le VIH qui sont concernés. Les formes de détournement sont multiples et ont un impact direct sur le nombre de personnes ayant un accès aux traitements¹⁵¹.

Des financements parfois mal utilisés

Les pertes d'efficacité des fonds alloués peuvent résulter de multiples difficultés ou failles, qu'elles se situent au niveau des organisations bailleurs ou des gouvernements. Du point de vue des organisations internationales, les problèmes peuvent résulter des décalages entre les enjeux locaux et ceux des organisations. Le fait que la « performance » d'un don ou d'un prêt soit évaluée par la rapidité de son décaissement incite les donateurs et les receveurs à allouer des fonds parfois sans précautions¹⁵². Les problèmes peuvent également relever du manque d'investissement des représentants des bailleurs dans les structures de pilotage au niveau des Etats, comme les *Country coordinating mechanism* (CCM) du Fonds mondial. Le CCM a pour mission d'élaborer les propositions de subvention et de superviser la mise en œuvre des programmes. Le renforcement des CCM fait partie des défis que se propose de relever le Fonds mondial afin de mieux s'aligner sur les pays et harmoniser son action avec les autres bailleurs¹⁵³.

Au niveau des pays, il est difficile d'identifier la part de la mauvaise gestion délibérée et la part des difficultés liées à des problèmes structurels. Des fonds ont pu servir à l'achat de médicaments génériques qui ne sont pas préqualifiés par l'OMS ou un

¹⁴⁴ Les acteurs de la santé peuvent être répartis dans les groupes suivants : les régulateurs gouvernementaux (ministères, parlements) ; les payeurs (institutions de protection sociale, assureurs privés) ; les pourvoyeurs de soins (hôpitaux, médecins, pharmaciens) ; les consommateurs ; les fournisseurs (équipements médicaux, entreprises du médicament).

¹⁴⁵ Transparency International, *op. cit.*, p. 105.

¹⁴⁶ *Une santé chèrement payée. La détention des patients sans ressources dans les hôpitaux burundais*, Human Rights Watch, septembre 2003, vol 18, n°8(A).

¹⁴⁷ IMF, World Bank, *Strengthening bank group engagement on governance and anticorruption, Development Committee* (Joint ministerial committee of the boards of governors of the Bank and the fund on the transfer of real resources to developing countries), DC2006-0017, September 8, 2006.

¹⁴⁸ Rossert H, Pelletier V, Trenado E, *op. cit.* Page 17 on peut lire « les fonds transitent par un mécanisme qui permet de détourner une part importante des subventions (ce mécanisme est connu de tous et nous ne pouvons pas croire que la Banque mondiale l'ignore) au dépend des associations ».

¹⁴⁹ Audition CNS.

¹⁵⁰ Communiqués de presse du Fonds mondial : 24 août 2005, *Global Fund suspends grants to Uganda* ; 31 août 2005, *Joint Press Statement by the Global Fund and the Government of Uganda on development relating to the Global Fund grants* ; 10 novembre 2005, *Global Fund Lifts suspension of Uganda Grants* ; 2 juin 2006, *The Global Fund welcomes Ugandan corruption inquiry report*.

¹⁵¹ Tanui K, Ng'ang'a N, Corruption affectant le Conseil national de lutte contre le SIDA au Kenya, *in* Transparency International, *op. cit.*, p. 137-141.

¹⁵² Transparency International, *op. cit.*, p. 107. CNUCED, *Le développement économique en Afrique. Op. cit.* p. 69 : "Différentes indications portent également à penser que certains donateurs, dans leur hâte de décaisser les fonds, ont peut être pêché par excès d'optimisme dans leurs évaluations des processus et de la gouvernance budgétaire".

¹⁵³ Audition CNS.

autre organisme reconnu. Il arrive que l'approvisionnement ne soit pas correctement planifié et les produits doivent être détruits. Parfois ce sont les défaillances des OIG sur le terrain qui suscitent des ruptures d'approvisionnement¹⁵⁴.

Les décaissements du Fonds mondial s'inscrivent dans des procédures claires de suivi et d'évaluation. Ces dernières permettent l'apprentissage de la gestion de l'aide et des règles de *Monitoring & Evaluation*. L'expérience ougandaise montre qu'il est possible de surmonter des difficultés liées aux décaissements en renforçant les structures à tous les niveaux. Les récriminations parfois exprimées par les receveurs se justifient du fait du manque de ressources humaines, mais il est légitime de s'assurer que l'argent sert l'accès aux soins des personnes selon des critères préalablement négociés. L'adoption des procédures de poursuite des subventions en fonction des performances s'est traduite dans les pays les plus rigoureux par une possibilité de prolongation des financements et d'une plus grande autonomie dans l'évaluation.

4.2 LES PERSPECTIVES OFFERTES PAR LES MÉCANISMES DE MUTUALISATION DU RISQUE

Depuis plusieurs années, le développement des mécanismes de type assuranciers pour financer en partie le système de santé dans les pays en développement est soutenu par les gouvernements et les bailleurs internationaux. Ils font l'objet d'ouvrages qui se présentent comme des guides pratiques¹⁵⁵ et bénéficient de l'engagement du Bureau international du travail avec le programme intitulé Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté (STEP)¹⁵⁶. Cependant leur développement est très limité et requiert un renforcement structurel. Le financement de la prise en charge des PVVIH demande donc des réponses plus immédiates et la mise en œuvre de mécanismes qui permettront de préparer les bases d'une future assurance maladie offrant une couverture étendue sinon universelle.

UN IMPACT IMMÉDIAT LIMITÉ POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH

Les pays d'Afrique subsaharienne s'engagent résolument dans la voie du développement des différents mécanismes de type assuranciers. Toutefois, dans une perspective de réponse rapide aux besoins de financement de la prise en charge du VIH, ces outils sont inadaptés soit du fait de leur faible capacité de financement soit à cause du temps nécessaire à leur mise en œuvre effective.

Des atouts pour la prise en charge en dépit des faiblesses actuelles

En Afrique, depuis 1999, a été mis en place un réseau d'acteur de développement des mutuelles de santé intitulé « La Concertation ». Diverses expériences sont menées, d'échelle variable et s'adressant à des populations salariées, des agriculteurs ou des travailleurs du secteur informel. Le nombre de personnes inscrites à des mutuelles en Afrique francophone est d'un million et demi de bénéficiaires pour 200 000 adhérents sur une population de 300 millions de personnes. Les mécanismes testés ou développés prennent la forme de mutuelles à l'adhésion volontaire ou bien d'assurance maladie à contribution obligatoire. Les mécanismes assuranciers peuvent dans le premier cas s'adapter au secteur informel nettement plus développé que le secteur formel nécessaire à l'assurance maladie. Des mutuelles peuvent être mises en place dans le secteur formel ou informel, en zones urbaines ou rurales. Le principal frein à leur développement est le faible taux de pénétration auprès de populations dont les revenus sont assez faibles. Les taux de couverture sont inférieurs à 1 % de la population¹⁵⁷. Pour ceux qui bénéficient de revenus assez réguliers, la capacité à payer reste faible et les risques couverts sont des petits risques. Même adaptées à des populations pauvres, les mutuelles restent inaccessibles aux plus démunis. Parfois, le développement à marche forcée des cotisations aux mutuelles peut conduire à des dépenses difficilement soutenables quand ces contributions, théoriquement volontaires, sont imposées. La capacité à payer ne peut dépasser 2 % du revenu des ménages¹⁵⁸.

Le développement de l'assurance maladie universelle est un processus lent qui demande de l'expertise dans de nombreux domaines autres que médical. Dans les pays européens, il a souvent fallu qu'il s'écoule plus d'un siècle avant d'arriver à un système universel¹⁵⁹. L'assurance santé est trop peu développée pour permettre de l'envisager comme un moyen de financer la prise en charge du VIH. La couverture du risque VIH n'est pas proposée par les assureurs privés. Des grandes entreprises transnationales implantées en Afrique doivent prendre à leur charge le financement des traitements, leurs assureurs santé acceptant seulement aujourd'hui de

¹⁵⁴ MSF suisse, communiqué 25 janvier 2006, *Le Honduras en manque d'ARV, la société civile se mobilise et MSF approvisionne en urgence* ...

¹⁵⁵ Gottret P, Schieber G, *Health financing revisited. A practitioner's guide*, Washington, The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2006.

¹⁵⁶ A la suite de la conférence internationale du travail de juin 2001, il a été décidé d'étendre la couverture de la sécurité sociale à ceux qui en ont besoin. En juin 2003, a été lancée la campagne mondiale pour la sécurité sociale pour tous.

¹⁵⁷ Séry J-P, Letourmy A in Dussault G, Fournier P, Letourmy A, *op. cit.*, p. 206. Pour plus de détail voir Letourmy A, Ndiaye P, Pavy-Letourmy A, Galland B, Hautet E, *Inventaire des SAM en Afrique : synthèse des travaux de recherche*, Dakar, La Concertation, octobre 2004. Voir le site <http://www.ilo.org/gimi/concertation/ShowMainPage.do>. Letourmy A, Pavy-Letourmy A, *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu*, Paris, Agence française de développement, Notes et documents, n°26, décembre 2005, pp. 124-125.

¹⁵⁸ Audition CNS.

¹⁵⁹ Le nombre d'années écoulées entre la première loi sur l'assurance maladie et la dernière pour l'assurance universelle est de 118 ans en Belgique et 127 en Allemagne. Carrin G, James C, in Dussault G, Fournier P, Letourmy A, *op. cit.*, p. 458.

discuter de la possibilité de couvrir ce risque¹⁶⁰. Certains pays comme la Côte d'Ivoire ont pu connaître il y a quelques années le développement des mutuelles dans le secteur tertiaire. Un produit optionnel avait alors été proposé pour couvrir le VIH¹⁶¹. Au Mali, les mutuelles peuvent se réassurer auprès de l'UTM pour le risque VIH. Les mutuelles d'entreprises ont besoin d'informations plus claires sur les dépenses liées à l'infection.

Les réseaux sociaux qui se tissent grâce à ces mécanismes peuvent apporter un appui à la politique de lutte contre l'épidémie de VIH, en faisant circuler de l'information en matière de prévention. Les possibilités d'articulation des mutuelles du secteur informel avec la prise en charge gratuite du VIH existent toutefois. La prise en charge du paludisme, ou des infections opportunistes, peut être envisagée. Les mutuelles supportent de fait une partie de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH car elles ne sélectionnent pas leurs adhérents et prennent en charge les infections opportunistes¹⁶². Les mutuelles présentent l'avantage de se comporter en acheteurs de soins, elles peuvent donc peser sur l'offre et la qualité des services.

Un développement sur le long terme qui doit surmonter de nombreux obstacles

De nombreux obstacles techniques doivent être surmontés avant le développement de mécanismes assuranciers couvrant une large population, sur une base volontaire avec les mutuelles ou sur un modèle d'assurance maladie. D'après le recensement effectué au début des années 2000, le nombre de mutuelles est de 619, mais seulement 366 sont considérées comme fonctionnelles¹⁶³. Les défis à surmonter sont d'ordre technique et politique. Ces programmes sont encore limités dans leur étendue et demandent une expertise et des ressources humaines qui font encore défaut dans les PED, notamment en Afrique. Les exigences techniques du développement de l'assurance maladie limitent son développement rapide. Il est nécessaire de disposer « d'une masse critique d'actuaire, d'économistes de la santé spécialistes du financement, de médecins conseil »¹⁶⁴. L'assurance santé repose sur un contrat entre un acheteur de soins et un fournisseur. On peut penser que la négociation du contrat contribue à l'amélioration de la qualité du service offert. Actuellement, des difficultés persistent à de multiples niveaux, qu'il s'agisse d'une faiblesse gestionnaire ou bien d'attentes erronées des adhérents, faute de clarté dans les relations avec la mutuelle¹⁶⁵. Les données sur les services offerts sont rares ce qui rend difficile l'évaluation des coûts. Le cadre légal n'est pas toujours suffisant pour permettre le développement de l'assurance maladie et les recours en cas de non-respect des contrats¹⁶⁶.

Les acheteurs de soins devraient pouvoir négocier les prix et agir sur la qualité. Le problème est le taux de pénétration qui conditionne le pouvoir de négociation. Le développement de la contractualisation nécessite un travail en amont avec les prestataires de soins qui peuvent ne pas accepter les critiques formulées par les assureurs qui relaient les récriminations des assurés¹⁶⁷. Il n'y a pas de lien mécanique entre la création d'une mutuelle ou d'une assurance maladie et l'amélioration de l'offre. La contractualisation peut mettre fin au paiement direct qui est une source de revenu importante dans les hôpitaux pour l'ensemble du personnel.

La société civile devra pouvoir devenir un partenaire du système de santé et être représentée dans les organes de gestion de l'assurance obligatoire. Pour cela, elle doit être structurée et des organisations représentatives doivent émerger et être reconnues tant par l'Etat que par l'ensemble des partenaires sociaux. L'Etat doit accepter de ne pas intervenir dans cette gestion. Il y a une responsabilité importante des gouvernements à opérer des choix qui peuvent s'avérer contraignants pour eux. En effet, le développement de l'assurance maladie, dans une perspective d'assurance obligatoire visant une couverture universelle, suppose l'investissement dans la formation de personnel compétent, la production d'un cadre légal spécifique et l'autonomisation de la gestion de l'assurance maladie par rapport à l'Etat. Dans la mesure où l'Etat par son service public est un prestataire de service, il doit rendre des comptes à l'assurance maladie. Pour les gouvernements, il faut donc investir financièrement dans le développement d'un mécanisme qui *in fine* exercera un regard critique sur son offre de soins¹⁶⁸.

LES VOIES DE TRANSITION POSSIBLES

En dépit des limites actuelles, l'assurance maladie apparaît comme un mécanisme utile à construire, mais dont la perspective reste éloignée. Il est donc urgent de trouver des voies de transition pour répondre aux enjeux immédiats du financement de la gratuité et pour préparer le développement de mécanismes assuranciers. Le développement de micro assurances peut être un moyen de développer rapidement l'expertise de la société civile dans la négociation de l'offre de soins. Toutefois, ces atouts nécessaires pour le développement futur de l'assurance maladie ne servent pas le financement de la prise en charge des personnes infectées par le VIH. D'un point de vue financier, le développement du principe des fonds d'achat tel qu'il est envisagé ou mis en œuvre dans certains

¹⁶⁰ Audition CNS.

¹⁶¹ Audition CNS.

¹⁶² Audition CNS. *Expert meeting on Microfinance and HIV/AIDS. An initiative of Hivos in cooperation with EIBE university of Nyenrode, Sharenet and the PSD knowledge center*, 15 April 2004, Amsterdam, Royal Tropical Institute.

¹⁶³ Séry J-P, Letourmy A, in Dussault G, Fournier P, Letourmy A, *op. cit.*

¹⁶⁴ Dussault G in Dussault G, Fournier P, Letourmy A, *op. cit.*, p. 8.

¹⁶⁵ Huber G, Hohmann J, Reinhard K, *Mutuelles de Santé – 5 années d'Expérience en Afrique de l'Ouest. Débats, Controverses et Solutions Proposées*, Eschborn, GTZ, 2003, p. 36 et p. 40.

¹⁶⁶ Preker AS, Velenyi EV, in Dussault G, Fournier P, Letourmy A, *op. cit.*, pp. 94-96. Séry J P, Letourmy A, in Dussault G, Fournier P, Letourmy A, *op. cit.*, p. 198.

¹⁶⁷ Criel B, Blaise P in Dussault G, Fournier P, Letourmy A, *op. cit.*, pp. 365-366.

¹⁶⁸ Huber G, Hohmann J, Reinhard K, *op. cit.*, p. 56.

pays d'Afrique apparaît comme la meilleure solution pour rapidement canaliser les financements extérieurs et rendre la demande de soins solvables¹⁶⁹.

La micro assurance comme outil de structuration

La micro assurance peut servir différents objectifs comme la lutte contre la pauvreté, l'amélioration du secteur de la santé ou l'extension du marché des assurances¹⁷⁰. Elle vise les exclus et le secteur informel¹⁷¹. Les travaux sur l'assurance maladie ou les mutuelles soulignent les limites de ces mécanismes compte tenu des revenus des populations. La mutuelle suppose une cotisation parfois inaccessible parce que définie en dehors des besoins de la population locale. Ce qui n'est cependant pas le cas de mutuelles développées en milieu rural ou dans le secteur informel¹⁷². Les études montrent que les adhérents des mutuelles font partie des catégories plus favorisées car il faut une capacité contributive¹⁷³. La micro assurance permet de favoriser le développement d'une société civile autonome et formée. Les coûts de transaction peuvent être élevés, mais la définition du panier pris en charge par la communauté, peut améliorer l'offre de soins et donc bénéficier au VIH.

La micro assurance ne permet pas de financer la prise en charge du VIH mais elle offre des ressources financières aux centres de soins grâce au prépaiement. Elle permet de structurer une solidarité locale favorable aux exclus. La négociation des soins couverts permet d'ajuster l'offre au mieux. La micro assurance permet d'ancrer des pratiques de partage des risques à l'échelle de petites communautés et favorise des processus d'apprentissage des acheteurs de soins comme des offreurs dans la perspective d'un développement¹⁷⁴.

Les fonds d'achat : une réponse aux besoins de financement

La perspective de l'existence effective d'assurance maladie est lointaine. D'ici là, il faut explorer les divers moyens de paiement des coûts. Au Sénégal, plusieurs voies ont été évaluées et le fonds d'achat semble celle qui offre les perspectives les plus attrayantes. Le développement qui suit reprend les grandes lignes du document publié en janvier 2007 par Philippe Vinard, Karim Diop et Bernard Taverne « Comment financer la gratuité ? »¹⁷⁵.

Plusieurs types de financement de la prise en charge sont possibles au niveau national, faisant intervenir des bailleurs extérieurs ou non. Le financement par l'approvisionnement en produits a pu fonctionner pour l'approvisionnement en ARV grâce à des financements étatiques ou des bailleurs internationaux. Cependant, le changement d'échelle risque de rendre difficile cette gestion. Les médicaments ARV ou les réactifs doivent être gérés séparément des autres produits de santé qui restent payants. De plus cela empêche la délivrance des ARV dans les officines privées. Surtout, la responsabilité du directeur de la structure sanitaire n'est pas engagée dans la bonne gestion de l'approvisionnement dans la mesure où il peut se défaire sur l'organisateur de la dotation. A l'inverse, la gestion par une centrale d'achat permet de gagner en autonomie¹⁷⁶. Un autre type de mécanisme est le financement par des équipements, privilégié par les bailleurs qui préfèrent l'investissement. Toutefois, l'entretien de ces équipements constitue une charge financière importante alors qu'ils ont été réalisés de préférence à la pérennisation de l'aide. Surtout, l'équipement de laboratoire suscite une logique d'usage éloigné de la fonction initiale. Le financement d'un équipement vise à permettre la réalisation gratuite des examens nécessaires à la prise en charge de l'infection à VIH. Il est cependant possible de réaliser des analyses dans le cadre d'autres prises en charge, qui alors sont payantes. Les comptages des CD4 sont gratuits et les autres tests servent à dégager des fonds. Rapidement, les laboratoires réalisent souvent plus d'analyses payantes, au montant parfois exagéré, que celles pour lesquelles ils ont été équipés¹⁷⁷. Le résultat est la concentration de l'activité des laboratoires sur les activités rémunérées.

L'augmentation de la dotation budgétaire peut être retenue pour financer des programmes. Au Sénégal la gratuité des soins annoncée pour les personnes âgées est financée de cette manière. Les problèmes se posent au niveau de la décentralisation du fait de la lenteur des décaissements. Les centres de santé ne reçoivent pas les fonds à temps et des problèmes de trésorerie surviennent¹⁷⁸. Enfin, un autre moyen est le remboursement des factures par un tiers. Des ONG dans certaines régions du Sénégal assument ce paiement. Ailleurs, des bailleurs paient les cotisations des personnes à des mutuelles ce qui leur permet d'être soignées. L'Etat pour sa part assume la facturation de soins annoncés comme gratuits comme les césariennes ou la prise en charge des personnes âgées annoncée récemment. Cependant, ce sont certaines directions de l'administration centrale de la santé qui gèrent ces règlements, alors qu'elles n'ont pas pour fonction de régler ces dépenses et que leur personnel n'est pas formé pour cela.

¹⁶⁹ Audition CNS.

¹⁷⁰ Letourmy A, Pavy-Letourmy A, *op. cit.*, p. 16.

¹⁷¹ Dror D M, Jacquier C. Micro-Insurance : Extending Health Insurance to the Excluded. *International Social Security Review* 1999 ; 52(1).

¹⁷² Audition CNS.

¹⁷³ Letourmy A, Pavy-Letourmy A, *op. cit.*, p. 130-131.

¹⁷⁴ Gommans C, Gatera C, *Report of the Workshop HIV/AIDS and Microinsurance in the Microfinance Sector in Africa*, Addis Ababa, 25-27 april 2005, Africa microfinance network, HIVOS, p. 28.

¹⁷⁵ Vinard P, Diop K, Taverne B, *Comment financer la gratuité ? op.cit.*

¹⁷⁶ *Idem.*, p. 8.

¹⁷⁷ *Idem.*, p. 9.

¹⁷⁸ *Idem.*, p. 10.

Les limites de ces différents mécanismes conduisent les auteurs de l'étude à proposer le développement de fonds d'achat. Ce fonds se présente comme une caisse à la gestion distincte du budget de l'Etat dont la fonction est de payer les factures des prestataires de soins¹⁷⁹. La gestion et le contrôle de ce mécanisme peuvent bénéficier de la participation des PPVIH et des bailleurs de fonds aux côtés des représentants de l'Etat et des fournisseurs de soins. Comme pour le développement des mécanismes de type assuranciers, il est indispensable de développer les compétences pour l'accréditation. Dans la mesure où il s'agit d'un fonds spécifique pour le VIH, l'étendue de l'expertise est moindre car elle couvre les services du panier de soins spécifique à la prise en charge des PPVIH. Il faut envisager un échelon régional pour accompagner la décentralisation. Les fonds du financement de la prise en charge peuvent provenir des bailleurs extérieurs, qui trouvent dans le fonds un mécanisme qui leur permet de mieux maîtriser l'usage des financements octroyés et de mieux connaître le nombre de personnes prises en charge¹⁸⁰. Ce fonds auquel contribueraient les bailleurs permet de soutenir une approche sectorielle en santé et de faciliter le renforcement de la cohérence de l'action des bailleurs. L'atout du fonds est de préserver l'autonomie de gestion des structures et de les renforcer. Il semble que dans l'immédiat, le paiement des factures par un fonds d'achat séparé soit la solution. Le fonds est distinct du budget, sa gestion n'alourdira pas le travail de l'administration centrale, et il peut être alimenté par différentes sources et permet d'acheter du service. C'est une solution à la pérennisation qui est souvent présentée comme un problème financier mais qui relève plus d'une question institutionnelle. Le travail d'accréditation des structures de santé habilitées à émettre des factures sert le développement de l'assurance maladie.

CONCLUSION

La mise sous traitement des personnes infectées par le VIH est efficace si elle est accessible gratuitement et si elle s'inscrit dans une prise en charge globale au long cours. Cette efficacité de la gratuité de la prise en charge se situe à plusieurs niveaux. Elle est bien sûr d'ordre individuel et médical, mais elle est aussi économique et sociale. De plus, elle peut contribuer au renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble. Par conséquent, au nom de la solidarité internationale, le soutien à la gratuité de la prise en charge globale des personnes infectées par le VIH dans les pays en développement constitue une exigence éthique.

La mise en œuvre de la gratuité est difficile. En rompant partiellement avec le modèle de financement des systèmes de santé qui prévaut actuellement, elle suscite des oppositions. En soulignant le besoin d'une aide extérieure accrue, elle rend impérative l'adhésion des partenaires du développement aux principes promus depuis quelques années pour un meilleur usage de l'aide. Ces obstacles ne sont pas rédhibitoires. Bien au contraire, les efforts pour les surmonter peuvent être l'occasion de mieux structurer les systèmes de santé tant au niveau des orientations stratégiques qu'au niveau des mécanismes de financement.

Sous l'impulsion du Président de la République, les gouvernements qui se sont succédé en France depuis la fin des années 1990 ont indiscutablement contribué à orienter les politiques internationales de lutte contre le sida dans le sens d'un accès généralisé aux traitements. La dernière initiative promue, Unitaïd, est la traduction concrète des promesses de pérennisation des financements dédiés à l'aide publique au développement. Sur la base du document présent, plusieurs orientations pour la politique étrangère de la France en matière de lutte contre le VIH sont suggérées. La France s'est engagée résolument dans la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH dans les pays en développement. Les contributions financières multilatérales de la France, au Fonds mondial ou à Unitaïd, en font un des principaux pays contributeur de la lutte contre le VIH. La gratuité de la prise en charge doit être soutenue au niveau des institutions européennes et des organisations internationales pour donner l'impulsion nécessaire à la réalisation de l'accès universel au dépistage, aux traitements, aux soins et aux services de soutien.

L'engagement de la France doit également se traduire par le maintien, le développement et le renforcement des politiques bilatérales d'appui aux pays. Au niveau multilatéral, l'effort financier de la France a considérablement augmenté. Toutefois, l'aide bilatérale reste nécessaire car elle permet de donner aux Etats les capacités permettant de répondre aux sollicitations des bailleurs et des organisations internationales. Les principes pour un meilleur usage de l'aide et une meilleure efficacité des politiques nationales de lutte contre le sida mettent l'accent sur la nécessité de l'appropriation de ces politiques par les pays en développement. Pour cela, les pays doivent disposer de compétences qui leurs sont propres pour définir leurs stratégies de santé, par exemple dans le domaine de l'épidémiologie. L'approvisionnement en produits de santé requiert le développement de structures nationales ou le renforcement de celles qui existent. Les pays doivent aussi disposer des ressources humaines et techniques indispensables à la mise en œuvre des flexibilités des ADPIC. Les politiques d'appui au domaine pharmaceutique doivent être poursuivies. C'est donc l'ensemble du personnel technique d'appui aux pays qui doit être sensibilisé aux défis posés par le VIH. Enfin, le financement de la santé repose sur le développement de l'assurance maladie à plus ou moins long terme et sur des bases budgétaires. Pour l'immédiat, la solution dont la mise en œuvre serait la plus rapide pour financer la gratuité est celle des fonds d'achat.

¹⁷⁹ *Idem*. Synthèse. Les caractéristiques sont les suivantes : "Ils [les fonds d'achat] s'inspirent de la logique d'assurance dans l'achat d'un paquet de service déterminé (contractualisation et accréditation), de l'approche sectorielle (en « poolant » des ressources publiques, privées et internationales), du financement au résultat (un paiement au service rendu) et d'une gestion indépendante de blocages budgétaires publics (avec la participation de la société civile)."

¹⁸⁰ *Idem*, pp. 13-14.

ANNEXES

SIGLES

ADPIC : Accord sur les droits de propriété intellectuelle qui s'appliquent au commerce
AFD : Agence française de développement
AMM : autorisation de mise sur le marché
ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales
ANSS : Association nationale de soutien aux sidéens (Burundi)
ARV : Anti rétroviraux
CCM : *Country coordinating mechanism*
CDMT : Cadre de dépenses à moyen terme
CHAI : *Clinton HIV/AIDS Initiative*
CNUCED : Conférence des Nations Unies pour la coopération économique et le développement
DSRP : Document stratégique de réduction de la pauvreté
GBC : *Global business coalition on AIDS*
GFATM : *Global fund against AIDS, Tuberculosis and Malaria*
GTZ : *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit*
IB : Initiative de Bamako
IO : Infection opportuniste
IRD : Institut de recherche sur le développement
ISAARV : Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux
LFA : *Local fund agent*
M&E : *Monitoring and evaluation*
MDG : *Millenium development goal*
MSF : Médecins sans frontières
NASA : *National AIDS Spending Assessments*
NGO : *Non governmental organisation*
OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
OECD : *Organisation for economic cooperation and development*
OI : Organisation internationale
OIG : Organisation intergouvernementale
OMC : Organisation mondiale du commerce
OMD : Objectifs du millénaire pour le développement
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONG : Organisation non gouvernementale
PAFH : *Programs Assistance Facilitation for Health*
PED : Pays en développement
PEPFAR : *President emergency program for AIDS relief*
PMA : Pays les moins avancés
PRSP : *Poverty reduction strategy paper*
PVVIH : Personnes vivant avec le VIH
STEP : Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté
SWAP : *Sector-wide approaches*
TB : Tuberculose
TPG : Trésorier payeur général
TRIPS : *Trade related intellectual property rights*
TTR : *Treat, train, retain*
UE : Union européenne

UNGASS : *United Nations General Assembly*

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

WHO : *World health organization*

WTO : *World trade organization*

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Le Conseil national du sida remercie très vivement les personnes qui ont bien voulu apporter leur contribution à sa réflexion dans le cadre de ses auditions :

- Yves Souteyrand, Organisation mondiale de la santé, Département VIH, Coordinateur « information stratégique et recherche », 15 décembre 2005.
- Pr Alice Desclaux, anthropologue, Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille (UPCAM) / Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés (CReCSS), 16 mars 2006.
- Dr Bruno Galland, Médecin, Centre international de développement et de recherche (CIDR), Chargé du développement de la micro assurance santé, 16 mars 2006.
- Pr Jacky Mathonnat, économiste, Centre d'études et de recherches sur le développement international (CERDI-CNRS), Université d'Auvergne, 16 mars 2006.
- Alain Letourmy, Economiste de la santé, chargé de recherche au Centre de recherche médecine, sciences, santé et société (CERMES-INSERM), 27 avril 2006.
- Didier Gobbers, Consultant en santé publique, 27 avril 2006.
- Dr Alliou Sylla, Chargé du programme national de lutte contre le sida, ministère de la santé de la République du Mali, 4 mai 2006.
- Dr Hélène Rossert, Directrice générale de AIDES, 4 mai 2006.
- Pr Jean-Paul Moatti, Economiste, Université de la Méditerranée / unité INSERM U379, Institut Paoli Calmette, Marseille, 18 mai 2006.
- Pr Michel Kazatchkine, Ambassadeur pour le VIH, 19 juin 2006.
- Olivier Vilaça, Co-Investment Manager, Global Fund, 12 octobre 2006.
- Dr Michel Lavollay, 12 octobre, 2006.
- Eric Fleutelot, Directeur des programmes internationaux, Sidaction, 12 octobre 2006.
- Serge Barbereau, Caroline Damour, pharmaciens, Réseau médicaments et développement (ReMeD), 26 octobre, 2006.
- Johannes Jütting, Denis Drechsler, Felix Zimmerman, Henri-Bernard Solignac Lecomte, OCDE, Centre de Développement, 27 octobre 2006.
- Landis McKellar, consultant 27 octobre 2006.
- David Dror, Hon. Prof. of health insurance, Erasmus University, Rotterdam, 14 novembre 2006.
- Jean Dussourd, ministère des Affaires étrangères/Unitaid, 24 novembre 2006.
- Annick Hamel, Médecins sans frontières (MSF), 15 décembre 2006.
- Dr Bernard Kouchner, Président d'Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau (ESTHER), 15 décembre 2006.
- Dr Anne Petitgirard, Directrice d'Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau (ESTHER), 15 décembre 2006.
- Catherine Ferrant, Directrice du développement social, Dr Jean-Pierre Garnair, médecin, Total, 17 janvier 2007.
- Dr Duncan Earle, chef d'équipe, Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, 26 janvier 2007.
- Dr Badara Samb, Organisation mondiale de la santé, Département VIH, coordinateur « renforcement des systèmes de santé », 26 janvier 2007.
- Philippe Vinard, Economiste de la santé, ALTER santé Internationale, Département des maladies infectieuses, Faculté de médecine de Montpellier, 26 janvier 2007.
- Guilherm de Lemos, Antonio Ortiz, ministère des Affaires étrangères, direction de la coopération, développement social, bureau de la santé, 31 janvier 2007.
- Pascal Brouillet, chargé de mission, Agence française de développement, 31 janvier 2007.

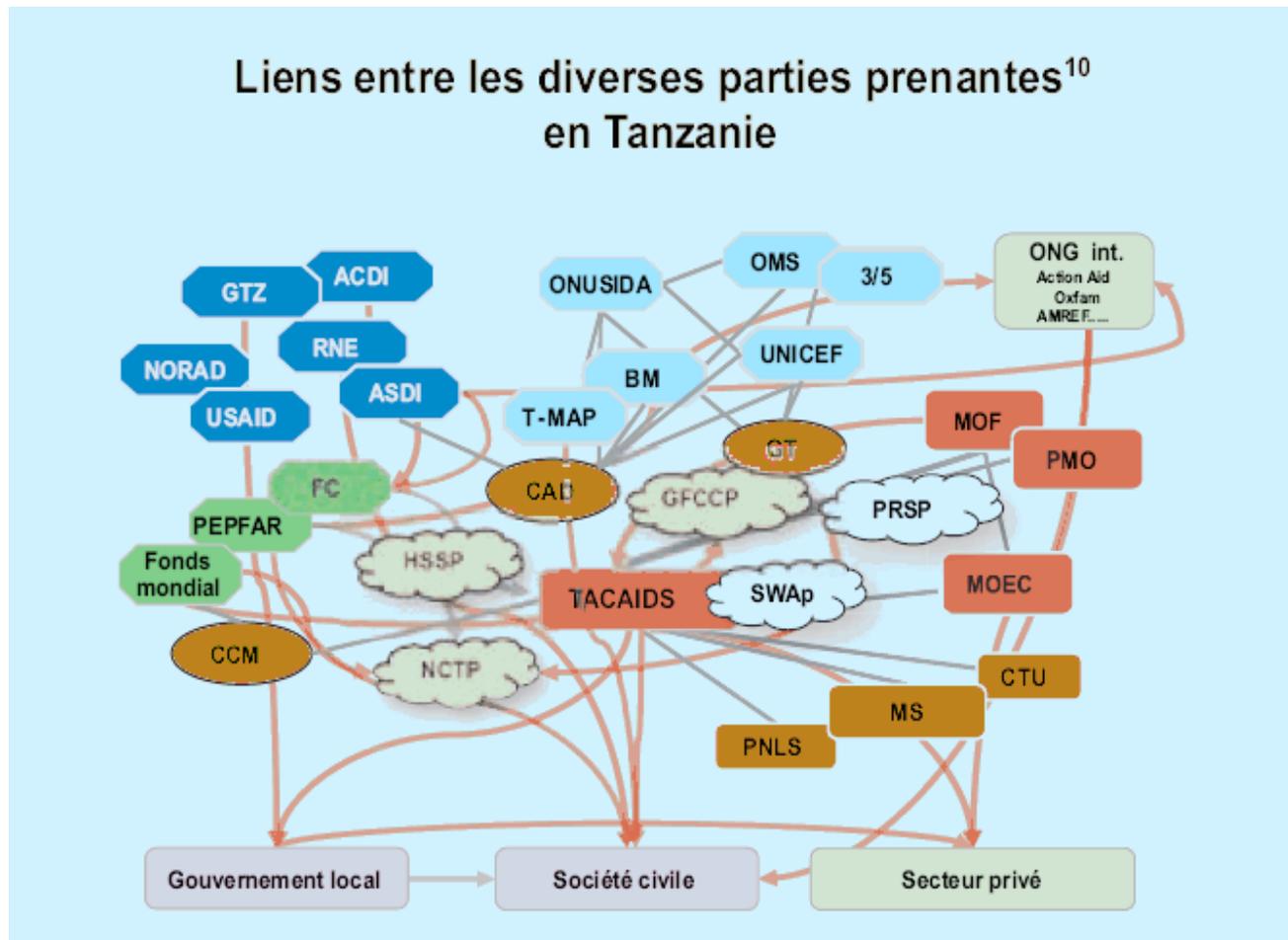
Sont également remerciés pour la disponibilité dont ils ont fait preuve : Carinne Bruneton ; Véronique Collard ; Lydia Kawanguzi ; Dr Christian Mouala ; Marie-Claire Outtara ; Dr Jean-Loup Rey ; Sophie-Marie Scouflaire ; Dr Elisabeth Girschbach, Michel Etcheparre, Bernard Taverne.

TABLEAUX ET FIGURES

LES PARTIES PRENANTES : CAS DE LA TANZANIE

Schéma extrait de : Onusida, *Les "Trois principes" en action : bilan et avenir*, Onusida/05.08F, 2005.

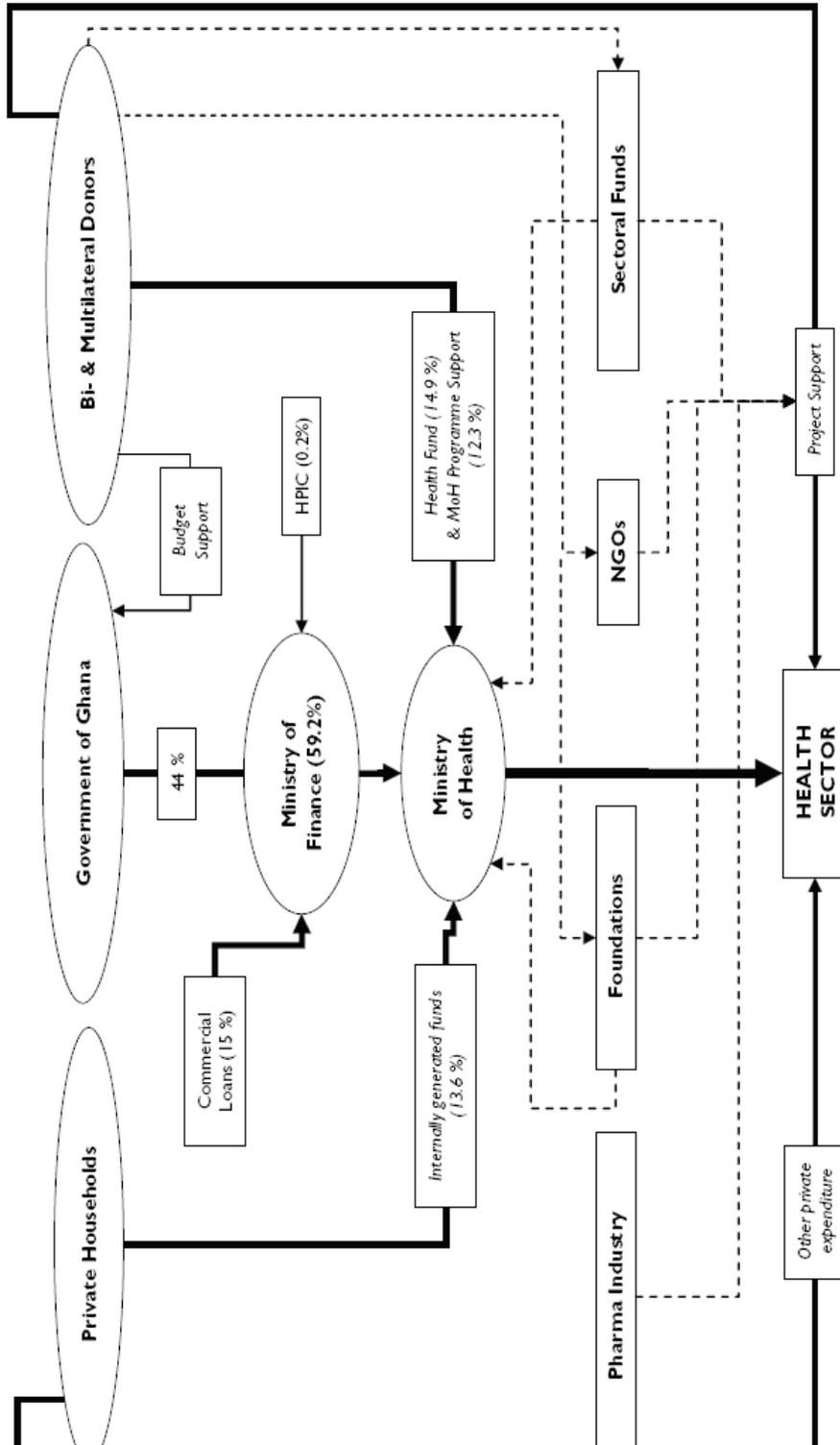
http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC935-30nesInAction_fr.pdf



LES ACTEURS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ : CAS DU GHANA

Schéma extrait de : Drechsler D, Zimmermann F, *New actors in Health Financing : Implications for a Donor Darling*, OECD Development Center, Policy brief n°33. Accessible à l'adresse : www.oecd.org/dataoecd/27/6/37903846.pdf

Figure 5. A Complex Picture of Actors, Channels and Flows

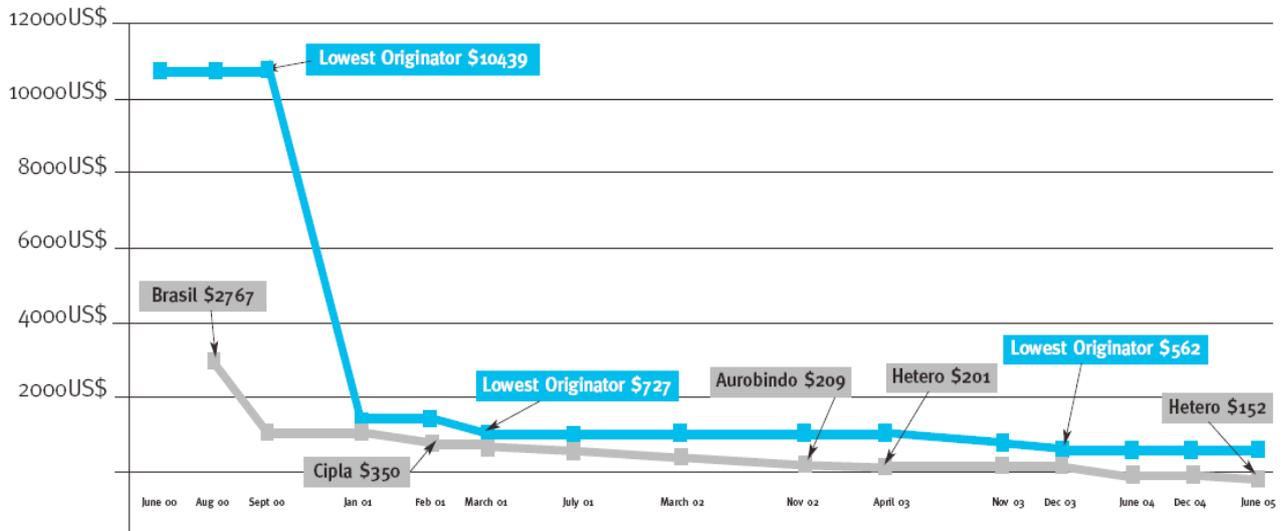


Authors' illustration. Percentages are derived from MoH (2006a) and concern 2005.

EFFET DE LA COMPÉTITION DES GÉNÉRIQUES

Tableau extrait de *Untangling the web of prices reduction*, MSF, accessible sur www.accessmed-msf.org

May 2000-June 2005

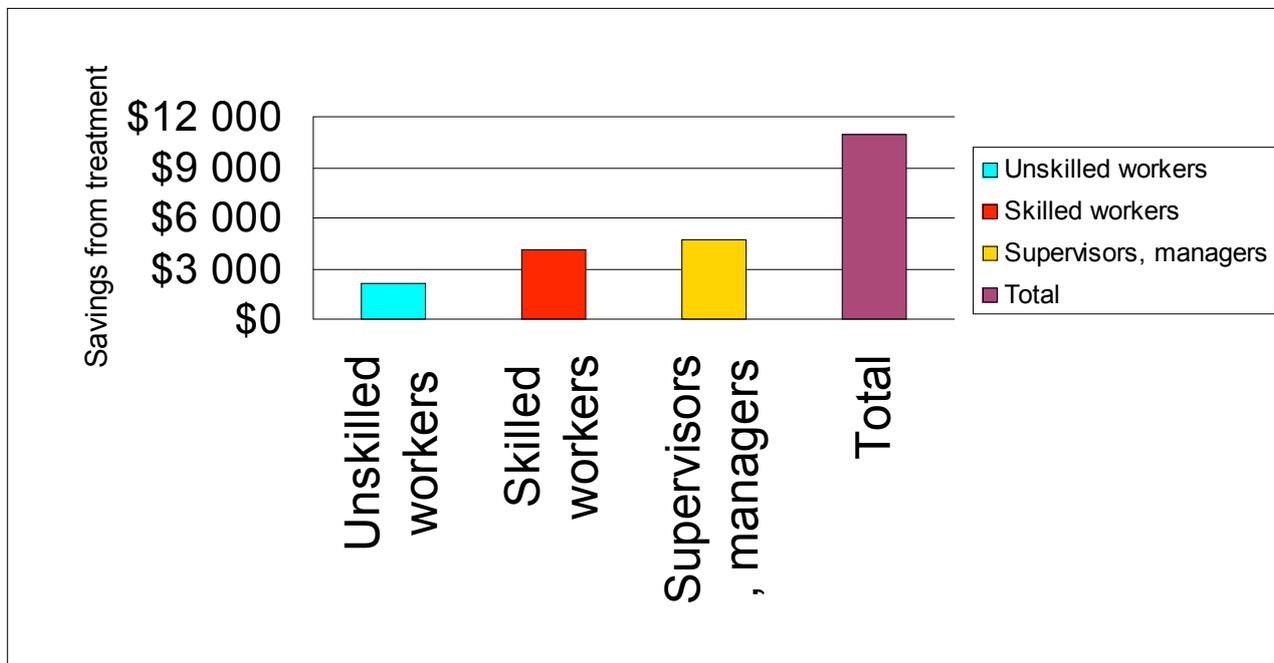


Sample of ARV triple-combination: stavudine (d4T) + lamivudine (3TC) + nevirapine (NVP). Lowest world prices per patient per year. Generic competition has shown to be the most effective means of lowering drug prices. During the last four years, originator companies have often responded to generic competition.

RÉDUIRE LA « TAXE » DU SIDA : LES BÉNÉFICES DES TRAITEMENTS

Rosen S, Simon J, Fox M, MacLeod W, Vincent J, Thea D, Investing in the Epidemic: The Cost of AIDS to Businesses in Africa, Center for International Health Boston University School of Public Health, July 2002. Voir :

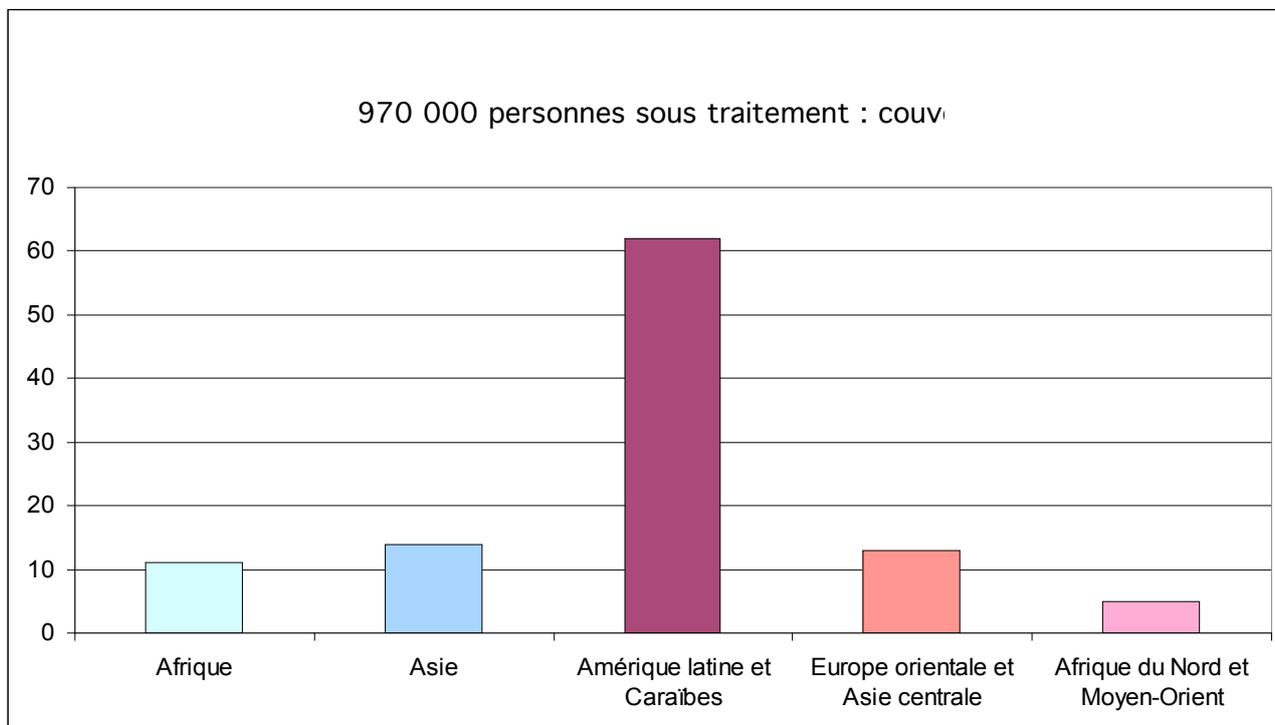
http://sph.bu.edu/index.php?option=com_content&task=view&id=427&Itemid=526



COUVERTURE PAR LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE POUR LES ADULTES, JUIN 2005

Tableau réalisé à partir de OMS et ONUSIDA (2005) Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : le point sur l'initiative

"3 millions d'ici 2005". www.who.int/3by5/june2005report_fr.pdf.



BIBLIOGRAPHIE

POLITIQUE INTERNATIONALE DE SANTÉ

LITTÉRATURE GRISE ET PUBLICATIONS OFFICIELLES

- **Institutions françaises**

CNS, *Avis sur la crise des ressources humaines dans les pays du Sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH*, 6 juillet 2005.

CNS, *Avis suivi de recommandation « Promouvoir l'accès aux antirétroviraux des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays du Sud »*, 24 juin 2004.

CNS, *Communiqué sur la nouvelle menace dans l'accès aux traitements des pays pauvres*, 16 janvier 2003.

CNS, *Communiqué à l'occasion de la reprise à Prétoria du procès intenté par trente-neuf compagnies pharmaceutiques au gouvernement d'Afrique du Sud*, 17 avril 2001.

CNS, *Communiqué sur la menace que font peser les accords de Bangui sur la santé en Afrique*, 8 février 2002.

CNS, *Rapport et propositions pour un accès généralisé aux traitements en matière de VIH/sida*, 7 novembre 2000.

CNS, *Rapport et recommandations vers une nouvelle solidarité. Pour un accès aux traitements antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne*, 10 décembre 1998.

Conseil économique et social, *La coopération sanitaire française dans les pays en développement*, avis présenté par Marc Gentilini, Paris, Journaux Officiels, 2006.

Kourilsky P, *Optimiser l'action de la France pour l'amélioration de la santé mondiale. Le cas de la surveillance et de la recherche sur les maladies infectieuses*, Rapport au gouvernement, 27 mars 2006.

Morange P, Kerouedan D, *Rapport au Premier ministre. Evaluation de l'action de la France en faveur de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans le domaine de la Santé. Articulation et coordination des aides bilatérales et de la participation de la France aux programmes multilatéraux du secteur de la santé*, juin 2005.

Présidence de la République, *Les nouvelles contributions financières internationales. Rapport au Président de la République*, groupe de travail présidé par J.-P. Landau, Paris, La documentation française, Coll. Les Rapports Officiels, 2004.

- **Organisations internationales**

- *Organisation des Nations Unies*

Nations Unies, Assemblée générale, *Déclaration politique sur le VIH/sida*, Résolution adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies, 87^e séance plénière, 2 juin 2006, A/res/60/262.

Nations Unies, Assemblée générale, *Résumé du dialogue de haut niveau sur le financement du développement, établi par le Président de l'Assemblée générale (New York, 27-28 juin 2005)*, Mise en œuvre et suivi des textes issus de la Conférence internationale sur le financement du développement, A/60/219.

Nations Unies, Assemblée générale, *développer la prévention, les soins, le traitement et les services d'accompagnement en matière de VIH*, Note du Secrétaire général, 24 mars 2006, A/60/737.

Nations Unies, Assemblée générale, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : cinq ans plus tard*, Rapport du Secrétaire général, 24 mars 2006, A/60/736.

Nations Unies, *Rapport de la Conférence internationale sur le financement du développement*, Monterrey (Mexique), 18-22 mars 2002, A/Conf.198/11.

- *Union Africaine*

African Union, *Universal Access to HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Services by a United Africa by 2010. Africa's common position to the UN general assembly special session on AIDS*, Sp/Assembly/ATM/3(I) Rev.2, Special summit of African union on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2-4 May 2006, Abuja, Nigeria.

African Union, *Universal Access to HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Services by a United Africa by 2010. Resolution of the Ministers of Health on Health Financing in Africa*, Sp/Assembly/ATM/5(I) Rev.3, Special summit of African union on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2-4 May 2006, Abuja, Nigeria.

Union africaine, *Aperçu sur le thème : Une Afrique unie pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme d'ici à 2010.*, Sp/PRC/ATM/2(I), Sommet extraordinaire de l'Union africain sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme (STP), 2-4 mai 2006, Abuja, Nigeria.

Union africaine, *Une Afrique unie pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme d'ici à 2010. Facteurs institutionnels contraignant la réalisation des objectifs poursuivis par l'Afrique, au titre de la prévention et de la lutte contre le VIH/SIDA, la TB et le paludisme*, Sp/PRC/ATM/4(I), Sommet extraordinaire de l'Union africain sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme (STP), 2-4 mai 2006, Abuja, Nigeria.

Union africaine, *Une Afrique unie pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme d'ici à 2010. Financement de la santé en Afrique*, Sp/PRC/ATM/5(I), Sommet extraordinaire de l'Union africain sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme (STP), 2-4 mai 2006, Abuja, Nigeria.

Union africaine, Onusida, OMS, *Engagement de Brazzaville pour l'intensification à une plus grande échelle des interventions visant à réaliser l'accès universel en Afrique*, Brazzaville, République du Congo, 8 mars 2006.

African Union, *Gaborone Declaration on a roadmap towards universal access to prevention, treatment and care*, CAMH/Decl.1 (II), Gaborone, Botswana, 10-14 October 2005.

- *Organisation mondiale de la santé*

Organisation mondiale de la santé Afrique, *La Santé des populations. Rapport sur la santé dans la Région africaine*, Genève, OMS, 2006.

Organisation mondiale de la santé, *La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement*, Genève, OMS, 2005.

Organisation mondiale de la santé, *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*, Genève, OMS, 2006.

Organisation mondiale de la santé, *Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : mise à jour. Elaboration d'une stratégie de renforcement des systèmes de santé*, Conseil exécutif, 12 décembre 2005, EB117/INF.DOC./2.

Organisation mondiale de la santé, *Prévention des maladies chroniques, un investissement vital*, Genève, OMS, 2006.

World Health organization, *A guide to WHO's role in sector-wide approaches to health development*, Geneva, WHO, 2006.

World Health Organization, African Development Bank, UNICEF, World Bank, « *tackling the barriers to scaling up in health... a coordinated response* » *Programs Assistance Facilitation for Health. A Joint Action Framework for the African Region, final draft 23 September 2006*, Brazzaville, September 2006.

World health organization, *Background paper on the concept of universal access. Technical Meeting for the Development of a Framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in the Health Sector*, Geneva, WHO/EIP/MHI, October 2005.

World health organization, Eucumenical pharmaceutical network, *Multi-Country Study of Medicine Supply and Distribution Activities of Faith-Based Organizations in Sub-Saharan African Countries*, Nairobi / Geneva, EPN/WHO, 2006.

World health organization, *Health Systems*, Report by the Secretariat, 8 January 2007, EB120/38.

World health organization, *HIV/AIDS. Implementation by WHO of the recommendations of the Global Task Team on improving AIDS Coordination among Multilateral Institutions and International Donors*, Report by the Secretariat, 24 April 2006, A59/8.

World health organization, *HIV/AIDS. WHO's contribution to universal access to HIV/AIDS prevention, treatment and care*, Report by the Secretariat, 4 May 2006, A59/39.

World health organization, *Nutrition and HIV/AIDS*, Report by the Secretariat, 4 May 2006, A59/7.

World health organization, *Proceedings of a Technical Meeting for the Development of a Framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in the Health Sector*, Geneva, WHO, 18-20 October 2005.

World health organization, *Social health insurance. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*, Report by the Secretariat, 7 April 2005, A58/20.

World health organization, *Treat, Train, Retain. The AIDS and health workforce plan. Report on the Consultation on AIDS and Human Resources for Health*, WHO, Geneva, 11-12 May, 2006.

World health organization, Unaid, *Guidance on ethics and equitable access to HIV treatment and care*, Geneva, WHO, 2004.

Onusida

Onusida, OMS, Sidaction, *Elargir l'accès au traitement du VIH avec les organisations à assise communautaire*, Onusida, OMS, Coll. Meilleures pratiques de l'onusida, 2005.

Onusida, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006. Edition spéciale 10^e anniversaire de l'onusida*, Onusida, Genève, 2006.

Onusida, *Les "Trois principes" en action : bilan et avenir*, Onusida/05.08F, 2005.

Onusida, Banque mondiale, Pnud, *Intégration du sida dans les instruments et processus nationaux de développement. Revue des expériences*, Genève, Onusida, décembre 2005.

Onusida, *Besoins en ressources pour une riposte au SIDA élargie dans les pays à revenus bas et moyens*, Onusida, août 2005.

Onusida, *Faire travailler l'argent disponible grâce à un appui accru des Nations Unies aux ripostes contre le SIDA. Plan d'appui technique consolidé des Nations Unies contre le SIDA 2006-2007*, Genève, Onusida, mars 2006.

Unaid, World Bank, UNDP, *Mainstreaming HIV and AIDS in sectors & programmes. An implementation guide for national responses*, September 2005.

- *Autres organisations*

Bureau international du travail, *Le VIH/sida dans le monde du travail : évaluation mondiale, répercussions et réponses*, Genève, OIT, 2004.

Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, forum à haut niveau, Paris 28 février-2 mars 2005.

Shakow A, *Global Fund – World Bank HIV/AIDS Programs. Comparative Advantage Study*, prepared for The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria and The World Bank Global HIV/AIDS Programs, January 19, 2006.

World Bank Operations Policy and Country Services, *Enabling Country Capacity To Achieve results. Volume I : Overview*, Washington, The World Bank, 2005.

World Bank, International monetary fund, *Strengthening bank group engagement on governance and anticorruption, Development Committee* (Joint ministerial committee of the boards of governors of the Bank and the fund on the transfer of real resources to developing countries), DC2006-0017, September 8, 2006.

World Bank, Unicef, *Poverty reduction strategy papers. Do they matter for children and young people made vulnerable by HIV/AIDS ?*

World Bank, *World development report 2006, Equity and Development*, Washington, World bank/Oxford University Press, 2005.

World Bank, *World development report 2004, Making Services Work for Poor People*, Washington, World Bank/Oxford University Press, 2003.

- **Documents stratégiques de réduction de la pauvreté**

PRSP progress report, Bénin, décembre 2002.

PRSP, Burkina Faso, juillet 2004.

PRSP Progress Report, Burkina Faso, décembre 2003.

PRSP progress report, Burkina Faso, 2002.

PRSP progress report, Burkina Faso, 2001.

PRSP, Burkina Faso, mai 2000.

PRSP, Joint Staff Advisory Note, Cameroun, mars 2006.

PRSP progress report, Cameroun, février 2006.

PRSP progress report, Cameroun, avril 2004.

PRSP, Cameroun, avril 2003.

PRSP II 2006-2009, Ghana, novembre 2005.

PRSP Progress Report, Ghana, mars 2004.

PRSP Progress Report, Ghana, février 2003.

PRSP 2006-2007, Lesotho, avril 2006.

PRSP progress report 2005, Madagascar, juin 2006.

PRSP progress report, Madagascar, juillet 2004.

PRSP, Madagascar, juillet 2003.

PRSP progress report, Mali, août 2005.

PRSP progress report, Mali, avril 2004.

PRSP, Mali, mai 2002.

PRSP progress report, Ouganda, mars 2003.

PRSP progress report, Ouganda, mars 2002.

PRSP progress report, Ouganda, mars 2001.

PRSP, Ouganda, mars 2000.

PRSP progress report, Rwanda, juillet 2005.

PRSP progress report, Rwanda, avril 2004.

PRSP progress report, Rwanda, juillet 2003.

PRSP, Rwanda, juin 2002.

PRSP, Sénégal, mai 2002.

République du Tchad, ministère de la Santé publique, *Mission de supervision des activités de lutte contre le sida. 19-29 septembre 2006. Rapport de mission*, Programme national de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

GÉNÉRALITÉS

AIDES, *Réseau Afrique 2000. Réponses associatives à la lutte contre le sida en Afrique*, Paris, AIDES, 2^e édition, janvier 2005.

Appaix O, Dekens S, *Pour un plan d'action en faveur des orphelins et enfants vulnérables. Volume 1 Analyse de situation*, mai 2005, Orphelin sida international.

Beck E, Mays N, Whiteside A, Zuniga J, *The HIV Pandemic. Local and Global Implications*, Oxford, Oxford University Press, 2006.

Coriat B, Orsi F, d'Almeida C. TRIPS and the international public health controversies: issues and challenges. *Ind. Corp. Change* December 2006; 15: 1033 - 1062.

Correa C, *Implications of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, Health Economics and Drugs, EDM Series n°12, juin 2002.

Drager N, Fidler D P. Foreign policy, trade and health: at the cutting edge of global health diplomacy. *Bulletin of the World health organization* March 2007 ; 85(3).

Global Health Council, *Faith in action. Examining the Role of Faith-based Organisations in addressing HIV/AIDS*, 2005.

Hibou B, *Economie politique du discours de la Banque mondiale en Afrique sub-saharienne. Du catéchisme économique au fait (et méfait) missionnaire*, Paris, Les études du CERI, n° 39, mars 1998.

Jamison D T, Breman J G, *et al.*, *Disease Control Priorities in Developing countries*, Washington/New York, The World Bank/Oxford University Press, 2006.

Kaul I, Brunberg I, Stern M, eds, *Global Public Goods. International Cooperation in the 21st Century*, New York, Oxford University Press, 1999.

Krikorian G, *L'accès aux génériques. Enjeux actuels et propriété intellectuelle*, AIDES, 2006

Molyneux D.H, Hotez P.J, Fenwick A. "Rapid-Impact Interventions": How a Policy of Integrated Control for Africa's Neglected Tropical Diseases Could Benefit the Poor. *PLoS MED* November 2005; 2 (11): e336.

Morales K. Funding in Africa is concentrating too heavily on the 'big three'. *BMJ* 2005; 331 : 866.

Rossert H, Pelletier V, Trenado E, *Rapport de mission Cameroun (Yaoundé, Douala, Bafoussam] du 22 au 29 janvier 2005*, AIDES.

Transparency International, *Corruption and health, global corruption report 2006*.

Une santé chèrement payée. La détention des patients sans ressources dans les hôpitaux burundais, Human Rights Watch, septembre 2003, vol 18, n°8(A).

Verspieren P. L'Eglise catholique face à l'épidémie de sida. *Etudes* février 2007; 406(2): 213-225.

AIDE AU DÉVELOPPEMENT

Berr E, Combarnous F, *L'impact du consensus de Washington sur les pays en développement : une évaluation empirique*, DT/100/2004, IFREeDE-GRES, Université Bordeaux IV.

CNUCED, *Le développement économique en Afrique. Doublement de l'aide : assurer la "grande poussée"*, New York, Genève, Nations Unies, 2006.

Commission pour l'Afrique, *Notre intérêt commun. Rapport de la commission pour l'Afrique*, mars 2005

Coordination sud, *Lettre des ONG sur la "Déclaration sur les sources innovantes de financement du développement"*, 14 septembre 2005.

Deacon B. Les organisations internationales, l'Union européenne et la politique sociale globalisée. *Lien social et Politiques* 2001; 45.

Maxwell S, *What's Next in International Development ? Perspectives from the 20 % Club and the 0.2% Club*, London, Overseas Development Institute, Working Paper 270, June 2006.

OCDE, *Faire reculer la pauvreté. Le rôle de l'OCDE dans le partenariat pour le développement*, Paris, OCDE, 2005.

ODI Briefing paper, *Scaling up versus absorptive capacity : challenges and opportunities for reaching the MDGs in Africa*, May 2005.

Pierru F, Serre M. Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie. *Lien social et Politiques* 2001; 45.

Report on the scaling up for better health (Post-HLF) initiative. First meeting of the steering committee, Paris, France, 25-26 September 2006.

FINANCEMENT DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ

GÉNÉRALITÉS

Audibert M, Mathonnat J, de Roodenbeke E, dir., *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Karthala, 2003.

Brikci N, Philips M. User fees or equity funds in low-income countries. *Lancet* 2007; 369: 10-11.

Carrin G. L'assurance maladie dans les pays en développement : un défi permanent. *Revue internationale de sécurité sociale* 2002; 55 (2): 73-89.

Cisse B, Luchini S, Moatti J-P. *Equity in Health Care Finance and Delivery : what about Africa*, GREQAM, Document de travail 2006-11, février 2006.

Cisse B, Luchini S, Moatti J-P. Recouvrement des coûts et demande de soins dans les PED. *Revue française d'économie* 2004; 28: 111-149.

Cissé B, Luchini S, Moatti J-P, *Les effets des politiques de recouvrement des coûts sur la demande de soins dans les Pays en développement : les raisons de résultats contradictoires*, GREQAM, Document de travail n° 03C02, octobre 2002.

Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure, WHO, Department of health systems financing, Health financing policy, Technical briefs for policy-makers, n° 2, 2005.

Drechsler D, Zimmermann F, *New actors in Health Financing : Implications for a Donor Darling*, OECD Development Center, Policy brief n°33.

Drechsler D, Jütting J, Private Health Insurance for the Poor in developing Countries ?, *Policy insights* n°11, OCDE Development centre, 2005.

Dror D, Duru G, *Stabilising community health financing through re-insurance*, Conférence sur la sécurité sociale, Helsinki, 2000.

Dussault G, Fournier P, Letourmy A, eds, *L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Washington, Banque mondiale, série santé, nutrition et population, 37149, 2006.

Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa : the need for careful action. *BMJ* 2005; 331: 762-765.

Gottret P, Schieber G, *Health financing revisited. A practitioner's guide*, Washington, The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2006.

High Level Forum on the Health MDGs, *Fiscal space and Sustainability from the Perspective of the Health Sector*, Paris, 14-15 november 2005.

James C, et al. Impact on child mortality of removing user fees : simulation model. *BMJ*, 2005; 331: 747-749.

Jütting J, *Public-private partnerships in the health sector : Experiences from developing countries*, ESS Paper n° 10, Social Security Policy and Development Branch, ILO, 2002.

Lönnroth K, et al. Hard gains through soft contracts : productive engagement of private providers in tuberculosis control. *Bulletin of the World health organization* 2006; 84: 876-883.

- Meesen B, Van Damme W, Kirunga Tashobya C, Tobouti A. Poverty and user fees for public health care in low-income countries : lessons from Uganda and Cambodia. *Lancet* 2006; 368: 2253-57.
- Ooms G, Derderian K, Melody D (2006) Do we need a world health insurance to realise the right to health ? *PLoS Med* 2006; 3(12): e530.
- Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Sachs J, *Macroeconomics and health : Investing in Health for Economic Development*, Genève, WHO, 2001.
- Ridde V, Girard J-E, "Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique* 2004; 15(1): 37-51.
- Ridde V, *L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé*, Health nutrition and Population, The World Bank, octobre 2004.
- Ridde V. Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako initiative. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81(7): 532-538.
- Sachs J D, *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission of Macroeconomics and Health*, Geneva, WHO, 2001.
- Singh A, *Building on the user-fee experience : the African case*, Genève, WHO, EIP/FER/DP.03.3, Discussion paper n° 3, 2003.
- Smith R, Beaglehole R, Woodward D, Drager N, *Global public goods for health. Health economic and public health perspectives*, Oxford, Oxford University Press, 2003.
- Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low income society : a study from Nouna district, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization* 2006; 84(1): 21-27.
- Letourmy A, Ndiaye P, Pavy-Letourmy A, Galland B, Hautet E, *Inventaire des SAM en Afrique : synthèse des travaux de recherche*, Dakar, La Concertation, octobre 2004
- Letourmy A, Pavy-Letourmy A, *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu*, Paris, Agence française de développement, Notes et documents, n°26, décembre 2005.
- Huber G, Hohmann J, Reinhard K, *Mutuelles de Santé – 5 années d'Expérience en Afrique de l'Ouest. Débats, Controverses et Solutions Proposées*, Eschborn, GTZ, 2003.
- Dror DM, Jacquier C. Micro-Insurance : Extending Health Insurance to the Excluded. *International Social Security Review* 1999; 52(1): 87-119.
- Gommans C, Gatera C, *Report of the Workshop HIV/AIDS and Microinsurance in the Microfinance Sector in Africa*, Addis Ababa, 25-27 april 2005, Africa microfinance network, HIVOS.

PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION À VIH

- The World Bank, Thailand Ministry of Public Health, *Expanding access to antiretroviral treatment in Thailand*, Decembre 2005.
- World health organization, *The practice of charging user fees at the point of service delivery for HIV/AIDS treatment and care*, WHO Discussion paper, décembre 2005.
- Corbett E L, Steketee R W, ter Kuile F, Latif A S, Kamali A, Hayes R J. HIV-1/AIDS and the control of other infectious diseases in Africa. *Lancet* 2002; 359: 2177-2187.
- Forsythe S, Arthur G, Ngatia G, Mutemi R, Odhiambo J, Gilks C. Assessing the cost and willingness to pay for voluntary HIV counselling and testing in Kenya. *Health Policy Plan* 2002; 17(2): 187-195.
- Gilks CF *et al.* The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet* 2006; 368: 505-510.
- Goldie SJ, Yazdanpanah Y, Losina E, *et al.* Cost-effectiveness of HIV Treatment in Ressource-Poor Settings – The Case of Côte d'Ivoire. *N Engl J Med* 2006; 355(11): 1141-1153.
- Ivers LC, Kendrick D, Doucette K. Efficacy of antiretroviral therapy programs in resource-poor settings: A meta-analysis of the published literature. *Clin Infect Dis* 2005; 41(2): 217-224.
- Lanièce I, Mounirou C, Desclaux A, Diop K, Mbodj F, Ndiaye B, *et al.* Adherence to HAART and Its Principal Determinants in a Cohort of Senegalese Adults. *AIDS* 2003; 17(supp. 3): S103-S108.
- Reid A, Scano F, Getahun H, *et al.* Toward universal access to HIV prevention, treatment, care and support : the role of tuberculosis/HIV collaboration. *Lancet Infect Dis* 2006; 6(8): 483-495.
- The Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries (ART-LINC) Collaboration, ART Cohort Collaboration (ART-CC) groups. Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy. *Lancet* 2006; 367: 817-824.

- Thielman NM, *et al.* Cost effectiveness for Free HIV Voluntary Counseling and Testing Through a Community-Based AIDS Service Organization in Northern Tanzania. *Am J Public Health* 2006; 96(1): 114-119.
- Vermund SH, Wilson CM. Barriers to HIV testing – Where next? *Lancet* 2002; 360: 1186-1187.
- Desclaux A, Lanièce I, Ndoye I, Taverne B, *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS, Coll. Sciences sociales et sida, 2002.
- Desclaux A, "Equity in access to AIDS Treatment in Africa : pitfalls amongst achievements" in Singer M, Castro A (eds), *Unhealthy health policy : a critical medical anthropology perspective*, Lanham, Altamira Press, 2004.
- Drummond D, Kelly R, *The economic cost of aids : a clear case for action. Poverty and Marginalization Primary contributors*, TD Economics, Special Report, August 8, 2006.
- Haacker M, "Fiscal and macroeconomic aspects of the HIV pandemic", in Beck E, Mays N, Whiteside A, Zuniga J, *The HIV Pandemic. Local and Global Implications*, Oxford, Oxford University Press, 2006, pp. 642-659.
- Leoni P, Luchini S, *Designin the financial tools to promote universal access to AIDS care*, papier présenté à la Global Finance Conference 2005, Dublin.
- Hotez PJ, Molyneux DH, Fenwick A, Ottesen E, Sachs SE, *et al.* Incorporating a rapid-impact package for neglected tropical diseases with programs for HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria. *PLoS Med* 2006; 3(5): e102.
- Les partenariats public privé dans la lutte contre le VIH/sida dans les pays en développement.* Rapport à la direction du développement et de la coopération technique du Ministère des Affaires Etrangères, Michèle Barzach Santé International, Conseil en stratégie de santé, novembre 2004.
- Moatti J-P, Coriat B, Souteyrand Y, Barnett T, Dumoulin J, Flori Y-A, eds, *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges*, Paris, ANRS, Coll. Sciences sociales et sida, 2003.
- Rosen S, Simon J, Vincent J R, MacLeod W, Fox M, Thea D M. AIDS Is Your Business. *Harvard Business Review* February 2003; DOI: 10.1225/R0302F.
- Thirumurthy H, Graff Zivin J, Goldstein M, *The Economic Impact of AIDS Treatment: Labor Supply in Western Kenya*, NBER Working Paper n° 11871, December 2005
- Whiteside A, Lee S. The "Free by 5" campaign for universal, free antiretroviral therapy. *PloS Med* 2005; 2(8): e227.
- Cellule mondiale de réflexion, *Pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida, Rapport final*, Genève, Onusida, 14 juin 2005.
- Clinton HIV/AIDS Initiative, *Global ARV demand forecast, overview*, 9 June 2006.
- Gupta S, Powell R, Yongzheng Y, *The Macroeconomic Challenges of Scaling Up Aids to Africa*, IMF Working Paper, WP/05/179, September 2005.
- Holden S, *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*, Action Aids, Oxfam Gilbert Barbier, and Save the Children UK, 2004.
- Kate J, Lief E, *International Assistance for HIV/AIDS in the Developing World : Taking Stock of the G8, Other Donor Governments and the European Commisison*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, July 2006.
- MacKellar L, *Priorities in Global Assistance for Health, AIDS and Population (HAP)*, OECD Development centre, Working Paper n°244, DEV/DOC(2005)04, June 2005.
- Vinard P, Diop K, Taverne B, Etard J-F, *Faisabilité économique de la gratuité complète de la prise en charge médicale des patients VIH au Sénégal*, Conseil national de lutte contre le sida/IRD, juin 2006.
- Vinard P, Diop K, Taverne B, *Comment financer la gratuité ? Le cas de la prise en charge médicale complète des Personnes Vivant avec le VIH/sida au Sénégal*, Dakar, Conseil national de lutte contre le sida, Institut de recherche pour le développement, Alter Santé internationale et développement, janvier 2007.
- Chunling L, Michaud CM, Khan K, Murray CJL. Absortive capacity and disbursments by the Global Fun to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria : analysis of grant implementation, *Lancet* 2006; 368: 483-488.