

# Un trésor de guerre pour combattre le VIH/sida

Maureen Lewis



## Comment bien dépenser les milliards de dollars mobilisés

**A**PRÈS AVOIR été négligée pendant près de deux décennies, la lutte contre le VIH/sida fait désormais partie des grandes priorités à l'échelle mondiale. Selon l'ONUSIDA, près de 40 millions de personnes vivent avec le VIH aujourd'hui, dont 25 millions en Afrique subsaharienne et 8 millions en Asie, et près de 5 millions ont contracté le virus dans la seule année 2004. Environ 3 millions de personnes meurent des suites du sida chaque année, les décès d'adultes et d'enfants survenant au rythme de 7.000 par jour en Afrique. La disparition d'un grand nombre d'adultes dans la fleur de l'âge, en particulier des femmes, a des effets dévastateurs immédiats sur les ménages. Mais les pertes en capital humain sont aussi dommageables à long terme dans la mesure où elles réduisent le transfert de connaissances entre générations et créent des risques au plan

macroéconomique, surtout dans les pays les plus touchés. La prévention fondée sur les changements de comportement se révèle difficile et la mise au point d'un vaccin ne semble pas imminente.

Face à cette situation, la communauté internationale a mobilisé des milliards de dollars, et nombre de pays à faible revenu reçoivent déjà, ou sont sur le point de recevoir, des sommes considérables. Pourtant, les pays bénéficiaires se heurtent à de graves dilemmes. L'ampleur de cette aide risque-t-elle de compromettre la stabilité macroéconomique ou la gestion budgétaire? Ces pays peuvent-ils, à bref délai, utiliser efficacement ne serait-ce que les montants déjà promis et engagés, compte tenu du manque de moyens institutionnels et des problèmes de gouvernance dont souffrent bien souvent leurs systèmes de soins? Et peuvent-ils trouver chez eux les ressources «annexes» nécessaires (main-d'œuvre, infrastructures et institutions) pour améliorer rapidement les services?

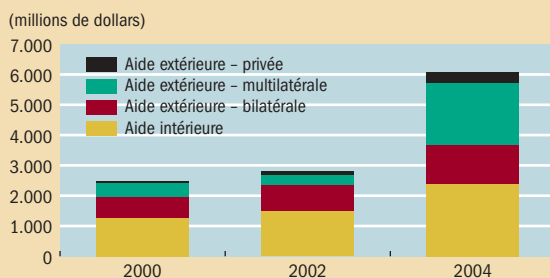
### Qui paie?

Bien que l'aide en faveur de la lutte contre le VIH/sida augmente vite (graphique 1), on s'attend à ce qu'elle reste largement inférieure aux besoins au cours des années à venir. D'après l'ONUSIDA, les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire auront besoin de 9,6 à 11,3 milliards de dollars pour combattre la pandémie en 2005, la fourchette passant à 14,1-18,8 milliards pour 2007, et les chiffres continueront d'augmenter avec le nombre de personnes infectées (ONUSIDA,

Graphique 1

### Une prise de conscience mondiale

Les donateurs multilatéraux ont montré l'exemple en augmentant sensiblement leur aide aux programmes de lutte contre le VIH/sida.



Source : Lewis (2005a).

Note: Les chiffres du secteur privé se rapportent uniquement aux organisations non gouvernementales internationales. Le financement intérieur comprend les sources publiques et privées, mais pas les dépenses des ménages.



Un écolier orphelin du sida au Kenya.

apports massifs d'aide. Les effets macroéconomiques dépendent naturellement de la taille de l'économie et du niveau des importations : plus l'économie est petite, plus elle est vulnérable aux facteurs extérieurs. Autrement dit, plus la proportion de l'aide est élevée par rapport au PIB, plus le pays est vulnérable aux fluctuations imprévues de l'aide, car il ne dispose pas de ressources discrétionnaires pour compenser la perte éventuelle de ressources.

L'expérience récente de l'Éthiopie et du Ghana (Aiyar, Berg, and Husain, 2005) montre que les autorités peuvent atténuer ces effets négatifs en faisant preuve d'imagination, par exemple en accroissant les réserves lorsque les bailleurs de fonds sont généreux, c'est-à-dire en économisant l'aide au lieu de la dépenser.

Pourtant, le plus souvent, les gouvernements augmentent les dépenses en fonction des apports d'aide, et en font ainsi des engagements budgétaires permanents.

Quant aux effets sur le budget, qui éclipsent les autres effets macroéconomiques, ils dépendent avant tout du niveau et de la durabilité de l'aide extérieure, des demandes concurrentes qui s'exercent sur les ressources budgétaires limitées, de la capacité du gouvernement d'absorber de fortes augmentations de l'aide, ainsi que du risque de corruption et de gaspillage lorsqu'une trop grosse somme doit être dépensée dans un délai trop court.

Les ressources extérieures consacrées à la lutte contre le VIH/sida commencent à prendre une ampleur démesurée par rapport aux crédits publics alloués à la santé (graphique 2). En effet, elles ont considérablement augmenté alors que les budgets de santé ont peu changé ou carrément diminué (comme au Mozambique et en Zambie, par exemple). Ainsi, dans certains pays, cette aide dépasse largement le budget public de la santé. En 2003/04, en Éthiopie, l'apport de ressources extérieures a été égal au budget de la santé, mais en Ouganda et en Zambie, les

2005). L'OCDE estime qu'en 2004 les pays en développement ont consacré environ 6 milliards de dollars à la lutte contre le VIH/sida, dont 3,7 milliards environ provenaient de sources internationales. Ce chiffre est à rapprocher des quelque 7 milliards de dollars d'aide au développement affectés chaque année au secteur de la santé, qui ne comprennent pas les fonds réservés à la lutte contre le VIH/sida.

Les donateurs soutiennent actuellement des initiatives dans 140 pays, dont 25, qui sont surtout des pays d'Afrique et des Caraïbes fortement touchés par l'épidémie, absorbent 72 % environ de cette aide. Dans certains de ces pays, les financements augmentent si vite qu'ils tiennent lieu de budget de santé. La lutte contre le sida est financée principalement par les dépenses publiques intérieures, l'aide bilatérale et multilatérale, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (financé par des bailleurs de fonds bilatéraux et des fondations privées), le secteur privé et les dépenses directes des ménages. On s'attend à ce que l'aide bilatérale augmente plus vite que les autres types de financement au cours des prochaines années.

Le sursaut international en faveur de la lutte contre le VIH/sida a produit des effets qui peuvent être observés dans certains des neuf pays d'Afrique subsaharienne les plus éprouvés (graphique 2). De 2000-02 à 2002-04, le niveau moyen de l'aide extérieure a sensiblement progressé au Lesotho (1100 %), au Swaziland (951 %), en Tanzanie (394 %) et en Zambie (698 %). Le Kenya, qui avait été le plus grand bénéficiaire en 2000-02, est le seul pays où l'aide a moins que doublé.

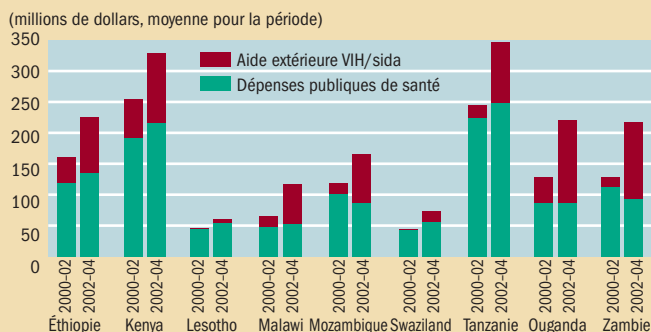
### Ramifications économiques

Les pays bénéficiaires doivent-ils se préoccuper des effets macroéconomiques de l'augmentation des fonds qu'ils reçoivent pour combattre le VIH/sida? En 2002-04, ceux-ci ont représenté de 3 à 25 % de l'aide globale dans huit de ces neuf pays (le Swaziland fait figure d'exception avec presque 90 %). Ces proportions modestes donnent à penser que le financement de la lutte contre le VIH/sida ne risque guère à lui seul de faire déraiper la politique macroéconomique globale, même s'il peut aggraver les problèmes causés par les

Graphique 2

### Une répartition déséquilibrée

L'aide en faveur de la lutte contre le VIH/sida a tellement augmenté qu'elle a pris une ampleur disproportionnée par rapport au reste des budgets de santé.



Source : Lewis (2005a).

fonds destinés à la lutte contre le sida ont dépassé toutes les autres dépenses de santé de presque 185 %. Dans la plupart des pays, les fortes hausses enregistrées entre 2000/01 et 2003/04 ont nécessité une adaptation rapide du niveau et de l'étendue des services de santé. Il est étonnant de constater que les pays savent absorber de nouvelles ressources et les allouer de façon avisée à la lutte contre le sida, alors que leurs dépenses de santé globale sont en diminution ou n'augmentent que légèrement.

La volatilité et l'imprévisibilité des concours ne font que compliquer les choses. Une amélioration sensible des services suppose d'abord de nouveaux recrutements. Or, eu égard à la rigidité du marché du travail dans le secteur public et à l'impossibilité de comprimer les effectifs en fonction de l'évolution des priorités et des contrats de financement, il est presque insensé de développer la fonction publique si les flux d'aide sont incertains. Les pays sont aussi tributaires des importations de médicaments pour les patients atteints du VIH/sida. Si les ressources ou les dons en nature se tarissent, les autorités devront prendre

## «Le meilleur moyen d'accroître l'efficacité de l'aide et l'utilité marginale d'un niveau donné d'aide (la capacité d'absorption) consiste à améliorer la prestation des soins de santé.»

la relève sous peine d'arrêter des traitements vitaux, et elles devront maintenir le niveau de traitement. Le sida étant une maladie à laquelle seul un traitement permanent permet de survivre, l'interruption des thérapies par antirétroviraux en raison du manque de crédits condamnerait des centaines de patients.

### Institutions et systèmes de santé

Les bonnes intentions et des priorités judicieuses ne garantissent pas l'efficacité des programmes de soins. Il est risqué de tenir pour acquis que des moyens complémentaires seront disponibles et déployés dès que le financement extérieur arrivera. En cas de retards dus à l'absence des ressources indispensables (personnel, infrastructures, cadres, entrepôts, logistique et information sur les résultats), la productivité diminue et l'efficacité laisse à désirer. Ainsi, les programmes de thérapie par antirétroviraux sont voués à l'échec et des ressources précieuses seront gaspillées si les médicaments importés sont abandonnés sur les quais faute de camions pour les transporter dans les entrepôts. Les infrastructures peuvent exister et les effectifs être au complet, mais l'absence d'un seul élément peut faire capoter le programme. Les pays doivent avoir les moyens de gérer, dépenser et suivre l'aide qui leur arrive, en dépit d'énormes contraintes sur le plan des institutions et de la gouvernance (voir encadré).

Lorsque le système de santé fonctionne mal, le risque est grand que les programmes de traitement du sida soient mal conçus et dotés de ressources insuffisantes, et que, par conséquent, les protocoles de traitement complexes soient peu respectés. D'après une étude récente de l'Inde par la Banque mondiale (Over *et al.*, 2004), si les médicaments ne sont pas administrés selon des protocoles stricts, des souches résistantes

du virus peuvent apparaître et compromettre les possibilités de traitement pour tous les patients. Le développement à grande échelle ou l'amélioration du système de prestation de services s'accompagne en général d'une période de désordre et d'ajustement. Les services de thérapie par antirétroviraux n'échappent pas à cette règle. Or, face à la capacité de mutation constante du virus, et compte tenu de l'intérêt public de limiter l'apparition de souches résistantes, il faut veiller tout particulièrement au respect rigoureux des protocoles, à la bonne gestion des thérapies par antirétroviraux et à l'efficacité des systèmes de santé.

En définitive, le meilleur moyen d'accroître l'efficacité de l'aide et l'utilité marginale d'un niveau donné d'aide (la capacité d'absorption) consiste à améliorer la prestation des soins de santé. Autrement dit, il faut renforcer les entités publiques qui fournissent et financent les soins. Malheureusement, les donateurs préfèrent de plus en plus les programmes de santé publique hors budget et «verticaux», lesquels ne visent que des problèmes spécifiques et sont dissociés du système de santé.

Pourquoi cette préférence? L'affectation des dépenses à des maladies spécifiques est la conséquence logique des campagnes de collecte de fonds. Elle permet aux donateurs de limiter leurs contributions à des dépenses ciblées. Les bénéficiaires évitent ainsi le contrôle pesant du ministère des finances et les obstacles bureaucratiques inhérents aux demandes de fonds publics. En outre, cela leur permet d'échapper à l'intégration compliquée avec les systèmes de santé, où il est difficile de faire correspondre moyens et produits et où les résultats sont difficiles à mesurer.

Certes, ces stratégies permettent d'obtenir rapidement des résultats, mais elles nuisent aussi aux autres objectifs de développement. En effet, les fonds «verticaux» contribuent à dégarnir les effectifs du secteur public, à faire monter les salaires dans ce secteur et à affaiblir le système en place. Ils échappent en outre à la budgétisation et à l'affectation ordonnée des crédits par l'État, deux domaines cruciaux pour la bonne gouvernance, ce qui annihile la discipline budgétaire et sape le renforcement des institutions. Les programmes de lutte contre le VIH/sida reposent déjà, directement ou indirectement, sur le capital matériel et humain existant. Même lorsqu'ils prennent la forme d'initiatives verticales et autonomes, ils font encore partie du système général de santé publique dans la mesure où celui-ci continue d'assurer le diagnostic, l'orientation des patients ainsi que le traitement des infections opportunistes et des effets secondaires des thérapies par antirétroviraux.

### Pour bien gérer le trésor de guerre

Que faire pour garantir que l'argent récolté soit utilisé à bon escient afin de contenir l'épidémie de VIH/sida sans compromettre la gestion macroéconomique? Les quatre initiatives suivantes seraient sans doute utiles.

**Créer un fonds de stabilisation.** L'augmentation rapide des fonds alloués à la lutte contre le VIH/sida exige une amélioration immédiate de la prestation de services. Les rigidités dans ce domaine et la nécessité de compenser l'arrivée irrégulière des dons imposent de prendre des dispositions particulières. Un fonds de stabilisation qui traiterait les apports massifs d'aide comme un surplus inattendu de ressources naturelles permettrait aux pays d'absorber les nouvelles ressources et de les économiser jusqu'à ce que les circonstances leur permettent de les utiliser efficacement. Les promesses de dons ayant déjà été

## Les dysfonctionnements des systèmes de santé

Une étude récente des institutions et de la gouvernance dans le secteur de la santé révèle la gravité des problèmes institutionnels (Lewis, 2005b). Parmi le personnel médical des dispensaires, l'absentéisme, qui se situe en moyenne entre 28 et 42 %, monte à 68 % en Ouganda et à 74 % au Bangladesh. Un contrôle *a posteriori* du parcours des fonds publics entre les ministères des finances et les points de prestation des services montre que, en raison des détournements, des gaspillages et de la bureaucratie, 80 % des budgets hors salaires n'atteignent jamais les dispensaires au Ghana, la proportion étant de 70 % en Ouganda et de 40 % en Tanzanie. Il ressort des enquêtes auprès des ménages que, dans la plupart des pays, les patients paient des dessous-de-table pour être traités dans les cliniques publiques, en violation du principe d'accès gratuit aux soins. Ces problèmes de gouvernance amènent à s'interroger sur l'utilité de simplement accroître l'aide ou de recruter davantage de personnel de santé.

Le manque de personnel pour appliquer sur grande échelle les traitements par antirétroviraux, qui hérisse la communauté internationale, est dû autant aux carences de la gestion publique qu'aux pressions des institutions financières internationales dans le sens d'une limitation des recrutements. Les conditions de travail des fonctionnaires (lorsque les fournitures médicales et les médicaments font défaut, les possibilités d'avancement sont rares et la gestion est déficiente) expliquent en partie l'émigration et le bas moral des employés. Au Zimbabwe, avant la désintégration du système de santé, la fonction publique, qui était bien gérée, savait retenir ses agents, y compris dans le secteur de la santé. La dégradation des conditions de travail a entraîné celle de la gestion, tandis que le climat politique et économique devenait plus précaire, d'où le pouvoir d'attraction exercé par les salaires plus élevés et la meilleure gestion à l'étranger.

faites, ce fonds servirait simplement à recevoir les contributions des donateurs bilatéraux ou multilatéraux. Cela permettrait de mieux gérer les fluctuations des termes de l'échange et des taux de change, de procéder à des décaissements annuels élevés et d'améliorer la productivité et les résultats. La transparence et une bonne gestion seraient essentielles. Ce fonds suivrait le modèle des fonds pétroliers bloqués de l'Azerbaïdjan et de la Norvège, par exemple, ou du fonds recueillant au Botswana les recettes issues des mines de diamants. Les institutions financières internationales ont l'expérience nécessaire pour conseiller et aider les pays à établir un fonds de cette nature.

«**Taxer**» les fonds entrants. Une taxe de 10 %, par exemple, pourrait être prélevée sur tous les fonds entrants pour financer la modernisation du système de santé. C'est là un coût que les donateurs rechignent à assumer, alors même que leur aide ne peut être efficace que si le système de santé fonctionne bien. Cette taxe répartirait le coût de la modernisation entre les donateurs, ce qui éviterait à l'État de puiser dans ses ressources déjà maigres. Elle devrait s'accompagner d'un effort plus résolu pour améliorer le système de santé, de préférence en parallèle avec les deux initiatives ci-après qui permettraient une intégration et une utilisation efficaces des nouvelles ressources.

**Remédier à la médiocrité du système de santé.** Dans l'empressement à réagir à la crise du sida, les systèmes de santé ont été négligés. Ce sont pourtant eux et la manière dont ils fon-

tionnent qui déterminent si les services peuvent être fournis, les patients bien orientés et les effets secondaires traités. Une réforme de la fonction publique, des changements dans la gestion budgétaire et une meilleure surveillance des politiques, des programmes et des fonctions fiduciaires sont indispensables pour assurer une amélioration effective du système de santé et du traitement du VIH/sida. Les décideurs peuvent y parvenir et ménager les rares ressources disponibles en réglant les problèmes de gouvernance et en rehaussant l'efficacité par divers moyens, notamment l'utilisation de lits de jour dans les cliniques, l'externalisation des services directs et auxiliaires, la remise de bons aux personnes atteintes du sida et le recours à un personnel paramédical encadré.

**Faire davantage appel aux organisations non gouvernementales.** La prévention et les traitements ne devraient pas être confiés uniquement à des entités publiques. Cela ne signifie pas que l'État doit abdiquer ses responsabilités, mais qu'il doit continuer à jouer un rôle de coordination et promouvoir de nouveaux modes de prestation des services. À cet égard, on citera l'exemple d'Haïti, où des travailleurs ayant une formation minimale et encadrés par des équipes de gestion hautement qualifiées mènent un travail de sensibilisation dans les collectivités pauvres. Le recours accru aux ONG pour fournir les services, le recrutement de travailleurs temporaires pour exécuter les programmes publics et la formation de personnel avec l'appui de l'État pourraient remédier à certains des goulets d'étranglement.

\* \* \* \* \*

Les ravages causés par la pandémie de sida ont suscité une réaction remarquable de la part de la communauté internationale, à tel point que, après des années de sous-financement, les donateurs rattrapent rapidement le temps perdu. Reste à savoir comment et à quel rythme les pays à faible revenu pourront absorber ces nouveaux concours, parfois incertains, pour lutter contre une maladie aux effets dévastateurs. Leur tâche est compliquée par la fragilité des institutions et des procédures budgétaires. En outre, il n'est ni tenable ni judicieux de promouvoir des programmes de lutte contre le VIH/sida, même bien conçus et bien financés, si par ailleurs le système général de santé ne reçoit pas l'attention qu'il mérite. ■

*Maureen Lewis est associée principale de recherche au Center for Global Development, de Washington.*

### Bibliographie :

Aiyar, Shekhar, Andrew Berg, and Mumtaz Hussain, 2005, «Le défi macroéconomique de la croissance de l'aide», *Finances & Développement*, volume 42 (Septembre), p. 28–31.

Lewis, Maureen, 2005a, «Addressing the Challenge of HIV/AIDS: Macroeconomic, Fiscal and Institutional Issues», *CDG Working Paper 58* (Washington: Center for Global Development).

———, 2005b, «Governance, Institutions and Corruption in Health Care Delivery: a Review», *draft Working Paper* (Washington: Center for Global Development).

ONUSIDA, 2005, *Resource Needs for an Expanded Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries* (Geneva: United Nations).

Organisation de coopération et de développement économiques, 2005, *International Development Statistics online: Databases on aid and other resource flows*. Disponible sur Internet : <http://www.oecd.org/dataoecd/50/17/5037721.htm>.

Over, Mead, Peter Heywood, Julian Gold, Indrani Gupta, Subhash Hira, and Elliot Marseille, 2004, *HIV/AIDS Treatment and Prevention in India: Modeling the Cost and Consequences* (Washington: World Bank).