

**ÉVALUATION  
DE LA CONTRIBUTION  
DE L'OMS À L'INITIATIVE  
« 3 MILLIONS D'ICI 2005 »**

Rapport principal



**Organisation  
mondiale de la Santé**

# ÉVALUATION DE LA CONTRIBUTION DE L'OMS À L'INITIATIVE « 3 MILLIONS D'ICI 2005 »

---

## Rapport principal

Maria Ines Battistella Nemes  
Jean Beaudoin  
Shaun Conway  
George Washington Kivumbi  
Anne Skjelmerud  
Ulrich Vogel – Chef d'équipe

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Évaluation de la contribution de l'OMS à l'Initiative « 3 Millions d'ici 2005 » : rapport principal / Maria Innes Battistella Nemes ... [et al.].

1.Organisation mondiale de la Santé. 2.Initiative "Traiter 3 millions d'ici 2005". 3.Infection à VIH – prévention et contrôle. 4.Infection à VIH – thérapeutique. 5.SIDA – prévention et contrôle. 6.SIDA – thérapeutique. 7.Evaluation programme. I.Organisation mondiale de la Santé. II.Battistella Nemes, Maria Innes.

ISBN 92 4 259435 0

(NLM classification : WC 503.2)

ISBN 978 92 4 259435 5

### © Organisation mondiale de la Santé 2006

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264; télécopie : +41 22 791 4857; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur.

En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en

## Avant-propos du Comité d'orientation

En décembre 2003, l'OMS et l'ONUSIDA ont lancé un plan visant à traiter 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avant la fin de 2005. La stratégie « 3 millions d'ici 2005 » avait pour but de mobiliser la communauté internationale pour lutter contre l'inégalité mondiale dans l'accès au traitement antirétroviral. Elle fut adoptée par les 10 organismes coparrainants de l'ONUSIDA et par les États Membres de l'OMS en 2004, et l'OMS entreprit un ambitieux programme de travail de deux ans pour aider les pays à étendre les traitements antirétroviraux dans le cadre des ripostes nationales globales à l'épidémie de VIH/SIDA. Le Comité d'orientation rend hommage à l'engagement et au leadership du regretté Dr LEE Jong-wook, alors Directeur général de l'OMS, dans cette riposte mondiale.

Une évaluation indépendante commandée par l'Agence canadienne de développement international (ACDI) et l'OMS a été entreprise entre juillet 2005 et mars 2006, afin d'examiner les réalisations et les enseignements acquis par l'OMS au cours de la mise en œuvre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ».

Une équipe d'évaluation a été recrutée par l'OMS en juillet 2005. Dans le même temps, un Comité d'orientation était constitué pour servir d'organe consultatif à l'équipe d'évaluation et à l'OMS dans les phases essentielles de l'évaluation. Ce comité se composait de 14 membres représentant les principaux intéressés et destinataires de l'évaluation : personnes vivant avec le VIH/SIDA et organisations non gouvernementales, donateurs, États Membres, secrétariat de l'ONUSIDA, membres du Comité stratégique et consultatif de l'OMS sur le VIH/SIDA et personnel de l'OMS. Le Comité d'orientation avait pour fonction de garantir que l'évaluation se déroulait conformément au mandat adopté. Il s'est réuni avec l'OMS et l'équipe d'évaluation à trois reprises, à des moments clés du processus d'évaluation, et a fourni des conseils à l'OMS et à l'équipe d'évaluation par voie électronique entre les réunions.

Dans leur rapport *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au-delà* (mars 2006), l'OMS et l'ONUSIDA estimaient qu'en décembre 2005 1,3 millions de personnes suivaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, soit une hausse de 233 % par rapport aux 400 000 personnes sous traitement deux ans auparavant. En Afrique subsaharienne, la multiplication par huit du nombre de personnes suivant un traitement, sur la période de deux ans couverte par l'Initiative, a montré qu'une mobilisation importante de ressources et d'efforts de la part des communautés, des gouvernements et des partenaires internationaux permettait de fournir des traitements antirétroviraux même dans les pays aux ressources les plus limitées.

Ces avancées auraient-elles été obtenues en l'absence de « 3 millions d'ici 2005 » ? L'OMS n'est pas elle-même une agence d'exécution, et de nombreux acteurs ont joué un rôle central dans les progrès accomplis à ce jour. La difficulté de cette évaluation tenait à ce qu'elle visait à établir la contribution propre de l'OMS à l'action entreprise pour atteindre « 3 millions d'ici 2005 » 18 mois à peine après le lancement de la stratégie, et moins de huit mois après que l'Organisation elle-même ait perçu un financement significatif. Par conséquent, l'évaluation se concentre davantage sur les processus de l'OMS elle-même que sur les effets dans les pays. Elle apporte néanmoins des enseignements précieux tant pour l'OMS que pour les pays et partenaires avec lesquels collabore l'Organisation, alors que la communauté internationale œuvre désormais à assurer un accès *universel* au traitement d'ici à 2010.

Compte tenu des contraintes qui pesaient sur l'équipe d'évaluation, le Comité d'orientation attendait d'elle :

- qu'elle se concentre sur la contribution de l'OMS à l'Initiative et sur les cinq piliers de la stratégie « 3 millions d'ici 2005 » ;
- qu'elle se limite à la période de mise en œuvre de « 3 millions d'ici 2005 », tout en reconnaissant l'évolution rapide des événements, et notamment l'objectif à plus long terme d'un accès *universel*;
- qu'elle évalue les activités consacrées au VIH/SIDA par les nombreux départements de l'OMS à son Siège de Genève, et non par le seul Département du VIH/SIDA, ainsi que dans les Bureaux régionaux et de pays ;
- qu'elle s'entretienne avec les principaux partenaires aux niveaux mondial et national, entreprenne des visites dans huit pays (en mettant l'accent sur l'Afrique)<sup>a</sup> et quatre Bureaux régionaux de l'OMS, commande des études précises sur des domaines techniques essentiels, et mène des enquêtes ciblées sur les principales parties prenantes dans les 49 pays visés par l'Initiative ;
- qu'elle se concentre sur les processus et les résultats, plutôt que sur les effets ;
- qu'elle conserve son indépendance et assure la transparence, tout en adoptant une approche participative ouverte à d'autres parties et respectueuse des autorités nationales.

Ayant suivi de près le processus d'évaluation et étudié le rapport final, le Comité d'orientation est d'avis que l'équipe d'évaluation a été constituée conformément à son mandat et a obtenu une assistance appropriée et complémentaire grâce à la commande d'études spécifiques. Dans l'ensemble, l'évaluation s'est conformée à son mandat et à son plan de travail. Le Comité reconnaît la qualité du processus et du rapport final, ainsi que l'indépendance de l'équipe d'évaluation. Nous saluons et félicitons l'équipe d'évaluation pour avoir produit une importante somme de travail et une grande variété de données en un laps de temps bref, en travaillant dans de nombreux pays et dans des conditions difficiles.

Nous observons que certaines difficultés s'opposaient au succès final de ce projet. Le mandat et l'ampleur de la tâche étaient ambitieux. Les contraintes de temps obligeaient à limiter le champ d'investigations et conféraient un caractère d'urgence aux échanges avec le Comité d'orientation. Pour des raisons de sécurité, seuls quatre pays ont été visités en Afrique subsaharienne, au lieu de cinq. En dépit des efforts de l'équipe d'évaluation pour obtenir des réactions, le faible taux de réponses au questionnaire adressé aux responsables de programmes nationaux de lutte contre le SIDA (31 %) et le taux de réponses extrêmement réduit à l'enquête sur les organisations de personnes vivant avec le VIH/SIDA (trois réponses) appellent à la prudence dans la généralisation des résultats de ces enquêtes spécifiques. Ces lacunes ont été compensées dans une certaine mesure par les nombreux entretiens conduits lors des études de pays. La liberté et la franchise des observations émises lors des entretiens avec certains des intéressés lors des visites dans les pays ont peut-être été limitées par la présence du personnel de l'OMS. Toutefois, l'équipe d'évaluation signale que des entretiens confidentiels ont également eu lieu, et que cet effet ne s'est pas avéré significatif.

<sup>a</sup> Sept visites ont été effectuées au cours de l'évaluation, une ayant dû être annulée pour des raisons de sécurité.

Au vu du processus et des conclusions, le Comité d'orientation considère que les difficultés rencontrées au cours de l'évaluation n'ont pas compromis dans l'ensemble son intégrité, son équilibre ou son indépendance. Nous estimons que les informations recueillies ont permis d'évaluer le programme « 3 millions d'ici 2005 » de façon convaincante. Le rapport nous paraît clair, factuel et précis, et fondé sur des éléments solides. Il propose un intéressant tableau du rôle de l'OMS et de sa contribution à « 3 millions d'ici 2005 », en regard des résultats positifs comme des lacunes. Il comporte de nombreux éléments de réflexion, y compris d'importantes observations tant sur l'OMS en tant qu'organisation que sur les défis de l'extension des traitements contre le SIDA.

Les contraintes de temps et autres ont entraîné quelques restrictions sur les études ponctuelles, sur la base factuelle à l'appui de certains jugements, sur les évaluations au niveau des pays, sur la typologie des collaborations entre départements et groupes de l'OMS, et sur le recensement des études de cas et des enseignements qui pourraient être reproduits dans les pays. Le Comité d'orientation ne trouve pas dans le rapport d'éléments suffisants permettant de conclure à un manquement des gouvernements nationaux et organes régionaux à tenir leurs engagements. Le Comité d'orientation prend note des véritables problèmes de structures et de ressources que met en évidence le rapport dans de nombreux pays, et le besoin d'un soutien conséquent en leur faveur ainsi que d'une mobilisation de tous les partenaires de la société dans ces pays afin de mettre en œuvre les ripostes nationales adéquates.

Le Comité d'orientation apprécie à leur juste valeur les efforts déployés par l'équipe d'évaluation pour analyser et inclure certaines questions relatives aux systèmes de santé, à l'équité et au genre, et constate la persistance du manque de données et la nécessité de mener des travaux plus détaillés pour appuyer l'évaluation permanente de ces domaines.

**Conformément à son rôle, et sur la base de son étroite implication dans le processus d'évaluation, le Comité d'orientation accepte le Rapport final d'évaluation de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » en tant qu'évaluation indépendante des réalisations de l'OMS et des enseignements acquis au cours de la mise en œuvre de « 3 millions d'ici 2005 ». Cette acceptation n'implique pas que le Comité d'orientation fasse siennes les conclusions et recommandations du rapport, qui sont fondées sur le jugement indépendant de l'équipe d'évaluation.**

Le Comité d'orientation recommande que l'OMS assure une large diffusion publique à ce rapport et accueille favorablement les débats sur ses conclusions et recommandations. Nous recommandons que l'OMS utilise activement ce rapport et le mette à profit pour planifier ses activités futures.

Nous attirons l'attention sur la nécessité d'un appui financier international durable pour contribuer à pérenniser les relatifs bénéfices d'ores et déjà acquis sur le terrain, et plus encore en vue de préparer avec réalisme le chemin vers l'accès *universel*.

Nous estimons enfin que certains autres domaines mériteraient de la part de l'OMS une étude ou une évaluation plus approfondies, notamment :

- la base factuelle de l'approche de santé publique concernant l'extension du traitement et de la prévention du VIH, et sa mise en œuvre ;

- le rôle des autres partenaires mondiaux, régionaux et nationaux dans « 3 millions d'ici 2005 » ;
- une analyse de l'Initiative tenant compte des aspects liés au genre ;
- une analyse plus poussée des effets de l'Initiative sur les systèmes de santé.

Mai 2006



*Dr Rene Loewenson, Président du Comité d'orientation de l'évaluation de « 3 millions d'ici 2005 », au nom de ses 14 membres :*

M. Bernt Andersson, SIDA, Stockholm (Suède)

Dr J. Peter Figueroa, Ministère de la santé, Kingston (Jamaïque)

M. Brian Huskins, CATIE, Toronto (Canada)

Dr Jantine Jacobi, ONUSIDA, Genève (Suisse)

Pr Sinata Koulla Shiro, Ministère de la santé publique, Yaoundé (Cameroun)

Pr Joep M. A. Lange, IATEC, Amsterdam (Pays-Bas)

Dr Rene Loewenson, EQUINET, Harare (Zimbabwe)

Mme Louisiana Lush, DfID, Londres (Royaume-Uni)

Dr Richard Andrew Nesbit, OMS, Manille (Philippines)

Dr Lydia Mungherera, TASO, Kampala (Ouganda)

Mme Joy Phumaphi, OMS, Genève (Suisse)

M. Michel Pilote, ACIDI, Gatineau (Québec, Canada)

Dr Paulo Teixeira, Centro de Referencia e Treinamento DST AIDS, Sao Paulo (Brésil)

Dr Mean Chhi Vun, National Center for HIV/AIDS, Dermatology & STIs, Phnom Penh (Cambodge)

# Table

<b>Avant-propos du Comité d'orientation</b> .....	<b>I</b>
<b>Tableaux et figures</b> .....	<b>VIII</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>IX</b>
<b>Appendices</b> .....	<b>X</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>XI</b>
<b>Résumé d'orientation</b> .....	<b>XVII</b>
<b>PARTIE 1: Introduction, profil du programme et profil de l'évaluation</b>	
<b>1 Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Profil du programme</b> .....	<b>4</b>
2.1 Contexte.....	4
2.2 Le cadre stratégique de « 3 millions d'ici 2005 ».....	5
2.3 Résultats attendus de l'Initiative.....	7
2.3.1 <i>But (impacts)</i> .....	7
2.3.2 <i>Objectif (effets)</i> .....	7
2.3.3 <i>Produits prévus</i> .....	7
2.4 Ressources du programme.....	7
2.5 Évolution mondiale à fin 2005.....	12
<b>3 Profil de l'évaluation</b> .....	<b>15</b>
3.1 Objectifs de l'évaluation.....	15
3.2 Axes de l'évaluation.....	15
3.3 Méthodologie.....	16
3.3.1 <i>Approche générale</i> .....	16
3.3.2 <i>Hypothèses sur lesquelles l'évaluation s'est fondée</i> .....	17
3.3.3 <i>Stratégie de l'évaluation</i> .....	17
3.3.4 <i>Activités</i> .....	18
3.3.5 <i>Contraintes</i> .....	19



## PARTIE 2: Analyse rétrospective

<b>4</b>	<b>Conclusions de l'évaluation</b>	<b>23</b>
4.1	Objectif stratégique 1: LEADERSHIP MONDIAL, sensibilisation et partenariats	23
4.1.1	<i>Leadership mondial</i>	23
4.1.2	<i>Sensibilisation</i>	24
4.1.3	<i>Partenariats</i>	25
4.2	Objectif stratégique 2: Appui d'urgence et durable aux pays	32
4.2.1	<i>Le rôle de l'OMS dans les pays</i>	32
4.2.2	<i>Collaboration avec les gouvernements et les partenaires au niveau national</i>	35
4.2.3	<i>Le rôle des fonctionnaires dans les pays chargés de « 3 millions d'ici 2005 »</i>	37
4.2.4	<i>L'appui du Siège et des Bureaux régionaux</i>	39
4.2.5	<i>Le financement des contributions de l'OMS à « 3 millions d'ici 2005 » dans les pays</i>	39
4.2.6	<i>Les résultats des contributions de l'OMS dans les pays</i>	40
4.3	Objectif stratégique 3: Des outils simplifiés et normalisés pour administrer les traitements antirétroviraux	41
4.3.1	<i>L'approche de santé publique (ASP)</i>	41
4.3.2	<i>Le rôle normatif de l'OMS</i>	42
4.3.3	<i>Élaboration de directives</i>	45
4.3.4	<i>La mise en application de l'approche de santé publique (ASP)</i>	46
4.3.5	<i>La surveillance des résistances aux médicaments du VIH</i>	48
4.3.6	<i>Éléments à l'appui de l'approche de santé publique (ASP)</i>	48
4.4	Objectif stratégique 4: Des approvisionnements efficaces et fiables en médicaments et produits diagnostiques	49
4.4.1	<i>La présélection des médicaments antirétroviraux (ARV)</i>	49
4.4.2	<i>Les prix des médicaments antirétroviraux</i>	51
4.4.3	<i>Approvisionnements en médicaments et gestion des stocks</i>	51
4.4.4	<i>Le réseau du Service des médicaments et produits diagnostiques concernant le SIDA (AMDS)</i>	53
4.5	Objectif stratégique 5: Identifier rapidement les connaissances nouvelles et appliquer ailleurs les solutions	54
4.5.1	<i>L'« apprentissage par l'action »</i>	54
4.5.2	<i>Acquisition et diffusion des bonnes pratiques et leçons à tirer</i>	55
4.5.3	<i>Systèmes d'information et de communication</i>	56
4.5.4	<i>Recherche opérationnelle</i>	57
4.5.5	<i>Suivi et évaluation</i>	57

4.5.6	<i>Suivre les progrès grâce à l'information stratégique</i> .....	58
4.5.7	<i>Les réseaux d'apprentissage</i> .....	59
4.6	Analyse organisationnelle.....	60
4.6.1	<i>La conception de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 »</i> .....	60
4.6.2	<i>Structure organisationnelle</i> .....	61
4.6.3	<i>Résultats structurels</i> .....	65
4.6.4	<i>Aspects financiers</i> .....	66
4.7	Prévention du VIH ; renforcement des systèmes de santé ; équité ; genres.....	68
4.7.1	<i>Prévention</i> .....	68
4.7.2	<i>Renforcement des systèmes de santé</i> .....	71
4.7.3	<i>Équité et genre</i> .....	75

### **PARTIE 3: Perspectives**

<b>5</b>	<b>Conclusions générales et recommandations</b> .....	<b>81</b>
5.1	Le contexte du développement.....	81
5.2	Principales conclusions et grands enseignements de cette évaluation.....	81
5.3	Principales recommandations pour l'avenir.....	88

	<b>Réponse de l'OMS au rapport d'évaluation de « 3 millions d'ici 2005 »</b> .....	<b>95</b>
--	--	-----------

## Tableaux et figures

<b>Tableau 1</b>	Couverture en traitements antirétroviraux (TARV) des adultes dans les pays en développement, par Région de l'OMS, décembre 2003 .....	5
<b>Tableau 2</b>	Résumé des approbations budgétaires pour « 3 millions d'ici 2005 » .....	8
<b>Tableau 3</b>	Couverture en TARV par région, décembre 2003–décembre 2005 .....	12
<b>Figure 1</b>	L'organisation de « 3 millions d'ici 2005 » au sein de l'OMS .....	10
<b>Figure 2</b>	Organigramme du Groupe VIH/SIDA, tuberculose et paludisme (HTM) au 1er août 2005 .....	11
<b>Figure 3</b>	Appréciations portées par les fonctionnaires de l'OMS chargés de « 3 millions d'ici 2005 » sur leur collaboration avec les autres organismes des Nations Unies .....	29
<b>Figure 4</b>	Perception des contributions de « 3 millions d'ici 2005 » à l'extension de la riposte des pays, d'après les responsables des programmes nationaux de lutte contre le SIDA .....	33
<b>Figure 5</b>	Propositions au Fonds mondial acceptées avec et sans l'assistance technique de l'OMS ou de l'ONUSIDA .....	34
<b>Figure 6</b>	Perception par les fonctionnaires de l'OMS chargés de « 3 millions d'ici 2005 » de la contribution des autres partenaires à l'élargissement de l'accès .....	37
<b>Figure 7</b>	Perception par les responsables des programmes nationaux contre le SIDA de la contribution de l'OMS à l'extension par ses activités d'appui direct aux pays .....	41
<b>Figure 8</b>	Perception par quelques responsables de programmes nationaux de lutte contre le SIDA de la contribution de l'OMS à l'extension sous forme de conseils et outils normatifs .....	44

## Annexes\*

- Annexe 1** Mandat de l'évaluation « 3 millions d'ici 2005 »
- Annexe 2** Liste des principales personnes interrogées
- Annexe 3** Liste des principaux documents consultés
- Annexe 4** Méthodologie de l'évaluation
- Annexe 5** Notes sur les visites dans les Bureaux régionaux et Bureaux de pays
- Annexe 5.1** *Bureau régional OMS de l'Afrique*
  - Annexe 5.2** *Bureau régional OMS des Amériques/OPS*
  - Annexe 5.3** *Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale*
  - Annexe 5.4** *Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est*
  - Annexe 5.5** *Burkina Faso*
  - Annexe 5.6** *Guyana*
  - Annexe 5.7** *Inde*
  - Annexe 5.8** *Kenya*
  - Annexe 5.9** *Malawi*
  - Annexe 5.10** *Mozambique*
  - Annexe 5.11** *Ukraine*
- Annexe 6** Synthèse des réponses aux questionnaires
- Annexe 6.1** *Fonctionnaires de l'OMS chargés de « 3 millions d'ici 2005 » dans les pays*
  - Annexe 6.2** *Directeurs des programmes nationaux de lutte contre SIDA*
  - Annexe 6.3** *Groupes Thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA*
- Annexe 7** Données historiques et budgétaires
- Annexe 7.1** *Données historiques*
  - Annexe 7.2** *Aperçu des contributions 2004–2005 au domaine d'activité VIH*
  - Annexe 7.3** *Domaine d'activité VIH/SIDA 2004–2005, état financier à fin septembre 2005*
  - Annexe 7.4** *Taux d'exécution du domaine d'activité VIH/SIDA à fin novembre 2005*
  - Annexe 7.5** *Département du VIH – Décomposition estimée des dépenses selon les résultats attendus aux niveaux de l'ensemble de l'Organisation et de chacun des Bureaux, 2004-2005*
  - Annexe 7.6** *Noms, pays d'affectation, dates d'emploi et sources de financement des fonctionnaires chargés du VIH/SIDA financés sur fonds « 3 millions d'ici 2005 »*
- Annexe 8** Étude sur la PCIMAA dans le cadre de l'évaluation OMS « 3 millions d'ici 2005 »

\*Ces annexes figurent sous forme électronique sur le site Web de l'OMS, ainsi que sur CD-ROM.

**Annexe 9** Études spéciales

**Annexe 9.1** *Projet de présélection OMS/Nations Unies*

**Annexe 9.2** *Prévention, surveillance et suivi des résistances aux médicaments du VIH*

**Annexe 9.3** *Schéma des tendances des prix des médicaments antirétroviraux*

**Annexe 10** Existence de directives sur le TARV dans les pays à ressources limitées

**Annexe 11** Contribution du Service des médicaments et produits diagnostiques concernant le SIDA (AMDS) aux baisses de prix des antirétroviraux et à l'accès à des approvisionnements efficaces et fiables

**Annexe 12** Coupures de presse

**Annexe 12.1** *AFYA KWA WOTE, the Newsletter of the World Health Organization, Kenya, Vol. 4, No. 2, juillet-décembre 2003*

**Annexe 12.2** *Apology over missed AIDS target – BBC News, 28 novembre 2005*

**Annexe 12.3** *Organisation mondiale de la Santé, 1er décembre 2005 – Journée mondiale du SIDA – Message du Directeur général*

## Appendices\*

**Appendice A** Membres du Comité d'orientation

**Appendice B** OMS/ONUSIDA, 2003. *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005. Comment y parvenir.* La stratégie de l'OMS.

**Appendice C** OMS/ONUSIDA, 2005. *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde. Le point sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », juin 2005.*

**Appendice D** OMS/ONUSIDA, 2006. *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde. Rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 et au-delà », mars 2006.*

**Appendice E** OMS, 2003. *Traitements antirétroviraux, une approche de santé publique : surmonter les obstacles.*

**Appendice F** OMS, 2003. *Une stratégie globale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA 2003–2007.*

**Appendice G** OMS, 22 mai 2004. Résolution WHA57.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé : *Développer le traitement et les soins dans le cadre d'une riposte coordonnée et globale au VIH/SIDA.*

\*Ces appendices figurent sous forme électronique sur le site Web de l'OMS, ainsi que sur CD-ROM.

## Remerciements

---

C'est une équipe internationale qui a eu le privilège de réaliser cette importante évaluation du rôle et de la contribution de l'OMS à l'initiative mondiale « 3 millions d'ici 2005 ». Les travaux ont débuté en juillet 2005, et le rapport final provisoire a été soumis à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et au Comité d'orientation le 31 janvier 2006. Pour les évaluateurs, il s'est agi là d'un exercice extrêmement intéressant et stimulant d'acquisition de connaissances et de recherche, qui a considérablement enrichi notre expérience professionnelle.

L'équipe d'évaluation remercie l'OMS de lui avoir fourni l'occasion de prendre part à cette importante entreprise.

L'équipe exprime sa sincère reconnaissance pour l'appui et les conseils dispensés par le Comité d'orientation et particulièrement par sa présidente, le Dr Rene Loewenson. Notre gratitude va également à tous les partenaires rencontrés ou contactés, pour leur ouverture et leur disponibilité pour répondre à nos questions. Ces remerciements s'étendent bien sûr au personnel de l'OMS, et notamment aux Bureaux régionaux et aux Bureaux de pays qui ont parfois dû nous accueillir pratiquement sans préavis.

Nos derniers remerciements, et non les moindres, vont à l'Unité d'information stratégique et de recherche (SIR) du Département du VIH/SIDA, au Siège de l'OMS, et à son coordinateur, le Dr Yves Souteyrand, qui nous a toujours soutenus dès le début de nos travaux. Nous remercions en particulier Mme Véronique Collard et Mme Uzma Noon pour leur appui pratique et logistique et leur constante patience en dépit de la pression exercée.

Tout en exprimant sa gratitude pour toutes les précieuses contributions obtenues, l'équipe d'évaluation assume l'entière responsabilité du contenu de ce rapport.



**Dr Ulrich Vogel,**

Chef d'équipe, au nom de toute l'équipe.

Montevideo, Francfort, janvier–mars 2006



---

## Résumé d'orientation





## Résumé d'orientation

L'évaluation de « 3 millions d'ici 2005 » s'est déroulée à un moment clé de la riposte mondiale contre le VIH et le SIDA, alors que l'attention se portait déjà sur l'objectif bien plus ambitieux d'un *accès universel* à la prévention, au traitement et aux soins du VIH.

**Des progrès importants** ont été accomplis au cours des deux années qu'a duré l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », jusqu'en décembre 2005, et le nombre des personnes sous traitement antirétroviral (TARV) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a presque doublé sur la seule année 2005 pour atteindre 20 % de celles ayant besoin d'un traitement<sup>1</sup>. Ce chiffre ne représentait toutefois que moins de la moitié de l'objectif fixé par « 3 millions d'ici 2005 », et d'énormes disparités demeurent dans l'accès au traitement entre les régions et dans les pays.

Il est tout aussi manifeste que les actions préventives du VIH ne suffisent pas à endiguer la pandémie, puisque 4,9 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2005<sup>2</sup>.

Ce rapport présente une appréciation du **rôle qu'a joué l'OMS** pour plaider et promouvoir les objectifs de « 3 millions d'ici 2005 » ; il reprend certains des enseignements à tirer de cette initiative dans les **défis persistants** auxquels font face l'OMS, les gouvernements nationaux et la communauté internationale pour freiner la propagation du VIH et réduire les effets du SIDA.

Les **enseignements de « 3 millions d'ici 2005 »** et les recommandations pour l'avenir devraient s'avérer instructifs pour ces instances. Ils devraient en outre être utiles aux décisions concernant l'intensification de la prévention du VIH et la poursuite de l'élargissement et de la pérennisation de l'accès au TARV en tant qu'intervention essentielle de santé publique.

### But et modalités de l'évaluation

Cette **évaluation formative indépendante** a été réalisée par une équipe de six consultants internationaux entre août 2005 et janvier 2006, en vue d'apprécier les rôles et contributions de l'OMS dans la mise en œuvre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Financée par le gouvernement canadien, partie intégrante de l'accord et condition de sa subvention à l'OMS, elle s'est penchée sur les trois niveaux de fonctionnement de l'Organisation (Siège, Bureaux régionaux et Bureaux dans les pays), en mettant un accent particulier sur l'Afrique. Six évaluations dans les pays ont ainsi été conduites, ainsi qu'une large consultation des partenaires et des intéressés aux niveaux international et national. Un certain nombre d'études techniques spécifiques ont en outre été commanditées.

L'évaluation porte sur l'efficacité des orientations et du soutien techniques, administratifs et d'encadrement fournis par l'OMS dans la poursuite des objectifs et du but final de l'Initiative. Elle examine en outre dans quelle mesure l'OMS a contribué à mobiliser et soutenir ce partenariat mondial majeur en renforçant l'harmonisation entre organismes des Nations Unies et en collaborant avec d'autres partenaires et intéressés. Elle rend compte des principaux enseignements de « 3 millions d'ici 2005 », et notamment de ceux qui concernent la contribution de cette initiative

<sup>1</sup> OMS/ONUSIDA, 2006. *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde. Rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 et au-delà*, mars 2006.

<sup>2</sup> ONUSIDA. *Le point sur l'épidémie de SIDA* décembre 2005.

au renforcement des systèmes de santé et à la prévention du VIH, ainsi que la manière d'aborder les questions d'équité et de genre.

L'équipe a également recensé les possibles occasions de collaborations futures entre l'OMS, les principaux donateurs et les partenaires, et émis des recommandations sur l'avenir et les perspectives de l'OMS et de ses partenaires.

L'évaluation considère que la réalisation incomplète de l'objectif « 3 millions d'ici 2005 » ne constitue pas l'indicateur premier des performances de l'OMS. Elle **ne tente pas d'établir de responsabilités** pour ces résultats. Les carences qui subsistent dans l'accès au traitement et les lacunes de la riposte globale sont considérées comme un signe fort rôle constant de l'OMS ; elles montrent bien pourquoi l'Organisation doit se faire encore plus efficace dans l'exercice de son autorité technique et dans son action d'intensification de l'appui aux pays visant à élargir encore l'accès.

## L'initiative « 3 millions d'ici 2005 »

Au sens de cette évaluation, « **3 millions d'ici 2005** » désigne le programme de travail entrepris par l'OMS sur deux ans, à partir de décembre 2003, en collaboration avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires, « pour appuyer l'élargissement de l'accès aux TARV à 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays en développement avant la fin de 2005 ».

À cette époque, l'OMS estimait que 6 millions de personnes avaient besoin d'un TARV dans les pays en développement, mais que moins de 8 % en suivaient un, l'Afrique accusant le déficit le plus grave. En déclarant que cette situation constituait une urgence mondiale de santé publique, les partenaires des Nations Unies ont renforcé le mouvement politique mondial en faveur du droit au traitement.

**La cible de « 3 millions d'ici 2005 » reposait sur la conviction qu'il était possible** d'assurer un TARV à 50 % de ceux qui en avaient besoin. On estimait qu'il s'agissait d'une étape nécessaire et réalisable sur la voie de l'objectif ultime d'un accès *universel*. L'OMS visait en outre à intensifier la prévention du VIH, et attendait de l'initiative une contribution au renforcement des systèmes de santé.

Le programme s'est déroulé en vue de **cinq objectifs stratégiques** (les piliers de « 3 millions d'ici 2005 »), qui correspondent aux fonctions centrales de l'institution et sont décrits comme suit par le document stratégique de l'OMS *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 : comment y parvenir*:

- i. leadership mondial, partenariats étroits et sensibilisation ;
- ii. appui d'urgence et durable aux pays ;
- iii. outils simplifiés et standardisés pour délivrer le TARV (« l'approche de santé publique ») ;
- iv. approvisionnement efficace et fiable en médicaments et produits diagnostiques ;
- v. capacité à identifier rapidement les connaissances nouvelles et les succès (« apprentissage par la pratique »).

Les observations de la présente évaluation sont **analysées et présentées dans le cadre de ces objectifs stratégiques** et s'accompagnent d'une brève étude organisationnelle et d'une analyse des questions de renforcement des systèmes de santé, de prévention du VIH, d'équité, et des questions de genre.

## Principaux résultats et enseignements de cette évaluation (et recommandations pour l'avenir)

Le TARV n'est pas un simple élément technique; il s'inscrit dans le contexte des processus de développement mondiaux tels que la réduction de la pauvreté, la Déclaration de 2001 de la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies, et les objectifs du Millénaire pour le développement.

Ces déroulements se produisent dans le cadre fortement politisé de la coopération au développement, où les décisions concernant les priorités du développement, l'allocation des ressources et les rôles et fonctions des grandes institutions mondiales ne sont pas toujours prises de façon impartiale, ni strictement fondées sur ce qui apparaît comme le meilleur intérêt des pays affectés. L'évaluation d'une initiative mondiale majeure de santé publique telle que « 3 millions d'ici 2005 » ne peut faire abstraction des influences qu'exercent ces puissantes externalités.

Pour préparer l'avenir, il conviendra que les décisions soient prises sur la base des conclusions de cette évaluation, afin de renforcer la position de l'OMS dans le cadre de ces évolutions et d'assurer que l'accès *universel* devienne réalité, à la différence de « 3 millions d'ici 2005 ».

### I. Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral (TARV) et à la prévention du VIH

- Sur une période relativement courte, de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ont accompli des progrès sensibles, le **nombre total de personnes suivant un TARV** étant passé de 400 000 en 2003 à environ 1,3 millions à la fin 2005<sup>3</sup>. On observe en parallèle une augmentation exponentielle du nombre des sites de traitement, qu'ils soient publics ou non étatiques, avec l'appui de partenaires et de financements diversifiés.
- Il subsiste cependant des **différences criantes entre régions et pays**, nombre des pays africains les plus touchés étant toujours loin de maîtriser l'aggravation de la flambée de SIDA. Pérenniser cette riposte, même aux niveaux actuels, reste un des enjeux essentiels pour les gouvernements nationaux.
- Au cours de ces premières phases d'extension, les traitements ont été principalement dispensés dans des établissements hospitaliers ou consultations de proximité disposant déjà d'infrastructures et de personnel. Du fait que ces établissements parviennent aujourd'hui à saturation, et que de nombreuses personnes ne peuvent s'y rendre, la couverture devra être étendue **en décentralisant l'accès au traitement** au niveau des centres primaires, qu'ils soient publics ou privés. Là où ce processus a été initié, de nouvelles difficultés surgissent tant en termes d'échelle que de complexité, car les sites de traitement périphériques sont encore plus exposés aux carences latentes des systèmes de santé.
- L'OMS a élaboré des **approches opérationnelles intégrées** à l'appui de ce processus. On reconnaît de plus en plus la nécessité d'investir pour renforcer les systèmes de santé dans leur ensemble, mais les progrès spécifiquement enregistrés à cet égard restent limités. Les effets de ces évolutions sur les systèmes de santé qui les supportent doivent être surveillés et faire l'objet d'autres recherches.

<sup>3</sup> Sur la base d'estimations ONUSIDA/OMS.

- L'Initiative a considérablement contribué à promouvoir le droit à la santé des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Elle a conféré aux TARV **un statut d'intervention essentielle de santé publique**. L'accès au TARV est devenu l'un des déterminants les plus significatifs de la santé dans les pays à forte prévalence. Il subsiste cependant de nombreux obstacles pour que des individus et des sous-populations entières prennent connaissance leur statut VIH, entament un TARV dès qu'il est indiqué, et bénéficient dans la durée d'un traitement chronique.
- Cela entraîne d'importantes conséquences quant aux bénéfices sanitaires qui peuvent résulter de la poursuite d'un *accès universel*; cela implique aussi de prendre sérieusement en compte les **contraintes des systèmes de santé** qui limitent la couverture des services, freinent le recours précoce aux soins, et compromettent la continuité et la durabilité du traitement.
- Les nouvelles infections par le VIH continuent à se multiplier dans de nombreux pays, et à alourdir la charge globale du SIDA. **La prévention du VIH** est un des aspects techniques de l'Initiative dans lesquels on a relativement peu investi, et certaines interventions préventives efficaces comme la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) n'ont pas obtenu un degré de priorité approprié. On n'a pas encore démontré un effet quelconque de l'extension des TARV sur la prévention du VIH.
- L'OMS a mis en avant les **besoins particuliers des communautés spécifiques et des populations vulnérables** telles que les professionnel(le)s du sexe, les utilisateurs de drogues injectables ou les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. L'Organisation a contribué à faciliter leur accès à des interventions de prévention et de traitement adaptées dans un certain nombre de pays où ces groupes sont habituellement marginalisés.
- Les considérations **de genre et d'équité** n'influencent pas encore systématiquement les modalités de prestation de services dans la plupart des pays, ce qui fait courir le risque de manquer des occasions de prévention et de traitement et entraîne des conséquences durables sur l'épidémie de VIH.
- Les **besoins de traitement des enfants** n'ont commencé à être pris en compte que récemment. Dans bien des pays où des contributions financières pour le TARV sont encore perçues auprès des patients dans les lieux de soins, on a montré que cette pratique limitait l'accès et réduisait l'observance du traitement. L'OMS a cependant choisi de ne pas prendre de position ferme quant à l'abolition de la contribution des usagers.
- On considère que **la définition de cibles pour l'élargissement de l'accès au traitement** a constitué un mécanisme efficace pour faire évoluer les ripostes internationales et nationales au cours d'une indispensable étape de développement. L'ambition de la cible « 3 millions d'ici 2005 » a rendu possible l'idée d'un *accès universel* – même si la cible elle-même n'a pas été atteinte. Les objectifs à venir, tels que ceux du Millénaire pour le développement et de la Session spéciale de l'Assemblée générale, devront être réalistes et assumés par les pays pour pouvoir servir de balises dans la planification et la mesure des progrès accomplis.
- **Des sous-objectifs** par sous-population sont nécessaires pour favoriser l'équité de l'accès, et des objectifs de prévention spécifiques sont à envisager. On a peu insisté sur l'élaboration de critères de qualité, et insuffisamment travaillé sur le plan technique à prévoir comment étendre les services de manière à maintenir les populations déjà sous traitement, tout en élargissant encore l'accès.

### Afin d'élargir encore l'accès au TARV et à la prévention du VIH, l'OMS et ses partenaires du développement devront :

1. Plaider en faveur de **l'investissement en capital** et de **l'appui opérationnel pour le renforcement des systèmes de santé** (notamment par des partenariats public-privé et des mécanismes de financement innovants) ;
2. **Améliorer la coopération interorganismes au sein des Nations Unies** (particulièrement entre l'OMS et la Banque mondiale, et avec le Fonds mondial, afin d'aligner les différentes sources d'aide au renforcement des systèmes de santé et d'harmoniser leurs approches concernant les techniques et les politiques ;
3. Promouvoir **une coopération entre les diverses initiatives mondiales de santé** pour améliorer leur efficacité et leur efficacité combinées en matière de renforcement des systèmes de santé ;
4. Fournir des **conseils techniques aux pays sur les façons de mobiliser et d'affecter de nouvelles ressources** aux ripostes nationales au SIDA, afin que ces dernières contribuent plus efficacement à renforcer l'ensemble des systèmes de santé ;
5. **Répondre d'urgence à la crise des ressources humaines pour la santé**, notamment par des approches innovantes (telles que des initiatives régionales de formation ou des associations public-privé).

#### L'OMS devra :

6. Promouvoir l'investissement en faveur d'approches fondées sur **des interventions ciblées répondant aux besoins de santé publique des communautés et groupes vulnérables** affectés par le VIH et le SIDA (y compris les professionnel(le)s du sexe, les utilisateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, et les enfants) ;
7. Adopter et promouvoir **une position plus ferme sur l'amélioration de l'équité** dans l'accès aux services, notamment pour l'« accès gratuit » au TARV sur les lieux de soins ;
8. **Intégrer systématiquement la notion de « sensibilité au genre »** à l'élaboration et à l'application des stratégies, instruments et outils de l'OMS dans les domaines techniques ;
9. Élaborer et diffuser **des méthodologies permettant aux pays de fixer des objectifs appropriés** (y compris pour des populations spécifiques) en matière de traitement **et de prévention** du VIH, sur la base d'une appréciation réaliste de leurs capacités et ressources nationales.

## II. Contributions de l'OMS à la riposte du secteur de la santé au VIH et au SIDA

- Il existe un consensus entre les parties intéressées, les partenaires du développement, les autres institutions des Nations Unies et les gouvernements nationaux pour estimer que l'OMS est l'organisme multilatéral **mandaté pour conduire la riposte mondiale du secteur de la santé contre le VIH**. Mais il existe aussi un sentiment selon lequel l'Organisation devrait jouer plus pleinement son rôle pour répondre à une telle attente.

## Contributions de l'OMS en termes de leadership, de sensibilisation et de partenariats :

- Lors du lancement de « 3 millions d'ici 2005 », l'OMS s'était fermement engagée à collaborer avec un large éventail de partenaires, mais les mécanismes pour y parvenir ont été définis de façon assez floue. L'OMS est bien placée pour conduire des **partenariats et réseaux d'appui technique** aux niveaux international et national. Toutefois, l'Organisation aurait pu profiter des occasions de partenariats avec davantage d'efficacité, et il lui sera de plus en plus demandé d'œuvrer au sein d'un partenariat mondial élargi en vue de l'*accès universel*.
- Des progrès importants ont été accomplis pour délimiter les rôles et attributions des principales institutions multilatérales et donateurs internationaux, grâce à la mise en place en 2005 du **Groupe spécial mondial** sur l'amélioration de la coordination en matière de SIDA au sein des institutions multilatérales et des donateurs internationaux. Toutefois, certaines institutions bilatérales importantes, comme le Plan du président des États-Unis d'Amérique pour l'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA (PEPFAR), n'ont pas participé activement à cette instance.
- Il reste à régler des cas où les organismes des Nations Unies sont « concurrents », et à établir un système de suivi des résultats pour ce fonctionnement en équipe. **Les relations de travail entre l'OMS et les autres principales organisations financières et techniques**, telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale, le PEPFAR et Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (ESTHER) n'ont commencé à se renforcer que récemment.
- Les engagements pris dans le cadre de l'évolution de ces partenariats et de la création de nouvelles instances (comme le Groupe mondial mixte d'appui à la résolution des problèmes et à l'exécution (GIST), dirigé par l'OMS) doivent encore se traduire en approches systématiques de l'identification des besoins des pays et de l'établissement de **plans d'assistance technique** harmonisés, prévoyant des dispositions de financement et de mise en œuvre de cette assistance.
- L'OMS a pour rôle de suivre et de coordonner les contributions des partenaires aux ripostes des secteurs nationaux de la santé. On attend d'elle qu'elle prenne la tête de la coopération visant à définir les **besoins des pays en appui technique** et à assurer que soit fournie une assistance technique pertinente et de qualité.

### Pour renforcer les contributions de l'OMS à la riposte du secteur de la santé au VIH et au SIDA en termes de leadership, de sensibilisation et de partenariats, le Département VIH/SIDA de l'OMS devra :

10. Distinguer entre partenariats stratégiques, scientifiques et opérationnels, et mettre au point des **dispositifs plus efficaces pour gérer les partenariats** (tels que des *protocoles d'accord*) établissant clairement, pour chaque type de collaboration, les paramètres et les attentes explicites ;

11. Renforcer les structures et le rôle du Groupe mondial des partenaires afin qu'il apporte davantage en tant qu'instance de coordination, ou bien envisager si l'OMS devrait renforcer son programme du VIH et du SIDA dans le cadre d'un **mécanisme de partenariat plus participatif**, en s'inspirant des modèles et des enseignements issus des partenariats sanitaires mondiaux existants ;
12. **Promouvoir activement le principe de la coopération Sud-Sud** en facilitant la collaboration et en exploitant l'expérience et les compétences des pays en développement, des institutions du Sud et des réseaux régionaux pour assurer l'assistance technique.

## Contributions de l'OMS en termes d'appui direct aux pays :

- Les budgets et effectifs mis à la disposition des **Bureaux de l'OMS dans les pays** dans le cadre de « 3 millions d'ici 2005 » ont formidablement renforcé leur fonction d'appui aux pays, où l'Organisation collabore étroitement avec les gouvernements nationaux en tant que premier partenaire des ministères de la santé. En créant des postes dédiés à l'Initiative dans 41 des 49 pays visés, l'OMS a commencé à constituer un réseau stratégique qui dispose d'un potentiel pour contribuer davantage à la connaissance des événements sur le terrain, à la diffusion des meilleures pratiques, au suivi des ripostes nationales, et à la facilitation de l'assistance technique. Si bon nombre de ces fonctionnaires n'ont pris leur poste que dans la seconde moitié de 2005, ils se sont déjà montrés indispensables à l'accroissement de la contribution de l'OMS dans ces pays visés.
- L'OMS, qui n'est pas une « agence d'exécution », ne dispose pas de budgets pour financer une **assistance technique extérieure importante**. Elle se trouve en position fragile, par rapport à certains partenaires richement dotés, pour mettre en œuvre des initiatives d'appui technique. Une coordination étroite avec les autres organismes multilatéraux et bilatéraux (notamment l'ONUSIDA) est donc indispensable à l'OMS pour prévoir et assurer une assistance technique alignée sur les priorités nationales du secteur santé en vue d'une nouvelle extension vers l'*accès universel*.
- Dans certains pays, l'OMS a pu obtenir des **fonds supplémentaires pour assurer une assistance technique** en tant que sous-bénéficiaire du Fonds mondial, moyen d'action important que l'OMS devrait envisager d'exploiter plus activement.
- Dans les pays, l'OMS porte en propre la responsabilité d'aider les gouvernements à élaborer des stratégies et programmes intégrant la riposte au VIH au **développement général du secteur santé** et aux plans de développement (notamment de réduction de la pauvreté) qui amélioreront l'état de santé global des populations. En dépit des intentions déclarées de travailler en ce sens, les Bureaux de pays ne sont pas encore parvenus à établir de fortes synergies entre les domaines d'activité qui apportent un appui « vertical » aux programmes de contrepartie au sein des ministères de la santé.
- Il n'existe encore que très peu d'**intégration par une planification conjointe et des projets communs** avec des domaines techniques ou programmes apparentés au VIH, tels que la tuberculose, la santé génésique et sexuelle, la santé de l'enfant et de l'adolescent, ou le renforcement des systèmes de santé.



- De façon générale, il a été difficile à l'OMS de mettre en place et d'influencer de nouveaux types de **partenariats dans les pays**, hors de ses relations classiques avec les ministères de la santé. Dans les pays, de nombreux partenaires demandent que l'OMS use davantage de sa position privilégiée auprès du ministère de la santé afin de jouer un rôle plus actif pour contribuer à établir et à appuyer des dispositifs d'information et de coordination plus efficaces.
- On attend de l'OMS qu'elle revoie les rôles qu'elle entend jouer dans les pays en se concentrant davantage sur ses points forts, qu'elle les communique, et qu'elle définisse mieux comment employer **son avantage comparé et son mandat politique** pour soutenir l'action d'autres partenaires.
- Il sera de plus en plus important d'**appuyer les gouvernements nationaux** pour qu'ils mettent en pratique des directives concernant l'approche de santé publique (ASP), à mesure que les pays étendent leur couverture en décentralisant leurs services de traitement du VIH (ce qui implique un soutien direct aux prestataires de soins primaires dans les établissements de premier niveau). Dans un certain nombre de ces pays, l'OMS a laissé passer des occasions de renforcer à la fois la couverture et la qualité d'interventions contre le VIH utilisant cette approche dans le cadre du secteur non étatique (privé), et n'a pas proposé aux gouvernements nationaux un appui technique leur permettant d'exercer un contrôle plus efficace sur les prestataires privés.

### Pour renforcer sa capacité de fournir aux pays un appui direct en faveur de l'extension, l'OMS devra :

13. Établir **une feuille de route stratégique du secteur santé** à moyen (cinq ans) ou long terme, afin d'intégrer la riposte contre le VIH au développement plus général de la santé, et de renforcer les systèmes de santé en fonction des situations particulières des régions, sous-régions et pays, dans le cadre de l'engagement envers *l'accès universel*;
14. **Œuvrer de façon plus stratégique au sein de partenariats nationaux** afin d'appuyer les mandats et avantages relatifs des partenaires locaux, notamment les personnes vivant avec le VIH/SIDA, la société civile et le secteur non étatique. Ceci pourrait comprendre la coordination et la facilitation de la sensibilisation, les réseaux techniques et opérationnels, et le soutien aux prestataires du secteur privé en vue d'une exécution plus efficace des interventions fondées sur une approche de santé publique ;
15. Réformer en profondeur les modalités par lesquelles les Bureaux de pays planifient et mettent en œuvre leurs programmes d'activités par maladies, afin de **renforcer la cohésion et l'intégration entre domaines techniques d'activité**, et ainsi de renforcer les systèmes de santé ;
16. Définir et communiquer plus clairement ce que sont les rôles et responsabilités de l'Organisation dans les pays, en **s'attachant aux points forts de l'OMS** et en tenant compte des avantages comparés de l'Organisation par rapport aux autres partenaires locaux ;
17. Constituer des **dispositifs plus efficaces pour fournir une assistance technique coordonnée et de haute qualité**, où l'OMS aura pour rôle de définir les besoins des pays en matière d'appui technique, de vérifier la qualité de l'assistance technique fournie, et de mobiliser des fonds en faveur de l'assistance technique aux pays (notamment auprès du Fonds mondial).

## Contributions de l'OMS en termes d'élaboration et de mise en œuvre de directives et outils uniformisés :

- Fondées sur une **approche de santé publique**, les directives de l'OMS pour le traitement, la prévention et les soins du VIH/SIDA ont rendu possible l'élargissement de ces interventions. L'OMS a confirmé la validité d'une stratégie prometteuse fondée sur la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) ; celle-ci permet d'appliquer une approche de santé publique par le renforcement des systèmes de santé, pour qu'ils fournissent des services de santé primaires décentralisés et intégrés, axés sur des interventions prioritaires relevant d'une approche de **santé publique** (ASP).
- **L'intégration de ces programmes** à des approches de soins primaires correspondantes en matière de santé des enfants (PCIMI) et de soins maternels (PCIGA) semblerait logique, mais il n'existe pas pour cela de stratégie institutionnelle ; tandis que l'efficacité et la faisabilité d'une intégration durable de ces approches restent à démontrer.
- L'OMS a produit de nombreux **outils et directives techniques** permettant d'étendre les ripostes nationales du secteur santé, le plus souvent en collaboration avec d'autres partenaires techniques. Les ressources affectées à l'OMS pour mener à bien ces travaux normatifs, effectués aux niveaux du Siège et des Bureaux régionaux, se sont avérées insuffisantes pour produire ces directives, aussi bien que pour appuyer leur application au niveau des pays.
- Pour parvenir à un **équilibre satisfaisant entre « orientation normative » et « appui direct »**, fonctions essentielles de l'OMS, il convient d'étudier soigneusement la répartition des ressources, de sorte à ne pas affaiblir cette expertise mondiale.
- L'OMS est investie d'une importante responsabilité consistant à fournir des recommandations et un soutien technique à la **surveillance mondiale des résistances aux médicaments du VIH**. Les travaux déjà effectués dans ce domaine sont un excellent exemple de l'avantage comparé de l'Organisation. Or ce domaine technique n'a reçu qu'un financement insuffisant ; ce qui démontre la dépendance du programme de l'OMS, et sa vulnérabilité, puisqu'il repose sur les contributions de très petites équipes techniques fonctionnant sur des budgets dérisoires.

### Pour apporter des contributions plus stratégiques par l'élaboration et la mise en œuvre de directives et outils normalisés en vue de l'extension, le Département du VIH/SIDA de l'OMS devra :

18. **Définir un bouquet essentiel** d'interventions prioritaires ASP qui seront rendues « universellement accessibles » grâce aux programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose, en mettant davantage l'accent sur la prévention et le dépistage du VIH ;
19. **Renforcer les relations programmatiques entre domaines d'activité spécifiques à des maladies** (en particulier Halte à la tuberculose, Pour une grossesse à moindre risque, Santé de l'enfant et de l'adolescent) en vue de parvenir à un alignement des programmes entre les approches intégrées concernées portant sur la santé de l'enfant (PCIMI) et celle de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA), et sur les soins aux mères (PCIGA) ;

20. **Établir d'urgence l'efficacité et la faisabilité d'un soutien à des approches intégrées de la prestation des services**, en tant que « plateforme commune » du renforcement des services de soins primaires – par le biais desquels il serait également possible d'effectuer un bouquet d'interventions essentielles de lutte contre les maladies, interventions fondées sur une approche de santé publique ;
21. Aider les pays à **fixer des jalons pour ce qui est des attentes et de la qualité des services** (notamment pour assurer la sécurité et la durabilité des TARV) ;
22. Conserver à l'OMS son **rôle directeur dans le Réseau de surveillance des résistances aux médicaments du VIH** et faire en sorte que des ressources suffisantes soient affectées à la mise en œuvre d'une surveillance effective des résistances aux médicaments, en tant que priorité mondiale de santé publique.

## Contributions de l'OMS à des approvisionnements fiables en médicaments et produits diagnostiques efficaces.

- On se préoccupe actuellement de savoir s'il est possible d'assurer des **approvisionnements stables et suffisants de médicaments antirétroviraux et produits diagnostiques de qualité** pour répondre à l'accroissement de la demande mondiale (en raison de la production actuelle de substances pharmaceutiques actives utilisées pour fabriquer ces médicaments), tant pour les traitements de première et deuxième intention que pour les formulations pédiatriques. Les prix des médicaments de deuxième intention restent dix fois supérieurs à ceux des schémas de première intention, aujourd'hui produits par de nombreux fabricants de génériques concurrents.
- La **présélection** a constitué un important moteur pour rendre disponibles des médicaments ARV génériques abordables et d'une qualité acceptable. Elle a contribué à réduire le prix de ces médicaments. Le Projet de présélection dirigé par l'OMS a réussi à constituer un mécanisme innovant qui encourage les améliorations volontaires dans la fabrication et la distribution de médicaments de qualité, et notamment d'ARV génériques. Les médicaments de deuxième intention doivent aujourd'hui devenir prioritaires : la demande de ces services s'accroît, et implique un effort financier accru. Il conviendra à cet égard de retenir les compétences réglementaires spécialisées qui ont été développées. On considère par ailleurs le Projet de présélection comme exemplaire des capacités de l'OMS à exploiter les compétences d'autres domaines techniques de l'Organisation, au-delà du Département VIH/SIDA, pour appuyer les ripostes au VIH.
- La poursuite du développement des services et de leur couverture vont soumettre les systèmes d'approvisionnement à des sollicitations de plus en plus fortes dans les prochaines années. Des actions coordonnées sont donc nécessaires pour assurer la création de dispositifs d'approvisionnement verticaux, aussi bien que pour renforcer les systèmes nationaux. Les mécanismes tels que le processus multi-organismes du Groupe de travail mondial, destinés à résoudre les problèmes actuels de **gestion des approvisionnements et des stocks**, ainsi que les réponses apportées dans la pratique à ces problèmes par l'OMS et ses partenaires au sein du Service des médicaments et produits diagnostiques concernant le SIDA (AMDS), doivent être évalués en permanence pour en assurer le succès.

**Pour continuer à assurer des approvisionnements fiables en médicaments et produits diagnostiques du VIH efficaces, l'OMS devra :**

23. **Affecter au Projet de présélection des ressources suffisantes** pour continuer à promouvoir la qualité et la disponibilité des antirétroviraux dans le cadre du mécanisme de présélection, et faire en sorte qu'une priorité immédiate soit accordée aux médicaments utilisés dans les TARV de deuxième intention, aux traitements pédiatriques et aux produits diagnostiques du VIH ;
24. Renforcer la capacité de l'AMDS à **garantir des approvisionnements ininterrompus en TARV et produits diagnostiques du VIH** (notamment pour les traitements de deuxième intention et les formulations pédiatriques), et à constituer des dispositifs plus efficaces pour collaborer avec ses partenaires en vue de résoudre les problèmes d'approvisionnements et de stocks dans les pays.

**Les contributions de l'OMS grâce à l'apprentissage par la pratique.**

- L'OMS a entrepris (avec l'ONUSIDA) de **comptabiliser au niveau mondial l'extension des traitements**, et contribué à mettre en place des instruments de mesure et des normes qui permettent de suivre les programmes nationaux et sont importants pour rassembler des informations stratégiques pouvant servir d'aides à la décision. L'Organisation est chargée d'appuyer la surveillance des effets de l'extension des traitements sur l'épidémie elle-même, y compris l'apparition de résistances aux médicaments. Cette activité, qui n'a été entamée que dans quelques pays, appelle en priorité des ressources supplémentaires.
- L'OMS occupe une place idéale pour assurer la **gestion des connaissances** que l'on attend d'elle, grâce à ses réseaux dans les pays et à ses partenariats techniques internationaux. Elle devrait servir de « réseau de savoir » dans la riposte mondiale contre le VIH. Or les systèmes internes de suivi systématique des activités des programmes ne sont pas encore solidement implantés au sein de l'Organisation. Les fonctions de gestion des connaissances sont réparties entre les départements, et manquent d'intégration. Il en résulte un frein à la capacité de l'Organisation de « s'instruire par la pratique » et d'améliorer ses programmes par itération.
- L'OMS n'a guère avancé dans la constitution d'une **base factuelle d'aide à la décision** établissant quelles seraient les meilleures approches pour les prestations de services, et comment optimiser la fourniture de soins chroniques du VIH et de soutien en la matière. Aucune collaboration n'a encore été instaurée avec le gouvernement des États-Unis d'Amérique en vue de tirer profit de l'expérience du PEPFAR. Il est urgent de systématiser les approches de recherche opérationnelle « en temps réel » que l'OMS a commencé à promouvoir dans quelques pays.

**Pour renforcer la gestion et l'acquisition des connaissances :  
visant à améliorer l'efficacité des décisions en matière d'extension,  
et ce aux trois niveaux de l'Organisation, l'OMS devra :**

25. **Constituer et appuyer des réseaux d'apprentissage par objectifs**, fondés sur une communauté de pratiques. Ils devraient épouser les principes du partage des connaissances et de l'aide humanitaire concrète, en s'ouvrant largement aux dirigeants, aux scientifiques, aux responsables politiques, aux communautés, aux entreprises et aux organisations non gouvernementales, qui auraient pour tâches de définir les problèmes, de proposer des solutions innovantes, et d'entreprendre des actions conjointes ;
26. **Mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation plus solides**, tendant à une amélioration et à un apprentissage permanents de l'organisation ;
27. **Intégrer pleinement les approches modernes de la recherche opérationnelle à l'amélioration des programmes** de l'OMS, et fournir un appui technique aux partenaires d'exécution de l'OMS pour qu'ils fassent de même.

### III. Fonctionnement du domaine d'activité VIH au sein de l'OMS

- L'absence d'une **structure de programme** bien définie pour « 3 millions d'ici 2005 » a constitué une carence qui reflète dans une certaine mesure l'incertitude dans laquelle fonctionnait l'OMS avant que ne soient obtenus des engagements financiers. elle correspond également à la manière réactive dont cette initiative « d'urgence » a été gérée. L'Initiative a ainsi été décrite comme un programme ambitieux mais présentant des faiblesses de conception, ne comportant pas une structure suffisante pour en mesurer les résultats ou en suivre les performances, compte tenu des énormes efforts qu'elle a impliqués.
- Une grande partie de ces activités n'en sont en fait qu'à leurs débuts et, bien que beaucoup ait été accompli sur cette période relativement brève, la **force de l'Organisation** réside dans ses perspectives de développement et dans sa capacité d'influencer les évolutions de la santé à moyen et long terme.
- L'OMS est une vaste **organisation mondiale** au fonctionnement administratif, dotée d'une structure de gouvernance complexe et composée de multiples divisions opérationnelles, dont on ne pouvait pas attendre en toute rigueur les changements requis à cette échelle mondiale par un programme « d'urgence » de deux ans. Il n'existait pas de stratégie commune aux trois niveaux de l'Organisation quant aux moyens de renforcer l'OMS afin d'appuyer l'extension de manière synergique et de la pérenniser à plus long terme.
- Le **Département du VIH/SIDA**, au Siège de l'OMS, était chargé de coordonner une participation conséquente des autres secteurs de l'OMS à l'Initiative. On a vu des exemples d'excellente collaboration entre départements internes de l'OMS, avec des résultats techniques remarquables, mais des améliorations sont encore possibles dans les relations avec d'autres, tels que Halte à la tuberculose et Pour une grossesse à moindre risque.

- Les Bureaux régionaux de l'OMS jouent un rôle important dans l'appui aux développements dans les pays. Le manque d'un programme régional solide et d'un engagement fort de la direction du **Bureau régional de l'Afrique** (confronté aux difficultés les plus dramatiques, mais qui n'a pas obtenu de l'Organisation une assistance et une attention suffisantes) est plutôt inquiétant, car il a fait obstacle aux progrès dans la Région.
- Des retards considérables ont eu lieu dans la mise en œuvre du programme de travail établi en raison du **manque initial d'un financement assuré**, et par la suite de la lenteur des décaissements. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 », comme la plupart des actions de l'OMS contre le VIH aux niveaux mondial, régional et national, a été essentiellement financée par des contributions extrabudgétaires. Cet aspect rend l'OMS particulièrement vulnérable aux perceptions des donateurs et à leur désir de financer l'Organisation. Les perspectives de financement actuelles ne sont pas bonnes. La précarité de sa base financière à moyen terme compromet la capacité de l'Organisation à exercer son mandat.
- Le programme VIH au Siège de l'OMS a connu depuis 10 ans une rotation extrêmement rapide de ses directeurs, avec une nouvelle nomination encore au début de 2006. Cette **instabilité à la tête du programme VIH/SIDA** au sein de l'OMS a sans doute nui au dynamisme et au poids de ce domaine d'activité sur cette période. Elle donne en outre une image négative de la détermination de l'OMS à exercer au niveau du Siège une autorité stable en matière de VIH et de SIDA.

**Pour renforcer l'OMS en tant qu'institution mieux à même de remplir sa fonction dans la riposte mondiale contre le VIH et le SIDA, il est conseillé aux hauts responsables de l'OMS :**

28. de **renforcer la cohérence aux trois niveaux de l'Organisation** pour soutenir une stratégie commune par une planification conjointe et une gestion coordonnée des programmes VIH. Pour mener cette stratégie, l'accroissement des ressources devrait être prioritaire, notamment en faveur du Bureau régional OMS de l'Afrique et des Bureaux de pays en Afrique;
29. d'**améliorer la collaboration entre départements** et de réduire autant que possible les conflits de compétences et les redondances entre départements techniques (tels que les départements du VIH et Pour une grossesse à moindre risque, ou l'AMDS et le Groupe Technologies de la santé et produits pharmaceutiques);
30. d'**affecter plus judicieusement les ressources internes** aux domaines techniques prioritaires (comme la Présélection des médicaments et la Surveillance des résistances aux médicaments (DRS));
31. d'**assurer une plus grande stabilité à la tête du domaine de programme VIH** et de proposer des conditions d'emploi susceptibles d'attirer et de retenir du personnel technique de haut niveau;
32. de mettre d'urgence en œuvre un plan d'action pour **renforcer fortement les capacités techniques et administratives du Bureau régional OMS de l'Afrique** et des Bureaux de pays en Afrique, pour améliorer leurs performances face à la flambée épidémique de VIH dans cette Région.

## IV. Influences du contexte général du développement et des défis spécifiques à l'Afrique

- L'évaluation a rencontré des **variations considérables entre pays** dans la manière d'élaborer et de mettre en œuvre les ripostes au VIH, dans les modes d'affectation des ressources, dans la collaboration entre les grandes organisations, et dans l'étendue des connaissances et ressources dont disposent les personnes, au sein de leurs communautés, pour contribuer à améliorer leur propre santé. On peut tirer des enseignements importants de ce qui se produit en pratique, qu'il s'agisse de succès ou d'échecs.
- L'OMS a fait preuve de **souplesse pour s'adapter** à ces divers contextes, mais l'ampleur des effets de ces contributions de l'OMS sur les efforts nationaux a été très variable dans un secteur caractérisé par des acteurs nombreux et différents dans chaque pays. L'OMS n'a toujours pas convenablement résolu le manque de participation de la société civile, et notamment des populations affectées, telles que les personnes vivant avec le VIH/SIDA, dans certains pays.
- En dépit des importants progrès accomplis ces dernières années en matière de riposte au VIH et au SIDA dans nombre de pays africains, les ravages du SIDA et les obstacles rencontrés dans les tentatives de l'endiguer semblent toujours aussi écrasants. Il est tout aussi manifeste que la communauté internationale n'est pas encore suffisamment disposée à effectuer les investissements nécessaires pour que les pays puissent passer aux **nouvelles phases d'extension** des ripostes au VIH et au SIDA, et viser l'objectif d'un *accès universel*. L'ONUSIDA estime à US\$ 18 milliards sur les deux prochaines années le déficit de financement des ressources et de l'appui technique qui restent nécessaires au renforcement des systèmes de santé nationaux pour faire face à ce défi.
- Nombre des **pays africains les plus touchés** sont encore loin de contenir l'aggravation de la flambée de SIDA qui y sévit et, dans l'absolu, le nombre de personnes qui ont besoin d'un traitement sans y avoir accès continue de s'accroître. Les gouvernements nationaux et organes régionaux n'ont pas consenti d'efforts suffisants, et bien souvent ne parviennent à assumer ni leurs engagements, ni leurs déclarations
- Bien que l'OMS ait sensiblement accru ses investissements en Afrique au travers de l'Initiative, l'Organisation n'a pas encore suffisamment renforcé ses **orientations et capacités** pour apporter le degré de soutien nécessaire compte tenu de l'étendue des difficultés en Afrique.

**Pour influencer le contexte général du développement au et relever les défis spécifiques à l'Afrique, les institutions multilatérales et les donateurs internationaux devront :**

33. Créer des dispositifs pour **permettre aux pays de financer leurs ripostes nationales au VIH et au SIDA** de façon plus sûre, appropriée et durable ;
34. **Garantir à l'OMS des financements suffisants et stables** et instaurer des réformes des mécanismes de financement de l'OMS, en sorte que l'Organisation puisse exécuter convenablement son mandat et conduire techniquement l'extension de la riposte du secteur santé contre le VIH, en tant qu'organisme technique multilatéral chargé de la santé publique mondiale ;
35. Répartir clairement les rôles et responsabilités institutionnels de chaque partenaire, aux niveaux mondial (comme dans le Groupe de travail mondial) et national, pour **assurer une responsabilité mutuelle entre partenaires du développement et gouvernements nationaux**, en vue des objectifs de l'*accès universel*. Ce processus devra inclure les programmes bilatéraux les plus importants (tels que le PEPFAR) ;
36. **Créer les conditions d'une implication et d'une participation plus large et plus efficace** des personnes vivant avec le VIH/SIDA, des organisations de la société civile et du secteur privé aux programmes nationaux du VIH et du secteur santé ;
37. Mobiliser un soutien politique en faveur d'**actions appropriées, y compris des initiatives nationales, dans les pays**, au titre de la sécurité de la santé publique et du développement durable ;
38. **Renforcer l'accent mis sur l'Afrique** par un « saut qualitatif » dans les actions et un accroissement substantiel des financements destinés à l'extension de la prévention du VIH, des TARV et de la réduction de la pauvreté.





# **PARTIE 1**

---

## **Introduction, profil du programme et profil de l'évaluation**



*« Nous déclarons une guerre totale au SIDA », slogan gouvernemental courant au Kenya*

# 1 Introduction

## But de l'évaluation

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ses partenaires ont décidé que, dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », une évaluation indépendante devrait être entreprise avant la fin de 2005, en s'attachant aux rôles et contributions de l'OMS au cours de la mise en œuvre de l'Initiative. L'évaluation a porté sur les contributions de l'OMS à l'élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux (TARV) au titre de l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » en vue d'établir si l'Organisation a atteint ses objectifs et de comprendre ce qu'elle a apporté en propre à la riposte mondiale contre le VIH et le SIDA. L'analyse de ces éléments a permis d'évaluer comment l'OMS pourrait optimiser ses contributions au cours des prochaines phases de la riposte, et d'émettre des recommandations visant à guider les décisions stratégiques futures de l'OMS.

Par une convention de subvention conclue en décembre 2004 entre l'OMS et l'Agence canadienne de développement international (ACDI), celle-ci a accepté de verser CAD 100 millions pour soutenir le programme de travail de « 3 millions d'ici 2005 » de 2004 à 2006. Cette convention précisait qu'un suivi et une évaluation des activités seraient entrepris à intervalles réguliers et à la fin de la période de subvention, afin de mesurer les progrès accomplis dans l'exécution du programme de travail et ses effets sur l'élargissement de l'accès au TARV et sur l'accélération de la prévention du VIH au niveau mondial et au niveau des pays.

## Approche adoptée pour l'évaluation

De par son caractère formatif, cette évaluation a été menée dans le but de fournir aux principaux donateurs une appréciation des résultats acquis, et d'aider l'OMS à améliorer le programme. L'exercice a été entrepris en sachant que cette contribution ne se limitait pas à la période considérée, puisque l'Initiative ne représentait « que le début d'une extension constante du traitement antirétroviral et du renforcement des systèmes de santé »<sup>4</sup>.

## Le Comité d'orientation de l'évaluation

Le Comité d'orientation a été constitué pour servir d'organe consultatif à l'équipe d'évaluation et à l'OMS dans les phases essentielles de l'évaluation. Le rôle et la composition de ce comité sont détaillés dans le mandat (termes de référence) de l'évaluation (voir Annexe 1 et Appendices).

## L'équipe d'évaluation

Une équipe de six consultants internationaux indépendants<sup>5</sup> a été sélectionnée par l'OMS, en liaison avec la présidente du comité d'orientation, en prenant soin de constituer un groupe pluridisciplinaire d'experts internationalement reconnus réunissant des compétences scientifiques et techniques en

<sup>4</sup> OMS/ONUSIDA. *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005, comment y parvenir : la stratégie de l'OMS*, p.40. Genève, OMS/ONUSIDA, décembre 2003. Voir Appendices.

<sup>5</sup> L'équipe se composait de deux femmes et quatre hommes originaires de six pays : Afrique du Sud, Allemagne, Brésil, Canada, Norvège et Ouganda.

médecine, santé publique, épidémiologie, sociologie, évaluation des programmes, et développement communautaire<sup>6</sup>. L'équipe a été appuyée par un conseiller spécial ; et des contrats complémentaires de recherche ont été passés (Annexe 4)<sup>7</sup>.

## Format du rapport final

Ce Rapport final se présente en deux volumes : le Tome I constitue le rapport principal, et le Tome II\* rassemble les annexes et autres documents de référence.

Le Rapport principal (Tome I) se compose des chapitres suivants :

- **Le Chapitre 2** présente le **profil du programme** « 3 millions d'ici 2005 » qui sert de toile de fond à l'évaluation. Il décrit brièvement les circonstances du lancement de l'Initiative, ainsi que son cadre stratégique. Il présente en outre, sur la base des dernières données fournies par l'OMS, un état à jour des progrès accomplis vers les objectifs de l'Initiative.
- **Le Chapitre 3** présente le **profil de l'évaluation** et résume le mandat et la méthodologie de l'évaluation, dont les détails font l'objet d'annexes séparées. Il décrit en outre le déroulement de l'évaluation.
- **Le Chapitre 4** présente les **principaux résultats de l'évaluation** et propose une analyse rétrospective de l'Initiative. Ce chapitre se divise en sept sous-chapitres correspondant aux cinq piliers stratégiques de « 3 millions d'ici 2005 », puis à une analyse organisationnelle. Le dernier sous-chapitre évoque quatre aspects auxquels l'OMS et le Comité d'orientation souhaitaient que soit réservée une attention particulière : la prévention du VIH, le renforcement des systèmes de santé, et les questions de genre et d'équité.
- **Le Chapitre 5** présente les **principales conclusions et recommandations** permettant d'orienter les décisions à venir concernant le rôle de l'OMS dans la riposte mondiale contre le VIH, ainsi que les modalités selon lesquelles l'Organisation devrait être structurée et soutenue afin d'accomplir son mandat.

Le Tome II comprend les études en profondeur engagées dans le cadre de l'évaluation, ainsi que les annexes au rapport principal. On y trouvera davantage de détails et certaines observations empiriques de l'équipe d'évaluation (synthèses des visites dans les Bureaux régionaux et de pays, tableaux de données, figures, etc.), des exemples des instruments d'évaluation (tels que les questionnaires) et d'autres documents de référence pertinents. Si les principales conclusions et indications de ces études ciblées ont été reprises dans le rapport principal, ces documents rassemblent d'autres données importantes et des recommandations détaillées qui ne sont pas à négliger. Pour servir de références au lecteur intéressé, on a joint en appendices les principaux documents publiés par l'OMS (et l'ONUSIDA) en relation à « 3 millions d'ici 2005 ». La liste intégrale des documents consultés par l'équipe d'évaluation figure en *Annexe 3*.

\*Ces annexes figurent sous forme électronique sur le site Web de l'OMS, ainsi que sur CD-ROM.

<sup>6</sup> On trouvera le profil de ces personnes à l'Annexe 4, qui décrit la méthodologie de l'évaluation.

<sup>7</sup> L'équipe d'évaluation a bénéficié de l'appui et des contributions d'autres personnes, dont les noms figurent à l'Annexe 4 consacrée à la méthodologie de l'évaluation.

## Destinataires

Cette évaluation est destinée aux États Membres de l'OMS, à ses partenaires et donateurs multilatéraux et bilatéraux, aux organisations non gouvernementales et aux associations de la société civile, ainsi qu'aux bureaux de l'OMS aux niveaux du Siège, des Régions et des pays.

## 2 Profil du programme

### 2.1 Contexte

En 2003, dans les pays en développement, environ 7 % des 6 millions de personnes qui en avaient besoin suivaient un traitement antirétroviral, et l'Afrique présentait le taux le plus faible (Tableau 1).

Les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA et d'autres secteurs de la société civile menaient un mouvement mondial d'ampleur croissante, revendiquant le traitement comme un droit fondamental. Un certain nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire tels que l'Argentine, le Botswana, le Brésil, l'Ouganda, le Sénégal, la Thaïlande et l'Uruguay disposaient déjà de programmes nationaux de traitement en cours d'application<sup>8</sup>. Après des années de controverses, un large consensus se faisait jour pour admettre que le traitement du SIDA et son extension à des pays pauvres en ressources étaient réalisables, efficaces et de plus en plus abordables. Une volonté politique sans précédent de combattre l'épidémie de VIH se manifestait, avec le lancement de nouvelles institutions comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et de programmes bilatéraux ambitieux tels que le Plan du président des États-Unis d'Amérique pour l'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA (PEPFAR). Toutefois, les résolutions prises par les organisations multilatérales<sup>9</sup> ne s'étaient pas encore traduites par une action mondiale visant à mobiliser politiquement et à appuyer techniquement une extension des TARV à grande échelle là où ils étaient le plus nécessaires, et l'accès à ces traitements ne progressait encore que lentement.

Le 22 septembre 2003, le Dr LEE Jong-wook, nouveau Directeur général de l'OMS, se joignait au Directeur exécutif de l'ONUSIDA, le Dr Peter Piot, et au Directeur exécutif du Fonds mondial, le Dr Richard Feachem, pour déclarer que ce manque d'accès aux antirétroviraux constituait une urgence de santé mondiale.

Pour y répondre, l'OMS et l'ONUSIDA désignaient une cible mondiale consistant à « Traiter 3 millions de personnes contre le VIH/SIDA d'ici à 2005 », par la suite appelée l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Celle-ci se fondait sur le fait établi que l'on pouvait traiter les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays industrialisés, et sur des éléments laissant penser qu'il pourrait en aller de même dans les pays en développement, où l'on estimait que traiter 50 % de ceux qui en avaient besoin constituait un objectif nécessaire et réalisable sur la voie du but ultime représenté par l'accès *universel* au traitement<sup>10</sup>.

À l'époque, il paraissait évident pour l'OMS et l'ONUSIDA que « cette initiative globale suppose la mise en place et le maintien d'un large éventail de partenaires [faisant intervenir] les autorités nationales et locales, la société civile, les donateurs bilatéraux, les organisations multilatérales, des fondations, le secteur privé [...], les syndicats, les autorités traditionnelles, les organisations religieuses, les organisations non gouvernementales [...] et les organisations communautaires (OMS/ONUSIDA, op. cit, p. 33). On soulignait également l'importance du rôle, en tant que partenaires, des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des organisations militantes.

<sup>8</sup> Ces programmes avaient débuté alors que les grandes organisations internationales hésitaient encore à s'engager en faveur de l'appui aux TARV dans le monde en développement.

<sup>9</sup> La Commission des droits de l'homme de l'ONU au début 2001, et les résolutions de 2001, 2002 et 2003 du Conseil exécutif de l'OMS et de l'Assemblée mondiale de la Santé.

<sup>10</sup> D'après l'analyse de Schwartzländer B et al. (Science, 29 juin 2001, 292 (5526) : 2434-6).

Tableau 1 **Couverture en traitements antirétroviraux (TARV) des adultes dans les pays en développement, par Région de l'OMS, décembre 2003**

RÉGION	NOMBRE DE PERSONNES SOUS TRAITEMENT	BESOINS ESTIMÉS	COUVERTURE
<b>Afrique</b>	100 000	4 400 000	2 %
<b>Amériques</b>	210 000	250 000	84 %
<b>Europe</b> (Europe de l'Est, Asie centrale)	15 000	80 000	19 %
<b>Méditerranée orientale</b>	5 000	100 000	5 %
<b>Asie du Sud-Est</b>	60 000	900 000	7 %
<b>Pacifique occidental</b>	10 000	170 000	6 %
<b>TOUTES RÉGIONS</b>	400 000	5 900 000	7 %

Source: OMS

L'objectif de « 3 millions d'ici 2005 » devait devenir une vision commune qui alignerait les partenaires dans les pays et les régions sur un but commun, et déterminerait la riposte internationale contre le VIH en mettant l'accent sur les TARV.

Le financement nécessaire pour atteindre cet objectif était estimé à au moins US\$ 5,5 milliards, qui devaient provenir de multiples sources, notamment des budgets des pays à revenu faible ou intermédiaire, des donateurs multilatéraux et bilatéraux, ainsi que des fondations privées et du secteur privé.

## 2.2 Le cadre stratégique de « 3 millions d'ici 2005 »

Dans la perspective de la cible de « 3 millions d'ici 2005 » pour élargir l'accès à la prévention, aux soins et au traitement du VIH, la **mission de l'OMS** depuis décembre 2003 a été de contribuer :

- à accroître le nombre des personnes suivant un TARV ;
- à renforcer les systèmes de santé ;
- à intensifier les actions de prévention, liées aux soins.

Cette entreprise a été menée en s'appuyant sur **cinq objectifs stratégiques** (les « piliers » de l'Initiative) qui reflétaient les fonctions de base de l'ensemble de l'Organisation<sup>11</sup>, décrits comme suit par le document stratégique de l'OMS *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 : comment y parvenir*:

- i. leadership mondial, partenariats étroits et sensibilisation ;
- ii. appui d'urgence et durable aux pays ;

<sup>11</sup> Dans son programme général de travail 2002–2005, adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé, l'OMS définit six fonctions essentielles et quatre fonctions stratégiques (pour faire face aux situations de crise), dont l'essence est résumée et appliquée au VIH à travers les cinq objectifs stratégiques de « 3 millions d'ici 2005 ». On trouvera ces éléments sur [http://www.who.int/gb/f/f\\_wha54.html](http://www.who.int/gb/f/f_wha54.html)



- iii. outils simplifiés et standardisés pour délivrer le TARV (« l'approche de santé publique »);
- iv. approvisionnement efficace et fiable en médicaments et produits diagnostiques;
- v. capacité à identifier rapidement les connaissances nouvelles et les succès (« apprentissage par la pratique »).

Le **programme de travail de l'OMS** a été conçu pour appuyer les pays par un éventail d'activités et de produits techniques liés à cette stratégie « 3 millions d'ici 2005 », à un niveau supérieur à celui habituellement apporté auparavant par l'OMS en matière de soutien à la lutte contre le VIH et le SIDA.

L'OMS a adopté pour l'Initiative les principes directeurs suivants<sup>12</sup> :

- l'urgence ;
- le rôle central des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- les soins à vie ;
- l'engagement des pays ;
- le traitement comme droit fondamental ;
- les partenariats et la pluralité ;
- la complémentarité ;
- apprendre, innover et partager ;
- l'éthique ;
- l'équité ;
- la responsabilité.

L'OMS a exprimé cet espoir : « L'accès universel au traitement antirétroviral ouvre des perspectives pour accélérer la prévention dans les communautés : davantage de gens sauront s'ils sont infectés ou non par le VIH et – ce qui est plus important – voudront désormais savoir s'ils sont infectés. » (OMS/ONUSIDA, op cit, p.7). On estimait également : « A mesure que le VIH/SIDA devient une maladie qu'il est possible à la fois d'éviter et de traiter, les attitudes changeront, et le refus de la réalité, l'exclusion et la discrimination deviendront rapidement plus rares. »

La stratégie affirmait en outre : « La lutte contre le VIH/SIDA a des répercussions sur l'ensemble du secteur de la santé. Le VIH/SIDA diminue directement et indirectement la performance des systèmes de santé nationaux. Une campagne efficace suppose à la fois une riposte venant des systèmes de santé eux-mêmes et une réponse sociale plus large. Plus le personnel soignant est victime du SIDA, moins les systèmes de santé parviennent à fournir les services de base. Plus la population active est touchée, moins les pays parviennent à financer leurs systèmes de santé, ce qui aggrave encore leur situation. Il faut améliorer l'accès à des services intégrés de traitement, de prévention et de soins pour inverser cette tendance. »

L'OMS reconnaissait que l'Initiative devrait prendre en compte à la fois les caractéristiques communes et les particularités des systèmes de santé nationaux et locaux. La difficulté de répondre à ces préoccupations dans des cadres différents impliquait la participation de multiples parties au sein des systèmes de santé. De nouveaux investissements massifs étaient considérés comme nécessaires

<sup>12</sup> OMS/ONUSIDA. *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005, comment y parvenir : la stratégie de l'OMS*, pp. 9–11. Genève, OMS/ONUSIDA, décembre 2003. Voir Appendices.

dans le cadre des systèmes de santé nationaux; les nouvelles ressources financières devant être soigneusement coordonnées avec les ressources et cadres budgétaires existants, notamment les documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP) et les approches sectorielles (SWAp) (OMS/ONUSIDA, op cit, pp. 7–8).

## 2.3 Résultats attendus de l'Initiative

### 2.3.1 But (impacts)

« L'initiative [consistait] pour l'OMS et ses partenaires à contribuer de manière efficace et rapide à la survie et à la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA. [Ce but s'inscrivait] comme une étape vers une réponse globale au VIH/SIDA et [reposait] sur le principe que l'*accès universel* au traitement antirétroviral pour tous ceux qui en ont besoin, est un droit fondamental. »<sup>13</sup>

### 2.3.2 Objectif (effets)

- appuyer l'élargissement de l'accès au TARV à 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays en développement avant la fin de 2005 ;
- renforcer les systèmes de santé ;
- accélérer simultanément les actions de prévention du VIH, conformément au plan de l'OMS sur le VIH/SIDA (janvier 2004–décembre 2005)<sup>14</sup>.

### 2.3.3 Produits prévus

- équipes de pays opérationnelles ;
- schémas simplifiés de traitement du SIDA, directives de traitement, et outils diagnostiques ;
- création d'un service des médicaments et produits diagnostiques concernant le SIDA (AMDS) ;
- instruments uniformes de surveillance et de suivi ;
- formation normalisée et programmes de développement des capacités pour les personnels de santé.

## 2.4 Ressources du programme

Dans la stratégie pour « 3 millions d'ici 2005 » publiée en décembre 2003, l'OMS définissait quatre grandes catégories de ressources<sup>15</sup> nécessaires à l'Initiative :

- ressources financières<sup>16</sup> ;
- personnel ;
- documents de formation et d'orientation ;
- partenariats.

<sup>13</sup> OMS/ONUSIDA. *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005, comment y parvenir : la stratégie de l'OMS*, p. 9. Genève, OMS/ONUSIDA, décembre 2003. Voir Appendices.

<sup>14</sup> Mandat, p.1.

<sup>15</sup> Dans l'optique d'un Cadre d'analyse logique, les points *Documents de formation et d'orientation* et *Partenariats* pourraient également être considérés comme des produits.

<sup>16</sup> Par une convention de subvention conclue en décembre 2004 entre l'OMS et l'ACDI, celle-ci a accepté de verser CAD 100 millions pour appuyer le programme de travail « 3 millions d'ici 2005 » de 2004 à 2006.

## BUDGET<sup>17</sup>

Tableau 2 **Résumé des approbations budgétaires pour « 3 millions d'ici 2005 »**  
(en US\$ millions)

Ressources	A	B	C	D
<b>Ressources financières additionnelles estimées engagées par l'OMS en faveur de « 3 millions d'ici 2005 »</b>				
	<b>Chiffre initial (pour décembre 2005)</b>	<b>Approuvé par le Conseil exécutif</b>	<b>Ressources affectées<sup>18</sup> (à fin novembre 2005)</b>	<b>Engagements (à fin novembre 2005)</b>
a) À l'OMS (ensemble)	350	218	192	125
b) Sur le budget global, aux Bureaux de pays (seulement)	214	142	90	51
Rapport Bureaux de pays/ensemble		65 %	47 %	41 %

- La colonne A reprend les chiffres figurant dans le document stratégique de l'Initiative, « Comment y parvenir ». Ces chiffres n'ont jamais été approuvés (ni avalisés par les membres de l'Assemblée mondiale de la Santé).
- La colonne B reprend les chiffres du budget prévisionnel pour 2004-2005, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif.
- Les colonnes C et D reprennent les ressources affectées et engagées à la fin novembre 2005.

### NOTE:

À la fin de 2003, l'objectif de financement des activités de l'OMS concernant le VIH/SIDA sur la période biennale 2004–2005 s'établissait initialement à US\$ 400 millions, dont US\$ 350 millions destinés à l'extension des TARV et US\$ 50 millions à la prévention et autres actions. En janvier 2004, le Conseil exécutif réduisait le budget prévu de US\$ 400 millions à US\$ 218 millions, car des organisations partenaires devaient en principe accroître leur contribution à l'extension des traitements, sous forme à la fois de ressources humaines et financières. D'où ce nouvel objectif de US\$ 218 millions.

Concernant les ressources financières des Bureaux régionaux et de pays de l'OMS, il a été décidé lors du lancement de « 3 millions d'ici 2005 » que ces Bureaux se verraient allouer environ 60 % des fonds perçus au total par l'Organisation. Au début 2005, on a estimé que les Bureaux régionaux et de pays devraient bénéficier de fonds plus importants, de sorte qu'en 2005, environ 65 % du financement total sont allés à ces Bureaux de l'OMS.

<sup>17</sup> Source : Observations de l'OMS concernant le *Rapport d'évaluation de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 »*, février 2006.

<sup>18</sup> Au sens de l'OMS, les termes de "contributions" et de "ressources allouées" se réfèrent à des perspectives différentes, les "contributions" venant en amont et les "ressources allouées" en aval du cycle de revenus et de dépenses. Le terme de "ressources allouées" ne désigne pas les fonds mobilisés, mais ceux qui sont disponibles sur le compte du VIH afin de financer les activités de l'OMS en matière de VIH. Dans les procédures comptables de l'OMS, les ressources allouées constituent la variable la plus importante. Elles ne se limitent pas aux "contributions" de l'exercice comptable, mais comprennent également les fonds reportés des exercices précédents, les intérêts dérivés, ainsi que les fonds du budget ordinaire, qui représente le total des contributions obligatoires des États Membres. Une fois mobilisés, les fonds ne sont pas immédiatement alloués à des dépenses, puisqu'un délai est nécessaire. – Le terme de "contributions" désigne les fonds mobilisés par le Département pour financer ses travaux. Au 10 novembre 2005, date à laquelle a été entreprise l'analyse des contributions volontaires, le total s'élevait à US\$ 194 796 786. Il s'agissait là aussi bien des montants disponibles déposés sur le compte VIH que des engagements confirmés (fonds non encore déposés sur le compte de l'OMS mais dont le donateur s'est engagé par écrit à les verser à l'OMS).

Source: NOTES, 3 mars 2006, M. Abdul Ziai, Département du VIH/SIDA, Siège de l'OMS.

## **Personnel**

Les effectifs supplémentaires affectés ou transférés dans les Bureaux de pays au titre de « 3 millions d'ici 2005 » s'élèvent à 179 personnes.

Ces fonctionnaires de l'OMS sont tous exclusivement affectés à l'action contre le VIH au niveau des pays. En outre, d'autres membres du personnel travaillent dans ce domaine parallèlement à d'autres, tels que les maladies transmissibles, la tuberculose ou le paludisme.

## **Documents de formation et d'orientation**

Le nombre de documents de formation standard et autres documents d'orientation importants publiés (compte non tenu des révisions) est de 60.

## **Partenariats**

Le nombre des organisations partenaires dont le rôle dans « 3 millions d'ici 2005 » a été reconnu et rendu public est de 210.

Figure 1 L'organisation de « 3 millions d'ici 2005 » au sein de l'OMS (2004-2005)

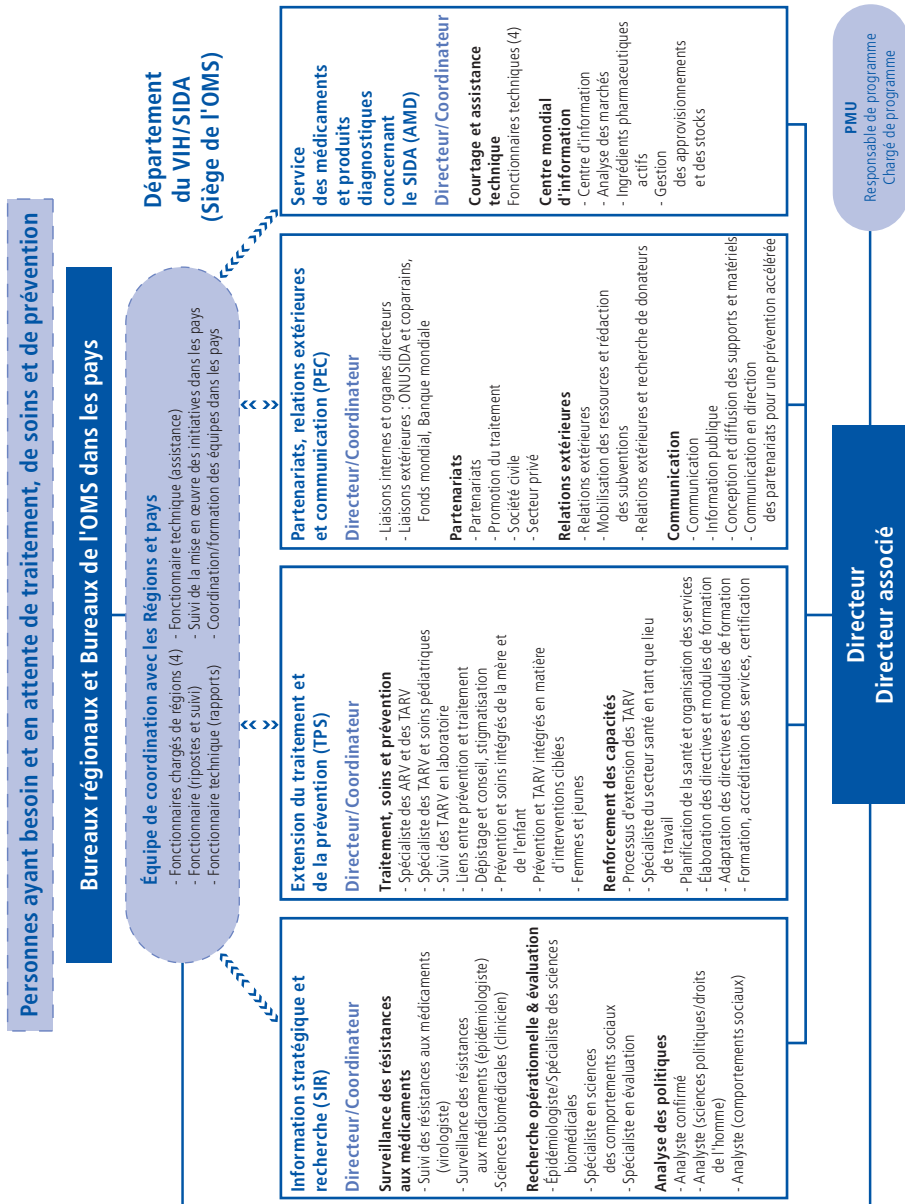
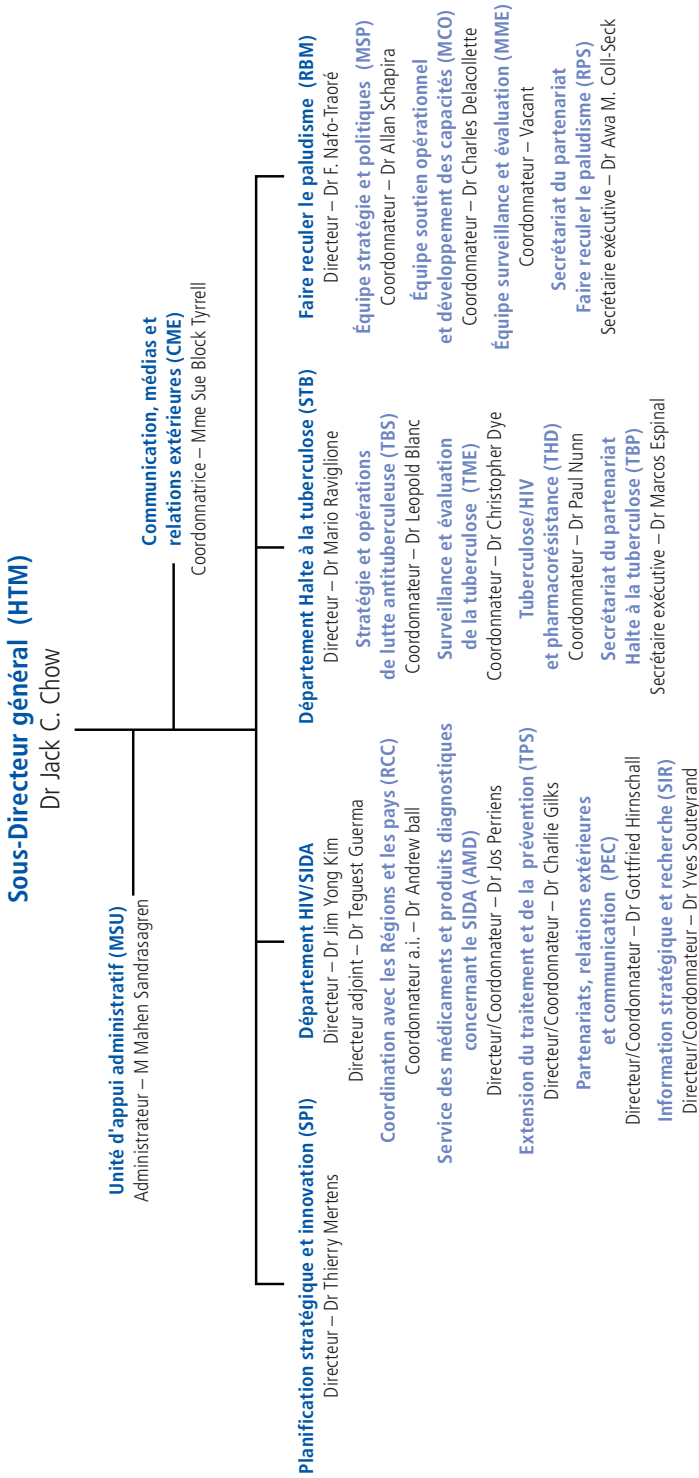


Figure 2 Organigramme du Groupe VIH/SIDA, tuberculose et paludisme (HTM) au 1er août 2005



## 2.5 Évolution mondiale à fin 2005

Lors de la Journée mondiale du SIDA 2005, de nombreux commentateurs ont évoqué une « cible manquée »<sup>19</sup>, certains jugeant l'OMS responsable de cet échec. Globalement, la couverture en TARV dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est passée de 7 % à fin 2003 à 12 % à fin 2004, et on l'estimait à 20 % en décembre 2005 (la cible de « 3 millions d'ici 2005 » étant de 50 %)<sup>20</sup>.

Tableau 3 Couverture en TARV par région, décembre 2003–décembre 2005

Région géographique	Nombre de personnes suivant un TARV, décembre 2005 (estimations) <sup>a</sup>	Nombre de personnes de 0 à 49 ans ayant besoin d'un TARV, 2005 (estimations)	Taux de couverture en TARV, décembre 2005	Nombre de personnes suivant un TARV, décembre 2004 (estimations) <sup>a</sup>	Nombre de personnes suivant un TARV, décembre 2003 (estimations) <sup>a</sup>
<b>Afrique subsaharienne</b>	810 000 [730 000–890 000]	4 700 000	17 %	500 000 [425 000–575 000]	100 000 [75 000–125 000]
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	315 000 [295 000–335 000]	465 000	68 %	290 000 [270 000–310 000]	210 000 [160 000–260 000]
<b>Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est</b>	180 000 [150 000–210 000]	1 100 000	16 %	155 000 [125 000–185 000]	70 000 [52 000–88 000]
<b>Europe et Asie centrale</b>	21 000 [20 000–22 000]	160 000	13 %	20 000 [18 000–22 000]	15 000 [11 000–19 000]
<b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>	4 000 [3 000–5 000]	75 000	5 %	4 000 [2 000–6 000]	1 000 [750–1 250]
<b>Total</b>	1 330 000 [1 200 000–1 460 000]	6 500 000	20 %	970 000 [840 000–1 100 000]	400 000 [300 000–500 000]

<sup>a</sup>estimation basse-estimation haute

**Notes :**

- Certains chiffres de ce tableau ne se recourent pas en raison des arrondis ;
- Les données concernant les enfants sont incluses ;
- L'estimation du taux de couverture est basée sur les estimations du nombre de personnes suivant un TARV et des besoins en TARV.

<sup>19</sup> La coalition internationale pour la préparation au traitement (ITPC), l'un des premiers partenaires de l'OMS dans le processus d'extension, a publié un rapport intitulé *Missing the Target* (28 novembre 2005) (<http://www.aids-treatment-access.org/itpcfinal.pdf>, accès le 3 juin 2006).

<sup>20</sup> Des données de suivi préliminaires ont été communiquées à l'équipe d'évaluation aux fins de ce rapport. L'analyse complète de l'OMS concernant l'état de l'extension à fin 2005 figure in : *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 et au-delà*. Genève, Organisation mondiale de la Santé/ONUSIDA, mars 2006.

- Le Tableau 3, établi par l'OMS/ONUSIDA, montre que si la cible globale de 3 millions de personnes n'a pas été atteinte, le nombre de personnes qui avaient accès à un traitement s'est considérablement accru ces deux dernières années. La progression la plus importante a été constatée en Afrique subsaharienne, mais avec des différences majeures d'un pays à l'autre.
- Certains pays comme le Botswana et l'Ouganda ont dépassé les 50 % de couverture visés, alors que d'autres enregistrent encore des taux inférieurs à 10 %. L'Afrique du Sud compte près du quart des personnes sous traitement dans la Région, bien que n'ayant pas atteint son propre objectif (compte tenu du grand nombre de personnes infectées par le VIH dans ce pays très peuplé).
- L'accès au TARV en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est s'est élargi à 175 000 personnes (soit environ 16 % de celles qui en ont besoin) contre 100 000 un an auparavant, la Thaïlande apportant la plus importante contribution à cette hausse. L'Inde représente 70 % des besoins en traitements de la Région, mais n'enregistre encore qu'un taux de couverture largement inférieur à 10 % (la plupart des traitements étant assurés dans le secteur privé).
- En Amérique latine et dans les Caraïbes, les chiffres ont augmenté progressivement pour atteindre les 315 000 (couverture estimée à 68 %) contre 210 000 à la fin 2003. La situation varie fortement d'un pays à l'autre dans la Région : l'Argentine, le Brésil et le Mexique enregistrent des taux de couverture relativement élevés, alors que Haïti, le Nicaragua et la République dominicaine n'assurent un traitement qu'à moins de 25 % des personnes en ayant besoin.
- Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire d'Europe orientale et d'Asie centrale, d'Afrique du Nord et de la Méditerranée orientale, les progrès ont été moins spectaculaires. Le taux de couverture moyen dans ces régions demeure inférieur à 20 % ; un peu plus de 20 000 personnes suivent un traitement en Europe orientale et en Asie centrale, et 4 000 en Afrique du Nord et en Méditerranée orientale.

### Les obstacles identifiés par l'OMS

L'OMS a reconnu l'immensité des obstacles qui se dressaient sur la voie de l'objectif mondial. À un an et demi des débuts de l'Initiative, c'est-à-dire en juin 2005, le rapport de situation de « 3 millions d'ici 2005 » soulignait à quel point il était important que le processus soit dirigé et pris en main par les pays eux-mêmes, ainsi que la nécessité persistante de renforcer l'harmonisation et l'alignement entre les actions des institutions multilatérales et des partenaires du développement, tout en rappelant qu'il était essentiel d'améliorer l'efficacité de la riposte multilatérale, notamment à l'égard de la coordination, de la transparence et de la supervision générale au sein du système des Nations Unies.

D'autres difficultés ont été recensées dans les domaines suivants :

- accès équitable ;
- intégration entre prévention et traitement ;
- capacités en ressources humaines ;
- systèmes de gestion des approvisionnements et des stocks ;
- infrastructures et systèmes de santé.



La présente évaluation ne porte pas sur la cible de « 3 millions d'ici 2005 », et ne vise pas non plus à se prononcer sur l'influence directe de l'OMS sur le nombre des patients dans un pays ou un autre. Le fait que la cible n'ait pas été atteinte n'a donc pas été retenu comme indicateur principal des résultats obtenus par l'Organisation ; il rappelle plutôt l'importance de son rôle en la matière, autrement dit la nécessité que l'Organisation continue de plaider en faveur de l'élargissement de l'accès et contribue à des ripostes durables, tant au niveau international qu'à celui des pays.



**Dans une association de personnes vivant avec le VIH/SIDA au Mozambique**

## 3 Profil de l'évaluation

### 3.1 Objectifs de l'évaluation

Les objectifs de l'évaluation, tels qu'ils figuraient dans son mandat, étaient les suivants<sup>21</sup> :

- examiner avec quelle efficacité l'OMS a contribué à la réalisation des objectifs finaux et intermédiaires de « 3 millions d'ici 2005 », notamment sous l'angle des conseils et appuis techniques, administratifs et de gestion fournis par l'ensemble de l'OMS aux niveaux mondial, régional et national ;
- faire le point sur les enseignements acquis grâce à l'Initiative, notamment son rôle dans le renforcement des systèmes de santé, et émettre des recommandations en vue des futures actions à entreprendre et des perspectives de l'OMS et de ses partenaires ;
- évaluer l'aptitude de l'OMS à mobiliser et entretenir un partenariat mondial majeur, et à y contribuer, notamment en renforçant l'harmonisation entre les organismes des Nations Unies et les autres organisations et partenaires intéressés ;
- recenser les possibilités de collaborations futures entre l'OMS et les principaux donateurs et partenaires.

### 3.2 Axes de l'évaluation

Outre les objectifs intermédiaires de « 3 millions d'ici 2005 » et autres aspects déjà étudiés dans les rapports de situation périodiques de l'OMS, l'évaluation comprenait un examen des enseignements acquis dans les domaines d'évaluation suivants, considérés comme centraux :

- rôle mondial de l'OMS dans la conduite, les alliances et la promotion de « 3 millions d'ici 2005 » ;
- mise en œuvre, gestion et coordination du programme au Siège de l'OMS et dans les Bureaux régionaux et de pays, ainsi qu'entre les différents domaines techniques ;
- utilisation et efficacité des directives et instruments normatifs de l'OMS ;
- information stratégique ;
- appui technique et renforcement des capacités ;
- complémentarité entre les activités de l'OMS et celles de ses partenaires ;
- équité dans l'accès.

<sup>21</sup> Le mandat figure en intégralité à l'Annexe 1.

D'autres thèmes centraux<sup>22</sup> considérés comme particulièrement importants pour l'Organisation n'ont pas pu être traités directement par l'équipe d'évaluation, et ont fait l'objet d'études ciblées séparées :

- présélection des médicaments antirétroviraux (ARV) ;
- initiative de l'OMS visant à mettre au point un réseau mondial de surveillance et de suivi des résistances aux médicaments du VIH ;
- étude des tendances des prix des ARV en tant que précurseur de « 3 millions d'ici 2005 », et du rôle de l'AMDS dans le domaine de la gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments et produits diagnostiques.

L'évaluation devait avant tout mettre l'accent sur le rôle de l'OMS dans les pays, notamment en Afrique. Les activités et le calendrier de l'équipe d'évaluation reflètent cette priorité.

### 3.3 Méthodologie

#### 3.3.1 Approche générale

- L'équipe d'évaluation a entrepris de mener une recherche orientée vers l'apprentissage, venant appuyer la stratégie de développement de l'« apprentissage par la pratique » mise en œuvre par l'OMS, évaluation basée sur un programme de travail présenté par l'équipe et étudié par le Comité d'orientation en août/septembre 2005<sup>23</sup>. Ce programme visait à :
  - examiner les résultats de l'action de l'OMS, par une analyse rétrospective ;
  - évaluer plus en profondeur certaines contributions techniques essentielles ;
  - réunir des données permettant de guider les décisions futures, par une analyse prospective.
- L'évaluation visait à apprécier les contributions de l'OMS aux apports, aux processus et aux résultats qui ont influencé d'autres acteurs ainsi que les individus, associations et organisations qui ont mené des activités concernant l'extension de l'accès au traitement.
- L'évaluation ne visait pas à établir si le programme de travail de l'OMS avait déjà produit des effets sur le développement, ni dans quelle mesure la fixation de l'objectif de « 3 millions d'ici 2005 » pouvait, en elle-même, expliquer l'accroissement du nombre de personnes qui suivent actuellement un TARV.
- L'équipe d'évaluation a estimé que tenter d'attribuer les évolutions complexes des ripostes mondiales et locales au VIH et au SIDA depuis deux ans à une seule institution ou à un objectif unique limiterait les possibilités de comprendre comment et pourquoi certains effets se produisent (en fonction d'une multitude de participants, de contributions et d'influences), et constituerait un obstacle à l'apprentissage. L'évaluation a au contraire été conçue de manière à recueillir des données concernant les changements intervenus dans la sphère d'influence des programmes de l'OMS et de sa structure organisationnelle, afin de fournir en retour des informations sur les moyens d'étendre cette influence dans l'avenir.

<sup>22</sup> Ces thèmes ont été retenus parce que considérés comme particulièrement importants vis-à-vis de la contribution de l'OMS, et/ou parce que l'équipe d'évaluation ne disposait pas en propre des compétences nécessaires pour les traiter.

<sup>23</sup> La dernière version du plan de travail est datée du 28 octobre 2005. Il n'a pas été effectué de révision finale, puisque l'évaluation était déjà en cours à cette époque.

### 3.3.2 Hypothèses sur lesquelles l'évaluation s'est fondée

- L'objectif global de « 3 millions 'ici 2005 » (effet escompté) du programme de travail de l'OMS n'a été considéré que comme une balise (et un test de validité), et non comme un étalon de mesure des résultats obtenus par l'Organisation.
- En se concentrant sur les enseignements issus des actions entreprises, l'équipe d'évaluation s'est efforcée de fournir à l'OMS des informations utiles permettant de réduire ses risques en tentant de nouvelles approches, de contribuer à élaborer d'autres programmes innovants, et de favoriser de nouveaux partenariats. Cette évaluation s'est déroulée dans l'esprit d'aider l'Organisation à étendre encore les influences positives (et à réduire autant que possible les conséquences négatives), nées de la passion, de l'engagement et du sens de la mission, constitutifs de « 3 millions d'ici 2005 ».
- Le risque de ne pas parvenir à découvrir une « attribution cachée » peut s'éliminer en apportant une information qui fasse prévaloir l'amélioration sur la preuve, la compréhension sur les chiffres comptables, et la création de savoir sur l'attribution des mérites.
- L'évaluation a tenu compte du fait que de nombreux partenaires mondiaux et nationaux étaient souvent mieux placés pour introduire des changements, alors que l'OMS ne pouvait y exercer d'influence qu'en donnant accès à de nouvelles ressources, idées, discussions et possibilités sur une période limitée.
- Les programmes de développement les plus féconds sont ceux qui confèrent l'autorité et les responsabilités aux acteurs de l'« appropriation locale ». Le succès de ces programmes devrait donc être déterminé par la mesure dans laquelle ils ont pu influencer ce processus.

### 3.3.3 Stratégie de l'évaluation

Compte tenu du type de décisions que l'exercice avait pour but de guider et de son mandat, l'équipe d'évaluation a choisi d'employer une méthode principalement qualitative, en associant plusieurs outils d'évaluation permettant de rassembler des données par les moyens suivants :

- étude détaillée de la documentation ;
- entretiens individuels et/ou de groupe avec les principaux partenaires et intéressés (internes et extérieurs) ;
- enquête (complétée d'entretiens) auprès des chefs d'équipes techniques au Siège de l'OMS ;
- visites dans 7 des 49 pays visés (Burkina Faso, Guyana, Inde, Kenya, Malawi, Mozambique et Ukraine) <sup>24</sup>, dont 4 en Afrique ;
- visites dans quatre Bureaux régionaux (le Bureau régional OMS de l'Afrique, à Harare ; le Bureau régional OMS des Amériques/OPS, à Washington ; le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, au Caire ; et le Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est, à New Delhi) ;
- enquête électronique auprès du personnel des Bureaux de l'OMS dans les pays, des directeurs des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, et des Groupes thématiques SIDA des Nations Unies dans les pays visés par « 3 millions d'ici 2005 » ;
- études ciblées commandées à l'extérieur.

<sup>24</sup> En raison de troubles permanents en Éthiopie, la mission dans ce pays, déjà reportée, a dû être annulée en dernière minute et n'a pu être remplacée par une visite dans un autre pays.

Étant donné qu'une grande partie des données recueillies en vue des conclusions étaient de nature qualitative et reposaient sur des convictions ou intuitions personnelles, on a employé pour les valider une stratégie de **triangulation**<sup>25</sup> (différentes sources et une méthode mixte de collecte des données). Des procédures ont été mises en place afin de vérifier la cohérence interne et la concordance externe des observations en les comparant à d'autres sources et aux éléments empiriques recueillis (essentiellement par des visites sur site). La plupart des conclusions et recommandations du rapport ont fait l'objet d'un assentiment unanime ; dans quelques cas, la décision a été prise à la majorité des membres de l'équipe.

Les pays à visiter ont été choisis sur la base des critères indiqués par le mandat, entre autres l'appartenance aux pays visés par l'Initiative, la présence dans le pays de partenaires internationaux majeurs, et la présence d'un fonctionnaire de l'OMS chargé de « 3 millions d'ici 2005 ».

### 3.3.4 Activités

L'évaluation s'est déroulée aux niveaux mondial, régional et national. Pendant les quatre mois courant entre septembre et début décembre 2005, l'équipe d'évaluation s'est rendue :

- au Siège de l'OMS, à Genève (Directeur général, Département VIH/SIDA, autres départements concernés par l'action contre le VIH/SIDA) ;
- dans les sept pays sélectionnés et dans quatre Bureaux régionaux ;
- auprès de représentants d'un grand nombre de parties et partenaires au niveau mondial, dont la liste figure en Annexe 2.

Pour éviter de n'étayer les conclusions que sur l'échantillon relativement modeste que constituaient les 7 pays, il a été décidé de prendre en compte l'intégralité des 49 pays visés à l'aide de 3 enquêtes : auprès des directeurs des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA dans les ministères de la santé ; auprès des fonctionnaires de l'OMS chargés de « 3 millions d'ici 2005 » ; et auprès des Groupes thématiques SIDA des Nations Unies dans les pays.

Avec l'accord du Comité d'orientation et conformément à la logique générale de l'évaluation comme exercice formatif et d'apprentissage, des fonctionnaires de l'OMS rattachés au Siège et aux Bureaux régionaux ont participé à titre d'observateurs à toutes les évaluations locales. Dans les pays, des fonctionnaires locaux de l'Organisation, le plus souvent ceux chargés de l'Initiative, ont accompagné l'équipe d'évaluation dans la plupart de ses réunions et entretiens non confidentiels. Lors de rencontres plus sensibles avec des responsables des parties et partenaires (liste des contacts en Annexe 2), cette participation de l'OMS a été exclue. L'équipe d'évaluation et le Comité d'orientation ont examiné dans son ensemble la participation de l'OMS à l'évaluation, et en ont conclu que cette participation n'avait en rien affecté l'indépendance de l'évaluation.

<sup>25</sup> Dans cette stratégie, les éléments obtenus de sources diverses et mutuellement indépendantes sont compilés et comparés, en vue de confirmer ou d'invalider les hypothèses. La théorie de la décision utilise l'information « préalable » pour en déduire les options les plus susceptibles de succès lors de la décision.

Les visites dans les pays et bureaux régionaux n'étaient pas destinées à recueillir des évaluations individuelles approfondies des résultats de l'OMS dans chacun de ces lieux, mais plutôt à procurer des illustrations des difficultés, possibilités et complexités du milieu dans lequel s'exerce l'action de l'OMS. Des comptes-rendus de fin de mission ont eu lieu dans les Bureaux régionaux et de pays, mais il n'a pas été fourni à ces derniers de rapports détaillés par pays<sup>26</sup>.

### 3.3.5 Contraintes

L'équipe d'évaluation reconnaît unanimement que les contraintes suivantes pourraient être considérées comme des limitations à la portée et à la conduite de cette évaluation<sup>27</sup> :

1. L'évaluation s'est déroulée selon un calendrier très serré, qui prévoyait un grand nombre d'activités dans de nombreux pays. Tout cela dépendait de la collaboration d'un grand nombre de personnes, notamment des parties intéressées et du personnel de l'OMS. Toutes les activités planifiées ont été exécutées, et l'équipe a obtenu une excellente collaboration de la part de presque tous les répondants.
2. La portée et les axes de l'évaluation, prescrits par le mandat, ont été respectés par l'équipe d'évaluation. Par conséquent, certains domaines de programme ou points précis n'ont pas reçu autant d'attention qu'elles l'auraient mérité selon certains.
3. Il n'existait pas pour ce programme de « cadre d'analyse logique » par rapport auquel évaluer les résultats de l'Initiative, ce qui a conduit à adopter une approche non conventionnelle d'« évaluation de programme ». L'équipe a dû construire un cadre « post-ante », dérivé de la documentation étudiée, des visites dans les pays, etc., qui comporte un certain degré d'interprétation de la part des évaluateurs quant à ce que l'Organisation avait réellement en vue d'accomplir dans le cadre de son programme de travail.
4. Le plan d'évaluation a dû être conçu par l'équipe au cours des premières semaines de son mandat, et ne repose pas sur un schéma préalablement établi de façon indépendante et que l'équipe aurait pu appliquer, cas fréquent lors de vastes et complexes évaluations comme celle-ci. Les délais d'élaboration du plan d'évaluation n'étaient pas réalistes, même si le plan proposé a été soumis à un examen attentif du Comité d'orientation et à un processus itératif de modification.

<sup>26</sup> Les notes sur les pays et Bureaux régionaux visités figurant en Annexe 5 résument les observations de l'équipe d'évaluation, et ne sont en aucun cas à interpréter comme une « évaluation » globale de l'action de l'OMS ou des résultats nationaux dans ces pays ou régions.

<sup>27</sup> D'autres précisions sur ces contraintes figurent à l'Annexe 4 sur la méthodologie de l'évaluation.



## **PARTIE 2**

---

### **Analyse rétrospective**





## 4 Conclusions de l'évaluation

### 4.1 Objectif stratégique 1 : Leadership mondial, sensibilisation et partenariats

#### 4.1.1 Leadership mondial

1. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a joué un rôle majeur pour que l'on reconnaisse très largement l'accès aux TARV comme une intervention essentielle de santé publique, et démontrer qu'il était applicable même là où les ressources faisaient défaut. Un large consensus sur le droit au traitement s'était peu à peu construit entre les militants, les organisations de développement et les gouvernements entre la XIII<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA de Durban, en 2000, et le mois de septembre 2003. Mais le lancement de « 3 millions d'ici 2005 » a porté l'engagement en faveur du traitement à un point de non-retour. Il a constitué une étape conceptuelle cruciale, qui a conduit à la déclaration sur l'*accès universel*<sup>28, 29</sup>. Grâce à son influence institutionnelle, l'OMS a pu convaincre de nombreux gouvernements nationaux qu'il était possible de fournir des TARV à l'aide de programmes de santé publique à grande échelle dans les pays en développement ; ce qui a également incité des organisations de financement à investir en faveur des traitements.
2. Ce processus a permis à l'OMS de retrouver un rôle mondial à la pointe de la riposte du secteur de la santé au VIH et au SIDA. Tous les partenaires nationaux et internationaux rencontrés au cours de cette évaluation attendent de l'OMS qu'elle joue de façon forte et continue un rôle moteur en matière technique et politique dans la riposte du secteur santé au VIH et au SIDA, et qu'elle l'assume dans le cadre plus large de la santé et du développement. Il conviendrait ainsi d'insister davantage sur le renforcement des systèmes de santé, et de proposer des conseils et stratégies pour le financement et l'appui aux gouvernements nationaux en vue d'améliorer la santé de leurs peuples et d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, par exemple en améliorant les politiques du secteur santé et en créant des instruments de financement tels que les SWAp et les fonds communs.
3. Le leadership mondial ne concerne pas que la sensibilisation, mais doit aussi s'établir et se maintenir par une excellence programmatique, normative et technique, ainsi qu'en œuvrant au travers de partenariats solides et efficaces. Certains partenaires du développement consultés pendant l'évaluation ont assez fortement critiqué l'OMS pour son manque de préparation stratégique et programmatique dans l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Il faut reconnaître que jusqu'en 2003, il n'existait pas encore de consensus général parmi les grandes institutions (ni même au sein de l'OMS) quant à la généralisation à grande échelle de l'accès aux TARV en tant qu'intervention prioritaire de santé publique<sup>30</sup>.

<sup>28</sup> Le G8 s'est engagé à « réduire de façon importante les infections par le VIH et collaborer avec l'OMS, l'ONUSIDA et d'autres organes internationaux pour élaborer et mettre en œuvre un ensemble de mesures préventives, de traitements et de soins pour le VIH, dans l'objectif de s'approcher le plus possible d'un *accès universel* au traitement pour tous ceux qui en ont besoin, d'ici 2010 ». (Gleneagles, juillet 2005).

<sup>29</sup> L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a été présentée comme élément d'appréciation au Comité parlementaire du développement international du Royaume-Uni en vue de déterminer la position du gouvernement britannique sur l'*accès universel* en prévision du sommet de Gleneagles.

<sup>30</sup> Par exemple, *Une stratégie globale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA 2003–2007* évoquait « des déséquilibres dans l'accès aux traitements », sans pour autant appeler à des changements drastiques de politiques.

4. Dès le départ, l'OMS a clairement indiqué que cet objectif ne pourrait être atteint que si des « ressources humaines, techniques et financières » étaient dégagées, et si les pays, les Nations Unies, les gouvernements nationaux et la société civile s'y engageaient. Un certain nombre d'importantes consultations ont eu lieu avant le lancement de l'Initiative, pour tenter de réunir un consensus sur cette cible et d'obtenir des appuis pour en faire une priorité partagée. L'OMS a obtenu l'accord d'autres partenaires importants pour la conduire en tant qu'« initiative d'urgence ». Toutefois, l'équipe d'évaluation a rencontré de hauts responsables des institutions qui s'étaient officiellement engagées dans l'Initiative, qui estimaient que l'OMS n'était pas parvenue par la suite à conduire celle-ci en tant que partenariat mondial effectif. Par conséquent, l'équipe a rencontré dans de nombreux cercles internationaux le sentiment que « 3 millions d'ici 2005 » n'était qu'une « initiative de l'OMS ».

#### 4.1.2 Sensibilisation

5. En tant qu'organisme coparrainant de l'ONUSIDA, l'OMS était la seule institution ayant le mandat et la crédibilité pour déclarer que le manque d'accès aux TARV constituait une urgence de santé mondiale. La cible de « 3 millions d'ici 2005 » est devenue un slogan largement utilisé par la plupart des partenaires de la communauté internationale, quelles qu'aient été leurs convictions particulières quant au réalisme de cet objectif, à mesure que l'Initiative attirait une attention et un engagement de plus en plus forts au niveau mondial, tout en leur donnant un nom.
6. La sensibilisation à l'initiative a eu un effet important sur l'OMS en tant qu'organisation<sup>31</sup>. Après des années d'ambivalence et d'inaction sur le VIH et le SIDA de la part des principaux dirigeants de l'OMS, et pour la première fois depuis la fin du Programme mondial contre le SIDA (GPA) en 1995<sup>32</sup>, l'Initiative a remis le sujet au centre des priorités de toute l'Organisation.
7. Quelle que soit son utilité en termes de sensibilisation, à la fin de 2005 de nombreux partenaires consultés par l'équipe considéraient qu'il n'était pas réaliste d'ériger cette cible mondiale de 3 millions en objectif des programmes de santé publique, car elle avait été fixée sans participation suffisante des pays concernés. Même si l'OMS comptait en faire une cible « universellement » admise, nombreux étaient ceux qui la percevaient comme une aspiration de la seule OMS. Un certain nombre de pays qui s'étaient déjà fixé des objectifs, notamment en Afrique, ont été amenés par l'Initiative à les modifier, souvent dans l'attente d'un soutien financier accru qui ne s'est pas concrétisé. Certains répondants des ministères de la santé estimaient que l'OMS avait encouragé les gouvernements nationaux à prendre des engagements qu'il leur était impossible de tenir dans le cadre de leurs contraintes existantes. Au-delà d'un slogan accrocheur suscitant des attentes, il était donc peu probable que cette cible fût atteinte, puisque ni l'OMS ni la communauté internationale n'étaient véritablement prêtes pour ce faire.

<sup>31</sup> Voir aussi le Chapitre 4.6 sur l'analyse organisationnelle.

<sup>32</sup> L'Annexe 7.1 présente un résumé historique du domaine d'activité VIH/SIDA à l'OMS.

8. Ce qu'il adviendrait de l'Initiative au-delà de décembre 2005 n'a pas été suffisamment réfléchi (même certains Bureaux de l'OMS contactés au cours de l'évaluation étaient imprécis à cet égard). La stratégie de communication adoptée par l'OMS pour expliquer « la cible manquée » n'a pas réussi à contextualiser l'état de la riposte mondiale, permettant de guider le processus aujourd'hui en cours aux Nations Unies, sous l'égide de l'ONUSIDA, visant à établir le cadre de l'accès universel<sup>33</sup>. Un certain scepticisme et des réserves demeurent quant à la volonté des instances dirigeantes de l'OMS de poursuivre cette initiative audacieuse.

#### 4.1.3 Partenariats<sup>34</sup>

9. L'OMS savait combien il était important de collaborer avec de nombreux partenaires pour atteindre l'objectif de « 3 millions d'ici 2005 »<sup>35</sup>. Une unité spéciale a été créée au sein du Département du VIH, au Siège de l'OMS, pour promouvoir et renforcer les partenariats. La priorité de cet aspect a également été perçue aux niveaux des Régions et des pays. Même si nombre de partenaires du développement avaient déjà commencé à s'intéresser au TARV, l'appui de l'OMS au mouvement a favorisé la tendance des organisations de développement à le reconnaître en tant que priorité de santé publique.
10. Au début de 2004, seuls 14 partenariats étaient établis avec l'OMS, pour la plupart de nature technique et traditionnelle. L'OMS a recensé plus de 180 partenariats possibles à la suite de la première (et unique) réunion mondiale des partenaires, en mai 2004<sup>36</sup>. En dépit de ses intentions, l'OMS est toujours restée très loin d'établir un réseau mondial de partenariat afin d'atteindre l'objectif de 3 millions d'ici 2005 ». Tous les Bureaux régionaux ont organisé d'importantes réunions pour identifier tous les partenaires potentiels. Cependant, hormis dans les Régions des Amériques et de la Méditerranée orientale, ces réunions n'ont débouché sur aucune coopération concrète durable, parce que trop vastes et ne disposant pas des ressources nécessaires au suivi prévu. Avant que les premières idées de collaboration nées de ces réunions aient pu être mises en pratique, l'Initiative appartenait déjà au passé.
11. L'OMS ne disposait pas au départ d'une stratégie visant à identifier, à sélectionner et à gérer des partenariats pour « 3 millions d'ici 2005 »<sup>37</sup>. On constate dans l'ensemble un manque de réflexion stratégique à propos des moyens de constituer et de structurer des partenariats à différentes fins, par exemple pour remplir des fonctions politiques, stratégiques, techniques,

<sup>33</sup> Sur l'accueil largement négatif réservé par les médias internationaux à cette cible manquée, voir les coupures de presse consacrées à la Journée mondiale du SIDA 2005, à l'Annexe 12. L'OMS maintient qu'elle a préparé la communauté du développement et les médias internationaux à cette cible manquée. Pourtant, de nombreux rapports et déclarations émanant même de partenaires généralement favorables ont été publiés à la fin 2005, critiquant ouvertement et fortement l'OMS.

<sup>34</sup> Ces paragraphes traitent principalement des partenariats en général, et de certains groupes de partenaires. On trouvera à l'Objectif stratégique 2 d'autres considérations relatives aux partenariats, notamment avec les gouvernements (partenaires « primaires » de l'OMS), tandis que les partenariats plus techniques sont traités aux Objectifs stratégiques 3 et 4; voir aussi Analyse organisationnelle.

<sup>35</sup> « Aucun organisme n'est en mesure d'atteindre par ses propres moyens l'objectif des 3 millions de personnes », OMS/ONUSIDA, 2003, p.33.

<sup>36</sup> Une deuxième réunion prévue pour octobre 2005 a été reportée, puis remplacée par une réunion sur l'accès universel.

<sup>37</sup> L'OMS invoque le fait que l'ONUSIDA est la principale structure de coordination des partenariats concernant le VIH/SIDA. Ce qui soulève une question importante de la collaboration avec l'ONUSIDA : si les deux organismes ont lancé ensemble l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », l'engagement ultérieur du secrétariat de l'ONUSIDA (et d'autres partenaires qui avaient initialement adhéré à l'entreprise) semble avoir été moins soutenu. En dépit de ses intentions et de ses efforts, l'OMS n'est jamais réellement parvenue à faire de « 3 millions d'ici 2005 » une initiative de l'ensemble du système des Nations Unies, et la plupart des partenaires contactés l'ont perçue jusqu'au bout comme une initiative de l'OMS. Les raisons pour lesquelles d'autres organisations et partenaires n'ont pas adhéré à l'initiative, préférant appuyer l'accélération des TARV, sont multiples et dépassent le cadre de cette évaluation.

opérationnelles ou de sensibilisation. En conséquence de ces dispositions floues, les partenaires ont souvent trouvé difficile de travailler avec l'OMS, et des occasions de collaborer plus efficacement ont parfois été perdues. Dans une approche de partenariat élargie, il est nécessaire d'accorder une grande importance à la qualité de la communication et à la transparence. Si des efforts ont été accomplis pour aborder ces questions de façon plus stratégique<sup>38</sup>, et si la communication et la mise en commun d'informations se sont améliorées avec le temps au niveau mondial, le potentiel de partenariats est demeuré largement sous-exploité.

12. Bien que l'OMS ait consenti des efforts considérables aux niveaux mondial, régional et national pour collaborer avec des partenaires non gouvernementaux (et extérieurs au système des Nations Unies), notamment des organisations à base religieuse, des associations et réseaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA et le secteur des affaires, nombre de ces partenaires auraient aimé que l'OMS apparaisse de façon plus visible, soit plus présente pour leur fournir des occasions de faire pression sur les gouvernements, et soit plus ouverte au partage d'informations et à l'expérience des autres.
13. En revanche, l'OMS s'est montrée beaucoup plus convaincante pour créer et entretenir des partenariats techniques, ce qui est l'un de ses points forts traditionnels. Les directives et outils normatifs élaborés dans le cadre de « 3 millions d'ici 2005 » ont presque tous été produits en collaboration, avec des contributions de nombreux organismes. Ces types de partenariats sont décrits dans d'autres sections de ce rapport ayant trait aux domaines d'activité (notamment 4.3 et 4.4).
14. L'OMS n'était pas parvenue à mobiliser auprès des donateurs un appui suffisant pour couvrir ses propres activités dans « 3 millions d'ici 2005 » avant le lancement de l'initiative. Des négociations intenses ont eu lieu avec des donateurs potentiels, mais avec un succès limité, tandis qu'un certain nombre d'assurances de soutien ne devaient pas se concrétiser dans l'immédiat. L'OMS s'attendait à obtenir des fonds de grandes institutions et programmes comme le Fonds mondial ou le PEPFAR, afin de financer les fonctions techniques et de leadership exigées par l'Initiative. Or ces attentes ne tenaient sans doute pas assez compte du fait que le cadre juridique régissant ces programmes (notamment le PEPFAR) s'opposait à ce que l'OMS bénéficiât de telles ressources. Dans le cas du Fonds mondial, son organe directeur a décidé de ne pas autoriser que ses fonds contribuent directement à l'action du système des Nations Unies au niveau mondial. La principale subvention, accordée à l'OMS par le gouvernement canadien (ACDI) au début 2004, a donc sauvé l'initiative « 3 millions d'ici 2005 »<sup>39</sup>. Alors que cette première période biennale de financement se termine, l'OMS n'est pas parvenue à s'assurer d'un financement continu dans ce domaine d'activité (une analyse plus détaillée de la situation financière précaire de l'OMS et des contributions des autres donateurs figure à la Section 4.6.4)<sup>40</sup>.
15. L'OMS a fourni, avec l'ONUSIDA, un appui technique considérable à l'établissement du Fonds mondial, et aidé les pays à soumettre avec succès des propositions à ce dernier. Les activités de l'OMS sont essentielles pour les résultats obtenus grâce à ces fonds, et le Fonds mondial a

<sup>38</sup> Résumé de l'unité PEC préparé à l'intention de l'équipe d'évaluation.

<sup>39</sup> Sur les aspects financiers de l'OMS, voir le Chapitre 4.6 : Analyse organisationnelle, et l'Annexe 7.

<sup>40</sup> La précarité du financement de l'OMS concernant ses activités en matière de VIH/SIDA soulève un problème fondamental pour la coopération internationale au développement, qui s'est exprimé lors de nombreux entretiens avec, en particulier, des donateurs et organismes partenaires du développement. Bien que la question dépasse le cadre de cette évaluation, l'équipe estime qu'il s'agit d'un des enjeux les plus fondamentaux dans le contexte de l'harmonisation et de l'alignement. Voir au Chapitre 5, Conclusions générales.

reconnu la nécessité de mécanismes mieux adaptés pour financer l'OMS (et d'autres) en vue de cette assistance technique. Il a fallu un certain temps avant que la collaboration entre l'OMS et le Fonds mondial ne soit formalisée, et elle s'est récemment améliorée par l'instauration d'un mécanisme accéléré d'étude et de résolution des problèmes (le GIST), en 2005.

16. La Banque mondiale est depuis 20 ans l'un des plus importants contributeurs au renforcement des systèmes de santé et à la réforme dans les pays, mais l'OMS et la Banque mondiale n'ont pas suffisamment profité de « 3 millions d'ici 2005 » pour joindre leurs forces et apporter à davantage de pays un soutien coordonné permettant de renforcer les ripostes de leur secteur santé<sup>41</sup>. Bien que l'OMS ait de fait collaboré avec le « Programme de traitement accéléré » de la Banque mondiale au Burkina Faso, au Ghana et au Mozambique, l'Organisation n'a apparemment pas été en mesure de proposer l'assistance technique nécessaire à cette fin, en raison de capacités insuffisantes<sup>42</sup>. Cela montre bien qu'aucune institution ne dispose à elle seule des solutions aux problèmes des systèmes de santé qui touchent tant de pays africains, et confirme à quel point la conjonction des efforts et les partenariats sont essentiels en ce domaine.
17. Deux réunions importantes ont eu lieu entre le bureau du coordinateur mondial du SIDA (OGAC/PEPFAR) et l'OMS, en juillet 2004 et février 2005, sans produire aucun accord stratégique de collaboration ; on ne trouve pratiquement pas de traces de ces échanges. Il s'est agi là d'une occasion manquée d'une extrême importance, puisque le PEPFAR apporte d'énormes ressources financières et techniques aux 15 pays visés, et que l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » aurait pu tirer bénéfice d'un accord stratégique entre les deux organisations.

### **Partenariats au sein du système des Nations Unies**

18. L'OMS a été bien longtemps perçue comme un partenaire secondaire dans la riposte des Nations Unies au VIH. Depuis que l'ONUSIDA a lancé avec l'OMS l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », il s'est montré l'un des alliés les plus sûrs de l'OMS au niveau des pays, usant de son influence pour promouvoir l'Initiative auprès des gouvernements hésitants et des partenaires du développement<sup>43</sup>. Nombre de partenaires des Nations Unies considèrent que l'accent mis par l'OMS sur le TARV constitue le chaînon manquant dans la stratégie de lutte contre le VIH et le SIDA.
19. L'OMS a contribué en 2005 à la création du Groupe spécial mondial (GSM)<sup>44</sup>, qui a introduit dans le système des Nations Unies la notion d'« organisme chef de file » et ainsi aidé à mieux définir la répartition des tâches dans la riposte mondiale au VIH. L'OMS s'est vu assigner le rôle d'organisme chef de file technique pour la riposte du secteur santé contre le VIH et le SIDA au sein des Nations Unies. Dans presque tous les pays enquêtés et visités<sup>45</sup>, l'équipe d'évaluation a pu constater que l'accent sur le traitement (et la prévention) était désormais

<sup>41</sup> Voir également la section concernant le renforcement des systèmes de santé (4.7.2).

<sup>42</sup> Une réunion de haut niveau a eu lieu aux premiers temps de l'Initiative entre le Dr LEE Jong-wook, Directeur général de l'OMS, et M. Wolfowitz, Président de la Banque mondiale, accompagnés de leurs conseillers techniques respectifs ; l'OMS a alors demandé l'aide financière de la Banque et proposé son assistance technique aux programmes MAP/TAP de la Banque. En dehors des TAP, aucun accord concret n'a été conclu.

<sup>43</sup> Sur les difficultés de collaboration entre le secrétariat de l'ONUSIDA et le Siège de l'OMS après le lancement de « 3 millions d'ici 2005 », voir la note 37.

<sup>44</sup> Il s'agit du Groupe spécial mondial pour l'amélioration de la coordination entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux pour renforcer la riposte au SIDA dans les pays. Le GSM s'efforce d'améliorer l'architecture internationale de la riposte contre le VIH et le SIDA. Il s'intéresse en particulier à la manière dont le système multilatéral peut faciliter, simplifier et harmoniser davantage les procédures et pratiques afin de renforcer l'efficacité des ripostes menées par les pays et de réduire la charge imposée aux pays.

<sup>45</sup> 20 réponses aux questionnaires, plus cinq pays visités (dont deux ont également répondu au questionnaire).

bien intégré à la riposte des Nations Unies dans les pays<sup>46</sup>. L'intensité de la collaboration entre l'OMS et chaque partenaire des Nations Unies dans les pays varie selon les cas et selon l'engagement de ces partenaires dans l'intensification de la riposte. D'après les fonctionnaires de l'OMS chargés de « 3 millions d'ici 2005 », la collaboration la plus importante semble s'établir avec l'ONUSIDA et l'UNICEF (Figure 3).

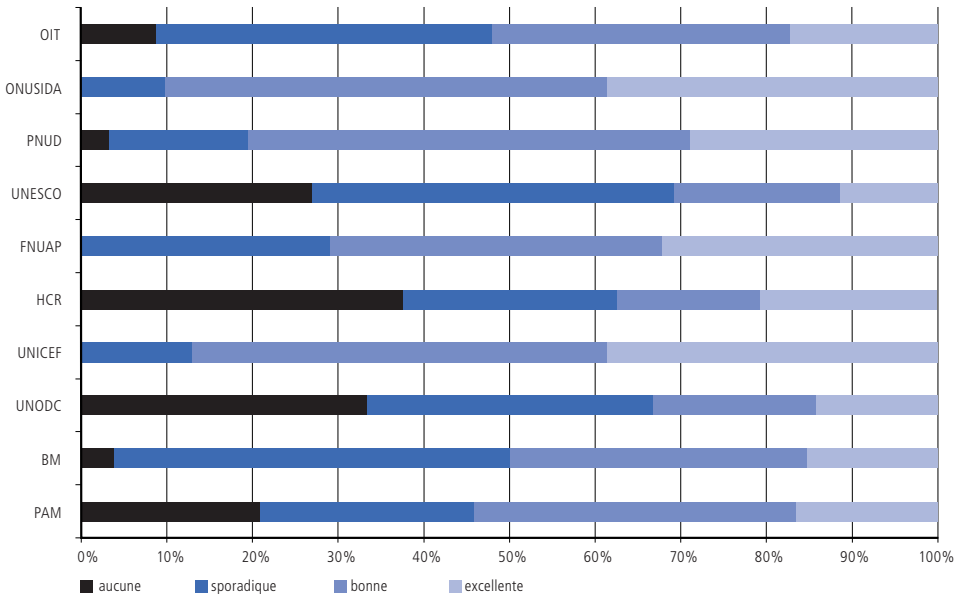
20. Cette répartition des tâches ne signifie pas qu'il n'existe aucun domaine d'activité contesté entre l'OMS et ses partenaires des Nations Unies. On en voit un exemple dans l'indécision sur la question de savoir qui de l'OMS ou de l'UNICEF est chargé de mener l'action de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ou des TARV pédiatriques. Cela semble en partie dû à l'ambiguïté persistante entre ce qui est considéré comme « technique et normatif » (compétence de l'OMS) et ce qui relève des « ripostes opérationnelles »<sup>47</sup>. De nombreux observateurs estiment qu'en dépit de progrès incontestables vers une harmonisation de l'action des Nations Unies, il reste à résoudre des problèmes de concurrence contreproductive dans certains domaines entre les différents organismes<sup>48</sup>.
21. On a remarqué que les organismes des Nations Unies présents dans les pays avaient attaché une grande importance à se répartir les tâches en fonction de ces recommandations du GSM dans le cadre du Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Au lieu de correspondre à une perspective stratégique de ce qui doit être accompli pour situer la riposte au VIH et au SIDA dans un plan de développement plus général, il semble que cette démarche pourrait conduire à passer à côté de la question. Par exemple, dans un pays où en 20 ans peu de progrès ont été accomplis dans la lutte contre l'épidémie de VIH, il paraît futile que ce processus se focalise exclusivement sur la distribution des rôles à court terme et la répartition des actions en matière de VIH/SIDA entre les organismes présents, plutôt que de s'attaquer aux causes profondes de ces échecs.

<sup>46</sup> Voir Annexe 6.3.

<sup>47</sup> En septembre, l'OMS et l'UNICEF, ainsi que les CDC et la Fondation Clinton, ont organisé au Malawi, une mission d'étude mixte avec des partenaires nationaux en vue d'identifier les obstacles à la PTME et les problèmes techniques et normatifs concernant les TARV des enfants. Cette mission, comportant la participation de membres des sièges et des bureaux dans les régions et pays, illustre comment il est possible de surmonter les différences entre institutions en collaborant sur des questions concrètes.

<sup>48</sup> Le rythme accéléré des évolutions politiques (en direction de l'*accès universel*), avant que l'on n'ait pu recenser et synthétiser les enseignements de « 3 millions d'ici 2005 », n'a pas laissé à ces organisations le temps d'assimiler ces derniers afin de définir la voie à suivre. Il y a là une source potentielle d'échec de l'harmonisation au sein du système des Nations Unies.

Figure 3 **Appréciations portées par les fonctionnaires de l'OMS chargés de « 3 millions d'ici 2005 » sur leur collaboration avec les autres organismes des Nations Unies**



Source : Enquête auprès des fonctionnaires de l'OMS chargés du traitement et de la prévention du VIH/SIDA, Annexe 6.1

### **Partenariats avec les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA**

22. L'OMS a apporté son soutien et sa contribution à un nouveau modèle d'administration des TARV, fondé sur une approche de santé publique (ASP), qui attribue des rôles et fonctions de premier plan aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les actions entreprises pour permettre à ces dernières de participer aux processus d'extension sont largement saluées et appréciées par leurs associations : c'est ainsi qu'en Inde et en Ukraine l'équipe d'évaluation a constaté que l'OMS avait contribué à aider ces associations à participer aux débats de politiques et à ce qu'elles soient plus impliquées dans la prestation des services. Dans bien des pays, en revanche, ce type de collaboration entre l'OMS et les associations n'est pas encore établi<sup>49</sup>. Il semble que ce soit particulièrement le cas lorsque les gouvernements ont du mal à admettre la participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA à la riposte nationale. Parfois, une collaboration plus étroite avec l'ONUSIDA aurait pu permettre à l'OMS de toucher plus efficacement ces populations.
23. Pour favoriser ce changement de modèle, l'OMS a adopté un principe porteur, consistant à recruter des personnes liées aux mouvements militants et aux ONG. Toutefois, l'Organisation emploie aussi, notamment au niveau des pays, des professionnels qui manquent de l'expérience nécessaire pour traduire ces principes en actes. Au sein de l'OMS, on ne mesure pas toujours

<sup>49</sup> Il n'est pas étonnant que la Coalition internationale pour la préparation au traitement (ITPC), dans sa propre évaluation de « 3 millions d'ici 2005 », ait déclaré que l'OMS manquait de visibilité au niveau des pays, et que nombre de ses membres ignoraient quelle était l'action de l'OMS dans leurs pays.



que la création de partenariats exige de considérables investissements, notamment en ressources humaines. Les réussites enregistrées aux trois niveaux de l'OMS semblent relever davantage des individus que d'une évolution systématique déterminée par une politique de l'Organisation<sup>50</sup>.

24. Les jeunes filles et les femmes qui vivent avec le VIH/SIDA doivent faire l'objet d'une attention spéciale. Si le Siège de l'OMS a établi des contacts et une collaboration avec la Coalition internationale des femmes (ICW) à son niveau, seules de rares questions concernant spécifiquement les jeunes filles et les femmes semblent avoir été traitées au niveau des pays.
25. L'OMS a consacré US\$ 1 million à la création d'un fonds collaboratif destiné à la Coalition internationale pour la préparation au traitement (ITPC), ce qui a permis de lever d'autres financements grâce à la Tides Foundation pour mener des activités essentiellement consacrées à préparer les communautés au traitement<sup>51</sup>. L'ITPC anime désormais un réseau dynamique et en forte croissance de personnes vivant avec le VIH/SIDA, d'organisations à base communautaire, et de personnalités partageant les mêmes intentions. Cette initiative se poursuit sans grande relation avec l'OMS, et les possibilités d'accentuer et de pérenniser le partage d'informations et la collaboration ne sont pas exploitées activement.

### **Autres partenariats, y compris avec ESTHER**

26. L'OMS a signé avec le groupement Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (ESTHER) un protocole d'accord en vue d'une collaboration en Afrique francophone, où l'OMS est historiquement moins implantée. Ce partenariat n'a pas encore apporté tous les fruits d'une telle collaboration stratégique ni de résultats concrets importants ; le réseau ESTHER admet d'ailleurs n'avoir pas toujours été organisé ou préparé pour collaborer avec l'OMS, et ne disposer que depuis peu de son propre personnel dans les pays à cette fin.
27. L'OMS a établi des relations avec d'autres organisations internationales très diverses, à base religieuse, regroupant des milieux d'affaires, ou non gouvernementales. Ces organisations n'ont que rarement une vision claire des moyens de participer à l'extension globale. Certains partenaires ont observé que l'OMS semblait plus intéressée à les utiliser à ses fins propres plutôt qu'à tirer pleinement parti de cette collaboration, ou à admettre que l'Organisation avait aussi quelque chose à apprendre d'eux. Dans une large mesure, les partenariats noués au niveau international ne se retrouvent pas toujours dans les pays, où les mêmes partenaires peuvent ignorer totalement la collaboration (ou l'absence de collaboration) entre leurs sièges, et où bien souvent les relations de travail qui en résultent dérivent d'occasions ponctuelles ou de réseaux personnels.
28. Le principe de la coopération Sud-Sud est souvent évoqué au sein de l'Organisation, et on connaît quelques exemples précis de la manière d'y parvenir : ainsi, le Bureau régional OPS apporte son soutien à l'*Asociación de Facultades de Enfermería* en Colombie, qui va adapter et enseigner aux infirmières la prise en charge intégrée des maladies de l'adulte et de l'adolescent (PCIMAA), en Colombie dans un premier temps puis dans d'autres parties de la Région grâce

<sup>50</sup> On trouve de nombreux exemples aux niveaux mondial, régional et national (par exemple la collaboration avec la Coalition internationale pour la préparation au traitement (ITPC), ou l'implication de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'administration des TARV au Burkina Faso, en Inde et en Ukraine), montrant que ces partenariats ont produit des résultats concrets appréciés.

<sup>51</sup> Une évaluation formative du projet ITPC devrait être achevée à la fin de 2005.

au réseau régional<sup>52</sup>. Des centres de connaissance ont vu le jour dans trois des Régions OMS, visant à renforcer les capacités en matière de traitement et de soins<sup>53</sup>. Le Bureau régional OMS de l'Afrique et celui de la Méditerranée orientale ont organisé de grandes réunions de partenaires avec la participation d'organisations du Sud, afin d'encourager la collaboration, et l'intérêt va croissant envers les réseaux d'appui technique dans la Région de l'Afrique.

### Coopération Sud-Sud pour la mise en œuvre de la PCIMAA :

Afin de diffuser plus largement la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte dans les pays africains, l'OMS a de plus en plus recours à des consultants régionaux expérimentés, originaires de pays où elle est déjà appliquée, pour qu'ils aident leurs voisins à adapter les matériels et à mener la formation initiale. Dans d'autres cas, des représentants des programmes VIH d'un pays donné ont suivi la formation dispensée dans un autre pays où la PCIMAA était déjà mise en œuvre, afin d'en acquérir une expérience directe. En agissant de la sorte, on est parvenu à créer des compétences régionales pour appliquer la PCIMAA et intéresser un plus grand nombre de pays à cette approche. Plus récemment, celle-ci a de plus été étendue de l'Afrique francophone à Haïti grâce à des échanges de matériels traduits et de consultants spécialisés.

<sup>52</sup> Le principe de la coopération Sud-Sud se manifeste également dans l'apparition de collaborations techniques entre pays à revenu faible et intermédiaire. Le Réseau technologique sur le VIH/SIDA en constitue un bon exemple : il s'agit d'une initiative commune du Brésil, de la Chine, de la Fédération de Russie, du Nigéria et de l'Ukraine visant à collaborer à la recherche, au développement et à la production de médicaments anti-VIH, de produits diagnostiques et d'autres produits. L'ONUSIDA a également entrepris de créer des « Établissements techniques régionaux de soutien » qui contribueront à renforcer et à mieux coordonner l'assistance technique en s'appuyant sur des synergies régionales.

<sup>53</sup> Il s'agit d'une initiative financée par la *Gesellschaft für technische Zusammenarbeit* (GTZ) pour construire des capacités par une coopération Sud-Sud en matière de formation et d'assistance technique entre des organisations locales et les services du VIH/SIDA dans les Régions OMS de l'Europe, de la Méditerranée orientale et de l'Afrique. À la mi-2005, sept centres de connaissances avaient formé plus de 1 500 personnes-ressources. S'ils ont contribué de façon conséquente, avec l'OMS, à renforcer les capacités des pays, le rôle global de ces centres et leur potentiel en tant que modèles restent à préciser.

## 4.2 Objectif stratégique 2: Appui d'urgence et durable aux pays<sup>54</sup>

### 4.2.1 Le rôle de l'OMS dans les pays

1. L'OMS s'est engagée dans une collaboration avec les gouvernements nationaux de 49 pays visés en vue d'élaborer ou de réviser leurs plans d'extension des traitements, pour les mettre en accord avec l'urgence et l'échelle de l'objectif de « 3 millions d'ici 2005 ». Au lancement de l'Initiative, seuls trois pays avaient mis en place des plans nationaux, alors qu'aujourd'hui la plupart disposent à la fois d'un plan et d'un objectif guidant leur programme. Très souvent, cela a conduit à fixer de nouvelles cibles, ou à revoir considérablement les engagements, pour les aligner sur l'objectif mondial, le cas général consistant à tenter d'assurer un accès à 50 % des personnes ayant besoin d'un traitement<sup>55</sup>. Certains ministères de la santé ont reproché à l'OMS d'avoir imposé ces cibles sans fournir de moyens adéquats pour les atteindre<sup>56</sup>. Toutefois, le plus souvent, la cible nationale a considérablement servi à motiver les gouvernements nationaux en vue d'accélérer la mise en œuvre de leurs plans opérationnels, et la majorité des personnes interrogées considèrent que les effets bénéfiques de l'Initiative, quoi que l'on puisse parfois penser de la cible, ont largement compensé le fait que cette cible ait été manquée dans bien des cas.
2. Les premières actions d'appui technique de l'OMS en faveur de « 3 millions d'ici 2005 » se sont concentrées sur l'état de préparation des pays à l'extension du traitement, et ont porté sur l'assistance technique à la mobilisation de ressources, l'élaboration de directives, le renforcement des capacités, la gestion des approvisionnements et des stocks, et l'aide à la planification. L'OMS a fourni cette assistance à partir de différentes sources, notamment les Bureaux de pays, des missions ponctuelles du Siège et des Bureaux régionaux (notamment dans les toutes premières phases), et des fonctionnaires chargés de l'Initiative dans les pays. L'OMS a en outre aidé à faire intervenir des consultants extérieurs, et mis à contribution ses partenaires techniques, tels que les membres du HIVResNet.
3. Il ne fait aucun doute que l'arrivée de personnel technique dédié (les fonctionnaires chargés de « 3 millions d'ici 2005 ») a immensément amélioré la cohérence, la qualité et la pertinence de cet appui technique. Le degré de réalisation des activités prévues et le type de soutien que ces fonctionnaires s'attendent à fournir au cours du prochain cycle du programme sont extrêmement variables d'un pays à l'autre, et varient en outre selon l'ancienneté du fonctionnaire dans le poste. Les fonctionnaires de « 3 millions d'ici 2005 » enquêtés dans les pays estiment que leur travail de planification et de facilitation de l'appui au pays pourrait être mieux structuré s'ils disposaient de conseils directs et connaissaient précisément la portée de ce que l'OMS pourrait ou devrait proposer.
4. Dans les 15 pays où le PEPFAR est très présent et où agissent déjà nombre d'autres organismes, l'OMS a souvent rencontré des difficultés pour définir son avantage comparé et le faire valoir auprès des autres partenaires. L'équipe d'évaluation a constaté que la plupart des partenaires

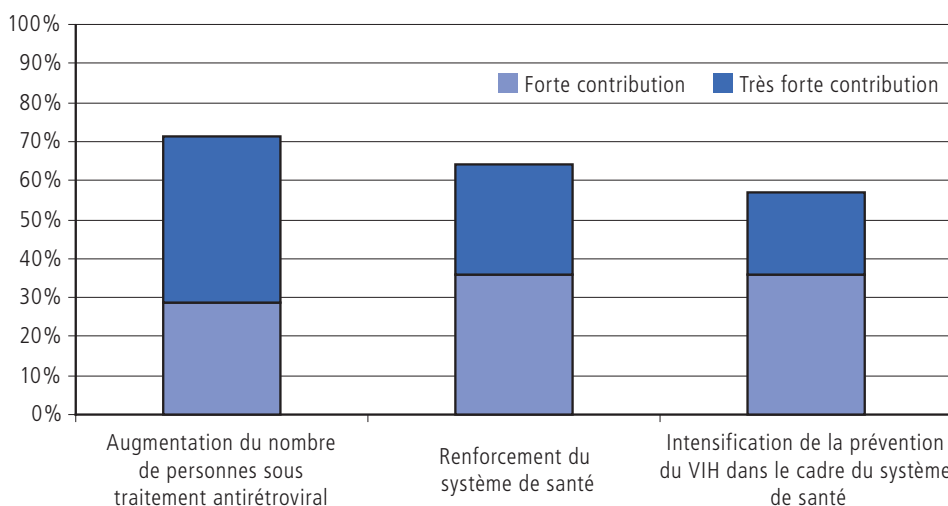
<sup>54</sup> Les observations formulées sur ce pilier se fondent sur les visites effectuées par l'équipe dans les pays (voir les notes sur les pays en Annexe 5), et sur le dépouillement des questionnaires adressés aux directeurs des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, au personnel de l'OMS dans les pays et aux Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA (Annexe 6).

<sup>55</sup> La position de l'OMS se basait sur les recherches et conclusions présentées dans l'article de Schwartländer B et al. *Science*, 29 juin 2001, 292 (5526): 2434-6.

<sup>56</sup> La ministre sud-africaine de la santé, notamment, a fait largement connaître ses critiques à l'encontre de l'OMS à cet égard

étaient résolument favorables à ce que l'OMS appuie le travail de coordination effectué par les ministères de la santé dans ce secteur. Il s'agit là d'un mandat important que l'OMS doit traduire en actes : il manifeste *en principe* un engagement envers l'« harmonisation ».

Figure 4 **Perception des contributions de « 3 millions d'ici 2005 » à l'extension de la riposte des pays, d'après les responsables des programmes nationaux de lutte contre le SIDA**

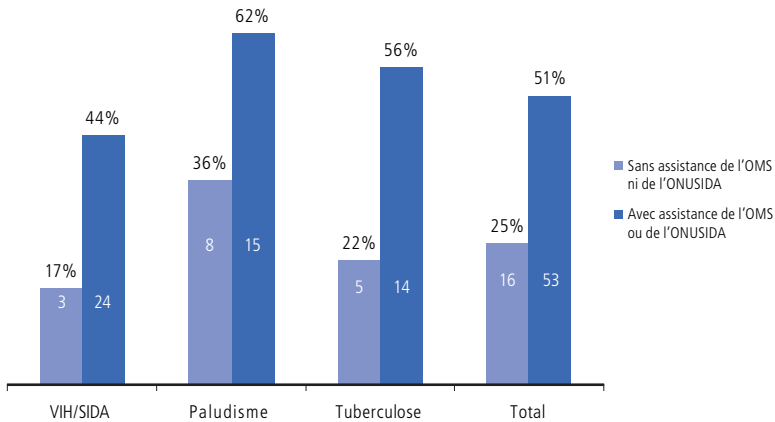


Source : Enquête auprès des responsables des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, Annexe 6.2

5. L'OMS a aidé les pays à mobiliser des fonds supplémentaires en faveur du traitement, et ce essentiellement par une assistance technique fournie avec l'ONUSIDA lors des propositions au Fonds mondial. Dans de nombreux pays, le processus s'est avéré exigeant en temps et en ressources, donc de nature à faire perdre de vue d'autres priorités de programme. En revanche, le taux de succès des demandes appuyées par l'OMS et l'ONUSIDA a été nettement plus élevé que la moyenne, ce qui a fortement contribué à la riposte nationale dans nombre de pays (Figure 5)<sup>57</sup>. Dans un pays au moins, le ministère de la santé a émis cette observation fondamentale que les consultants extérieurs intervenus à cette fin avaient dans le passé formulé des propositions ambitieuses, qui avaient trouvé un financement, mais qu'ils n'étaient plus disponibles pour aider à mettre en œuvre ces propositions. On voit là toute l'importance de la continuité dans l'appui technique direct, ou dans l'assistance technique fournie en partenariat avec d'autres organisations. Mais cette observation montre aussi qu'il est impératif pour le Fonds mondial de financer une assistance technique dans le cadre de son modèle de fonctionnement ; elle pointe aussi le rôle vital joué par l'OMS pour fournir cette assistance en fonction des demandes des pays, comme pour garantir sa cohérence, sa pertinence et sa qualité.

<sup>57</sup> Le fait que l'OMS, comme l'ONUSIDA fournissent ce soutien aux pays sur leurs propres ressources, alors que, en théorie, les ressources du Fonds mondial peuvent financer l'assistance technique aux pays, met en lumière la question non résolue de l'harmonisation et de la rationalisation d'une telle assistance et de son financement.

Figure 5 Propositions au Fonds mondial acceptées avec et sans l'assistance technique de l'OMS ou de l'ONUSIDA



Source: Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

### Bureaux de l'OMS dans les pays

- Dans la plupart des Bureaux de l'OMS dans les pays, le VIH et le SIDA relevaient auparavant d'un fonctionnaire de l'OMS recruté sur le plan national, d'un volontaire des Nations Unies, ou d'un membre du personnel qui avait d'autres domaines d'activité à couvrir ; ils ne faisaient donc pas l'objet de toute l'attention nécessaire. Les Bureaux de pays ne disposaient que de ressources financières très limitées sur le budget ordinaire pour appuyer les ripostes nationales, alors même que la lutte contre le VIH avait été désignée comme première priorité dans de nombreux accords de coopération stratégique passés entre l'OMS et les interlocuteurs nationaux (notamment en Afrique). Avec les fonctionnaires chargés de « 3 millions d'ici 2005 », les Bureaux dans les pays ont disposé pour la première fois depuis le Programme mondial sur le SIDA (1995) d'au moins une personne traitant exclusivement de la question.
- Si au cours des 10 à 15 dernières années la présence de l'OMS dans les pays a généralement monté en puissance grâce à son réseau de Bureaux, la coopération technique avec les gouvernements semble demeurer fragmentaire, et orientée sur des projets. L'OMS n'est pas encore parvenue à créer des synergies importantes entre les différents domaines d'activité au sein des programmes de ses Bureaux dans les pays, en dépit de son intention d'œuvrer en ce sens. On ne constate par exemple qu'une très faible intégration au travers de plans ou projets conjoints entre des domaines techniques ou programmatiques apparentés (tels que la tuberculose, la santé génésique et sexuelle, la santé de l'enfant et de l'adolescent et le renforcement des systèmes de santé), comme en témoignent les plans de travail et la manière dont les projets sont financés. Cet élément freine les progrès vers le renforcement intégré des systèmes de santé et la consolidation des liens entre les initiatives consacrées à des maladies spécifiques.
- Les Bureaux de l'OMS dans les pays ont tendance à fonctionner selon un rôle traditionnellement défini comme normatif et technique. Les gouvernements et les partenaires s'accordent

généralement à penser que c'est là le rôle central de l'OMS, mais les exigences générales du développement de la santé et la nécessité de mettre au premier plan la lutte contre le VIH et le SIDA impliquent de la part de l'OMS un rôle plus « politique », même si le personnel de l'Organisation peut parfois se sentir pris entre les attentes contradictoires des gouvernements et de la société civile. Auparavant, dans bien des pays, l'OMS ne contribuait pas à planifier les dispositifs d'assistance tels que les SWAp ou les DSRP, et ne se trouvait donc pas en situation de relier comme il convenait le VIH au programme plus général de santé et de développement. On rencontre aujourd'hui des exceptions où l'OMS joue un rôle plus « stratégique », catalytique » et « pertinent » dans son appui aux processus nationaux de développement du secteur santé ; toutefois, dans nombre de pays, l'Organisation ne possède pas encore localement toute l'expérience ou les compétences techniques requises à cet égard.

9. L'OMS a retenu 49 pays prioritaires, visés par l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », qui pèsent pour plus de 80 % de la charge du SIDA dans les pays en développement. En Afrique, les Bureaux de l'OMS dans les pays se sont vu attribuer trois niveaux de financement à cet effet : le plus élevé (environ US\$ 1 million) dans les pays très peuplés à forte prévalence ; un financement intermédiaire dans les pays à forte prévalence moyennement ou peu peuplés ; et le plus faible niveau à tous les autres<sup>58, 59</sup>. Les autres priorités établies dans l'appui à ces pays ont généralement obéi à des considérations ponctuelles, en réponse à des demandes d'assistance. À mesure que les Bureaux régionaux adopteront une démarche plus systématique dans la planification du programme VIH de leur ressort, la hiérarchisation devrait obéir à des considérations plus stratégiques, comme cela est déjà le cas dans les plans des Bureaux régionaux OMS de la Méditerranée orientale et des Amériques.
10. Dans le domaine du VIH, l'OMS occupe une position relativement faible par rapport à certaines organisations bilatérales et initiatives disposant de ressources plus importantes. C'est notamment le cas dans les 15 pays concernés par le PEPFAR. Les grands programmes bilatéraux dépassent de loin l'OMS en effectifs techniques (et en ressources financières) dans de nombreux pays. Le rôle moteur de l'OMS dans les pays est donc souvent mis en cause par ces puissants acteurs bilatéraux.
11. Nombre de pays ont exprimé le vœu que l'OMS joue un rôle plus actif dans la promotion des échanges régionaux et sous-régionaux entre pays, afin de diffuser les meilleures pratiques et de faciliter l'acquisition de connaissances par des visites et réunions régionales. Il existe un fort consensus politique pour favoriser et dynamiser les collaborations stratégiques Sud-Sud.

#### 4.2.2 Collaboration avec les gouvernements et les partenaires au niveau national

12. L'appui de l'OMS aux pays est largement fonction de la façon dont les gouvernements (ministères de la santé notamment) réagissent contre l'épidémie, et de leurs relations avec leur population. En vertu de son mandat, l'OMS a ces gouvernements nationaux pour premiers partenaires, et ce lien étroit s'apparente parfois à une symbiose. Les gouvernements contactés au cours de cette évaluation ont exprimé leur grande satisfaction quant à l'appui de l'OMS en général, et à son rôle

<sup>58</sup> Sa Constitution et son mandat imposent à l'OMS de venir en aide à tous ses États Membres. Si la plupart des autres organisations, bilatérales en particulier, peuvent choisir leurs partenaires nationaux et trier les demandes, l'OMS se doit de fournir ses services à tous les pays.

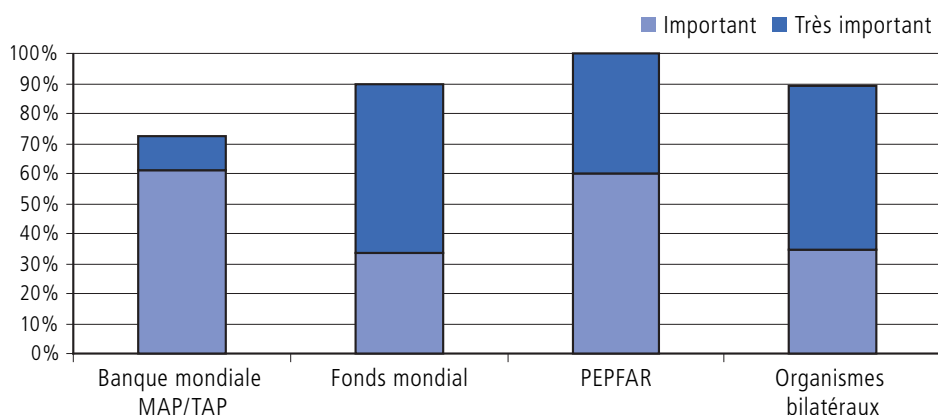
<sup>59</sup> On trouvera en Annexe 7 la description détaillée de l'appui financier aux pays.

dans l'extension des traitements en particulier. Les rares éventuelles réserves s'exprimaient sous des formes très indirectes (telles que « le soutien financier encore supérieur que l'on attendait »). Leur perception était que le principal apport de l'OMS concernait l'augmentation du nombre de personnes sous traitement ARV (Figure 4). Les responsables des programmes nationaux de lutte contre le SIDA estiment que la contribution de « 3 millions d'ici 2005 » a été bien moindre vis-à-vis de la prévention ou du renforcement des systèmes de santé.

13. Les partenaires du développement au sein des pays (dont ceux du système des Nations Unies, de la société civile, les personnes vivant avec le VIH/SIDA et le secteur privé) considèrent souvent l'étroite relation entre l'OMS et le gouvernement avec une certaine ambivalence : « jaloux » de cette relation, ils sont pourtant conscients qu'afin d'exercer une influence ou de provoquer un changement, ils auront peut-être besoin de l'OMS comme partenaire pour gagner en crédibilité et convaincre le gouvernement. Dans les meilleurs des cas, ils jugent très positif que l'Organisation encourage et favorise une participation ouverte de nombreux segments de la société et des partenaires extérieurs à la définition du programme sanitaire national, en collaboration avec le gouvernement. Mais l'OMS se voit par ailleurs souvent reprocher d'être trop proche du gouvernement, de se cacher derrière les politiques gouvernementales, d'éviter d'aborder les problèmes sensibles, de négliger les autres acteurs, et ainsi de suite.
14. Dans les pays où le ministère de la santé s'est engagé avec fermeté et constance dans l'extension des traitements contre le VIH, l'OMS est en mesure de collaborer avec lui en tant que principal allié et source de soutien, allant le cas échéant jusqu'à se « substituer » à certaines fonctions du ministère. À l'inverse, dans d'autres pays, la contribution de l'OMS reste très limitée, voire parfois paralysée (l'Afrique du Sud constitue un cas où les relations entre l'OMS et le ministère de la santé se sont rompues à propos de l'accès au TARV).
15. L'OMS a généralement éprouvé des difficultés à développer et à influencer de nouveaux types de partenariat dans les pays, hormis ses relations traditionnelles avec le ministère de la santé. Dans ce cas, le mode de fonctionnement requis est différent. L'OMS devrait réexaminer son rôle dans les pays, afin de mieux concevoir comment employer plus efficacement son avantage comparé et son mandat politique au service de l'action des autres. Les partenaires dans les pays ont nettement exprimé que l'OMS devrait mieux définir et communiquer son rôle, et se concentrer sur ses points forts.
16. C'est dans le cadre des équipes des Nations Unies dans les pays que la riposte en partenariat est la plus avancée, mais même l'alignement du système des Nations Unies ne comporte pas encore une approche plus globale reliant le VIH aux questions générales de développement et de pauvreté. Ce partenariat se limite encore à des problèmes précis comme la prévention de la transmission mère-enfant. En outre, la collaboration particulière entre l'ONUSIDA et l'OMS vis-à-vis de l'extension ne s'est guère manifestée au-delà des premières actions de sensibilisation.
17. Dans certains pays visités, notamment le Burkina Faso et l'Ukraine, l'OMS est parvenue à renforcer ses liens et sa collaboration avec les personnes vivant avec le VIH/SIDA et a beaucoup contribué à leur plus grande implication dans l'extension du traitement (et de la prévention). Dans d'autres, comme le Malawi ou le Mozambique, cela n'a pas été le cas. Dans l'ensemble, il apparaît que ces résultats découlent davantage de l'actions d'individus déterminés et expérimentés, plutôt que de l'application d'une politique organisationnelle. On voit là toute l'importance de recruter à ce niveau des personnes ayant l'expérience de la collaboration avec la société civile.

18. La collaboration avec les autres grandes organisations et structures d'appui au niveau des pays, comme le PEPFAR, les CDC ou ESTHER, ne semble pas avoir dépassé le niveau des bonnes relations. On n'observe ni accords de coopération concrets, ni activités de suivi ou de planifications communes. L'OMS a cependant conscience du rôle majeur joué par les autres organisations dans l'appui aux pays, et de la nécessité d'une collaboration entre organisations (Figure 6).

Figure 6 Perception par les fonctionnaires de l'OMS chargés de « 3 millions d'ici 2005 » de la contribution des autres partenaires à l'élargissement de l'accès



Source: Enquête auprès des fonctionnaires de l'OMS chargés du traitement et de la prévention du VIH/SIDA, Annexe 6.1

19. L'accès aux compétences techniques extérieures par l'intermédiaire des Bureaux de l'OMS dans les pays s'effectue généralement au cas par cas, et l'OMS n'a pas mis en place de systèmes efficaces permettant d'identifier, de recruter et de gérer des consultants techniques. Cette situation s'améliore à l'heure actuelle, avec la constitution par l'OMS d'une base de données internationale de consultants au niveau du Siège, accessible aux Bureaux de pays. Celle-ci est en cours d'harmonisation avec la base de données ONUSIDA sur l'assistance technique<sup>60</sup>. L'OMS pourra aider les pays à cerner plus efficacement leurs besoins en assistance technique, et à veiller sur la qualité de l'assistance technique fournie au ministère de la santé par d'autres organismes.

#### 4.2.3 Le rôle des fonctionnaires dans les pays chargés de « 3 millions d'ici 2005 »

20. En dépit de l'arrivée tardive de nombre de ces fonctionnaires dans leurs lieu d'affectation<sup>61</sup>, ils ont déjà commencé à jouer un rôle important dans les pays et à apporter une contribution appréciée de la plupart des partenaires. Leur présence a renforcé la capacité de sensibilisation de l'OMS en faveur de l'extension, et on rencontre de multiples exemples de contributions décisives dans la planification des programmes nationaux de lutte contre le VIH, l'adaptation et la diffusion des directives de l'OMS, ou l'aide aux gouvernements pour trouver des ressources supplémentaires par l'appui aux propositions techniques soumises au Fonds mondial. Disposer de ces fonctionnaires sur place permet à l'OMS de fournir un soutien plus efficace,

<sup>60</sup> La collaboration future entre l'OMS et l'ONUSIDA visant à assurer une assistance technique appropriée bénéficiera de la création à l'ONUSIDA d'un service d'appui technique.

<sup>61</sup> Les détails de leur entrée en service figurent à l'Annexe 7.6.



correspondant aux besoins spécifiques du pays, par exemple en adaptant les systèmes de suivi des patients, en appuyant des projets pilotes visant à fournir des traitements dans le cadre de modèles de services décentralisés, en planifiant la mise en œuvre de la PCIMAA, ou en introduisant des traitements de substitution destinés aux utilisateurs de drogues injectables. Ces fonctionnaires ont en général joué un rôle moins important dans l'appui à l'information stratégique pour la planification, le suivi et l'évaluation, dans le conseil au renforcement des systèmes de santé, dans l'intégration de la riposte au SIDA aux stratégies générales du secteur de la santé, ou dans des domaines plus étroitement liés à la prévention (tels que la prévention de la transmission mère-enfant ou la santé sexuelle et génésique, y compris le traitement des infections sexuellement transmissibles).

21. L'impressionnant appui d'ores et déjà fourni par ces fonctionnaires dans certains pays montre à quel point des personnels très compétents et expérimentés sont essentiels à l'OMS. Même dans les quelques pays où l'Organisation jouait déjà auparavant un rôle important dans la riposte nationale au VIH, comme le Guyana, l'affectation d'un fonctionnaire dédié a accéléré ces activités et en a étendu la portée. Le rôle et la contribution de ces fonctionnaires ont largement dépendu de leur expérience et de leurs compétences personnelles. La moitié d'entre eux avaient travaillé pour l'OMS avant de prendre ces fonctions. La plupart ont été recrutés sur la base de leur expérience et de leurs compétences techniques, à forte orientation médicale. Compte tenu des enjeux à venir (avec un accent plus marqué sur la gestion des partenariats) et du besoin de soutenir le renforcement des systèmes de santé et le développement sanitaire, il sera important pour l'OMS d'évaluer la combinaison de personnels et de compétences nécessaire dans les Bureaux de pays, et de mettre en œuvre une stratégie de développement organisationnel correspondante. La barrière des langues a été évoquée comme freinant l'action des fonctionnaires chargés de « 3 millions d'ici 2005 » dans certains pays où l'OMS avait dû recruter des personnels techniques ne parlant pas la langue nationale.

### Les obstacles à l'élargissement au niveau des pays :

Les fonctionnaires chargés de « 3 millions d'ici 2005 » mentionnent les difficultés suivantes concernant l'élargissement au niveau des pays (par ordre de priorité)<sup>62</sup>

- le manque de ressources humaines (manque de capacités en personnel disponible dans les ministères de la santé et le système de soins ; effectifs du personnel de santé ; effectifs des services VIH/SIDA des ministères de la santé ; pertes en personnel qualifié) ;
- le manque de coordination (multiplicité des intervenants ; duplication des efforts ; autres programmes verticaux du système de santé ; manque de coordination entre services au sein des ministères de la santé) ;
- la durabilité (par exemple stocks de médicaments et approvisionnements en autres fournitures ; ressources financières en relais des subventions du Fonds mondial) ;
- le manque d'engagement politique et le peu d'intérêt des autorités (par exemple à l'égard de l'approche de santé publique) ;
- l'insuffisance de la décentralisation (des services et des décisions).

<sup>62</sup> Source : Annexe 6.1 : Résultats de l'enquête auprès des fonctionnaires de l'OMS chargés du traitement et de la prévention du VIH/SIDA dans les pays visés par l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ».

#### 4.2.4 L'appui du Siège et des Bureaux régionaux

22. La plupart des fonctionnaires de l'OMS chargés dans les pays de « 3 millions d'ici 2005 » se déclarent satisfaits de la préparation et de la formation reçues de l'OMS avant leur entrée en fonction. En revanche, nombre d'entre eux souhaiteraient recevoir plus d'indications quant à la manière de traiter de façon constructive avec les partenaires autres que le gouvernement, et notamment avec les donateurs au niveau des pays<sup>63</sup>.
23. Les indications fournies par le Siège et les Bureaux régionaux de l'OMS concernant les programmes de travail sont trop générales, et n'ont pas été très utiles à ces fonctionnaires pour planifier leurs contributions de façon plus stratégique : ainsi, certains estiment qu'une liste des activités que l'OMS pouvait proposer leur aurait été utile. Les rapports mensuels de leurs activités demandés par les Bureaux régionaux ont été davantage utilisés comme moyen d'exercice de l'autorité que pour établir un suivi et un examen des programmes. Ces rapports ne sont liés à aucune forme de suivi systématique.
24. Si la plupart de ces fonctionnaires se disent satisfaits de l'appui qu'ils reçoivent du Siège et des Bureaux régionaux, certaines des missions entreprises dans les pays par ces instances semblent manquer de préparation, d'orientation stratégique, ou d'un mécanisme de suivi préétabli. Ils estiment en outre être soumis à des demandes multiples, parfois contradictoires, imposées par les échelons supérieurs de l'Organisation, par exemple en vue de faciliter des missions techniques concurrentes émanant de différents domaines du programme.
25. Ces agents ont besoin de meilleurs systèmes d'appui afin d'accéder à une assistance technique à court terme et à des consultants extérieurs. L'OMS a commencé à établir en collaboration avec l'ONUSIDA un fichier de consultants, et il devrait devenir plus aisé d'accéder à des consultations techniques grâce au service d'appui technique de l'ONUSIDA, au fur et à mesure de sa mise en place. Une considération importante est celle du financement de ce soutien technique additionnel, qui implique d'autres négociations entre l'OMS et les agences de financement.

#### 4.2.5 Le financement des contributions de l'OMS à « 3 millions d'ici 2005 » dans les pays

26. L'essentiel du soutien financier aux activités de l'OMS dans les pays (parfois plus de 95 %) a été assuré par des allocations extrabudgétaires, provenant en particulier de la subvention du gouvernement canadien<sup>64</sup>. Ces fonds ont permis à l'OMS de recruter les fonctionnaires chargés de l'Initiative dans les pays et de financer des activités d'extension primordiales<sup>65</sup>, avec parfois un effet accélérateur sur l'évolution du processus (comme au Guyana et au Malawi). Dans bien des cas, ces financements sont cependant parvenus à destination trop tard pour être intégrés au cycle de planification du Bureau, ou pour contribuer de façon stratégique aux programmes nationaux. Ces retards ont entraîné un rééchelonnement permanent des activités prévues, avec les coûts d'opportunité qui en résultaient.

<sup>63</sup> Ces observations proviennent du questionnaire adressé aux 31 fonctionnaires de l'OMS chargés de « 3 millions d'ici 2005 ». Voir l'annexe 6.1.

<sup>64</sup> Sur les aspects financiers, voir aussi 4.6 sur l'analyse organisationnelle.

<sup>65</sup> Pour ce qui concerne les contributions financières pour chacun des pays, voir en annexe 7.

27. Bien que le fait de disposer au niveau des pays de moyens permettant de financer des activités ne vise pas à faire de l'OMS un « donateur mineur » ou une agences d'exécution (ce que ne demandent ni les gouvernements ni les autres principaux partenaires)<sup>66</sup>, la disponibilité de ces fonds a été importante pour la crédibilité de l'OMS en permettant aux Bureaux de résoudre certains problèmes ou de lancer des processus qui renforçaient stratégiquement le rôle technique de l'Organisation. Dans certains pays, l'OMS a été sous-bénéficiaire du Fonds mondial.

### **L'utilisation discrétionnaire de financements par les Bureaux de l'OMS dans les pays peut contribuer stratégiquement à l'extension**

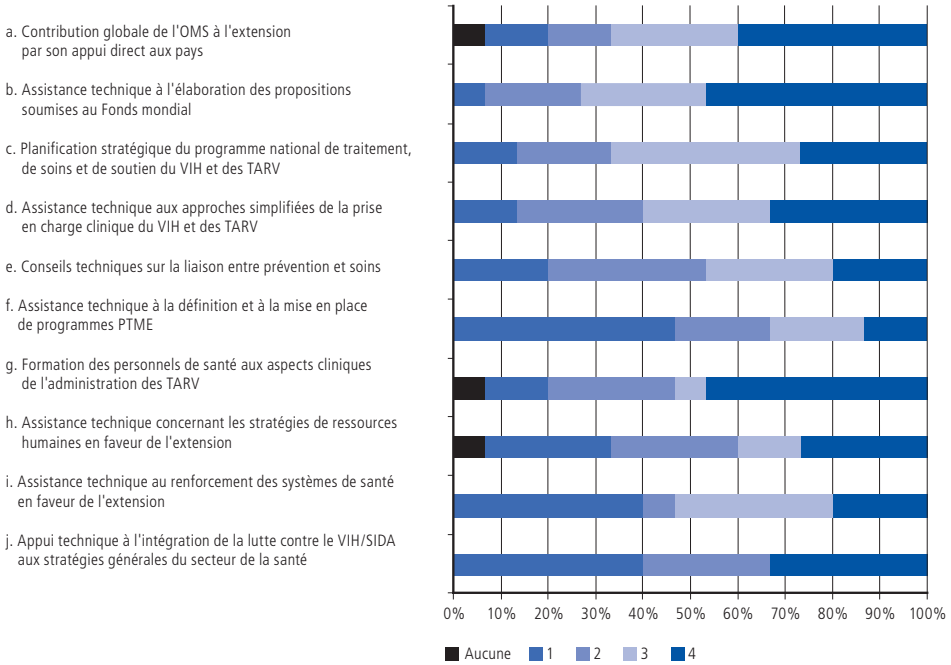
Les allocations extrabudgétaires, notamment sur la subvention canadienne, ont permis aux Bureaux de pays et aux fonctionnaires chargés de « 3 millions d'ici 2005 » d'appuyer des activités qui se sont parfois révélées décisives pour faire avancer le processus d'extension. Au Guyana, où l'épidémie de VIH se concentre dans des groupes à haut risque, l'OMS a effectué un investissement stratégique en finançant une ONG locale pour l'exécution d'un projet national de sensibilisation, de prévention et de changement comportemental vis-à-vis du VIH et des infections sexuellement transmissibles parmi les détenus et personnels pénitentiaires. Un projet de recherche formative a également été entrepris parmi les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, pour déterminer leurs besoins en services et connaître leur répartition. Grâce des activités de ce genre, l'OMS a contribué à relier les groupes marginalisés à la prévention et aux soins du VIH. Le fait de disposer de fonds discrétionnaires renforce la crédibilité des fonctionnaires de l'OMS, et leur permet de lancer des interventions qui, autrement, ne seraient peut-être pas menées.

#### **4.2.6 Les résultats des contributions de l'OMS dans les pays**

28. On reconnaît à l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » le mérite d'avoir fortement incité les gouvernements hésitants et les partenaires sceptiques à s'engager dans l'extension des TARV. La position en pointe de l'OMS et sa crédibilité dans les pays sont perçues comme des éléments très forts pour mobiliser un tel appui politique.
29. Les progrès de l'extension déjà enregistrés dans nombre des pays les plus pauvres ont généralement dépassé les attentes de bien des personnes et organisations possédant une expérience directe de l'action dans le cadre des sévères contraintes et difficultés qui se rencontrent dans ces pays. Ce résultat a été obtenu grâce à l'action des programmes nationaux et à la contribution de multiples partenaires. Très souvent, l'OMS a apporté une contribution stratégique à ces résultats. On a cependant aussi observé une extension considérable dans des pays où l'OMS n'a joué qu'un rôle mineur. Le graphique de la Figure 7 résume l'étendue des activités de soutien direct aux pays, et leur contribution à l'extension, telles qu'elles ont été perçues par les responsables des programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

<sup>66</sup> Il semble parfois y avoir contradiction lorsqu'il est plus facile à l'OMS de se procurer des fonds bilatéraux pour financer des activités que pour recruter du personnel technique.

**Figure 7 Perception par les responsables des programmes nationaux de lutte contre le SIDA de la contribution de l'OMS à l'extension par ses activités d'appui direct aux pays**



(Le chiffre 4 désigne la contribution jugée la plus forte, le chiffre 1 la plus faible)

Source: Enquête auprès des responsables des programmes nationaux contre le SIDA, Annexe 6.2

### 4.3 Objectif stratégique 3: Des outils simplifiés et normalisés pour administrer les traitements antirétroviraux

#### 4.3.1 L'approche de santé publique (ASP)

1. Les progrès accomplis dans l'élargissement de l'accès aux TARV n'auraient pas été possibles sans l'approche de santé publique (ASP) simplifiée et normalisée de l'OMS, sur laquelle se sont fondés les conseils et instruments normatifs de l'Organisation, visant à mettre en œuvre l'administration des TARV et autres interventions concernant le VIH et le SIDA<sup>67</sup>. Les directives ASP pour le TARV, publiées avant l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », sont nées de la conviction qu'il ne serait possible de traiter le VIH dans des populations à forte prévalence qu'à l'aide des principes de santé publique employés dans une stratégie comme le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), utilisé contre la tuberculose.<sup>68</sup>

<sup>67</sup> Étant basée sur les populations, l'approche de santé publique concernant les TARV a été conçue pour obtenir une uniformisation, une couverture décentralisée et une intégration des services bénéficiant au plus grand nombre de personnes possible. Le terme d'« extension » est couramment utilisé pour décrire son application.

<sup>68</sup> Les premières directives relatives au TARV fondées sur cette approche ont été publiées en 2001 Antérieures à « 3 millions d'ici 2005 », elles constituaient un changement du modèle scientifique qui considérait jusqu'alors les TARV comme des interventions médicales spécialisées, exigeant des décisions cliniques qualifiées et des schémas de traitement « individualisés ».

On connaissait peu, à l'époque, ce mode d'utilisation des TARV et l'OMS a apporté une énorme contribution en plaidant en ce sens. Il s'agit là d'une approche qui convient à la plupart des pays en développement, bien que sa mise en œuvre suppose une adaptation aux conditions locales.

2. Cette approche demeure une des contributions les plus évidentes et les plus importantes de l'OMS à l'élargissement de l'accès au traitement parmi les populations infectées par le VIH. L'ASP a fait la preuve de sa validité :
  - en communiquant un message cohérent quant à la faisabilité des TARV, qui a conduit à un consensus international sur l'extension de leur administration ;
  - en servant de base aux politiques et planifications nationales d'extension des traitements contre le VIH ;
  - en se traduisant en directives et instruments pouvant être rapidement introduits, adaptés et diffusés dans les pays ;
  - en harmonisant les protocoles régionaux de traitement, ce qui comporte des bénéfices potentiels pour l'uniformisation de la formation, l'approvisionnement en commun de médicaments, la poursuite du traitement pour les migrants, etc.) ;
  - en créant la confiance nécessaire à la fabrication des médicaments et à l'investissement en faveur de la fourniture de traitements pour les schémas uniformisés (avec les conséquences qui en résultent sur la baisse des coûts) ;
  - en uniformisant les approches de mise en œuvre et de renforcement des capacités (telles que la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte) ;
  - en décentralisant les services grâce à un modèle simplifié reproductible<sup>69</sup> (comme au Malawi) ;
  - en rendant les soins plus abordables, par l'emploi d'un nombre limité de formulations et de produits génériques ;
  - en impliquant les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la planification des services de traitement et dans leur appui, par la promotion du « modèle de soins chroniques »
  - en favorisant une meilleure utilisation des ressources humaines pour la santé grâce à un transfert de tâches fondé sur des protocoles ;
  - en produisant des données simplifiées sur le suivi des patients, et en permettant l'uniformisation des indicateurs ;
  - en fournissant des conseils et des normes sur les priorités de santé publique, qui autrement ne recevraient pas toute l'attention requise (comme la surveillance des résistances aux médicaments contre le VIH).

### 4.3.2 Le rôle normatif de l'OMS

3. L'OMS est la seule organisation possédant la crédibilité et le mandat pour établir ces directives normatives mondiales ; elle joue dans ce domaine un premier rôle incontesté. L'ASP a ouvert la voie à l'extension d'un bouquet plus large d'interventions essentielles de santé publique. Cette approche fournit une base solide pour définir les interventions devant faire l'objet d'un *accès universel*.

<sup>69</sup> Le modèle de services décentralisés préconisé par l'ASP a été mis au point par l'OMS en vue d'accélérer l'extension par l'amélioration de la couverture en services ; il comprend : un « bouquet » d'interventions prioritaires de santé publique en matière de prévention, de traitements et de soins ; des approches simplifiées et normalisées de la prise en charge du patient, guidées par des protocoles ; et des formations uniformisées et intégrées, fondées sur la PCIMAA.

4. Au cours de « 3 millions d'ici 2005 », l'OMS a produit de multiples matériels d'orientation, en complétant et en révisant diverses directives déjà en cours d'élaboration avant l'Initiative, ainsi qu'en publiant de nouveaux documents dont le nombre dépasse de loin la production prévue et qui couvrent une impressionnante gamme de sujets (on en trouvera une liste complète en Annexe 3).

Parmi les réalisations récentes, on peut mentionner :

- la production de lignes directrices pour le diagnostic et le traitement du VIH chez l'enfant, thème complexe sur les plans technique et éthique ;
  - l'obtention d'un consensus international sur les normes de suivi des patients et sur un ensemble minimum d'indicateurs ;
  - des orientations novatrices sur l'emploi de « patients experts formateurs » dans la formation des équipes soignantes ;
  - l'introduction du modèle des soins chroniques dans les schémas de prestations de services, grâce aux directives PCIMAA ;
  - des orientations sur l'intégration entre tuberculose et VIH (élaborées en collaboration avec *Halte à la tuberculose*) ;
  - l'élaboration d'une Stratégie mondiale de surveillance des résistances aux médicaments du VIH, complétée de directives sur la création d'activités nationales de surveillance.
5. Les entretiens dans les pays ont permis de repérer quelques manques<sup>70</sup>, tels que :
- des orientations en matière de politiques de prévention<sup>71</sup> ;
  - des normes de laboratoire pour le suivi des patients ;
  - les interventions et le suivi concernant l'observance ;
  - des directives sur les relations entre les services de traitement, les soins à domicile et le soutien communautaire.

Dans le cadre des directives existantes, il serait également nécessaire d'insister davantage sur l'amélioration de la qualité et l'établissement de normes en la matière.

6. Interrogés par l'OMS à la mi-2005, presque tous les pays visés par l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » avaient déjà intégré les normes de l'ASP à leurs directives nationales<sup>72</sup> (voir Annexe 10). On reconnaît à l'OMS qu'il convient désormais d'insister davantage sur la poursuite d'un appui direct afin d'améliorer l'emploi concret de ces directives, et de se concentrer sur la qualité des soins chroniques par ARV fondés sur des directives, afin d'en optimiser la sûreté et l'efficacité à long terme. Ce point deviendra de plus en plus important au fur et à mesure que les pays étendront leur couverture en décentralisant leurs services de traitement du VIH, ce qui implique un appui direct aux prestataires de soins primaires dans les établissements de premier niveau. Il conviendrait en outre de prêter une attention plus soutenue à la collaboration avec le secteur non étatique (privé) pour mettre en œuvre ces interventions, possibilité encore peu exploitée d'en élargir la couverture.

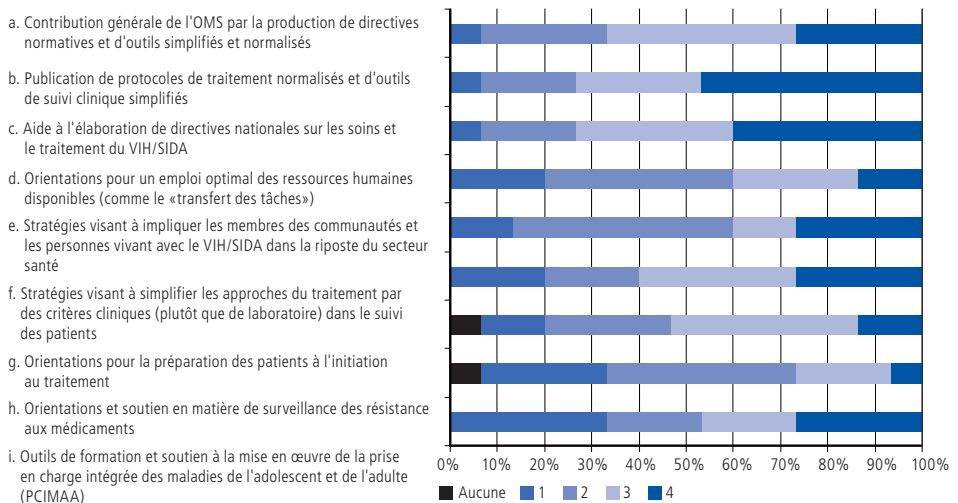
<sup>70</sup> L'OMS a déjà entrepris de combler certains de ces manques.

<sup>71</sup> Voir Chapitre 4.7.1.

<sup>72</sup> Beck EJ et al. *ART guidelines in resource limited countries: do they exist and how do they match with 2003 WHO guidelines?* WHO-IAS Poster presentation, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

7. Les ressources allouées à l'OMS au titre de cette action normative, menée aux niveaux du Siège et des Bureaux régionaux, ont été insuffisants pour permettre de systématiquement élaborer, diffuser, étayer et revoir ces directives, ainsi que pour faciliter leur mise en œuvre au niveau des pays. Toutefois, pour parvenir à un équilibre satisfaisant entre les fonctions normative et d'appui direct de l'OMS, il conviendra d'étudier de près la répartition des ressources afin de ne pas affecter ce capital d'expertise technique mondiale tout en profitant de l'important atout constitué par un réseau global de présence dans les pays qui fait remonter l'information du terrain<sup>73</sup>. La Figure 8 résume l'opinion d'un petit nombre de responsables de programmes nationaux de lutte contre le SIDA quant à la contribution des outils, directives et activités d'ordre normatif émanant de l'OMS à l'extension des traitements.

**Figure 8 Perception par quelques responsables de programmes nationaux de lutte contre le SIDA de la contribution de l'OMS à l'extension sous forme de recommandations et instruments normatifs**



(Le chiffre 4 désigne la contribution de l'OMS jugée la plus forte)

Source: Enquête auprès des responsables des programmes nationaux contre le VIH, Annexe 6.2

8. L'OMS a obtenu un fort niveau de consensus dans ses orientations concernant l'ASP, et doit préserver cette confiance en conservant son ascendant technique en la matière. On voit là le résultat d'une bonne collaboration technique entre les multiples partenaires qui ont participé aux conférences de consensus (et à leur financement); de l'accomplissement de missions techniques conjointes; et de la tenue de réunions d'information régionales et entre collaborateurs, qui pourraient être encore améliorées ainsi:

- en renforçant les relations de travail entre l'OMS et ses partenaires du système des Nations Unies dans les domaines techniques d'intérêt commun (comme dans le cas du Groupe spécial interagences sur la prévention de la transmission mère-enfant, sous l'égide à la fois de l'OMS et de l'UNICEF);

<sup>73</sup> L'OMS a mis en place une politique générale visant à transférer progressivement la plus grande part de son budget global du Siège aux Bureaux régionaux et dans les pays, avec des objectifs de résultats contraignants pour y parvenir (on en trouvera plus de détails à la Section 4.6.4).

- en améliorant la collaboration interne entre le Département du VIH et les autres unités de l'OMS (par exemple les départements Pour une maternité à moindre risque et Halte à la tuberculose);
- en mettant en place des mécanismes d'échange d'informations plus systématiques (notamment en collaboration avec le gouvernement des États-Unis d'Amérique, afin de mieux connaître l'expérience acquise par le programme PEPFAR);
- en créant des réseaux de connaissances pour améliorer l'utilisation des directives et systématiser l'apprentissage à travers des communautés de pratiques<sup>74</sup>;
- en améliorant le fonctionnement des partenariats pour obtenir des dispositions mieux structurées en vue d'apporter un appui technique au niveau des pays.

### 4.3.3 Élaboration de directives

9. Ayant tiré les conséquences des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de précédentes directives, l'OMS a adopté une démarche consultative révisée permettant une bien plus forte participation des régions et pays. De plus en plus employé, l'Internet permet en outre d'étudier efficacement les projets de recommandations. Tout en appréciant cette ouverture, certains intervenants nationaux ont exprimé une certaine irritation à l'égard des délais parfois nécessaires avant d'obtenir le produit définitif des consultations. L'OMS devrait donc s'efforcer de faciliter les processus d'élaboration des directives, et de mieux gérer les attentes des participants, et ce entre autres en programmant les révisions de directives de façon plus prévisible, et en respectant les délais publiés.
10. La promotion des directives est impossible sans un appui technique à leur mise en œuvre et une notification rapide de leurs dysfonctionnements. Pour l'OMS, le suivi de l'utilisation des directives et de leurs conséquences pratiques constitue une responsabilité importante. Ce suivi suppose de mener des activités techniques spécifiques, telles que le suivi des médicaments, la surveillance des résistances aux médicaments, ou les analyses de cohortes. L'Organisation n'a pour l'instant guère avancé dans l'apport des orientations techniques, de l'assistance analytique et de l'appui au niveau des pays, nécessaires à la mise en œuvre de ces activités, que ce soit directement ou dans le cadre de partenariats stratégiques. Les fonctionnaires chargés de « 3 millions d'ici 2005 » dans les pays jouent un rôle primordial pour rapporter les faits qui se déroulent sur le terrain, rôle qui n'a pas encore été consolidé en un véritable réseau de connaissances.
11. La mise au point définitive de la révision 2005–2006 des directives pour les adolescents et les adultes, qui a pris du retard, devrait fournir des recommandations explicites pour simplifier encore le suivi clinique et les schémas thérapeutiques<sup>75</sup>. Il s'agira là d'une étape importante dans la communication d'une norme officielle en vue de poursuivre la décentralisation au niveau des soins primaires, avec les conséquences qu'elle entraîne pour l'accès *universel* au traitement.

<sup>74</sup> *An approach to rapid scale-up: using HIV/AIDS treatment and care as an example*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

<sup>75</sup> On a pu constater la nécessité de ces directives au Kenya, où les directives nationales existantes correspondent de très près aux normes de l'OMS. Toutefois, les normes de suivi des patients sont en cours de modification au sein du programme national (pour recommander des critères cliniques plutôt que de laboratoire). Les directives actuelles ne sont donc pas parfaitement adaptées pour guider les personnels de santé au niveau local, où les services de laboratoires ne sont généralement pas accessibles, et débouchent sur des pratiques inconséquentes, comme celle de retarder le traitement parce que les examens de laboratoire ne sont pas disponibles.



#### 4.3.4 La mise en application de l'approche de santé publique (ASP)

12. Les directives de l'ASP ont été traduites en outils opérationnels destinés à la formation et à fournir des capacités aux prestataires de services au niveau décentralisé (par la PCIMAA<sup>76</sup>), qui ont désormais besoin d'une stratégie d'application durable assise sur un solide appui institutionnel. La PCIMAA a fait l'objet d'un examen plus détaillé dans une étude d'évaluation supplémentaire (Annexe 8), qui en a conclu les points suivants.
- La PCIMAA a contribué à traduire des orientations de niveau politique en protocoles et procédures opérationnelles destinés aux « utilisateurs finaux » grâce à un processus national d'adaptation, de formation et de construction de capacités.
  - La PCIMAA présente un grand intérêt en tant qu'ensemble d'outils et de méthodologies généraux, simplifiés et institutionnellement reconnus, pouvant être repris par toutes les parties, puis adaptés et mis en œuvre dans différents cadres. Toutefois, l'OMS devra promouvoir la PCIMAA de façon plus stratégique pour acquérir le soutien de partenaires et éviter de donner l'impression erronée qu'il s'agirait d'une « propriété de l'OMS » ou que la PCIMAA serait de portée ou d'application restreintes<sup>77</sup>.
  - La PCIMAA contribue au processus de décentralisation en proposant un modèle de prestation de services approprié et normalisé, destiné aux établissements de soins primaires, qui peut être reproduit et appuyé dans les districts<sup>78</sup>. Toutefois, pour que son application soit un succès durable, il conviendra également d'investir dans un renforcement plus large des systèmes dans les districts, et de maintenir une supervision de soutien. Il est encore trop tôt pour savoir si cette approche aboutit à des changements de pratiques durables ou améliore les résultats des soins ; il est donc important que l'OMS établisse dès que possible une base factuelle de la PCIMAA.
  - Il serait possible d'intégrer immédiatement la PCIMAA, PCIMI (prise en charge intégrée des maladies infantiles) et la PCIGA (prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement), afin de proposer une « plateforme » normalisée qui intégrerait les interventions de soins primaires concernant le VIH. Une telle démarche, qui multipliera les possibilités de renforcer les systèmes de santé, pourrait améliorer l'efficacité des actions de renforcement de capacités. Il faudra cependant pour cela, au sein de l'OMS un appui de haut niveau et une amélioration de la collaboration interdépartements qui restent à venir.
  - Le nombre croissant des pays qui s'intéressent à la PCIMAA démontre sa pertinence. Mais on ne sait pas encore avec certitude s'il s'agit là d'une tendance à adopter la PCIMAA dans sa totalité, ou pour un usage partiel (en choisissant certains modules). L'OMS devrait mettre au point un cadre plus explicite démontrant comment cette approche s'intègre à la stratégie du secteur santé visant à l'extension et au renforcement des services de santé dans un pays (notamment en vue de l'accès *universel*).

<sup>76</sup> Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte.

<sup>77</sup> Ainsi, les pays à épidémie de VIH concentrée et les pays à revenu intermédiaire perçoivent la PCIMAA comme un ensemble de modules de formation ne concernant que les pays africains à faible revenu.

<sup>78</sup> L'élargissement de la couverture suppose de décentraliser l'accès à cette approche. Dans la plupart des pays, les TARV sont en effet encore administrés par des consultations spécialisées (le plus souvent hospitalières) ou des services « de proximité », disposant de médecins ou de cliniciens. Pour élargir encore l'accès au traitement, les soins du VIH devront être décentralisés au niveau des établissements de soins primaires (comme au Malawi). Ce qui implique d'intégrer les soins du VIH aux soins primaires de routine, et d'établir une approche de prestation de soins chroniques dans le cadre de ces établissements.

- L'OMS n'a pas encore fait la preuve qu'il soit possible d'étendre rapidement la PCIMAA au-delà des premières phases de sa mise en œuvre ; et un certain nombre de pays (en particulier dans les régions à épidémies de faible prévalence et localisées comme l'Europe orientale) restent réservés quant à l'adéquation de cette stratégie à leur situation. Cependant, dans les pays où la PCIMAA a déjà été adaptée ou des formations organisées, les répondants tendent à se montrer plus optimistes quant aux perspectives de faire de la PCIMAA une norme nationale.
  - Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure la PCIMAA a réellement contribué aux objectifs de « 3 millions d'ici 2005 » sur la période étudiée, car une intense phase de développement a été entreprise, qui demandait du temps. On peut cependant estimer que le potentiel de ces activités n'a sans doute pas été pleinement exploité en raison d'obstacles au niveau de l'organisation<sup>79</sup>, qui exigent une action institutionnelle immédiate.
  - En dépit de ces difficultés, la PCIMAA a accompli des progrès considérables au cours de la période relativement brève de l'Initiative<sup>80</sup>. Des matériels ont été très vite produits, et on a mis au point une approche permettant de les adapter au niveau des pays (encore que les mécanismes et ressources destinés à les étendre rapidement soient à renforcer).
  - Plutôt que de concentrer ses ressources sur le développement de nouveaux contenus, l'OMS devrait maintenant s'attacher à les mettre en œuvre et à renforcer les mécanismes visant à diffuser et à appuyer ces approches intégrées. Cet aspect implique de collaborer avec les pays, en partenariat avec les institutions de formation, afin que la PCIMAA soit prioritairement intégrée aux formations initiales.
  - Cette entreprise suppose un financement plus stable, et une stratégie plus explicite en vue de diffuser les approches intégrées des services (au-delà de la PCIMAA). Cette stratégie devra être fermement appuyée par la direction de l'OMS, et obtenir l'aval de ses partenaires (principaux donateurs et ministères de la santé, notamment).
13. À ce jour, dans la plupart des pays, le traitement a été administré sur la base du « premier arrivé, premier servi », avec pour résultat un rationnement implicite qui se renforce à mesure que la demande dépasse de plus en plus l'offre effective de traitements. Dans la phase initiale de l'extension, les sites de traitement ont pour la plupart été installés dans les grandes villes, au sein de services hospitaliers établis, et l'accès en était limité aux patients qui pouvaient les atteindre. Lorsque les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA étaient activement impliquées dans le processus d'extension, leurs membres tendaient à bénéficier d'un accès prioritaire. Désormais, pour élargir l'accès au cours des prochaines phases d'extension, la couverture devra être améliorée par la décentralisation des services, plus proches des lieux de résidence des populations. L'OMS devrait jouer dans ce processus un rôle particulièrement important, puisqu'elle a élaboré des modèles de prestation de services destinés aux établissements de premier niveau en étroite collaboration avec les ministères de la santé. On connaît déjà de bons exemples d'administration des TARV selon ce mode, par exemple au Malawi. En Inde, l'OMS aide à mettre en œuvre des programmes de TARV en milieu rural et dans des établissements de santé primaires et secondaires, afin d'améliorer la couverture dans de plus vastes zones géographiques.

<sup>79</sup> Ces obstacles d'ordre organisationnel sont analysés plus en détail dans le rapport de l'étude PCIMAA (Annexe 8), et tiennent entre autres aux restrictions à l'embauche de nouveau personnel, aux retards administratifs dans les autorisations de voyage, etc.

<sup>80</sup> On trouvera à l'Annexe 8 un bref état des lieux de la mise en œuvre de la PCIMAA à fin 2005.

#### 4.3.5 La surveillance des résistances aux médicaments du VIH

14. L'OMS joue dans le monde un rôle crucial pour fournir des orientations et un appui à la surveillance des résistances aux médicaments du VIH, dont l'accroissement des ressources et la mise en œuvre doivent constituer une priorité immédiate. Il est inévitable qu'apparaissent de telles résistances dans tous les pays connaissant une extension des TARV, avec des conséquences pour la santé des populations et l'économie une fois un certain seuil dépassé<sup>81</sup>. La surveillance des résistances exige des méthodes d'échantillonnage prescriptives, afin d'obtenir des informations fiables pouvant être employées dans l'action de santé publique, ce qui doit être correctement analysé et suivi au niveau mondial. Cette surveillance doit donc constituer une composante essentielle de l'approche de santé publique dans les plans nationaux d'extension. Les pays devront donc disposer de compétences dans ce domaine, afin d'en assurer la supervision et de conseiller les ministères de la santé. L'accès local à des laboratoires accrédités d'analyses des résistances au VIH représente dans cette stratégie un besoin d'infrastructures impératif, qui n'est pas satisfait à ce jour.
15. En lançant une stratégie mondiale de surveillance des résistances aux médicaments pendant la période « 3 millions d'ici 2005 », l'OMS a fait preuve d'un esprit d'initiative stratégique, même si très peu de pays ont d'ores et déjà pleinement mis en œuvre cette intervention. Il faudra maintenant beaucoup de travail et d'appui technique pour assurer que la question des résistances aux médicaments soit prise en compte de façon adéquate. L'OMS collabore avec des partenaires en coordonnant un réseau international sur les résistances (HIVResNet), afin de faire le meilleur usage de leurs contributions techniques. La collaboration est étroite avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique, actifs dans les 15 pays du PEPFAR.
16. Manquant actuellement de ressources, ce programme repose sur un fonctionnaire technique essentiel financé de l'extérieur. Sans un investissement plus conséquent en faveur de l'infrastructure du programme de surveillance, les perspectives d'une stratégie mondiale en la matière seront compromises, entraînant d'importantes conséquences futures pour la durabilité et l'efficacité du TARV en tant qu'intervention de santé publique.

#### 4.3.6 Éléments à l'appui de l'approche de santé publique (ASP)

17. Il est désormais établi que l'on peut traiter efficacement le SIDA à l'aide de schémas de TARV simplifiés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, y compris en situation de très faibles ressources. À mesure que le traitement s'est répandu, il est devenu évident, au moins à court terme, que les TARV de première intention administrés par cette approche dans des programmes de santé publique à grande échelle ont amélioré la santé et la survie de nombreuses personnes qui seraient autrement décédées du SIDA. Mais il n'est pas encore sûr que l'extension des TARV par l'approche de santé publique produise au niveau des populations des effets équivalents dans des situations différentes, puisque de nombreux facteurs relevant des programmes peuvent influencer sur la manière dont le traitement est mis en œuvre dans la durée. De récents rapports ont commencé à apporter des éléments à cette base factuelle, comme les suivants :
  - Une étude de cas parrainée par l'OMS au Botswana fournit de premières indications des effets des TARV à la fin de 2005, avec un déclin de la mortalité adulte observé dans la plupart

<sup>81</sup> Havlir DV, Hammer SM. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353 :749-51.

des districts concernés par l'introduction du traitement. (Les données de mortalité sont cruciales pour interpréter ces tendances, mais elles sont assez rares et ont encore besoin d'être validées)<sup>82</sup>.

- Un rapport récent sur Haïti étudie la faisabilité et l'efficacité des TARV basés sur les directives de l'OMS dans les pays à faibles ressources, avec des résultats cliniques semblables à ceux enregistrés aux États-Unis d'Amérique<sup>83</sup>.

D'autres données scientifiques, issues des vastes cohortes de traitements actuellement suivies par les chercheurs dans un certain nombre de pays à faibles ressources, diront si les résultats cliniques des TARV peuvent être maintenus à plus long terme, en termes de sûreté autant que d'efficacité. La création de cette base factuelle doit être considérée comme prioritaire.

18. L'OMS n'a pas pris de dispositions adéquates pour rechercher des données sur l'extension des TARV par l'approche de santé publique (notamment par le suivi des résultats du traitement au niveau des populations, en termes de survie et de qualité de vie, ou des conséquences pour la santé publique de la toxicité des traitements ou de leur échec). Il n'y a pas eu d'actions concertées pour évaluer les effets de l'extension des traitements sur les systèmes de santé, sur la prévention du VIH ou sur d'autres programmes prioritaires de santé publique. L'OMS pourrait envisager de constituer un centre de connaissances pour la recherche dans ces domaines. Les pays attendent de l'OMS qu'elle contribue à la formulation des programmes de recherche, et qu'elle facilite les entreprises scientifiques visant à renforcer la base factuelle qui guidera les décisions futures.
19. L'OMS avait prévu que la généralisation de l'ASP au traitement aurait également un effet direct sur la prévention du VIH (avant tout en stimulant la demande de conseil et de dépistage, et peut-être en réduisant l'infectivité). La démonstration scientifique de ce point est difficile à établir, mais demeure un objectif important<sup>84</sup>.

## 4.4 Objectif stratégique 4 : Des approvisionnements efficaces et fiables en médicaments et produits diagnostiques

### 4.4.1 La présélection des médicaments antirétroviraux (ARV)

1. Administré par l'OMS, le Projet de présélection<sup>85</sup> a réussi à établir un mécanisme innovant qui encourage les améliorations volontaires dans la fabrication et la distribution de médicaments de qualité, et notamment d'ARV génériques<sup>86</sup>. La plupart des partenaires citent la présélection comme l'une des contributions les plus importantes faites par l'OMS à « 3 millions d'ici 2005 ».

<sup>82</sup> Dans l'étude de cas sur le Botswana, *Triangulation analysis for enhanced monitoring and evaluation*, soutenue par l'OMS en 2005 et menée par l'UCSF, des données rétrospectives de routine aux niveaux national et des districts ont été étudiées d'après une analyse de tendances couvrant la période 1994 fin 2005.

<sup>83</sup> Severe P et al. Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. *New England Journal of Medicine*, 1 Dec. 2005, 353 (22):2325-34.

<sup>84</sup> Voir aussi le chapitre sur la prévention (4.7.1).

<sup>85</sup> Le projet est appuyé par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et l'ONUSIDA, avec un soutien complémentaire de la Banque mondiale. Il est dirigé par l'OMS, qui assure toutes les contributions scientifiques; l'UNICEF se charge de l'appui administratif et des infrastructures.

<sup>86</sup> Une étude ciblée sur le Projet de présélection de l'OMS a été effectuée dans le cadre de cette évaluation, et sert de base à nombre de ces conclusions. Elle figure en Annexe 9.1.

On s'accorde généralement à penser qu'elle a été un moteur important pour rendre disponibles des ARV génériques abordables qui soient d'une qualité acceptable. Le projet a ainsi :

- établi des critères de qualité, qui sont considérés comme encore plus exigeants que les procédures requises par des autorités réglementaires comme la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis d'Amérique ;
  - renforcé la confiance envers l'utilisation de produits génériques, y compris des ARV en associations à dose fixe ;
  - fait baisser les prix des médicaments en permettant une concurrence avec les génériques ;
  - collaboré avec des organismes d'approvisionnement et de financement pour définir des normes d'approvisionnement (sur la base de l'utilisation de médicaments présélectionnés) ;
  - entamé la présélection de laboratoires de contrôle de qualité dans les pays (seuls trois avaient été évalués, s'agissant d'un nouveau domaine d'activité ;
  - entrepris de renforcer les capacités locales des autorités nationales de réglementation des médicaments, d'appuyer les bonnes pratiques de fabrication, et de former des évaluateurs ;
  - collaboré avec l'Agence européenne des médicaments en vue de créer un dispositif complémentaire pour les médicaments présélectionnés ;
  - poussé la FDA des États-Unis d'Amérique à créer un mécanisme d'« agrément provisoire » qui reprend maintenant nombre de caractéristiques du processus de présélection de l'OMS. Il y a reconnaissance mutuelle des évaluations conduites par ces deux organismes, entre autres domaines de fructueuse collaboration.
2. Ces travaux ont été effectués par une petite équipe extrêmement motivée et efficace, ne comprenant que trois professionnels de l'OMS disposant d'un budget dérisoire. En raison de l'augmentation de la charge de travail et du manque de ressources, il s'est créé un arriéré de travail comprenant des inspections sur site, des évaluations de dossiers et la mise au point de rapports. Outre l'enregistrement de nouveaux dossiers et l'extension de la présélection aux fabricants d'ingrédients pharmaceutiques actifs (IPA), aux organismes de recherche sous contrat et aux laboratoires de contrôle de qualité, l'équipe de présélection doit également réétudier périodiquement ceux précédemment présélectionnés. Les retards ainsi engendrés provoquent de nombreux problèmes et pourraient à terme compromettre l'approvisionnement en médicaments, car :
- les organismes d'approvisionnement subiront une pression accrue pour acheter des produits de marque plus chers, ou des génériques non présélectionnés (si les fournisseurs actuellement présélectionnés ne peuvent répondre à la progression de la demande) ;
  - les organisations donatrices pourraient être forcées de déroger aux conditions d'approvisionnement qu'elles ont fixées pour assurer la qualité ;
  - les fabricants risquent de se détourner du processus, face aux délais de traitement de leurs demandes ;
  - les directeurs de programmes risquent de retarder l'introduction de traitements de deuxième intention ou pédiatriques dans l'attente de leur présélection.

Ces conséquences pourraient ébranler la confiance envers le Programme de présélection de l'OMS et le conduire à la redondance, ce qui menacerait la qualité future des approvisionnements en médicaments.

3. Désormais, la priorité du processus de présélection devrait aller aux formes de dosages pédiatriques de première intention et à tous les produits de deuxième intention, puisqu'il n'existe actuellement à cet égard que peu d'options présélectionnées.
4. Le projet de présélection est vulnérable à toute perte en personnel et ne dispose de la part de l'OMS que d'un engagement budgétaire dérisoire (l'équipe déjà surchargée étant censée combler les besoins de financement en levant des fonds extérieurs). Ce domaine d'activité a besoin d'engagements financiers garantis, et de ressources supplémentaires, pour fonctionner efficacement.

#### 4.4.2 Les prix des médicaments antirétroviraux

5. Le système de suivi des prix et la base de données mis en place par l'OMS fournissent des outils et des informations utiles pour négocier de meilleurs prix sur les ARV. Compte tenu du coût élevé des médicaments employés dans les traitements de deuxième intention et des problèmes de formulation des médicaments pédiatriques, l'OMS devra contribuer à créer un marché pour ces produits, par la sensibilisation et la facilitation technique. On ne sait pas aujourd'hui s'il est possible de garantir un approvisionnement suffisant en ARV de qualité pour répondre à la croissance de la demande mondiale.
6. Selon une étude ciblée commanditée dans le cadre de cette évaluation, on ne peut affirmer que l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » ait sensiblement contribué à la baisse du prix des médicaments en Afrique, puisque l'essentiel du travail préparatoire avait été accompli par les ONG, les industriels, la Fondation Clinton et l'OMS avant le lancement officiel de l'Initiative<sup>87</sup>. Pourtant, en militant pour des schémas de traitement ARV normalisés et simplifiés, et en lançant « 3 millions d'ici 2005 », l'OMS a contribué à créer un marché pour les ARV. Le Projet de présélection a lui aussi efficacement suscité la concurrence, et favorisé le renforcement de l'industrie des génériques. Dans la Région des Amériques, l'Organisation a activement participé à deux cycles de fructueuses négociations multipartites sur les prix, qui ont permis d'obtenir des ARV de première intention à un coût réduit de 55 % à 95 % pour les pays participants.
7. L'action menée par l'OMS afin d'améliorer la disponibilité et les prix des produits diagnostiques du VIH n'a abouti à aucune percée significative, mais l'OMS lui conserve un caractère de priorité, car il est urgent de progresser en la matière.

#### 4.4.3 Approvisionnements en médicaments et gestion des stocks

8. On a observé dans certains pays des progrès dans le renforcement des systèmes d'approvisionnement en ARV, notamment là où des partenariats avaient été établis avec des organismes d'approvisionnement et où étaient employés des mécanismes de « distribution active »<sup>88</sup>. Toutefois, les contraintes dans les approvisionnements en médicaments et la gestion des stocks demeurent des obstacles majeurs à la mise en œuvre du traitement, qui ont retardé les décaissements du Fonds mondial. On a observé les conséquences de ces contraintes sur la gestion des approvisionnements et des stocks dans les pays visités pour cette évaluation, où ont été rapportés :
  - des ruptures de stocks dues à une mauvaise gestion des approvisionnements et à la faiblesse des mécanismes de stockage. Ce point implique de renforcer les capacités des pharmaciens

<sup>87</sup> L'Annexe 9.3 en fournit un schéma.

<sup>88</sup> Comme le fait l'UNICEF au Malawi.

- responsables à chaque niveau de la chaîne des approvisionnements, afin de prévoir de façon plus fiable les quantités de médicaments nécessaires ;
- un excès du coût des approvisionnements par rapport aux normes de prix en vigueur. Bien qu'il s'agisse là d'un sujet complexe, les gouvernements nationaux pourraient dans certains cas être encouragés à recourir davantage aux dispositifs existants d'achats en gros, internationaux et régionaux, afin d'améliorer la prévisibilité des stocks et de bénéficier de meilleurs prix grâce à des achats groupés ;
  - des détournements de stocks de médicaments et des irrégularités dans les pratiques d'approvisionnement, qui exigent des mesures d'urgence (la réalité des médicaments contrefaits a également été évoquée par des spécialistes expérimentés de la pharmacie comme constituant une menace sérieuse pour la sûreté des médicaments) ;
  - des préoccupations de la part des personnels de santé quant à la qualité des médicaments fournis et utilisés, ce qui implique de renforcer les capacités des autorités nationales de réglementation des médicaments et celles des laboratoires de contrôle de qualité ;
  - un dépassement potentiel de la capacité des systèmes de distribution existants, lorsque les gouvernements ont confié cette fonction à des organismes extérieurs, des ONG par exemple ;
  - un mélange de stocks d'ARV génériques (fournis par le programme national) et de produits de marque (fournis par les organismes gouvernementaux des États-Unis d'Amérique) dans les établissements appuyés par le PEPFAR, ce qui contribue à des pratiques de prescription hétérogènes, à une aggravation de la complexité administrative, et à une perte de confiance envers les génériques ;
  - un manque de disponibilité d'autres médicaments et produits essentiels (par exemple contre les infections opportunistes et les IST) lorsque la fourniture d'ARV a été appuyée de façon isolée, ce qui montre la nécessité de renforcer les systèmes pharmaceutiques dans leur ensemble.
9. L'OMS ne s'est guère engagée à résoudre systématiquement au niveau des pays ces problèmes de chaîne des approvisionnements et des stocks, et il y a place pour une collaboration beaucoup plus intense avec les partenaires pour y parvenir.
  10. Les problèmes concernant la gestion des approvisionnements et des stocks font l'objet d'un groupe de travail du Groupe spécial mondial, pour être traités systématiquement par les institutions multilatérales et donateurs internationaux qui y participent. Ces organismes pourraient prendre immédiatement des mesures visant à harmoniser leurs réglementations, directives et procédures d'approvisionnement, réduisant ainsi la complexité et la charge administrative qu'elles imposent aux systèmes d'approvisionnement des pays. Il conviendrait de préciser le rôle de l'OMS (AMDS) dans cette instance, et d'améliorer maintenant les relations de travail entre ces organismes.
  11. Au sein de l'OMS, le VIH occupe également une place éminente dans la stratégie du Groupe Technologie de la santé et produits pharmaceutiques. Ce secteur de l'Organisation a permis d'accomplir des progrès importants : il a placé les ARV sur la liste des médicaments essentiels, dirigé le Projet de présélection, fait avancer la position de l'OMS sur les droits de propriété intellectuelle, renforcé les systèmes d'approvisionnement (par un appui aux niveaux des Régions et pays), assuré des formations sur les bonnes pratiques de fabrication, l'assurance de qualité et l'enregistrement des médicaments génériques, renforcé les capacités

des autorités nationales de réglementation des médicaments, et renforcé les politiques nationales des médicaments. Il s'est ainsi produit un certain chevauchement avec les activités de l'AMDS (situé dans le Département VIH), mais il existe désormais un accord clair sur le partage des responsabilités, qui devrait permettre à ces départements de communiquer et de collaborer plus efficacement.

#### 4.4.4 Le réseau du Service des médicaments et produits diagnostiques concernant le SIDA (AMDS)

12. L'OMS a constitué un réseau AMDS qui a entrepris de coordonner les actions visant à surmonter les problèmes d'approvisionnements et de stocks. Le Département VIH/SIDA a rapidement rassemblé cette équipe aux premiers temps de « 3 millions d'ici 2005 », avec pour mandat d'étudier la possibilité de se transformer en organisme mondial d'approvisionnement en ARV<sup>89</sup>. La décision a été prise, sans doute à juste titre, de ne pas s'engager directement dans cette voie : les ARV de première intention étaient de plus en plus accessibles, et l'OMS reconnaît ne pas disposer de systèmes permettant de gérer des approvisionnements à grande échelle. Au lieu de quoi, l'AMDS a fonctionné comme centre de connaissances relatives aux médicaments et produits diagnostiques, et a surtout apporté des solutions d'urgence à mesure que des problèmes apparaissaient. Le secrétariat de l'AMDS a également contribué à organiser une série d'ateliers sur la gestion des approvisionnements et des stocks, ainsi que des formations, dispensées par son réseau de collaborateurs, visant à permettre aux bénéficiaires du Fonds mondial d'élaborer des plans de gestion des approvisionnements et stocks, qui constituent un préalable au décaissement des subventions qu'octroie le Fonds.
13. L'AMDS a progressé dans la plupart des activités prévues (voir Annexe 11), même si parfois celles-ci chevauchaient les activités d'autres unités ou faisaient double emploi avec l'action de partenaires extérieurs, de telle sorte que les résultats s'en sont trouvés retardés. Le Service semble avoir enfin négocié une entente claire quant à son rôle, et devrait désormais fonctionner en partenariat efficace et coordonné avec les départements du Groupe Technologie de la santé et produits pharmaceutiques (HTP) et avec des partenaires extérieurs. L'AMDS devra maintenant s'efforcer de s'adapter davantage et de gérer ses partenariats en vue d'appuyer plus efficacement les pays.
14. L'évaluation a permis de cerner certains rôles spécifiques de l'AMDS, notamment :
  - suivre les effets des réglementations ADPIC (Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) sur les prix des ARV et autres médicaments essentiels après 2005 ;
  - étudier l'intérêt potentiel de produire localement des ARV dans les pays les moins avancés afin d'en garantir les prix et la disponibilité<sup>90</sup> ;
  - poursuivre ses activités en tant que source de connaissances et d'informations en matière de médicaments et produits diagnostiques (le site Web de l'AMDS est considéré par de nombreux partenaires comme une excellente ressource, bien que certains estiment que la fiabilité de cette information pourrait être améliorée, tandis que d'autres doutent qu'elle soit utilisée de la meilleure façon possible) ;

<sup>89</sup> Sur le modèle de la Facilité mondiale d'accès aux médicaments antituberculeux (GDF).

<sup>90</sup> Les pays les moins avancés sont dispensés d'appliquer cet accord jusqu'en 2016, ce qui leur permet de fabriquer leurs propres ingrédients pharmaceutiques actifs (IPA) et de produire des ARV pédiatriques ou de deuxième intention brevetés dans d'autres pays en développement ou développés.



- aider les pays à lancer des activités de suivi des médicaments pour surveiller l'efficacité clinique des formulations utilisées ;
  - produire des informations stratégiques (par exemple des projections épidémiologiques) en matière de prévision mondiale, nécessaires pour planifier la fabrication et la distribution des médicaments ;
  - renforcer par la négociation les marchés des ARV pédiatriques et de deuxième intention, en diffusant des informations et en cherchant à susciter l'intérêt des fournisseurs ;
  - faciliter les négociations sur les prix des produits finis et sur les ingrédients pharmaceutiques actifs (IPA)<sup>91</sup>. Il faudra pour cela s'intéresser de très près à la Chine et à l'Inde, en tant que fournisseurs potentiels de matières premières moins coûteuses ;
  - mettre en œuvre l'initiative de l'OMS contre les médicaments antirétroviraux de contrefaçon<sup>92</sup>.
15. L'AMDS sert de secrétariat à un réseau de partenaires qui pourrait constituer un dispositif de plus en plus efficace pour fournir des compétences techniques et un appui aux pays. Peu structurée, l'association de ces partenaires vise actuellement à améliorer les approvisionnements et stocks de médicaments anti-VIH, et bien qu'ayant déjà eu l'occasion de contribuer en diverses manières à l'action de l'OMS, certains de ces partenaires ont exprimé lors des entretiens un sentiment de déception vis-à-vis des structures ou de la gestion du Service. Au contraire, les départements du Groupe HTP collaborent avec nombre de ces mêmes partenaires dans le cadre d'un schéma établi qui fait la distinction entre partenaires scientifiques, stratégiques et opérationnels. Des mécanismes précis ont été définis, qui permettent de collaborer avec chaque type de partenaires afin de structurer leurs contributions. Il semble y avoir là un modèle adapté, que l'AMDS pourrait reprendre en vue de gagner en efficacité dans la gestion des partenariats au sein de son propre réseau – modèle que l'on pourrait envisager d'étendre aux autres domaines techniques où l'OMS agit à l'aide de partenariats.

## 4.5 Objectif stratégique 5 : Identifier rapidement les connaissances nouvelles et appliquer ailleurs les solutions

### 4.5.1 L'« apprentissage par l'action »

1. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » étant lancée en tant qu'« urgence », l'OMS ne pouvait attendre la constitution d'une base factuelle plus complète pour guider ses stratégies techniques. C'est pourquoi l'Organisation a pris l'engagement d'« apprendre par l'action » par une évaluation continue, une analyse de la performance de l'Organisation et un programme précis de recherche opérationnelle . L'OMS entendait mener ces activités au travers d'« un programme solide pour apprendre, réunir et échanger des informations et prendre les mesures voulues, et ce en permanence »<sup>93</sup>, dans l'idée de constituer des réseaux d'apprentissage en mesure de diffuser rapidement les stratégies fructueuses et approches innovantes au sein des programmes de terrain. Cette fonction est d'autant plus importante que les fonctionnaires de l'OMS chargés de « 3 millions d'ici 2005 » dans les pays estiment que l'une des contributions

<sup>91</sup> Le coût des IPA représente jusqu'à 75 % de celui des médicaments antirétroviraux ; les premières priorités devraient aller à la sûreté de la production des IPA, à leur qualité et aux économies d'échelle.

<sup>92</sup> Le Groupe HTP de l'OMS considère la contrefaçon de médicaments comme un danger majeur de santé publique, et s'efforce de constituer un Groupe spécial international contre la contrefaçon des médicaments.

<sup>93</sup> Selon le document stratégique de l'OMS *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 : Comment y parvenir*, p. 25.

les plus essentielles que l'OMS puisse apporter à l'extension est celle de « gérer l'information » (notamment en appréciant les tendances et en rendant compte des progrès, et en établissant les priorités de la recherche et du développement, tout en contribuant à les stimuler<sup>94</sup>).

2. L'équipe d'évaluation a constaté que si divers éléments de systèmes d'apprentissage ont été mis en place dans différents secteurs de l'Organisation, l'OMS n'est pas encore parvenue à les assembler du mieux possible en une stratégie cohérente de « gestion des connaissances » ou d'« amélioration par l'apprentissage » utile à ses programmes internes ou à ses partenaires extérieurs.
3. Les activités de production et de gestion des connaissances liées à « 3 millions d'ici 2005 » ont été mal organisées au Siège de l'OMS, éparpillées dans cinq unités/départements différents sans coordination ni collaboration suffisantes pour exploiter réellement les flots d'informations qui circulent dans l'Organisation. Cette lacune a parfois compromis l'aptitude de l'OMS à trouver un consensus interne sur les approches techniques (par exemple, quels systèmes de suivi employer), et a conduit à des inconspicuités dans les collaborations avec les partenaires extérieurs (comme dans les pays où l'OMS préconisait des registres électroniques des patients tout en collaborant avec les ministères de la santé pour mettre en œuvre des systèmes sur papier dans le cadre de la PCIMAA).
4. Ce domaine de programme a bénéficié de ressources considérables, et l'OMS aurait intérêt à adopter une démarche plus systématique pour collecter, synthétiser et diffuser l'information destinée à guider les décisions. Il conviendrait d'étudier spécifiquement sous l'angle technique les moyens d'améliorer la décision en tant que processus, par des outils et méthodologies d'aide à la décision. Ainsi, au cours de l'élargissement vers l'accès *universel*, les pays auront besoin de modèles pour établir des projections de la croissance dans le temps des populations bénéficiant de soins chroniques (avec des besoins d'interventions changeants, comme le traitement de deuxième intention), afin que ces scénarios permettent de planifier et de budgétiser les services. L'OMS occupe une position idéale pour remplir ces fonctions, que l'on attend d'ailleurs d'elle, de par ses réseaux dans les pays et ses partenariats techniques internationaux, et devrait servir effectivement de réseau de connaissances dans la riposte mondiale au VIH et au SIDA. L'OMS pourrait également faire en sorte que ce dispositif s'applique dans le cadre d'autres évolutions de la santé mondiale (telles que la menace d'une pandémie de grippe aviaire).

#### 4.5.2 Acquisition et diffusion des bonnes pratiques et leçons à tirer

5. La qualité des contributions techniques de l'OMS est hautement appréciée des responsables de programmes nationaux contre le SIDA au sein des ministères de la santé, qui déclarent consulter très fréquemment les publications de l'OMS et ses fonctionnaires spécialisés, qui sont leur première source d'information<sup>95</sup>. Il semble cependant se produire de fréquents goulets d'étranglement dans la gestion des flux d'informations, car la production de nouveaux matériels techniques incombe à des groupes spécialisés ou à des individus appartenant à l'Organisation dont la charge de travail est déjà importante, et qui ne disposent pas de ressources de programme suffisantes pour cette fonction. On constate par conséquent un manque de documentation sur les enseignements acquis dans certains domaines d'activité techniques (comme la PCIMAA ou la surveillance des résistances aux médicaments du VIH).

<sup>94</sup> D'après l'enquête auprès des fonctionnaires de l'OMS dans les pays chargés du traitement et de la prévention du VIH/SIDA (Annexe 6.1.).

<sup>95</sup> D'après les réponses à l'enquête auprès des responsables de programmes nationaux contre le SIDA (Annexe 6.2).

6. L'activité habituelle de l'OMS consistant à faciliter des consultations techniques afin d'échanger des expériences et de trouver des consensus reste considérée comme utile (en particulier par les personnes qui y sont souvent invitées), et on observe une tendance digne d'éloges à tenir plus fréquemment ces réunions dans les pays, au niveau régional, pour permettre une participation locale et mieux situer les questions dans leur contexte. Toutefois, l'organisation de ces réunions mobilise des ressources extrêmement importantes, et il n'est pas évident que ce soit toujours là le moyen le plus efficace de procéder à des consultations et d'obtenir des consensus. Des alternatives innovantes s'imposent progressivement, comme de publier les versions provisoires des documents sur le site Web de l'OMS pour recueillir les observations<sup>96</sup>. Cette démarche pourrait aussi permettre de raccourcir les délais d'application des résultats des consultations, critiqués dans les pays par certains participants, et d'obtenir une gamme plus large de contributions et de points de vue.

### 4.5.3 Systèmes d'information et de communication

7. Aux premiers temps de « 3 millions d'ici 2005 », les ressources d'informations partagées concernant l'extension des traitements étaient rares, mais l'OMS a investi ces deux dernières années pour bâtir d'impressionnants systèmes utilisant les technologies de l'information et de la communication en faveur de la collaboration et du partage de connaissances. L'Organisation recueille désormais auprès des pays une gamme de plus en plus vaste d'informations stratégiques, opérationnelles et générales. Des instruments tels que le Forum électronique du personnel de l'OMS sur le VIH/SIDA sont récemment entrés en service, qui constituent une plateforme d'échange d'informations et donnent au personnel de l'OMS un accès à distance aux bases de données internes de l'Organisation. Les *fiches pays de l'OMS* sont un exemple de matériels utiles pouvant être produits à usage externe grâce à ces informations. Il est important que l'OMS poursuive son engagement pour maintenir la qualité de ce « renseignement », en l'employant de façon à guider plus efficacement la décision, par exemple en tenant un inventaire des enseignements acquis, ou en synthétisant et en communiquant en temps réel les tendances des données de surveillance globale des résistances aux médicaments du VIH.
8. Ces sources d'informations sont encore relativement sous-utilisées au sein de l'Organisation, en partie par manque de communication interne et de compréhension de ce qu'elles apportent, mais aussi parce que la mauvaise qualité des connections à l'Internet demeure un obstacle dans certains pays. Ayant mis ces systèmes en place, l'OMS se concentre aujourd'hui sur la gestion et l'utilisation de ces données par le personnel de l'OMS, et un effort supplémentaire en matière de formation et d'appui au personnel pourrait être bénéfique.
9. Les sites Web du Département du VIH/SIDA et de « 3 millions d'ici 2005 » constituent une source d'information publique extrêmement précieuse, pour l'essentiel à jour et de haute qualité. Ces sites pourraient cependant bénéficier plus efficacement des enseignements en assurant des échanges bidirectionnels de connaissances et d'informations, par exemple en hébergeant un forum de discussion électronique directement relié au site.

<sup>96</sup> La dernière revue des directives pour les TARV pédiatriques sur le site Web de l'OMS en fournit un bon exemple.

#### 4.5.4 Recherche opérationnelle

10. Les éléments qui permettraient de choisir en toute connaissance de cause les approches de prestation de services les mieux adaptées, ainsi que les meilleurs moyens d'offrir aux patients des soins chroniques du VIH et le soutien correspondant, ces éléments font encore cruellement défaut. Les responsables des programmes nationaux contre le SIDA ont fortement souligné que l'OMS devrait se montrer plus dynamique pour établir un programme de recherche opérationnelle, renforcer les capacités de recherche, faciliter les partenariats en la matière, élaborer des instruments et méthodologies génériques de recherche opérationnelle, et apporter un appui technique direct au lancement de telles activités. L'OMS facilite d'ores et déjà un modeste programme de recherche opérationnelle dans cinq pays, dont l'ampleur est limitée par le manque de ressources financières et la nécessité de commencer par construire des capacités locales de recherche dans le cadre du processus. L'OMS adopte une approche en faveur d'une recherche opérationnelle qui soit prise en main par les pays, avec par conséquent de meilleures chances de mener à des changements de politiques. L'Organisation a déjà commencé à élaborer des outils génériques de recherche opérationnelle, tels que des instruments normalisés d'enquête sur l'observance des traitements.
11. Les méthodes classiques de la recherche opérationnelle, fondées pour l'essentiel sur l'analyse rétrospective des observations, ne conviennent pas totalement à un processus d'extension rapide, qui exige des réponses plus proches du temps réel. L'OMS a donc entamé la promotion d'approches plus modernes de la recherche opérationnelle, qui relie cette dernière aux méthodologies d'amélioration des programmes et services ainsi qu'à la nécessité de créer des « communautés de pratiques » en réseau. Le Groupe Bases factuelles et information à l'appui des politiques s'est fait le champion de cette démarche, mais il conviendra de l'appliquer plus largement en tant que stratégie intégrée d'apprentissage et d'amélioration dans le domaine d'activité VIH/SIDA. L'OMS n'étant pas une institution de recherche, des partenariats sont à rechercher dans les milieux académiques pour faire avancer la recherche opérationnelle en lui attribuant un degré de priorité élevé.

#### 4.5.5 Suivi et évaluation

12. L'OMS a entretenu, par l'intermédiaire du Groupe de référence en matière de suivi et d'évaluation (MERG), une collaboration technique avec l'ONUSIDA, le Fonds mondial et d'autres partenaires, y compris des organismes gouvernementaux des États-Unis d'Amérique, en vue d'harmoniser les indicateurs de suivi des patients et d'établir les définitions d'un « ensemble de données minimum ». On peut voir là une contribution importante à l'alignement des multiples systèmes parallèles de collecte des données et de rapports qui sont toujours monnaie courante dans les pays.
13. Seuls très peu de pays sont parvenus au stade de disposer des informations les plus élémentaires pour mesurer les résultats et les effets du traitement chronique du VIH (survie, qualité de vie et état de santé), ou ceux de son extension sur la santé des populations et les systèmes de santé. Les résultats néfastes, comme les résistances aux médicaments ou leur toxicité, ne font pas non plus l'objet d'évaluations régulières pour déterminer les modifications de directives ou les améliorations dans les services qui pourraient être indiquées. Il convient d'appuyer davantage les pays dans l'application du *Guide to monitoring and evaluating national antiretroviral treatment (ART) programmes in the rapid scale-up to « 3 by 5 »* et d'avancer dans le renforcement d'un suivi national et d'une évaluation qui soient soutenus par des systèmes de gestion de l'information sanitaire plus solides et mieux harmonisés.

14. Afin d'apprendre de la réalité des pays, l'OMS a participé à des missions conjointes d'évaluation ou d'étude dans les pays avec les principaux partenaires internationaux (notamment au Burkina Faso, au Mali, au Rwanda et en Thaïlande en 2005), qui permettent de partager les expériences et compétences. Les rapports de certaines de ces missions sont disponibles sur le site Web de l'OMS.
15. L'OMS n'a pas systématiquement assuré de suivi interne du programme, qui lui permettrait de s'instruire grâce aux résultats de son action et de suivre les progrès de l'Initiative, puisqu'il n'existe pas de mandat clair pour ce faire et que cette activité n'apparaît généralement pas sous forme financée dans les plans de travail. Les indicateurs fixés au début de « 3 millions d'ici 2005 » et figurant dans le document *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 : Comment y parvenir* n'ont pas été systématiquement vérifiés pour suivre les résultats ou les comparer aux objectifs du programme. Les progrès n'ont été périodiquement rapportés qu'au niveau mondial, essentiellement à l'intention des parties extérieures, sans que cela soit intégré à l'amélioration des performances. Les indicateurs employés pour mesurer celles-ci sont souvent inadéquats (par exemple, les fonctionnaires chargés de « 3 millions d'ici 2005 » utilisaient les indicateurs nationaux du nombre de personnes sous traitement pour mesurer leurs propres progrès). Il convient de renforcer la formation du personnel de l'OMS et les conseils qui lui sont donnés sur la manière de relier le suivi à l'amélioration des performances.

#### 4.5.6 Suivre les progrès grâce à l'information stratégique

16. Pour comparer les progrès accomplis aux objectifs mondiaux, il est nécessaire de connaître le nombre des personnes sous traitement ; on appelle couramment ce type de données « information stratégique ». En dépit de la complexité de la tâche, les résultats rapportés pouvant être sujets à controverse, l'OMS a affiné ses méthodes en vue d'améliorer l'exactitude de ces estimations, qui semblent généralement acceptées. Utile à l'égard de la sensibilisation, cet élément pourrait être amélioré en tant qu'instrument de mesure de l'équité, en produisant des rapports détaillés indiquant quelles populations suivent un traitement et où celui-ci est accessible.
17. L'OMS joue un rôle important dans la surveillance mondiale, notamment des résistances aux médicaments (voir 4.3.5), mais elle devrait lier plus systématiquement cette activité à d'autres domaines. C'est ainsi qu'il n'existe actuellement aucune disposition établie afin que l'information sur les résistances aux antirétroviraux soit analysée et mise en relation avec l'information sur les approvisionnements en médicaments (bien que des témoins d'alerte précoce figurent parmi les définitions d'indicateurs pour le suivi des programmes nationaux).
18. Ces données stratégiques ont pour origine les systèmes nationaux d'information pour la gestion sanitaire, et l'OMS a fourni un certain appui aux pays pour renforcer ces systèmes. Elle a également adapté à cette fin des outils spécifiques, comme la cartographie des disponibilités en services, des fichiers médicaux électroniques ou des formulaires de suivi des patients. Il conviendrait de donner la priorité à l'action des gouvernements et de leurs partenaires internationaux visant à améliorer les systèmes d'enregistrement et de suivi des patients, notamment par l'emploi de fichiers médicaux électroniques et de bases de données des patients répondant aux normes, et ce afin de disposer de sources de données plus fiables et plus utiles pour suivre les progrès de l'extension ; en effet, ces informations seront de plus en plus importantes pour guider les décisions à tous les niveaux du programme, concernant l'allocation des ressources, la planification des services, etc. L'OMS espère améliorer la collecte et l'utilisation de ces informations sur la base des directives émises, et elle a contribué à la définition de normes concernant le transfert de données électroniques pour les bases de données des patients.

19. Grâce au Réseau de métrologie sanitaire, l'OMS appuie le renforcement des systèmes de santé en matière de gestion des connaissances (voir Section 4.7.2). L'Organisation joue un rôle particulier dans le suivi de l'épidémie de VIH et de SIDA, par rapport aux autres partenaires des Nations Unies (comme l'ONUSIDA ou le Fonds mondial), par l'accent qu'elle met sur le renforcement des systèmes d'information pour la gestion sanitaire et sur l'apport de conseils et d'assistance technique en vue d'appliquer les données des programmes et de la surveillance épidémiologique aux décisions prises dans le secteur de la santé.

#### 4.5.7 Les réseaux d'apprentissage

20. Les fonctionnaires de l'OMS chargés de « 3 millions d'ici 2005 » accordent une grande importance à l'échange permanent d'informations et à l'apprentissage auprès de leurs homologues dans les autres pays<sup>97</sup>. Ces chargés de programme devraient former un réseau, une communauté de pratiques aux liens étroits produisant de l'information de terrain et renforçant la contribution de ses membres dans les pays par un apprentissage mutuel permanent. Ce modèle de réseau, et les systèmes que développe l'OMS à l'appui de cette action, tels que le forum électronique interne, pourraient être étendus à d'autres domaines d'activité dans lesquels l'OMS intervient aux côtés de groupes de partenaires partageant un même but (par exemple l'AMDS ou le HIVResNet).
21. Le rôle traditionnel de l'OMS, gardienne du savoir qui propose des solutions aux problèmes de santé publique, se transforme à mesure que des communautés d'intérêts s'organisent de façon autonome et font surgir de nouveaux modes de collaboration et de mise en commun des connaissances. On en trouve un bon exemple dans le forum électronique hébergé par la Coalition internationale de préparation au traitement (ITPC), forum libre qui permet à ses membres divers du monde entier de s'aider mutuellement à trouver des solutions concrètes à tout type de problème relatif à l'extension du traitement, et de répondre en temps réel aux demandes d'assistance technique. Bien qu'étant à l'origine de l'ITPC, l'OMS ne participe pas officiellement à ce forum (ce qui n'exclut pas la participation à titre personnel de ses fonctionnaires). À l'OMS, certains estiment que l'Organisation devrait encourager ces nouveaux modes de fonctionnement et saisir les occasions de faciliter ces nouvelles collaborations ou d'y participer, en s'appuyant sur son influence institutionnelle, ses relations techniques, et l'avantage que lui procure sa large présence sur le terrain.
22. L'analyse des politiques, qui constitue une fonction importante de la gestion des connaissances, montre bien à la fois le rôle politique de l'information et la façon dont l'apprentissage (les données) devrait permettre de définir l'action (la décision). Le rôle de l'OMS dans l'analyse des politiques concernant la gratuité de l'accès au TARV sur les lieux de soins fournit un exemple de la manière dont l'Organisation a répondu au besoin exprimé d'une position politique sur la question, en organisant une consultation, en réunissant les données existantes, et en facilitant l'évaluation technique de l'analyse<sup>98</sup>.

<sup>97</sup> D'après l'enquête auprès des fonctionnaires de l'OMS dans les pays chargés du traitement et de la prévention du VIH/SIDA (Annexe 6.1).

<sup>98</sup> L'OMS a été critiquée pour avoir présenté sur la question un « document de travail », plutôt qu'un « document de politique », en raison de pressions politiques au sein des Nations Unies, et ce en dépit d'une base factuelle solide. Ce point est approfondi au chapitre concernant l'équité (4.7.3)

## 4.6 Analyse organisationnelle

### 4.6.1 La conception de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 »

1. L'équipe d'évaluation a rencontré des interprétations diverses du sens de « 3 millions d'ici 2005 » : « un slogan » ; « une stratégie de marketing et de levée de fonds » ; « une initiative » ; « un indicateur » ; « un état d'esprit » ; « un signal d'alarme » ; « une stratégie de sensibilisation » ; « un programme de travail » ; « un plan d'une grande ambition » ; « une déclaration de politique mondiale » ; aussi bien que « la stratégie de l'OMS visant à traiter 3 millions de personnes avant la fin de l'année 2005 ». Il est possible que chacune de ces réponses recèle une part de vérité.
2. Au moment du lancement de l'Initiative, à Nairobi lors de la Journée mondiale du SIDA 2003, l'OMS était à peine en mesure de financer ses activités en matière de VIH. Ne disposant que de deux ans pour atteindre son ambitieux objectif et d'aucun engagement financier définitif, « 3 millions d'ici 2005 » était à l'origine davantage une déclaration politique et un acte de foi qu'un programme de travail systématique. La crédibilité de l'OMS et son rôle international dans le domaine du VIH restaient à démontrer, pour que l'Organisation devienne le chef de file très attendu de la riposte mondiale du secteur santé au VIH et au SIDA.
3. Ayant fixé cet objectif fortement médiatisé, l'OMS n'a ni conduit ni géré l'Initiative comme un programme de travail conventionnel, selon une conception comprenant des étapes intermédiaires et une chaîne logique de résultats. Le plus important document de référence en matière de planification (*3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 : Comment y parvenir*) déclinait 76 indicateurs (61 indicateurs vérifiables pour 5 « piliers » stratégiques et 15 indicateurs de suivi), et 48 hypothèses<sup>99</sup>. On voit là le reflet d'un programme ambitieux mais légèrement conçu, ne présentant pas une structure suffisante par rapport à laquelle mesurer les résultats ou la performance, malgré les immenses efforts consentis. Sans stratégie de suivi des performances, il devenait difficile d'en établir une pour les rapports. Cette faiblesse dans la conception du programme explique également la difficulté de prévoir convenablement les ressources nécessaires à la réalisation de l'objectif. Le fait que le financement n'ait été confirmé qu'à la mi-2004, et n'ait été reçu de façon échelonnée que plus tard encore, a retardé la mise en œuvre complète du programme.
4. Pour justifier ce peu de structure du programme, l'OMS invoque l'argument que l'Initiative devait constituer une riposte d' « urgence », à mener de façon non conventionnelle sur le plan organisationnel afin d'évoluer tout en gagnant en puissance. Le processus a été comparé à celui de la gestion par l'OMS du SRAS au niveau mondial. Pourtant ce n'était pas, dans une large mesure, un mode de fonctionnement permettant de développer rapidement les systèmes, les financements et les activités nécessaires à la mise en œuvre d'une initiative sanitaire mondiale de cette ampleur. L'épidémie de VIH sévit depuis plus de 20 ans, et chacun s'accorde à penser que pour la maîtriser, des actions devront être menées à moyen et long terme sur des générations entières. La nécessité d'une extension rapide des TARV ne peut se qualifier comme une « urgence » au sens strict, mais plutôt comme un « impératif » d'action à moyen et long terme, de la part des pays comme des partenaires. On peut retenir

<sup>99</sup> Il existe pour « 3 millions d'ici 2005 » divers documents de planification, plans de travail, etc., qui manquent de cohérence pour décrire les résultats attendus du programme en 2004 et 2005. Le document fondateur *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 : Comment y parvenir* ne faisait pas référence à *Une stratégie globale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA, 2003–2007*, stratégie existante approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé. En 2004, *Investir dans une riposte globale du secteur de la santé au VIH/SIDA* resituait en partie l'Initiative dans la perspective plus large du cadre sectoriel, et mettait l'accent sur la prévention et le renforcement des systèmes de santé.

à l'encontre du lancement de « 3 millions d'ici 2005 » en tant qu'urgence mondiale non pas le peu de réalisme de son objectif, mais plutôt que la période de deux ans impartie pour en faire un programme ait désorienté la planification et la préparation à plus long terme. Selon l'expression de nombreux partenaires, le problème ne tenait pas tant au « 3 » qu'au « 5 », allusion au délai excessivement bref de cette initiative.

## 4.6.2 Structure organisationnelle

### *L'OMS comme organisation mondiale*

5. L'OMS est une organisation mondiale complexe, très diverse selon les Régions et pratiquant une autonomie décentralisée<sup>100</sup>. De l'intérieur, on considère qu'il s'agit d'une structure difficile à gérer et peu apte à mettre en œuvre un programme global. Cependant, sa pluralité constitue aussi une de ses forces, car les Bureaux régionaux peuvent être plus proches des réalités géographiques, politiques, sociales et culturelles des pays qui sont de leur ressort. La relative autonomie des directeurs régionaux<sup>101</sup> et leur influence sur le fonctionnement des programmes de l'OMS dans les pays font que leur appui à « 3 millions d'ici 2005 » et leur détermination à mettre en œuvre un programme concerté dans toute l'Organisation ont constitué un facteur important des progrès accomplis dans chaque Région. À cet égard, l'effet le plus préoccupant s'est manifesté en Afrique, où le Bureau régional ne semble pas avoir joué de rôle moteur perceptible dans « 3 millions d'ici 2005 ». Il est possible que le mode de lancement de l'Initiative et le fait que le Siège s'en soit fait le chantre ait contribué au manque de dynamisme manifesté par ce Bureau à son propos. Ce point témoigne d'un sérieux problème de gouvernance à l'OMS, que ni le Conseil exécutif ni la haute direction n'ont encore pris la responsabilité d'affronter comme il convient.
6. Dans l'ensemble, l'OMS reste perçue comme une grande organisation très administrative, mieux armée pour entreprendre des initiatives de développement à plus long terme. Les politiques et les procédures opérationnelles de l'Organisation (par exemple le mode de prise de décisions par l'Assemblée mondiale de la Santé ou les Comités régionaux, les processus budgétaires et de levée de fonds, ou la réglementation des recrutements) font qu'il est difficile à l'Organisation de réagir rapidement pour mettre en œuvre des changements. La période de deux ans prévue pour effectuer ces changements était donc irréaliste.
7. En fait, l'OMS a bel et bien appliqué certaines mesures « extraordinaires » qui témoignent de sa volonté de s'écarter ici de ses procédures habituelles d'administration et de gestion. Sur ces deux ans, 160 personnes ont été recrutées dans le monde, et les frais d'appui aux programmes (prélevés sur les subventions extérieures pour couvrir les services administratifs de l'Organisation) ont été réduits de 13 % à 6 % pour l'Initiative. Si ces nettes améliorations organisationnelles sont à porter au crédit de l'OMS, il n'en demeure pas moins que nombre de partenaires extérieurs acceptent difficilement que, dans bien des cas, le personnel le plus important pour l'Initiative (les fonctionnaires chargés de « 3 millions d'ici 2005 » dans les pays) n'ait été affecté que vers la fin de ces deux années.

<sup>100</sup> L'OMS comporte trois niveaux : son Siège de Genève, six Bureaux régionaux, et plus de cent Bureaux dans les pays. Les Bureaux régionaux possèdent leur propre directeur élu, et fonctionnent de façon semi-autonome.

<sup>101</sup> C'est ainsi que les directeurs régionaux de l'OMS sont élus par les Comités régionaux des ministres de la santé, et non pas nommés par le Directeur général de l'OMS.



### **Au niveau des Bureaux régionaux**

8. Pendant bien trop longtemps, les directeurs régionaux et les Bureaux régionaux n'ont accordé au VIH/SIDA et aux TARV ni la priorité ni l'attention voulues, comme en témoignent les ressources humaines et budgets insignifiants auparavant attribués à ce domaine d'activité. Les ressources nouvelles procurées par l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » ont contribué à renforcer le programme VIH/SIDA dans tous les Bureaux régionaux. Dans la plupart des cas, des changements positifs en ont résulté (constatés par l'équipe d'évaluation au Bureau régional OMS des Amériques/OPS, au Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale et au Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est)<sup>102</sup>. L'augmentation des effectifs ainsi que les processus de planification régionale et de développement des programmes dans ces Bureaux semblent répondre convenablement, pour la première fois depuis tant d'années, aux défis du VIH et du SIDA.

### **Un exemple de bonne pratique dans l'appui des Bureaux régionaux de l'OMS aux pays**

Le Bureau régional OMS des Amériques/OPS (à Washington) et le Bureau de l'OMS en Haïti ont créé un groupe de travail hebdomadaire pour intensifier le soutien de l'OPS à Haïti dans le domaine de la prévention, du traitement et de la maîtrise du VIH/SIDA et des IST. Ces réunions permettent au personnel de plusieurs divisions de l'OPS (y compris des sections approvisionnements et finances), assemblés autour d'une table, de se mettre en contact téléphonique avec le Bureau de Port-au-Prince pour s'informer des progrès accomplis, cerner les problèmes et discuter des moyens de les résoudre rapidement en unissant leurs efforts. Cet exemple montre de façon très concrète comment l'adaptation d'une pratique de travail institutionnelle aux besoins d'appui d'un pays peut influencer le cours des choses.

9. C'est le Bureau régional OMS de l'Afrique qui a le plus grand défi à relever en termes d'échelle et de complexité pour riposter au VIH et au SIDA, dans cette Région qui comporte certains des pays les plus pauvres et où l'épidémie est la plus grave. Plus de 60 % de l'objectif mondial se concentre sur l'Afrique. Les communications et les transports vers les lieux d'intervention sont souvent extrêmement difficiles. Le Bureau régional OMS de l'Afrique souffre de problèmes de structure, car ses bureaux se divisent entre Brazzaville (Congo), où sont assurées la plupart des fonctions administratives et techniques, et Harare (Zimbabwe) où ne résident que deux des six divisions techniques, dont celles qui concernent le programme VIH. Il est donc difficile, sur le plan logistique, de provoquer des synergies et d'assurer une administration efficace. En dépit des efforts incontestables<sup>103</sup> consentis par le Bureau régional OMS de l'Afrique pour aider les États Membres dans leur action d'extension (par exemple en recrutant 21 fonctionnaires chargés de « 3 millions d'ici 2005 », en effectuant de nombreuses missions techniques dans les pays visés et en facilitant des consultations régionales), ce Bureau s'est montré lent pour renforcer ses propres ressources régionales en proportion du financement supplémentaire de « 3 millions d'ici 2005 », et présente les plus faibles résultats d'exécution de la subvention. Bien qu'un nouveau plan du Bureau régional prévoie de constituer en complément trois à quatre équipes interpays dans la Région, cette action ne fait que commencer.

<sup>102</sup> Le Bureau régional OMS de l'Europe et le Bureau régional OMS du Pacifique occidental, non visités par l'équipe d'évaluation, font également état d'un engagement accru.

<sup>103</sup> Voir aussi la note sur la visite au Bureau régional OMS de l'Afrique, Annexe 5.1.

10. Les ressources des Bureaux régionaux de l'OMS en général (et de celui de l'Afrique en particulier) sont très insuffisantes pour leur permettre de remplir leur importante fonction d'appui et de coordination auprès des Bureaux de pays. Selon certaines indications, il semblerait que les Bureaux régionaux fonctionneraient à bien des égards sans tenir suffisamment compte du principe de subsidiarité, selon lequel la responsabilité et le pouvoir de décision s'exercent au niveau le plus proche du sujet et de l'objectif, et persistent à employer des procédures de direction dépassées qui compromettent leurs résultats et engendrent une perception extérieure largement négative<sup>104</sup>.

### **Au niveau du Siège de l'OMS**

11. Au Siège de l'OMS, l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a été coordonnée par le Département VIH/SIDA, dont la structure actuelle date de 2004 et qui emploie environ 105 personnes<sup>105</sup>. À la fin 2004, la plupart de ces dernières travaillaient sous contrat à court terme (11 mois); mais après une restructuration intervenue en 2005, 80 % d'entre elles bénéficiaient de contrats à durée déterminée (deux ans). Cet aspect a été important pour la stabilité du programme et le moral du personnel. Les équipes techniques, qui ne comptent le plus souvent qu'un ou deux principaux fonctionnaires techniques, se répartissent entre cinq unités opérationnelles. Ils sont généralement reconnus comme des professionnels hautement qualifiés, extrêmement dévoués à leur travail. Toutefois, dans la plupart des cas, ces équipes ne disposent que de ressources extrêmement faibles et sont vulnérables à toute perte en personnel, puisque chaque domaine technique dépend du dynamisme d'un ou deux individus (comme on l'a souligné plus haut dans les sections traitant des domaines techniques); et ce bien que l'OMS ait pratiquement triplé les effectifs en vue de faire de « 3 millions d'ici 2005 » un programme institué (l'organigramme figure à la Section 2.4).
12. Pour analyser a posteriori le modèle organisationnel de l'Initiative et la décision prise par l'OMS d'en faire un programme interne dirigé par le Siège, on doit tenir compte du contexte historique du programme VIH à l'OMS<sup>106</sup>, et de l'absence de consensus concernant l'extension des TARV à l'époque. Pour mettre le programme en avant et susciter un élan autour de lui, il était sans doute nécessaire d'agir ainsi, en dépit des inefficacités et chevauchements que l'on provoquait vis-à-vis d'autres départements de l'OMS. L'Initiative engendré un besoin de rééquilibrage des ressources entre les programmes à tous les niveaux de l'Organisation. À mesure que le programme évoluait, presque tous les services techniques du Département VIH/SIDA ont été amenés à constituer des réseaux en partenariat, tels que l'AMDS, le HIVResNet, l'ITPC, le MERG et autres, précédemment mentionnés. Au niveau mondial, le thème de l'extension s'est progressivement institutionnalisé pour devenir, au sein des Nations Unies, un partenariat sanitaire mondial en faveur de l'accès universel. L'OMS pourrait aujourd'hui s'interroger avec profit sur la pertinence de la structure présente du programme VIH par rapport à son but, et envisager les différents modèles vers lesquels pourrait évoluer l'Initiative. L'expérience d'autres partenariats sanitaires mondiaux menés par l'OMS (tels que Halte à la tuberculose) pourrait s'avérer féconde à cet égard.

<sup>104</sup> On en trouve un exemple dans l'éditorial très critique publié dans le *Lancet* en août 2004: WHO's African regional office must evolve or die. *The Lancet* 364, 9433, 475-476.

<sup>105</sup> D'après la liste fournie par l'OMS à l'équipe d'évaluation en août 2005.

<sup>106</sup> Voir Annexe 7.1.

13. Le domaine d'activité VIH, à l'OMS, a connu bien des restructurations et changements de direction<sup>107</sup>. Lors de sa nomination en février 2004, le Dr Jim Kim était le douzième directeur depuis 1996; et cette situation allait encore changer après sa démission, au début de 2006. Il est très probable que ces dix ans de restructurations et de mutations ont contribué à l'absence à l'OMS d'un programme établi, ou d'une capacité organisationnelle solide en matière de VIH et de SIDA avant l'initiative « 3 millions d'ici 2005 »<sup>108</sup>. La responsabilité en incombe aux hautes instances de l'OMS, et on voit là un reflet des processus politiques qui se déroulent au sein de l'Organisation.
14. Le Département du VIH a collaboré avec plus de 20 autres départements de l'OMS pour intégrer le VIH à d'autres domaines techniques d'activité, et leur a assuré des apports financiers considérables (plus de US\$ 18 millions) sur le budget de « 3 millions d'ici 2005 ». Les contributions de ces unités ont été extrêmement inégales; on relève aussi bien des cas où ces financements, complétés d'autres ressources, ont permis d'obtenir d'excellents résultats, que des situations contraires où ces fonds sont demeurés sous-employés et où la collaboration s'est révélée peu satisfaisante (on l'a vu aux sections précédentes traitant des évolutions enregistrées dans les différents domaines techniques). Certains de ces développements résultent de rapports de forces anciens entre départements, de chevauchements entre domaines d'activité, voire de conflits individuels qui devraient se résoudre par une intervention résolue de la direction.

### ***Au niveau des Bureaux dans les pays***

15. L'OMS s'est engagée dans un processus institutionnel de décentralisation, consistant à transférer des allocations budgétaires aux Bureaux dans les pays par l'intermédiaire des Bureaux régionaux, et ce dans un délai déterminé. Ce changement entraîne des conséquences majeures pour le Département du VIH. Si la plupart des partenaires consultés admettent que les capacités de l'OMS doivent continuer de se renforcer au niveau des pays (et des Régions), ils s'inquiètent d'une possible déstabilisation provoquée par une réduction déraisonnable des budgets et effectifs de programmes techniques qui bénéficient à la communauté mondiale, au Siège comme dans les Bureaux régionaux.
16. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a permis aux Bureaux de l'OMS dans la plupart des 49 pays visés d'accroître de façon substantielle leur engagement et leur action envers le VIH. Les ressources nécessaires à cette présence dans les pays restent toutefois le plus souvent insuffisantes par rapport aux besoins. Mais le transfert de ressources au niveau des pays ne doit pas transformer l'OMS en agence d'exécution, l'objectif étant plutôt de renforcer ses fonctions stratégiques d'appui technique. Les Bureaux de pays devraient pouvoir lever leurs propres financements extrabudgétaires pour des projets précis, comme c'est déjà dans une certaine mesure le cas dans quelques pays (en tant par exemple que sous-bénéficiaires du Fonds mondial).
17. La mise en œuvre de l'Initiative par les Bureaux de pays a également été fonction de la culture organisationnelle de chacun d'entre eux, du style de direction adopté par le Représentant résident de l'OMS placé à la tête du Bureau, et du « mode de travail » dans son ensemble. On voit encore des pays où la présence de l'Organisation devrait être plus pertinente et

<sup>107</sup> On trouvera quelques détails sur cet aspect à l'Annexe 7. En outre, seuls 4 professionnels parmi les 15 de l'équipe VIH/SIDA au Bureau régional OMS de l'Afrique bénéficient d'un contrat à durée déterminée.

<sup>108</sup> Cette évolution, entre 1996 et 2003, est brièvement résumée à l'Annexe 7.

plus efficace; ce qui impliquerait de s'efforcer davantage de coordonner les contributions des divers partenaires, de faciliter l'assistance technique, et d'établir des relations de travail plus étroites au-delà du ministère de la santé. Le peu d'engagement actuel de l'OMS auprès des prestataires non étatiques, dans la plupart des pays, est exemplaire des lacunes à combler.

18. L'OMS pourrait se montrer plus dynamique et plus vigilante quant à l'utilisation des financements extérieurs dans certains pays, en faisant preuve d'une autorité technique qui influencerait l'efficacité des dépenses (« Making the money work! »). L'assistance technique fournie par les Bureaux de l'OMS afin que les subventions du Fonds mondial soient mises en œuvre du mieux possible en constitue un exemple très parlant, même si l'OMS n'a pas encore atteint partout ce degré d'implication. Au Kenya, par exemple, l'Organisation n'appartient pas officiellement au Conseil national de lutte contre le SIDA, et ne s'est guère montré actif en tant que membre de Comité de coordination interagences contre le SIDA (ICC-AIDS), chargé de fournir des contributions techniques à ce dernier<sup>109</sup>.
19. Les relations entretenues sur le terrain avec les grands programmes bilatéraux comme les missions des États-Unis d'Amérique et les organismes chargés d'appliquer le PEPFAR sont d'intensité variable, mais dans l'ensemble de peu de poids. Il n'est évidemment pas facile aux Bureaux de l'OMS, munis de ressources techniques et financières très limitées par rapport à ces acteurs bilatéraux, d'influencer réellement ces derniers. De nombreux observateurs au niveau des pays ont exprimé l'opinion qu'avant « 3 millions d'ici 2005 », l'OMS avait perdu son rôle moteur en matière de VIH, et qu'elle avait depuis lors commencé à regagner son statut et son influence. Si l'OMS ne poursuit pas son effort de changement organisationnel en vue d'améliorer son fonctionnement dans les pays, elle court le risque d'être toujours plus marginalisée par d'autres intervenants.

#### 4.6.3 Résultats structurels

20. Les contributions effectuées par l'OMS au cours de la période « 3 millions d'ici 2005 » ont été décrites pour la plupart dans les sections qui précèdent. Il a fallu du temps à l'OMS pour faire monter en puissance la structure interne du programme, dont nombre des activités relevaient du développement. En raison du caractère erratique des ressources et des transformations rapides apportées aux structures du programme, il n'a pas été possible (et il aurait été injuste à ce stade) d'évaluer l'efficacité d'emploi de ces ressources.
21. Des retards importants se sont produits dans la mise en œuvre des activités programmées, notamment dans les pays, que l'OMS impute aux délais de financement et au décaissement tardif des fonds, liés au fait que la quasi totalité de ce programme était d'origine extrabudgétaire. C'est ainsi que le Bureau régional de la Méditerranée orientale n'a reçu ses premiers fonds de l'ACDI (un peu moins de US\$ 1,4 millions) qu'en avril 2005, et l'OPS le mois suivant (soit sept mois avant la fin de l'Initiative). Les Bureaux régionaux et de pays ont dû attendre longtemps avant de connaître les montants alloués à l'exécution de leurs plans : le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, qui avait initialement prévu un budget de US\$ 11 millions, n'a reçu en fin de compte que US\$ 3,5 millions; et l'OPS a dû revoir ses plans à la baisse, de US\$ 12 millions à US\$ 4,5 millions, après avoir réorganisé plusieurs fois son programme de

<sup>109</sup> Le rôle et le fonctionnement des Commissions nationales de lutte contre le SIDA et des Instances de coordination nationales pour les subventions du Fonds Mondial ont été étudiés dans certains pays; ces instances ont eu une influence essentielle sur la façon dont les pays ont mis en œuvre l'extension des TARV (toutefois, une analyse plus approfondie sur le sujet n'entre pas dans le mandat de cette évaluation)

travail. Compte tenu de ces contraintes, incertitudes et délais, il n'est guère étonnant que, quatre mois avant la fin de l'Initiative, le taux de décaissement sur le budget de « 3 millions d'ici 2005 » n'ait été que de 61 % (et au Bureau régional de l'Afrique, de 47 % alors que la Région constituait la première des priorités, puisqu'elle compte 19 des 34 pays visés qui subissent une forte charge de VIH)<sup>110</sup>.

#### 4.6.4 Aspects financiers

22. Le budget consacré ces dernières années par l'OMS au VIH/SIDA s'est accru comme suit :
  - 2002–2003 : US\$ 136 325 000 (soit une augmentation de 146 % par rapport à la période biennale 2000–2001)
  - 2004–2005 : US\$ 216 798 000 (+59 %)
  - 2006–2007 : US\$ 260 650 000 (+20 %)
23. La part du budget ordinaire dans ce financement a globalement baissé. Au cours de la période 2000–2001, la contribution du budget ordinaire au domaine d'activité VIH atteignait 13 % du total. Il est prévu que cette proportion se réduise à 6 % en 2006–2007, seules 4 % des dépenses programmées au niveau des pays étant couvertes par le budget ordinaire. Sur les 20 dernières années, l'OMS dans son ensemble a dû s'appuyer toujours davantage sur des financements extrabudgétaires extérieurs pour s'acquitter de ses tâches, financements qui s'élevaient à 70 % du budget total de l'Organisation lors du dernier exercice<sup>111</sup>. Cet aspect, qui compromet la stabilité de l'Organisation, menace d'affecter gravement la durabilité du domaine de programme VIH. Évoquant ce point avec l'équipe d'évaluation, ainsi que les perspectives financières peu encourageantes pour 2006–2007, la direction de l'OMS a indiqué qu'il s'agissait désormais là d'une situation quotidienne que vit l'ensemble de l'Organisation<sup>112</sup>.
24. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a été financièrement fragile dès l'origine, avec un seul financeur majeur. Le gouvernement canadien a donné à l'OMS un montant de US\$ 81,7 millions (CAD 100 millions), soit plus de 50 % de toutes les contributions gouvernementales, et a ainsi littéralement sauvé l'Initiative de la faillite immédiate. Parmi les autres contributions gouvernementales importantes, on mentionnera celles du Royaume-Uni (US\$ ~23,4 millions), de la Suède (US\$ ~14,8 millions) et de la Norvège (US\$ ~8,6 millions). Au total, 18 gouvernements ont accordé à l'OMS des financements pour ses activités concernant le VIH et le SIDA, mais nombre de ces contributions étaient relativement mineures par rapport au budget global de l'Initiative. Des fondations et ONG ont également apporté US\$ ~5,7 millions, le secteur privé et le grand public US\$ ~0,1 million, et les organismes du système des Nations Unies US\$ ~28,5 millions, y compris une allocation initiale de l'ONUSIDA à l'OMS pour démarrer l'Initiative.

<sup>110</sup> L'analyse la plus récente des dépenses, faite en Septembre 2005, se trouve en annexe 7.3.

<sup>111</sup> Le budget ordinaire de l'OMS n'a pas augmenté depuis plusieurs périodes biennales, jusqu'en 2006–2007 où il a été accru de 4 %, augmentation affectée à six domaines d'activité « sous-investis ». L'Assemblée mondiale de la Santé n'a pas estimé que le VIH appartenait à la catégorie des domaines « sous-investis ».

<sup>112</sup> Entretien avec le Directeur général de l'OMS. Le mode de financement de l'OMS est représentatif de dispositions institutionnelles anciennes et des difficultés financières chroniques au sein du système des Nations Unies. Il s'agit là d'une grave défaillance de la communauté internationale, les États Membres redevables des contributions les plus élevées (et des arriérés les plus importants) se refusant à réformer le système pour des raisons politiques. On trouvera une analyse de la « crise » financière du système sur le site du Global Policy Forum (<http://www.globalpolicy.org/finance/index.htm>, visité le 3 juillet 2006).

25. Les financements réellement perçus par l'OMS au titre de « 3 millions d'ici 2005 » ont à peine dépassé la moitié des estimations budgétaires initiales; l'état des contributions 2004–2005<sup>113</sup> destinées au Département VIH/SIDA, y compris les engagements confirmés, représente un total d'environ US\$ 195 millions<sup>114</sup>, à comparer à un budget estimatif de US\$ 350 millions<sup>115</sup>; <sup>116</sup>. Certains des fonds reçus restent sous-utilisés, en partie parce que les principales décisions de financement ont été prises non pas au début de l'Initiative, mais alors qu'elle était déjà en cours. Les décaissements ne sont donc intervenus qu'à un stade assez avancé. Si le financement avait été assuré dès l'origine, le taux d'exécution sur la période se serait très probablement avéré supérieur.
26. Les perspectives financières pour l'avenir ne sont pas bonnes. En novembre 2005, on n'avait enregistré aucun engagement officiel de la part des anciens donateurs. C'est la durabilité même de ce domaine d'activité fondamental qui est en jeu, car l'OMS ne peut continuer de soutenir un programme systématique d'extension, sans parler de l'ambition ultime d'un accès *universel*, en l'absence d'un financement suffisant et prévisible.

### Les prévisions budgétaires de l'OMS pour 2006–2007

L'OMS a présenté un budget détaillé pour 2006–2007, et doit encore élaborer un budget indicatif pour 2008–2010. Le budget approuvé sur 2006–2007 pour le domaine d'activité VIH s'élève à US\$ 275 millions, dont 59.3 % sont alloués aux pays, 24.7 % aux Bureaux régionaux, et 16 % au Siège.

Au début de février 2006, on estimait à US\$ 164 millions le déficit de financement de ce domaine d'activité sur 2006–2007. L'OMS ne sera en mesure de remplir sa mission et de suivre ses orientations stratégiques, visant un accès *universel*, que si elle bénéficie des financements nécessaires à l'exécution du budget 2006–2007.

*Source*: Département VIH/SIDA de l'OMS, *Contribution de l'OMS pour parvenir à l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement en matière de VIH/SIDA*, février 2006, p.4.

<sup>113</sup> Pour les définitions comparées des « contributions » et des « ressources allouées », voir la note à la Section 2.4 Budget.

<sup>114</sup> Voir Annexe 7.2.

<sup>115</sup> Voir la Section 2.4 Budget, colonne A.

<sup>116</sup> Les fonds reçus, à hauteur de US\$ 195 millions, ont représenté 55,7 % de l'estimation budgétaire initiale (voir la Section 2.4 Budget, colonne A), et 89,4 % du « budget prévisionnel » révisé » (US\$ 218 millions) pour la période biennale 2004–2005, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (voir la Section 2.4 Budget, colonne B. Le « budget prévisionnel » de l'Initiative a été approuvé en janvier 2004, sans réserves, par le Conseil exécutif, et avalisé par l'Assemblée mondiale de la Santé en juin 2004.

## 4.7 Prévention du VIH; renforcement des systèmes de santé; équité; genre

### 4.7.1 Prévention

1. L'action technique de l'OMS concernant la prévention du VIH se concentre essentiellement sur des interventions effectuées par les services de santé, telles que le dépistage et le conseil, le diagnostic et le traitement des IST, les services aux femmes, aux nourrissons et aux jeunes enfants, ainsi que des interventions ciblées visant des groupes vulnérables comme les professionnel(le)s du sexe ou les utilisateurs de drogues injectables<sup>117</sup>. Ces actions prévoient la promotion de l'accès aux préservatifs dans ce cadre, où l'autorité de l'OMS en tant qu'organisme scientifique reconnu est importante pour crédibiliser la logique générale consistant à investir dans la promotion permanente du préservatif<sup>118</sup>.
2. L'OMS a mis au point différents jeux d'outils et d'orientations concernant la prévention du VIH, notamment parmi les professionnel(le)s du sexe et sur le dépistage du VIH. Les pratiques de prévention dans les établissements de santé sont également largement traitées par les directives et matériels de la PCIMAA. Il reste cependant nécessaire que l'OMS donne des orientations aux politiques concernant certains thèmes plus sensibles, comme la prévention pour les couples discordants, la notification au partenaire et la révélation du statut, ou le dépistage de routine chez l'enfant. Certains interlocuteurs ont jugé l'assistance technique et les directives de l'OMS trop « médicalement » orientées et insuffisantes en matière de communication interpersonnelle et de marketing social pour renforcer l'effet des interventions préventives. Traduire ces théories et directives de prévention en activités de services concrètes au sein des systèmes sanitaires reste une gageure pour la plupart des programmes nationaux contre le SIDA.
3. Les politiques et la coordination de la prévention du VIH sont du ressort de l'ONUSIDA, mais il n'y a pas eu à ce propos de collaboration systématique entre l'OMS et ce partenaire dans le cadre de l'Initiative. On a manqué là une occasion d'étendre la riposte en matière de prévention au niveau mondial, en synergie avec l'action d'élargissement de l'accès au traitement. De nombreux observateurs ont critiqué l'OMS pour l'insuffisante priorité accordée à la prévention, une majorité estimant que « 3 millions d'ici 2005 » ne s'intéressait qu'au traitement antirétroviral, bien que l'OMS en ait dès le départ situé la mise en œuvre « dans le contexte d'une riposte globale au VIH/SIDA ». L'OMS n'a publié que vers la mi-2004, plusieurs mois après le lancement de l'Initiative, son programme biennal contre le VIH/SIDA<sup>119</sup>, disant explicitement que la prévention constituait elle aussi un objectif central de « 3 millions d'ici 2005 » – selon certains, il s'agissait là de répondre à de précédentes critiques envers un « oubli » de la prévention dans le programme initial. Dans son rapport de situation de juin 2005 sur l'Initiative, l'OMS écrivait : « L'élargissement de l'accès au traitement a donné lieu dans un premier temps à certaines préoccupations concernant un éventuel détournement de l'attention et des ressources consacrées à la prévention. »

117 D'après le plan 2004 de l'OMS contre le VIH/SIDA, p. 41.

118 *Dans les régions où l'épidémie de VIH est concentrée et où la prévalence est faible dans la population générale*, l'OMS met particulièrement l'accent sur les programmes de promotion des préservatifs conduits par l'intermédiaire de ses Bureaux régionaux (le Bureau régional OMS du Pacifique occidental et le Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est).

119 *Investir dans une riposte globale du secteur de la santé au VIH/SIDA : Mobiliser le secteur de la santé contre le VIH/SIDA en élargissant l'accès au traitement et en développant la prévention*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

4. En tant que domaine technique de l'OMS, les activités liées à la prévention n'ont pas bénéficié de ressources satisfaisantes ; elle n'a pas non plus fait l'objet d'une communication ni d'opérations suffisantes dans le cadre de « 3 millions d'ici 2005 ». Certains secteurs de l'Organisation ont cependant commencé à s'intéresser de plus près à la question. Le Bureau régional OMS de l'Afrique a ainsi proclamé l'année 2006 « Année de la prévention accélérée du VIH en Afrique ». À l'OMS, des départements autres que celui du VIH/SIDA (Santé et recherche génésiques et Pour une grossesse à moindre risque, par exemple) ont eux aussi contribué à cette action préventive du VIH, sans que le lien avec l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » ni avec son budget soit suffisamment stratégique. L'OMS a investi assez peu en faveur de l'extension des activités préventives, notamment au niveau des pays où l'action de « 3 millions d'ici 2005 » s'est essentiellement concentrée sur les questions relatives au traitement. Dans certains pays, l'OMS a largement « délégué » les tâches de prévention à des ONG ou autres partenaires.
5. L'OMS a commencé à étudier la possibilité de fixer des objectifs de prévention mesurables, au même titre que les objectifs de traitement, mais on ignore encore si cette démarche est techniquement réalisable, voire souhaitable. Le plan régional 2006–2015 du secteur VIH/IST dans les Amériques, publié par l'OPS, comporte déjà trois objectifs primaires relatifs aux activités de prévention<sup>120</sup>.
6. L'OMS a joué un rôle important dans les stratégies de réduction des risques en faveur des utilisateurs de drogues injectables, et collaboré avec des partenaires aux niveaux mondial, régional et national pour cibler les populations affectées. Cette action s'est révélée particulièrement fructueuse dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, où l'OMS a contribué à créer des centres intégrés pour utilisateurs de drogues (les cliniques du Triangle) en République islamique d'Iran, ainsi qu'au Bureau OMS de l'Europe, qui s'est concentré sur l'épidémie de VIH dans cette population en Europe orientale. L'œuvre de l'OMS en la matière a été tout particulièrement saluée par les partenaires nationaux ukrainiens. Outre l'appui technique qu'elle a apporté à ces pays, l'OMS a franchi un pas important en inscrivant les substituts opioïdes (destinés aux traitements de substitution) sur la liste des médicaments essentiels, et établit actuellement des procédures de présélection pour cette catégorie de produits. Les traitements de substitution aux opiacés sont connus en tant que stratégie de prévention du VIH, mais on les a également employés en Ukraine pour améliorer l'observance des TARV, ce qui constitue un exemple d'intervention sur les traitements qui apporte simultanément des avantages en matière de prévention.

### ***L'intégration de la prévention du VIH et du traitement antirétroviral (TARV)***

7. L'OMS a estimé que les TARV, administrés en tant qu'intervention de santé publique, pouvaient avoir des effets positifs sur la prévention du VIH au niveau des populations, bien que l'on n'en détienne pas encore de preuve concluante<sup>121</sup>. Cette évaluation a permis de tirer des pays visités le sentiment que la disponibilité du traitement incitait de nombreuses personnes à se faire tester, qu'elles aient besoin d'un traitement ou qu'elles soient bien portantes mais soucieuses de connaître leur statut sérologique (« worried well »). Le dépistage du VIH, accompagné

<sup>120</sup> Ces objectifs sont les suivants : réduire le nombre des nouvelles infections par le VIH (successivement d'ici à 2010 et à 2015) ; accès universel à des soins complets y compris la prévention, les soins et le TARV ; et réduction de la transmission mère-enfant du VIH (et de la syphilis congénitale).

<sup>121</sup> Il est avéré que dans les pays développés où les TARV sont disponibles depuis un certain temps, le nombre de nouvelles infections par le VIH (et d'autres IST) a recommencé à croître ces dernières années. Dans ces pays, les militants mènent des campagnes soutenues contre toute réduction des ressources de la prévention.



d'un conseil, est considéré par de nombreux experts comme le lien essentiel entre traitement et prévention. Il conviendrait donc de l'employer de façon plus stratégique, à la fois comme moyen de diagnostic et de prévention. Certains spécialistes de l'OMS estiment que l'Organisation devrait se prononcer de façon plus déterminée en faveur d'*interventions ciblées de dépistage du VIH*, qui ont fait la preuve de leur efficacité dans certaines situations à risque élevé. Par exemple, l'OMS n'a pas pris nettement position pour encourager le dépistage parmi les personnels de santé, qui n'y ont généralement guère recours hors d'un programme ciblé.

8. Il est devenu plus courant d'aborder la prévention dans le cadre du conseil à l'observance du TARV, dans les nombreux cas déjà gérés par des agents de santé (et par des conseillers pairs infectés par le VIH). L'utilisation du préservatif est elle aussi discutée plus librement avec les patients dans le cadre de la « prévention positive ». Il s'agit là de pratiques de bon sens dans les situations où le risque de transmission du VIH est élevé, et il est nécessaire que l'OMS poursuive ses conseils et son appui à ces bonnes pratiques afin que les gouvernements adoptent des positions fermes quant aux interventions préventives d'efficacité établie, y compris la promotion du préservatif. Une récente étude en Ouganda montre que le conseil et le suivi en matière de prévention auprès des patients sous TARV et de leurs partenaires conduit à une réduction sensible de leurs comportements à risque (Bunnell et al., 2006)<sup>122</sup>.
9. De nombreux fonctionnaires de l'OMS travaillent dans des lieux à forte prévalence de VIH et voyagent beaucoup, deux facteurs indépendants de risque d'infection. Les Nations Unies disposent bien d'assurances médicales couvrant le TARV pour les personnels de terrain, mais l'OMS aurait pu se montrer plus dynamique pour lancer des initiatives sur les lieux de travail, par exemple en encourageant activement la prévention du VIH et le recours au conseil et au dépistage volontaire (au lieu de se contenter de rendre le dépistage accessible aux salariés au titre de la couverture médicale).
10. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) constitue dans le secteur santé une activité préventive cruciale, qui n'a pas reçu un degré de priorité adéquat dans l'Initiative. Il y a eu là une occasion manquée de renforcer les liens établis entre prévention et traitement grâce à la PTME. On considère en outre la PTME comme un point d'entrée important pour les interventions de santé familiale, utile pour étendre la riposte du secteur santé au-delà des établissements sanitaires. L'insuffisante collaboration entre le Département Pour une grossesse à moindre risque et celui du VIH a conduit à des retards et à un manque de direction claire en matière de politiques dans ce domaine. En octobre 2005, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont lancé, sans l'OMS, une campagne visant à atteindre un accès de 80 % à la PTME avant 2010. Le Groupe spécial interagences sur la PTME, destiné à renforcer la collaboration entre l'OMS, l'UNICEF et d'autres participants, n'a apparemment guère fait progresser d'initiatives conjointes ; ce qui souligne une nouvelle fois le besoin de meilleurs dispositifs de collaboration et d'une plus grande transparence entre ces organismes.

<sup>122</sup> Toutefois, cette étude n'a pas permis d'attribuer l'effet de réduction des comportements à risque à une combinaison spécifique de traitement et de conseil à la prévention. Seule une étude cas-contrôle permettrait de répondre à cette question, mais serait difficilement réalisable en raison de problèmes d'éthique.

#### 4.7.2 Renforcement des systèmes de santé

11. Les systèmes de santé constituent les fondations de la riposte du secteur sanitaire au VIH. Les succès enregistrés dans l'extension des services au travers de « 3 millions d'ici 2005 » ont prouvé que l'administration des TARV par une approche de santé publique était réalisable, et ce même lorsque les systèmes de santé sont globalement faibles. Mais ces résultats ont été principalement obtenus dans des établissements déjà opérationnels, et souvent par des consultations hospitalières ambulatoires, dont les infrastructures existantes et le personnel pouvaient être réaffectés. Nombre de ces sites bénéficiaient en outre de financements extérieurs ciblés et d'appuis techniques, permettant de renforcer les infrastructures et de compléter les effectifs (ce qui a dans bien des cas nettement amélioré le niveau de ces établissements par rapport à ce que les systèmes de santé assuraient habituellement), sans pour autant résoudre au fond les lacunes de ces systèmes.
12. Les pays sont de plus en plus nombreux à demander une aide au renforcement de leurs systèmes de santé, comme en témoignent les 30 propositions en ce sens reçues par le Fonds mondial, dont 25 émanaient de l'Afrique, lors de son cinquième appel à propositions (2005). Mais ces propositions ont rarement abouti, et le Comité technique d'examen du Fonds a indiqué que nombre d'entre elles étaient soit trop vagues, soit trop ambitieuses<sup>123</sup>. On voit bien là la nécessité d'adopter des approches plus pragmatiques, fondées sur des bases techniques solides. Les responsables des programmes nationaux contre le SIDA enquêtés dans le cadre de cette évaluation n'ont pas dans l'ensemble jugé exceptionnelle la contribution de l'OMS au renforcement des systèmes de santé (tout en qualifiant de faible les contributions de l'Organisation aux stratégies relatives aux ressources humaines et aux financements), mais ils estimaient qu'il s'agissait d'un domaine prioritaire où l'OMS avait beaucoup à apporter. Il conviendrait donc d'apporter un appui plus important aux pays pour mettre en œuvre les diverses composantes du renforcement des systèmes de santé et bénéficier de leur synergie. Dans les Bureaux de pays de l'OMS, cette approche intégrée des systèmes de santé fait souvent défaut, comme en témoigne l'absence de planification commune qui permettrait de renforcer les liens programmatiques entre les domaines techniques (par exemple le paludisme et le VIH/SIDA) afin d'exploiter au maximum les possibilités de renforcer les systèmes de santé. Certains Bureaux de l'OMS dans les pays disposent de fonctionnaires techniques chargés des systèmes de santé, mais qui ne semblent guère collaborer de façon systématique avec ceux chargés du VIH/SIDA. C'est ainsi qu'au Kenya, où le Bureau de l'OMS a pourtant été réorganisé pour incorporer un Groupe systèmes de santé, on n'a observé aucune collaboration officielle ni de planification conjointe à cet effet, alors qu'une activité intense s'exerce dans l'isolement pour aider le ministère de la santé à élaborer les stratégies générales du secteur. Au niveau régional, les réseaux techniques interagences devront faire preuve d'une efficacité supérieure pour assurer aux pays un appui technique direct de nature prévisible et durable.
13. Dans les pays à forte charge de VIH, les sites de traitement mis en place lors des premières phases de l'extension sont en train de parvenir rapidement à saturation, et il devient urgent de décentraliser les services. L'accroissement de la couverture au niveau des soins primaires rendra le TARV plus accessible aux populations non urbaines et aux communautés marginalisées; cette entreprise entraîne toutefois de nouvelles difficultés tant d'échelle que de complexité, qui la rendent plus vulnérable aux faiblesses latentes de ces systèmes de santé.

<sup>123</sup> D'après une note au Conseil exécutif du Fonds mondial rédigée par le Comité technique d'examen des propositions.

Il est donc nécessaire d'investir en faveur de toutes les composantes des systèmes de santé<sup>124</sup> pour atteindre des objectifs allant au-delà de ce qui est assez aisément réalisable.

14. Sous l'impulsion de la déclaration d'Alma-Ata, qui visait « la santé pour tous en l'an 2000 », le renforcement des systèmes de santé a fait l'objet de nombreuses approches différentes au cours des 30 dernières années. On a eu tendance à privilégier le renforcement de ces systèmes par une démarche remontant de la base au sommet<sup>125</sup>. L'échec de cette tentative d'assurer un *accès universel* à l'ensemble des soins primaires a pendant un temps conduit à aller vers des soins primaires ciblés, proposant un nombre restreint d'interventions au bon rapport coût-efficacité et permettant d'atteindre des objectifs précis contre les maladies visées<sup>126</sup>. L'approche de santé publique proposée par l'OMS comporte un ensemble d'interventions essentielles définies pouvant s'effectuer à un niveau primaire, afin d'obtenir des effets sanitaires importants dans les zones subissant une épidémie incontrôlée de VIH. Cette approche présente cet autre avantage que les interventions relatives au VIH attirent aujourd'hui des financements nationaux et extérieurs et des ressources techniques sans précédent, qu'il conviendrait cependant de mieux aligner sur le renforcement des systèmes de santé. Les interventions en question étant étroitement liées à d'autres besoins de soins aigus et chroniques (tuberculose, santé de la mère et de l'enfant, santé sexuelle et génésique et aussi, de plus en plus souvent, des troubles chroniques tels que l'hypertension ou le diabète), cette approche permet de renforcer plus largement la prestation des soins primaires.
15. C'est à cette fin que l'OMS a mis au point des méthodes intégrées de gestion, basées sur un modèle d'application générale. Celui-ci rassemble des conseils opérationnels simplifiés, des outils de planification des services et de suivi, et un appui à la formation et à la gestion « dans le cadre des systèmes de santé existants ». Le modèle a été appliqué aux soins aigus et chroniques du VIH et au TARV dans le cadre de la PCIMAA ; les approches IMCI et PCIGA ont également été modifiées pour englober des interventions relatives au VIH. L'équipe de PCIMAA au sein du Département VIH a mené une collaboration intense pour adapter, mettre en œuvre et démontrer la faisabilité de la PCIMAA au cours de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». La PCIMAA a introduit des innovations spécifiques pour lever les contraintes de ressources humaines, par le « transfert des tâches » et en faisant la promotion d'un modèle de prestation des soins chroniques qui instaure des liens communautaires et fait participer les personnes vivant avec le VIH/SIDA aux équipes soignantes. Une étude ciblée de la PCIMAA et des consultations menées dans le cadre de cette évaluation (Annexe 8) ont conclu que la PCIMAA présentait un potentiel pour contribuer au renforcement des systèmes de santé. Elle pourrait éventuellement être mise en œuvre en parallèle avec la PCIMI et la PCIGA pour constituer une plateforme commune permettant de renforcer plus généralement les services de soins primaires et assurant un ensemble de prestations fondées sur une approche de santé publique plus étendu. Toutefois, ces approches intégrées ne sont toujours pas liées entre elles sur le plan opérationnel, ni soutenues par une stratégie commune au sein de l'OMS ; elles appartiennent toujours à différents Groupes de l'Organisation, et sont toujours présentées aux pays en tant qu'ensembles autonomes. L'OMS devra rapidement réunir des éléments

<sup>124</sup> L'OMS recense six composantes à renforcer dans les systèmes de santé : 1) Politiques, directions et administration générale ; 2) Financement de la santé ; 3) Ressources sanitaires (y compris la mobilisation, la répartition et la motivation des personnels) ; 4) Systèmes d'approvisionnement ; 5) Gestion des services ; 6) Systèmes nationaux d'information et de suivi.

<sup>125</sup> Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978.

<sup>126</sup> Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care : an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301 :967-74.

concernant les effets de ces approches sur les systèmes de santé, et devra démontrer qu'il est possible de les appliquer durablement à bien plus grande échelle, avant que l'on puisse établir leur plein potentiel pour le renforcement des systèmes de santé.

16. Bien qu'il existe au sein de l'Organisation des modèles innovants d'extension rapide et de gestion des connaissances, ils n'ont pas encore été formulés de manière à s'intégrer pleinement aux approches programmatiques. La stratégie OMS de l'apprentissage par la pratique n'a pas engendré d'avancées significatives dans la gestion des connaissances ni dans la recherche opérationnelle pour le renforcement des systèmes de santé, qui puissent être utiles aux responsables des programmes. Il conviendrait de mettre un accent plus marqué sur la résolution des problèmes, la modernisation des services et les méthodologies d'apprentissage, afin de combler ces lacunes.
17. L'OMS a lancé de nouvelles initiatives sur les systèmes de santé, dont la « ligne d'action mondiale » pour le renforcement des éléments du système de santé<sup>127</sup> en élaborant des cadres techniques essentiels (par exemple, sur les ressources humaines pour la santé et la gestion des connaissances). Cette action a déjà avancé ces derniers mois, bien qu'une plus grande attention doive être portée à l'important domaine du financement de la santé pour assurer la durabilité des ripostes nationales au SIDA. L'interaction entre secteurs public et privé a également été assez peu abordée, bien qu'elle commence à être traitée dans le cadre d'un groupe de travail sur le « secteur non étatique ».
18. La plupart de ces activités n'étaient pas particulières au VIH, mais on reconnaît généralement que l'extension (et donc l'Initiative) a donné un élan à ce domaine d'activité de l'OMS. On n'observe cependant guère de consensus quant aux actions à mener en priorité à court terme, ni sur les conséquences à plus long terme de l'extension au niveau des systèmes. Il conviendrait de préciser et de s'accorder sur la signification exacte de « renforcement des systèmes de santé ». Il convient également de travailler davantage à l'élaboration de systèmes de mesure permettant de suivre les évolutions, et d'améliorer la base de connaissances grâce à laquelle les stratégies techniques produiront des effets plus durables sur le renforcement des systèmes de santé (notamment en matière de financement de la santé et de développement du personnel).
19. L'OMS devra conseiller les pays quant à l'allocation des nouvelles ressources destinées à la riposte contre le VIH pour atteindre le plus efficacement possible les objectifs du renforcement des systèmes de santé. On commence à observer des progrès dans les liaisons établies entre ces initiatives générales et les interventions de renforcement des services concernant des maladies spécifiques.
20. Le renforcement des systèmes de santé ne peut se réaliser dans l'isolement, et il convient de mettre en place avec d'autres organismes des partenariats par objectifs plus solides. Le système des Nations Unies est considéré comme faisant partie du problème autant que de la solution de la faiblesse des systèmes de santé. Il est reproché à l'OMS de ne pas avoir agi de façon plus stratégique avec les partenaires des Nations Unies et multilatéraux concernés (comme la Banque mondiale, le PNUD et le Fonds mondial) pour résoudre ces difficultés. Il est en outre nécessaire de parvenir à une plus grande cohérence au sein des Nations Unies sur les questions de politiques (par exemple concernant les messages contradictoires sur la contribution des usagers et les limites au recrutement de ressources humaines pour la santé). L'OMS s'étant vu attribuer le rôle dirigeant dans la riposte des systèmes de santé au VIH, il lui appartient de jouer ce rôle dans la pratique en facilitant une stratégie mondiale réunissant

<sup>127</sup> Dans le cadre d'une consultation internationale : *The Montreux Challenge : making health systems work*, avril 2005.

tous les partenaires. Pour parvenir à des progrès véritables, et notamment pour faire de l'accès *universel* une réalité, il faudra une action commune forte visant à aligner un financement durable, des innovations techniques réalistes et la construction de capacités solides.

21. Le manque dramatique de ressources humaines et de compétences à tous les postes de direction, de soutien et de prestations des services de santé en Afrique est souvent considéré la plus grave de toutes les contraintes à l'extension. Les personnels techniques de l'OMS dans ces pays, les ministères de la santé et les prestataires de services partageaient tous cette opinion. Les stratégies techniques et les politiques mondiales consacrées aux ressources humaines pour la santé n'ont toujours pas abordé nombre des questions pratiques qui pourraient améliorer la prise de décisions et apporter des solutions systématiques à ces problèmes, par exemple en établissant un inventaire des personnels disponibles pour repérer les lacunes, en revoyant la pertinence et l'efficacité des méthodes de formation actuelles, en recherchant des formes d'emploi plus souples (y compris la sous-traitance à des prestataires privés), et en améliorant la productivité du travail par des pratiques de gestion modernes. C'est ainsi que l'on commence seulement à adopter dans certains pays des approches permettant d'employer plus efficacement le personnel par le transfert des tâches, mais la réticence fréquente des décideurs à effectuer les changements nécessaires, en termes de réglementation et de services, montre bien les difficultés sous-jacentes de politiques, de fiscalité et autres, qu'il faudra aussi affronter. L'OMS compte intensifier son action à l'égard de ces défis des ressources humaines pour la santé, puisqu'il s'agit du thème central du Rapport sur la santé dans le monde 2006.
22. L'opinion scientifique internationale s'est émue de ce que les objectifs du TARV (une des nombreuses initiatives introduisant de multiples cibles, des ressources supplémentaires et des interventions nouvelles sur des systèmes sanitaires déjà fragiles) risquait d'entraîner des effets de distorsion négatifs, par exemple en détournant les personnels de santé d'autres programmes essentiels, notamment en Afrique. L'équipe d'évaluation a pu observer des améliorations au niveau des établissements, comme au Kenya ou au Malawi, où des investissements ont été consentis en faveur des ressources humaines pour la santé, ainsi que des exemples de bonne intégration entre services du VIH et de la tuberculose, et une meilleure coordination dans les districts sanitaires. Il était donc encourageant de constater que l'extension de la riposte au VIH commençait à produire une hausse de l'investissement en faveur des systèmes de santé. Mais ces améliorations portant sur les services relatifs au VIH dans quelques établissements ne pouvaient pas s'interpréter comme produisant directement des effets positifs sur l'ensemble du système, comme une amélioration des soins primaires en général, ou un renforcement des approvisionnements en médicaments autres que les ARV. Ces bons exemples étaient tout aussi rares dans les services de santé, qui ont été adaptés aux nécessités de l'extension de façon variable selon les niveaux et les régions géographiques. D'autres études seront nécessaire pour vérifier dans le temps les effets de l'extension sur les systèmes de santé.
23. Les dispositions financières fondées sur les performances adoptées par de grands donateurs comme le Fonds mondial ou le PEPFAR considèrent les systèmes de suivi et d'évaluation comme un préalable, mais la plupart des pays n'en ont pas mis en place et ne semblent pas avoir affecté en priorité les ressources des programmes à leur renforcement. Il est nécessaire de fournir un appui technique interorganismes plus important pour harmoniser les systèmes de suivi et d'évaluation dans la riposte au VIH.
24. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a incontestablement accru le degré de priorité attribué au renforcement des systèmes de santé, ce qui a rejailli sur l'ensemble des questions concernant

les systèmes de santé (y compris dans les discours des militants contre le SIDA). Les investissements actuellement consacrés aux interventions concernant les prestations de services devraient avoir un effet sur le renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble ; c'est ce qu'estiment les donateurs, les gouvernements et l'OMS, et de nombreuses déclarations politiques ont été émises en ce sens au cours de l'Initiative. L'OMS a un mandat clair<sup>128</sup> pour renforcer les systèmes de santé par son combat contre le VIH. Il s'est cependant initialement produit, jusqu'en 2005, des retards dans le lancement d'activités précises à cet égard, et il faudra que l'OMS consacre davantage de ressources et un appui de toute l'Organisation pour produire des résultats dans ce domaine au cours des cinq prochaines années. Il est encourageant que le renforcement des systèmes de santé soit désormais repris en tant que priorité par des programmes de l'OMS autres que celui du VIH, avec des conséquences favorables pour le développement de la santé en général. Cet élément est essentiel afin que la riposte au VIH et au SIDA (et l'engagement en faveur de l'*accès universel*) ait un effet maximum sur les autres objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Des investissements soutenus en faveur des systèmes de santé sont également nécessaires de façon plus générale pour exploiter pleinement le potentiel du secteur santé à riposter au VIH/SIDA, de sorte que ces exigences dépendent l'une de l'autre.

### 4.7.3 Équité et genre

Il était difficile d'évaluer comment l'OMS a traité les questions de genre et d'équité au cours de l'extension du traitement dans le cadre de l'Initiative, s'agissant de domaines aux résultats peu mesurables. Cette section souligne donc ces difficultés et fournit des illustrations des contributions de l'OMS. Celles-ci sont également intéressantes en ce qu'elles recourent à l'action technique menée par l'Organisation, décrite aux sections précédentes.

#### *L'équité dans l'extension du traitement*

25. Derrière la notion d'équité employée ici se trouve le principe selon lequel « la répartition des possibilités de bien-être doit se fonder sur les besoins des gens »<sup>129</sup>. Il existe bien des raisons expliquant que certaines personnes ne bénéficient pas d'un accès équitable aux services de santé. Les obstacles peuvent être liés au sexe, à l'ethnie, à l'âge, à la situation géographique, au statut socioéconomique ou à l'appartenance à un groupe particulièrement stigmatisé ou vulnérable, comme les professionnel(le)s du sexe, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, ou les utilisateurs de drogues. La notion d'« accès » est liée à la fois à l'offre (couverture), c'est-à-dire à la répartition, à la disponibilité et à la capacité de fournir des TARV, et à la demande (utilisation), c'est-à-dire à la mesure dans laquelle les populations ont recours à ces services.
26. Les inéquités d'accès à l'information et aux services de prévention sont des exemples des principaux moteurs de l'épidémie. Il est important de trouver des moyens pour améliorer l'accès aux services des groupes marginaux, ce qui permettrait d'éviter que l'épidémie ne se propage davantage dans la population générale. Les interventions de réduction des risques

<sup>128</sup> L'Assemblée mondiale de la Santé a spécifiquement demandé à l'OMS « d'aider les pays à intégrer le développement de la riposte au VIH/SIDA dans un effort de grande envergure en vue du renforcement des systèmes de santé nationaux, eu égard en particulier au développement des ressources humaines et aux infrastructures de santé, au financement des systèmes de santé et à l'information sanitaire ». (Voir Annexe 7).

<sup>129</sup> *Guidance on ethics and equitable access to HIV/AIDS treatment and care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé/ONUSIDA, 2004.

sont importantes tant pour faciliter l'accès au traitement et favoriser son observance, que pour contribuer à la prévention. En Ukraine, l'OMS a manifestement agi de façon systématique pour étendre ce type d'interventions ; l'équipe d'évaluation a en outre été informée d'interventions majeures de réduction des risques en République islamique d'Iran et dans certaines parties de l'Inde, mais il n'a pas été possible de les apprécier directement.

27. En 2004, l'ONUSIDA et l'OMS ont publié l'ambitieuse directive *Ethics and equitable access to HIV treatment and care*, stipulant que tous les pays devraient créer un Conseil consultatif d'éthique largement représentatif chargé de préparer, de promouvoir et de surveiller l'équité en matière d'extension et de répartition des services de traitement et de soins du VIH. Dans la plupart des pays, il ne semble pas que de telles instances aient commencé à fonctionner, ni que les questions d'éthique aient été activement abordées.
28. L'approche de santé publique entraîne des conséquences majeures pour l'équité. Le fait qu'elle soit « basée sur les populations » suppose que les effets des interventions de cette nature devraient bénéficier à la collectivité plutôt qu'à l'individu, en sorte que le plus grand nombre (la population) ait accès au même niveau d'intervention de base – et par conséquent aux mêmes chances de survie. Mais il implique également que certains (l'individu) pourraient s'en trouver désavantagés, car ceux-là auraient besoin d'un traitement individualisé. Par exemple, une personne qui suivait par ses propres moyens un TARV non standard, et ce avant la mise en place d'un programme national, risque de ne pas être en mesure de bénéficier des traitements de première intention proposés par le programme de santé publique, et de se voir refuser la poursuite d'un traitement. Ce point a des conséquences pour l'organisation et la prestation des services. Du fait que l'ASP risque en outre de faire apparaître des obstacles pour les groupes marginalisés ou difficiles à atteindre, qui ne peuvent être touchés qu'à l'aide de dispositions spéciales, il convient de compléter l'ASP de mesures particulières facilitant l'accès de ces groupes.
29. L'OMS a contribué à l'élaboration d'outils permettant de cartographier et de suivre la couverture en services et leur utilisation, par exemple la cartographie de disponibilité des services (SAM) qui rassemble des informations locales spécifiques destinées au suivi et à la planification des services sanitaires, et les relie à des rapports visuels. De tels outils sont très utiles pour suivre la couverture géographique en services, et en vérifier l'équité.
30. Il importe de souligner que des impératifs trop forts en matière d'équité au début d'une extension risque de réduire fortement le rythme de celle-ci, et le nombre de personnes bénéficiant d'un accès. Il est essentiel de débiter dans des centres urbains bien équipés disposant de personnel qualifié, afin de gagner en expérience et de développer des systèmes de traitement adaptés au contexte ; cette démarche ne saurait être critiquée pour son manque d'équité dans la couverture et la répartition. Il est en revanche important que les services soient conçus de manière à pouvoir être rapidement élargis aux zones rurales à faibles ressources.
31. Dans le choix des 49 pays visés par l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », l'OMS a montré que l'équité était plus importante que le seul fait de toucher un grand nombre de patients. Il est probable que davantage d'individus auraient eu accès au TARV si les ressources avaient été affectées en priorité à des pays plus « faciles ». La décision de viser des pays où se présentent encore de nombreux obstacles marquait une intention de traiter les pays équitablement, même cela impliquait que moins d'individus dans le monde auraient accès à court terme à un traitement. On rencontre en Ukraine plusieurs bons exemples du rôle joué par l'OMS pour faciliter l'accès au traitement de groupes marginalisés, tels que les utilisateurs de drogues injectables (pour lesquels l'OMS s'est en outre activement employée à promouvoir l'utilisation et la disponibilité de traitements de substitution contre la dépendance aux opiacés).

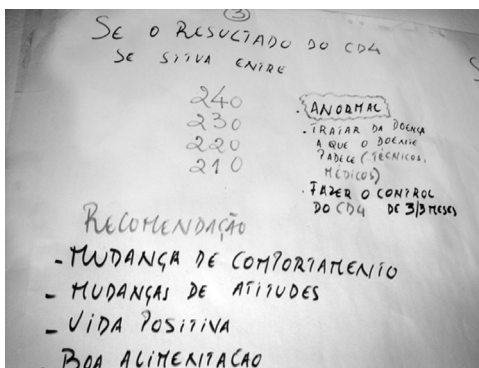
32. L'équité constitue toujours un défi en ce qui concerne le traitement des enfants. L'Initiative ne fixait pas d'objectifs précis à ce propos, bien que l'OMS ait travaillé sur les contraintes techniques des traitements pédiatriques (directives pour le diagnostic, et présélection de formulations pédiatriques de certains ARV, par exemple). On n'accorde pas encore assez d'attention à relier l'accès au traitement et la santé sexuelle et reproductive des jeunes, ni à adopter une approche familiale de l'accès au traitement
33. Le paiement du TARV reste un obstacle important à l'accès; le traitement est gratuit dans certains pays, mais non dans d'autres. Au Malawi, on a constaté que les taux d'abandon et de décès étaient deux fois plus élevés chez les patients payants que chez ceux qui suivaient le traitement à titre gratuit (le paiement des TARV sur les sites du secteur public a été interrompu en 2003). Le Kenya a considérablement réduit les participations aux frais, ce qui s'est directement traduit par une hausse du nombre de patients provenant des communautés pauvres. Dans d'autres pays, comme le Burkina Faso, on croit encore que les contributions des usagers sont importantes sur le plan financier, alors que l'on sait bien qu'elles participent très peu à la pérennité des programmes contre le SIDA. En décembre 2005, l'OMS a publié un document de réflexion sur l'accès gratuit au TARV, à la suite d'un processus de consultation interne aux Nations Unies, document basé sur les preuves disponibles. Tant au sein de l'Organisation que chez des partenaires extérieurs, s'est exprimée la déception que l'OMS ait été dissuadée par des pressions politiques de publier ce document sous forme de directive normative ou de document de position sur l'accès gratuit.
34. *L'information stratégique* peut constituer un moyen de surveiller le respect des conditions d'équité. Mais il demeure difficile de se procurer des données désagrégées à cet effet, à la plupart des niveaux de collation des données. Même les données les plus élémentaires concernant le sexe des personnes suivant un TARV sont peu fiables, voire inexistantes. On voit bien là la nécessité de renforcer les systèmes d'information sanitaire.

### **Questions de genre relatives à l'extension du TARV**

35. L'OMS a pris des engagements en vue d'assurer l'égalité entre les genres. Néanmoins, cet aspect n'a pas été directement abordé par l'Initiative. La prise en compte des questions de genre est influencée par la répartition par sexes des membres de l'organisation considérée, puisque cette répartition risque de conduire à des décisions biaisées de nature à affecter l'accès au traitement, le choix des régimes thérapeutiques (parfois d'une efficacité inégale selon le sexe), la manière de traiter et de surveiller les problèmes de santé spécifiques en fonction du sexe, et le fait d'affronter ou non les obstacles à l'accès liés au sexe. Il n'entrait pas dans le cadre de cette évaluation d'entreprendre une étude de genre détaillée, mais il pourrait s'agir d'une considération importante à traiter systématiquement dans les études futures.
36. On ne dispose guère de données concernant le comportement des hommes et des femmes vis-à-vis de la demande de traitement. La plupart des rapports émanant du secteur public affirment que la moitié environ des personnes sous traitement sont des femmes. Toutefois, s'agissant de données agrégées, elles ne disent rien des personnes qui suivent un traitement ni dans quel lieu, et n'indiquent pas si les obstacles et possibilités à l'égard du traitement sont les mêmes pour les hommes et les femmes. Ainsi, les hommes tendent à demander plus souvent un traitement dans le secteur privé, ce qui représente une assez forte proportion des patients sous TARV dans bien des pays. Mais les rapports émanant du secteur privé sont généralement discrets quant au sexe des patients.



37. La stigmatisation et la discrimination s'exercent de façon différente dans les différentes communautés et pour les deux sexes. Le plus souvent, les femmes sont moins réticentes à se rendre dans les établissements de santé, et pourraient donc avoir un accès plus aisé aux services, bien que le paiement constitue peut-être un obstacle pour elles. Les hommes semblent hésiter davantage à consulter, et il est important de mettre en place des services adaptés à leurs besoins et auxquels ils ont le sentiment d'avoir accès.
38. D'après la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW), certaines femmes se procurent un traitement qu'elles partagent avec leur conjoint. On ignore à quel point ce phénomène est répandu, mais l'ICW et l'OMS mènent en commun un projet visant à cartographier l'accès des femmes au traitement en Afrique. L'ICW estime que les questions de genre concernant le VIH et le SIDA étaient initialement absentes de « 3 millions d'ici 2005 », mais que la situation s'améliore actuellement, l'importance de ces questions étant désormais mieux comprise.
39. Au Kenya, les femmes séropositives au VIH s'inquiètent d'un nouveau projet de loi sur le SIDA, qui fait de la « propagation du VIH » un acte criminel. En raison de la rédaction du texte, elles craignent qu'une femme séropositive tombant enceinte et donnant naissance à un enfant séropositif puisse être accusée d'avoir commis un acte criminel.
40. L'OMS est l'un des 15 organismes fondateurs de la Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA, initiative de l'ONUSIDA qui œuvre entre autres à promouvoir l'égalité d'accès aux soins et au traitement. Une étude de l'OMS sur les femmes et la violence a établi que la violence à l'encontre des femmes est associée à des niveaux supérieurs d'infection par le VIH<sup>130</sup>.
41. La formation initiale des fonctionnaires chargés de « 3 millions d'ici 2005 » ne prévoit pas de compétences en matière de genre concernant les TARV en particulier, ni le VIH/SIDA en général. Le Département du VIH/SIDA n'a pas désigné de personne servant de point focal pour les questions de genre<sup>131</sup>, bien que le Département Genre et santé de la femme (GWH) de l'OMS ait préparé un jeu de documents d'information, *Gender and HIV/AIDS*, et s'efforce d'intégrer ces questions dans d'autres programmes de formation. Il a également rédigé le document *WHO Guidelines on integrating gender into HIV/AIDS programmes* (WHO/GWH, 2005).



### Conseil aux patients dans un hôpital de jour – Mozambique

<sup>130</sup> Violence against women and HIV/AIDS: Critical intersections. Sexual violence in conflict settings and the risk of HIV. OMS, 2004

<sup>131</sup> Un nouveau poste de fonctionnaire chargé des femmes et des jeunes au Département du VIH/SIDA est occupé depuis janvier 2006.

## **PARTIE 3**

---

### **Perspectives**



## 5 Conclusions générales et recommandations

### 5.1 Le contexte du développement

La riposte au SIDA et le TARV ne sont pas de simples éléments techniques, mais doivent s'envisager dans le contexte des processus mondiaux de développement tels que la réduction de la pauvreté, la déclaration de la Session spéciale de l'Assemblée générale et les objectifs du Millénaire pour le développement. D'importants engagements ont été pris dans la deuxième moitié de 2005 en vue de poursuivre l'extension de ces ripostes, afin de se rapprocher « autant que possible de l'objectif d'un *accès universel* au TARV d'ici à 2010 pour tous ceux qui en ont besoin ». Il y a là d'importantes implications en termes d'équité, de droits de l'homme et de solidarité internationale. Cet objectif exige en outre un effort global sans précédent de la part de tous les intervenants qui œuvrent dans un but commun, guidé par des organismes techniques puissants parmi lesquels l'OMS joue un rôle particulièrement important. Les Nations Unies ont d'ores et déjà lancé un processus ouvert, dirigé par les pays, avec la participation des parties intéressées parmi les ONG, la société civile et le secteur privé. Facilité par l'ONUSIDA, ce processus vise à recenser les principaux obstacles à la prévention, au traitement et aux soins du VIH, afin d'y trouver des solutions et d'établir des plans (ou des feuilles de route), adoptés au niveau national et ciblés, permettant de construire des programmes plus globaux de lutte contre le SIDA.

Ce processus se déroule dans le cadre fortement politisé de la coopération internationale, où les décisions concernant les priorités du développement, l'affectation des ressources ou les rôles et fonctions des grandes institutions mondiales ne se prennent pas toujours de façon impartiale, ni strictement sur la base de ce qui paraît être l'intérêt bien compris des pays ou populations en cause. L'évaluation d'une initiative mondiale majeure de santé publique comme « 3 millions d'ici 2005 » ne peut faire abstraction de ces puissants facteurs extérieurs. Pour examiner les contributions programmatiques, techniques et normatives faites par l'OMS à cette initiative mondiale, on doit tenir compte des dimensions tant politiques que scientifiques de la santé et du développement, qui dépassent de loin les aspects très limités du programme « 3 millions d'ici 2005 ».

Pour la suite, il conviendra de prendre des décisions sur la base des présentes conclusions afin de renforcer la position de l'OMS dans le contexte de ces évolutions. Il faudra pour cela apprécier comment une entreprise aussi complexe sur le plan de l'organisation devra s'adapter à un environnement tout aussi complexe et en transformation rapide. On voit aussi là les multiples questions plus globales, dépassant le cadre de l'Initiative, qui restent à traiter et si possible à résoudre afin que l'*accès universel* au traitement, à la prévention et aux soins ne reproduise pas l'échec de « 3 millions d'ici 2005 » vis-à-vis de sa cible.

### 5.2 Principales conclusions et grands enseignements de cette évaluation

#### I. Les progrès dans l'élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux (TARV) et à la prévention du VIH

1. Sur une période relativement courte, on constate dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire des progrès sensibles du **nombre total de personnes suivant un TARV**,

passé de 400 000 en 2003 à environ 1,3 millions à la fin 2005<sup>132</sup>. On observe en parallèle une augmentation exponentielle du nombre des sites de traitement, qu'ils soient publics ou non étatiques, avec l'appui de partenaires et de financements diversifiés. Il subsiste cependant des différences criantes entre régions et pays, nombre des pays africains les plus touchés étant toujours loin de maîtriser l'aggravation de la flambée de SIDA. Pérenniser cette riposte, même aux niveaux actuels, reste un des enjeux essentiels pour les gouvernements nationaux.

2. Au cours de ces premières phases d'extension, les traitements ont été principalement dispensés dans des établissements hospitaliers ou consultations de proximité disposant déjà d'infrastructures et de personnel. Du fait que ces établissements parviennent aujourd'hui à saturation, et que de nombreuses personnes ne peuvent s'y rendre, la couverture devra être étendue **en décentralisant l'accès au traitement** au niveau des centres primaires, qu'ils soient publics ou privés. Là où ce processus a été initié, de nouvelles difficultés surgissent tant en termes d'échelle que de complexité, car les sites de traitement périphériques sont encore plus exposés aux carences latentes des systèmes de santé. L'OMS a élaboré des approches opérationnelles intégrées à l'appui de ce processus. On reconnaît de plus en plus la nécessité d'investir pour renforcer les systèmes de santé dans leur ensemble, mais les progrès spécifiquement enregistrés à cet égard restent limités. Les effets de ces évolutions sur les systèmes de santé qui les supportent doivent être surveillés et faire l'objet d'autres recherches.
3. L'Initiative a considérablement contribué à promouvoir le droit à la santé des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Elle a conféré aux TARV **un statut d'intervention essentielle de santé publique**. L'accès au TARV est devenu l'un des déterminants les plus significatifs de la santé dans les pays à forte prévalence. Il subsiste cependant de nombreux obstacles pour que des individus et des sous-populations entières prennent connaissance de leur statut VIH, entament un TARV dès qu'il est indiqué, et bénéficient dans la durée d'un traitement chronique. Cela entraîne d'importantes conséquences quant aux bénéfices sanitaires qui peuvent résulter de la poursuite d'un *accès universel*; cela implique aussi de prendre sérieusement en compte les contraintes des systèmes de santé qui limitent la couverture des services, freinent le recours précoce aux soins, et compromettent la continuité et la durabilité du traitement.
4. Les nouvelles infections par le VIH continuent à se multiplier dans de nombreux pays, et à alourdir la charge globale du SIDA. **La prévention du VIH** est un des aspects techniques de l'Initiative dans lesquels on a relativement peu investi, et certaines interventions préventives efficaces comme la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) n'ont pas obtenu un degré de priorité approprié. On n'a pas encore démontré un effet quelconque de l'extension des TARV sur la prévention du VIH.
5. L'OMS a mis en avant les **besoins particuliers des communautés spécifiques et des populations vulnérables** telles que les professionnel(le)s du sexe, les utilisateurs de drogues injectables ou les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. L'Organisation a contribué à faciliter leur accès à des interventions de prévention et de traitement adaptées dans un certain nombre de pays où ces groupes sont habituellement marginalisés. Les considérations de genre et d'équité n'influencent pas encore systématiquement les modalités de prestation de services dans la plupart des pays, ce qui fait courir le risque de manquer des occasions de prévention et de traitement et entraîne des conséquences durables sur l'épidémie de VIH. Les besoins de traitement des enfants n'ont commencé à être pris en

<sup>132</sup> Sur la base d'estimations ONUSIDA/OMS.

compte que récemment. Dans bien des pays où des contributions financières pour le TARV sont encore perçues auprès des patients dans les lieux de soins, on a montré que cette pratique limitait l'accès et réduisait l'observance du traitement. L'OMS a cependant choisi de ne pas prendre de position ferme quant à l'abolition de la contribution des usagers.

6. On considère que **la définition de cibles pour l'élargissement de l'accès au traitement** a constitué un mécanisme efficace pour faire évoluer les ripostes internationales et nationales au cours d'une indispensable étape de développement. L'ambition de la cible « 3 millions d'ici 2005 » a rendu possible l'idée d'un *accès universel* – même si la cible elle-même n'a pas été atteinte. Les objectifs à venir, tels que ceux du Millénaire pour le développement et de la Session spéciale de l'Assemblée générale, devront être réalistes et assumés par les pays pour pouvoir servir de balises dans la planification et la mesure des progrès accomplis. Des sous-objectifs par sous-population sont nécessaires pour favoriser l'équité de l'accès, et des objectifs de prévention spécifiques sont à envisager. On a peu insisté sur l'élaboration de critères de qualité, et insuffisamment travaillé sur le plan technique à prévoir comment étendre les services de manière à maintenir les populations déjà sous traitement, tout en élargissant encore l'accès.

## II. Contributions de l'OMS à la riposte du secteur santé au VIH et au SIDA

7. Il existe un consensus entre les parties intéressées, les partenaires du développement, les autres institutions des Nations Unies et les gouvernements nationaux pour estimer que l'OMS est l'organisme multilatéral **mandaté pour conduire la riposte mondiale du secteur de la santé contre le VIH**. Mais il existe aussi un sentiment selon lequel l'Organisation devrait jouer plus pleinement son rôle pour répondre à une telle attente.

### II.1 En termes de leadership, de sensibilisation et de partenariats :

8. Lors du lancement de « 3 millions d'ici 2005 », l'OMS s'était fermement engagée à collaborer avec un large éventail de partenaires, mais les mécanismes pour y parvenir ont été définis de façon assez floue. L'OMS est bien placée pour conduire des **partenariats et réseaux d'appui technique** aux niveaux international et national. Toutefois, l'Organisation aurait pu profiter des occasions de partenariats avec davantage d'efficacité, et il lui sera de plus en plus demandé d'œuvrer au sein d'un partenariat mondial élargi en vue de l'*accès universel*.
9. Des progrès importants ont été accomplis pour délimiter les rôles et attributions des principales institutions multilatérales et donateurs internationaux, grâce à la mise en place en 2005 du **Groupe spécial mondial** sur l'amélioration de la coordination en matière de SIDA au sein des institutions multilatérales et des donateurs internationaux. Toutefois, certaines institutions bilatérales importantes, comme le Plan du président des États-Unis d'Amérique pour l'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA (PEPFAR), n'ont pas participé activement à cette instance. Il reste à régler des cas où les organismes des Nations Unies sont « concurrents », et à établir un système de suivi des résultats pour ce fonctionnement en équipe. Les relations de travail entre l'OMS et les autres principales organisations financières et techniques, telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale, le PEPFAR et Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (ESTHER) n'ont commencé à se renforcer que récemment.

10. Les engagements pris dans le cadre de l'évolution de ces partenariats et de la création de nouvelles instances (comme le Groupe mondial mixte d'appui à la résolution des problèmes et à l'exécution (GIST), dirigé par l'OMS) doivent encore se traduire en approches systématiques de l'identification des besoins des pays et de l'établissement de *plans d'assistance technique* harmonisés, prévoyant des dispositions de financement et de mise en œuvre de cette assistance. L'OMS a pour rôle de suivre et de coordonner les contributions des partenaires aux ripostes des secteurs nationaux de la santé. On attend d'elle qu'elle prenne la tête de la coopération visant à définir les besoins des pays en appui technique et à assurer que soit fournie une assistance technique pertinente et de qualité.

## II.2 En termes d'appui direct aux pays :

11. Les budgets et effectifs mis à la disposition des Bureaux de l'OMS dans les pays dans le cadre de « 3 millions d'ici 2005 » ont formidablement renforcé leur fonction d'appui aux pays, où l'Organisation collabore étroitement avec les gouvernements nationaux en tant que premier partenaire des ministères de la santé. En créant des postes dédiés à l'Initiative dans 41 des 49 pays visés, l'OMS a commencé à constituer un réseau stratégique qui dispose d'un potentiel pour contribuer davantage à la connaissance des événements sur le terrain, à la diffusion des meilleures pratiques, au suivi des ripostes nationales, et à la facilitation de l'assistance technique. Si bon nombre de ces fonctionnaires n'ont pris leur poste que dans la seconde moitié de 2005, ils se sont déjà montrés indispensables à l'accroissement de la contribution de l'OMS dans ces pays visés.
12. L'OMS, qui n'est pas une « agence d'exécution », ne dispose pas de budgets pour financer une **assistance technique extérieure** importante. Elle se trouve en position fragile, par rapport à certains partenaires richement dotés, pour mettre en œuvre des initiatives d'appui technique. Une coordination étroite avec les autres organismes multilatéraux et bilatéraux (notamment l'ONUSIDA) est donc indispensable à l'OMS pour prévoir et assurer une assistance technique alignée sur les priorités nationales du secteur santé en vue d'une nouvelle extension vers l'*accès universel*. Dans certains pays, l'OMS a pu obtenir des fonds supplémentaires pour assurer une assistance technique en tant que sous-bénéficiaire du Fonds mondial, moyen d'action important que l'OMS devrait envisager d'exploiter plus activement.
13. Dans les pays, l'OMS porte en propre la responsabilité d'aider les gouvernements à élaborer des stratégies et programmes intégrant la riposte au VIH au **développement général du secteur santé** et aux plans de développement (notamment de réduction de la pauvreté) qui amélioreront l'état de santé global des populations. En dépit des intentions déclarées de travailler en ce sens, les Bureaux de pays ne sont pas encore parvenus à établir de fortes synergies entre les domaines d'activité qui apportent un appui « vertical » aux programmes au sein des ministères de la santé. Il n'existe encore que très peu d'intégration par une planification conjointe et des projets communs avec des domaines techniques ou programmes apparentés au VIH, tels que la tuberculose, la santé génésique et sexuelle, la santé de l'enfant et de l'adolescent, ou le renforcement des systèmes de santé.
14. De façon générale, il a été difficile à l'OMS de mettre en place et d'influencer de nouveaux types de **partenariats dans les pays**, hors de ses relations classiques avec les ministères de la santé. Dans les pays, de nombreux partenaires demandent que l'OMS use davantage de sa position privilégiée auprès du ministère de la santé afin de jouer un rôle plus actif pour contribuer à établir et à appuyer des dispositifs d'information et de coordination plus efficaces. On attend

de l'OMS qu'elle revoie les rôles qu'elle entend jouer dans les pays en se concentrant davantage sur ses points forts, qu'elle les communique, et qu'elle définisse mieux comment employer son avantage comparé et son mandat politique pour soutenir l'action d'autres partenaires.

15. Il sera de plus en plus important d'**appuyer les gouvernements nationaux** pour qu'ils mettent en pratique des directives concernant l'approche de santé publique (ASP), à mesure que les pays étendent leur couverture en décentralisant leurs services de traitement du VIH (ce qui implique un soutien direct aux prestataires de soins primaires dans les établissements de premier niveau). Dans un certain nombre de ces pays, l'OMS a laissé passer des occasions de renforcer à la fois la couverture et la qualité d'interventions contre le VIH utilisant cette approche dans le cadre du secteur non étatique (privé), et n'a pas proposé aux gouvernements nationaux un appui technique leur permettant d'exercer un contrôle plus efficace sur les prestataires privés.

### *II.3 En termes d'élaboration et de mise en œuvre de directives et outils uniformisés :*

16. Fondées sur une approche de santé publique, les directives de l'OMS pour le traitement, la prévention et les soins du VIH/SIDA ont rendu possible l'élargissement de ces interventions. L'OMS a confirmé la validité d'une stratégie prometteuse fondée sur la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) ; celle-ci permet d'appliquer une approche de santé publique par le renforcement des systèmes de santé, pour qu'ils fournissent des services de santé primaires décentralisés et intégrés, axés sur des interventions prioritaires relevant d'une approche de santé publique (ASP). L'intégration de ces programmes à des approches de soins primaires correspondantes en matière de santé des enfants (PCIMI) et de soins maternels (PCIGA) semblerait logique, mais il n'existe pas pour cela de stratégie institutionnelle, tandis que l'efficacité et la faisabilité d'une intégration durable de ces approches restent à démontrer.
17. L'OMS a produit de nombreux **outils et directives techniques** permettant d'étendre les ripostes nationales du secteur santé, le plus souvent en collaboration avec d'autres partenaires techniques. Les ressources affectées à l'OMS pour mener à bien ces travaux normatifs, effectués aux niveaux du Siège et des Bureaux régionaux, se sont avérées insuffisantes pour produire ces directives, aussi bien que pour appuyer leur application au niveau des pays. Pour parvenir à un équilibre satisfaisant entre « orientation normative » et « appui direct », fonctions essentielles de l'OMS, il convient d'étudier soigneusement la répartition des ressources, de sorte à ne pas affaiblir cette expertise mondiale.
18. L'OMS est investie d'une importante responsabilité consistant à fournir des recommandations et un soutien technique à la **surveillance mondiale des résistances aux médicaments du VIH**. Les travaux déjà effectués dans ce domaine sont un excellent exemple de l'avantage comparé de l'Organisation. Or ce domaine technique n'a reçu qu'un financement insuffisant ; ce qui démontre la dépendance du programme de l'OMS, et sa vulnérabilité, puisqu'il repose sur les contributions de très petites équipes techniques fonctionnant sur des budgets dérisoires.

### *II.4 Assurer des approvisionnements fiables en médicaments et produits diagnostiques efficaces :*

19. On se préoccupe actuellement de savoir s'il est possible d'assurer des **approvisionnements stables et suffisants de médicaments antirétroviraux et produits diagnostiques de qualité** pour répondre à l'accroissement de la demande mondiale (en raison de la production



actuelle de substances pharmaceutiques actives utilisées pour fabriquer ces médicaments), tant pour les traitements de première et deuxième intention que pour les formulations pédiatriques. Les prix des médicaments de deuxième intention restent dix fois supérieurs à ceux des schémas de première intention, aujourd'hui produits par de nombreux fabricants de génériques concurrents.

20. La **présélection** a constitué un important moteur pour rendre disponibles des médicaments ARV génériques abordables et d'une qualité acceptable. Elle a contribué à réduire le prix de ces médicaments. Le Projet de présélection dirigé par l'OMS a réussi à constituer un mécanisme innovant qui encourage les améliorations volontaires dans la fabrication et la distribution de médicaments de qualité, et notamment d'ARV génériques. Les médicaments de deuxième intention doivent aujourd'hui devenir prioritaires : la demande de ces services s'accroît, et implique un effort financier accru. Il conviendra à cet égard de retenir les compétences réglementaires spécialisées qui ont été développées. On considère par ailleurs le Projet de présélection comme exemplaire des capacités de l'OMS à exploiter les compétences d'autres domaines techniques de l'Organisation, au-delà du Département VIH/SIDA, pour appuyer les ripostes au VIH.
21. La poursuite du développement des services et de leur couverture vont soumettre les systèmes d'approvisionnement à des sollicitations de plus en plus fortes dans les prochaines années. Des actions coordonnées sont donc nécessaires pour assurer la création de dispositifs d'approvisionnement verticaux, aussi bien que pour renforcer les systèmes nationaux. Les mécanismes tels que le processus multi-organismes du Groupe de travail mondial, destinés à résoudre les problèmes actuels de **gestion des approvisionnements et des stocks**, ainsi que les réponses apportées dans la pratique à ces problèmes par l'OMS et ses partenaires au sein du Service des médicaments et produits diagnostiques concernant le SIDA (AMDS), doivent être évalués en permanence pour en assurer le succès.

### *II.5 L'apprentissage par la pratique :*

22. L'OMS a entrepris (avec l'ONUSIDA) de **comptabiliser au niveau mondial l'extension des traitements**, et contribué à mettre en place des instruments de mesure et des normes qui permettent de suivre les programmes nationaux et sont importants pour rassembler des informations stratégiques pouvant servir d'aides à la décision. L'Organisation est chargée d'appuyer la surveillance des effets de l'extension des traitements sur l'épidémie elle-même, y compris l'apparition de résistances aux médicaments. Cette activité, qui n'a été entamée que dans quelques pays, appelle en priorité des ressources supplémentaires.
23. L'OMS occupe une place idéale pour assurer la **gestion des connaissances** que l'on attend d'elle, grâce à ses réseaux dans les pays et à ses partenariats techniques internationaux. Elle devrait servir de "réseau de savoir" dans la riposte mondiale contre le VIH. Or les systèmes internes de suivi systématique des activités des programmes ne sont pas encore solidement implantés au sein de l'Organisation. Les fonctions de gestion des connaissances sont réparties entre les départements, et manquent d'intégration. Il en résulte un frein à la capacité de l'Organisation de "s'instruire par la pratique" et d'améliorer ses programmes par itération.
24. L'OMS n'a guère avancé dans la constitution d'une **base factuelle d'aide à la décision** établissant quelles seraient les meilleures approches pour les prestations de services, et comment optimiser la fourniture de soins chroniques du VIH et de soutien en la matière. Aucune collaboration n'a encore été instaurée avec le gouvernement des États-Unis d'Amérique en vue

de tirer profit de l'expérience du PEPFAR. Il est urgent de systématiser les approches de recherche opérationnelle « en temps réel » que l'OMS a commencé à promouvoir dans quelques pays.

### III. Fonctionnement du domaine d'activité VIH au sein de l'OMS :

25. L'absence d'une **structure de programme** bien définie pour « 3 millions d'ici 2005 » a constitué une carence qui reflète dans une certaine mesure l'incertitude dans laquelle fonctionnait l'OMS avant que ne soient obtenus des engagements financiers. elle correspond également à la manière réactive dont cette initiative « d'urgence » a été gérée. L'Initiative a ainsi été décrite comme un programme ambitieux mais présentant des faiblesses de conception, ne comportant pas une structure suffisante pour en mesurer les résultats ou en suivre les performances, compte tenu des énormes efforts qu'elle a impliqués. Une grande partie de ces activités n'en sont en fait qu'à leurs débuts et, bien que beaucoup ait été accompli sur cette période relativement brève, la force de l'Organisation réside dans ses perspectives de développement et dans sa capacité d'influencer les évolutions de la santé à moyen et long terme.
26. L'OMS est une vaste **organisation mondiale** au fonctionnement administratif, dotée d'une structure de gouvernance complexe et composée de multiples divisions opérationnelles, dont on ne pouvait pas attendre en toute rigueur les changements requis à cette échelle mondiale par un programme « d'urgence » de deux ans. Il n'existait pas de stratégie commune aux trois niveaux de l'Organisation quant aux moyens de renforcer l'OMS afin d'appuyer l'extension de manière synergique et de la pérenniser à plus long terme.
27. Le **Département du VIH/SIDA**, au Siège de l'OMS, était chargé de coordonner une participation conséquente des autres secteurs de l'OMS à l'Initiative. On a vu des exemples d'excellente collaboration entre départements internes de l'OMS, avec des résultats techniques remarquables, mais des améliorations sont encore possibles dans les relations avec d'autres, tels que Halte à la tuberculose et Pour une grossesse à moindre risque.
28. Les Bureaux régionaux de l'OMS jouent un rôle important dans l'appui aux développements dans les pays. Le manque d'un programme régional solide et d'un engagement fort de la direction du **Bureau régional de l'Afrique** (confronté aux difficultés les plus dramatiques, mais qui n'a pas obtenu de l'Organisation une assistance et une attention suffisantes) est plutôt inquiétant, car il a fait obstacle aux progrès dans la Région.
29. Des retards considérables ont eu lieu dans la mise en œuvre du programme de travail établi en raison du **manque initial d'un financement assuré**, et par la suite de la lenteur des décaissements. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 », comme la plupart des actions de l'OMS contre le VIH aux niveaux mondial, régional et national, a été essentiellement financée par des contributions extrabudgétaires. Cet aspect rend l'OMS particulièrement vulnérable aux perceptions des donateurs et à leur désir de financer l'Organisation. Les perspectives de financement actuelles ne sont pas bonnes. La précarité de sa base financière à moyen terme compromet la capacité de l'Organisation à exercer son mandat.
30. Le programme VIH au Siège de l'OMS a connu depuis 10 ans une rotation extrêmement rapide de ses directeurs, avec une nouvelle nomination encore au début de 2006. Cette **instabilité à la tête du programme VIH/SIDA** au sein de l'OMS a sans doute nui au dynamisme et au poids de ce domaine d'activité sur cette période. Elle donne en outre une image négative de la détermination de l'OMS à exercer au niveau du Siège une autorité stable en matière de VIH et de SIDA.

#### IV. Influences du contexte général du développement et des difficultés particulières de l'Afrique :

31. L'évaluation a rencontré des **variations considérables entre pays** dans la manière d'élaborer et de mettre en œuvre les ripostes au VIH, dans les modes d'affectation des ressources, dans la collaboration entre les grandes organisations, et dans l'étendue des connaissances et ressources dont disposent les personnes, au sein de leurs communautés, pour contribuer à améliorer leur propre santé. On peut tirer des enseignements importants de ce qui se produit en pratique, qu'il s'agisse de succès ou d'échecs. L'OMS a fait preuve de souplesse pour s'adapter à ces divers contextes, mais l'ampleur des effets de ces contributions de l'OMS sur les efforts nationaux a été très variable dans un secteur caractérisé par des acteurs nombreux et différents dans chaque pays. L'OMS n'a toujours pas convenablement résolu le manque de participation de la société civile, et notamment des populations affectées, telles que les personnes vivant avec le VIH/SIDA, dans certains pays.
32. En dépit des importants progrès accomplis ces dernières années en matière de riposte au VIH et au SIDA dans nombre de pays africains, les ravages du SIDA et les obstacles rencontrés dans les tentatives de l'endiguer semblent toujours aussi écrasants. Il est tout aussi manifeste que la communauté internationale n'est pas encore suffisamment disposée à effectuer les investissements nécessaires pour que les pays puissent passer aux **nouvelles phases d'extension** des ripostes au VIH et au SIDA, et viser l'objectif d'un *accès universel*. L'ONUSIDA estime à US\$ 18 milliards sur les deux prochaines années le déficit de financement des ressources et de l'appui technique qui restent nécessaires au renforcement des systèmes de santé nationaux pour faire face à ce défi.
33. Nombre des **pays africains les plus touchés** sont encore loin de contenir l'aggravation de la flambée de SIDA qui y sévit et, dans l'absolu, le nombre de personnes qui ont besoin d'un traitement sans y avoir accès continue de s'accroître. Les gouvernements nationaux et organes régionaux n'ont pas consenti d'efforts suffisants, et bien souvent ne parviennent à assumer ni leurs engagements, ni leurs déclarations. Bien que l'OMS ait sensiblement accru ses investissements en Afrique au travers de l'Initiative, l'Organisation n'a pas encore suffisamment renforcé ses orientations et capacités pour apporter le degré de soutien nécessaire compte tenu de l'étendue des difficultés en Afrique.

### 5.3 Principales recommandations pour l'avenir

Sur la base des enseignements de l'évaluation, et compte tenu du contexte de développement mouvant dans lequel l'OMS aura à accomplir son mandat dans les cinq prochaines années<sup>133</sup>, on présente ici un certain nombre de recommandations essentielles dans des domaines de décision d'importance stratégique. Dans la mesure du possible, ces recommandations correspondent à la précédente présentation des conclusions et enseignements, et s'adressent aux différents niveaux de l'Organisation et de ses programmes. Puisque l'OMS ne peut fonctionner dans l'isolement, on rappellera également certaines actions importantes à entreprendre par les institutions multilatérales et les donateurs internationaux.

<sup>133</sup> La période 2006–2010 est celle fixée par le G8 pour accomplir de nouveaux progrès vers l'*accès universel*.

## I. Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral (TARV) et à la prévention du VIH

*L'OMS et ses partenaires du développement devront :*

1. Plaider en faveur de **l'investissement en capital** et de **l'appui opérationnel pour le renforcement des systèmes de santé** (notamment par des partenariats public-privé et des mécanismes de financement innovants) ;
2. **Améliorer la coopération interorganismes au sein des Nations Unies** (particulièrement entre l'OMS et la Banque mondiale, et avec le Fonds mondial, afin d'aligner les différentes sources d'aide au renforcement des systèmes de santé et d'harmoniser leurs approches concernant les techniques et les politiques ;
3. Promouvoir **une coopération entre les diverses initiatives mondiales de santé** pour améliorer leur efficacité et leur efficacité combinées en matière de renforcement des systèmes de santé ;
4. Fournir des **conseils techniques aux pays sur les façons de mobiliser et d'affecter de nouvelles ressources** aux ripostes nationales au SIDA, afin que ces dernières contribuent plus efficacement à renforcer l'ensemble des systèmes de santé ;
5. **Répondre d'urgence à la crise des ressources humaines pour la santé**, notamment par des approches innovantes (telles que des initiatives régionales de formation ou des associations public-privé).

*L'OMS devra :*

6. Promouvoir l'investissement en faveur d'approches fondées sur **des interventions ciblées répondant aux besoins de santé publique des communautés et groupes vulnérables** affectés par le VIH et le SIDA (y compris les professionnel(le)s du sexe, les utilisateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, et les enfants) ;
7. Adopter et promouvoir **une position plus ferme sur l'amélioration de l'équité** dans l'accès aux services, notamment pour l'« accès gratuit » au TARV sur les lieux de soins ;
8. **Intégrer systématiquement la notion de « sensibilité au genre »** à l'élaboration et à l'application des stratégies, instruments et outils de l'OMS dans les domaines techniques ;
9. Élaborer et diffuser **des méthodologies permettant aux pays de fixer des objectifs appropriés** (y compris pour des populations spécifiques) en matière de traitement **et de prévention** du VIH, sur la base d'une appréciation réaliste de leurs capacités et ressources nationales.

## II. Renforcer l'OMS dans son appui aux ripostes nationales du secteur santé au VIH et au SIDA

### II. 1 Leadership, sensibilisation et partenariats

*Le Département OMS du VIH/SIDA devra :*

10. Distinguer entre partenariats stratégiques, scientifiques et opérationnels, et mettre au point des **dispositifs plus efficaces pour gérer les partenariats** (tels que des **protocoles d'accord**) établissant clairement, pour chaque type de collaboration, les paramètres et les attentes explicites ;

11. Renforcer les structures et le rôle du Groupe mondial des partenaires afin qu'il apporte davantage en tant qu'instance de coordination, ou bien envisager si l'OMS devrait renforcer son programme du VIH et du SIDA dans le cadre d'un **mécanisme de partenariat plus participatif**, en s'inspirant des modèles et des enseignements issus des partenariats sanitaires mondiaux existants ;
12. **Promouvoir activement le principe de la coopération Sud-Sud** en facilitant la collaboration et en exploitant l'expérience et les compétences des pays en développement, des institutions du Sud et des réseaux régionaux pour assurer l'assistance technique.

## II. 2 Appui direct aux pays

*Les Bureaux de l'OMS dans les pays devront :*

13. Établir **une feuille de route stratégique du secteur santé** à moyen (cinq ans) ou long terme, afin d'intégrer la riposte contre le VIH au développement plus général de la santé, et de renforcer les systèmes de santé en fonction des situations particulières des régions, sous-régions et pays, dans le cadre de l'engagement envers *l'accès universel* ;
14. **Œuvrer de façon plus stratégique au sein de partenariats nationaux** afin d'appuyer les mandats et avantages relatifs des partenaires locaux, notamment les personnes vivant avec le VIH/SIDA, la société civile et le secteur non étatique. Ceci pourrait comprendre la coordination et la facilitation de la sensibilisation, les réseaux techniques et opérationnels, et le soutien aux prestataires du secteur privé en vue d'une exécution plus efficace des interventions fondées sur une approche de santé publique ;
15. Réformer en profondeur les modalités par lesquelles les Bureaux de pays planifient et mettent en œuvre leurs programmes d'activités par maladies, afin de **renforcer la cohésion et l'intégration entre domaines techniques d'activité**, et ainsi de renforcer les systèmes de santé ;
16. Définir et communiquer plus clairement ce que sont les rôles et responsabilités de l'Organisation dans les pays, en **s'attachant aux points forts de l'OMS** et en tenant compte des avantages comparés de l'Organisation par rapport aux autres partenaires locaux ;
17. Constituer des **dispositifs plus efficaces pour fournir une assistance technique coordonnée et de haute qualité**, où l'OMS aura pour rôle de définir les besoins des pays en matière d'appui technique, de vérifier la qualité de l'assistance technique fournie, et de mobiliser des fonds en faveur de l'assistance technique aux pays (notamment auprès du Fonds mondial).

### II.3 Élaboration de directives et outils normalisés

*Le Département VIH/SIDA de l'OMS devra :*

18. **Définir un bouquet essentiel** d'interventions prioritaires ASP qui seront rendues « universellement accessibles » grâce aux programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose, en mettant davantage l'accent sur la prévention et le dépistage du VIH ;
19. **Renforcer les relations programmatiques entre domaines d'activité spécifiques à des maladies** (en particulier Halte à la tuberculose, Pour une grossesse à moindre risque, Santé de l'enfant et de l'adolescent) en vue de parvenir à un alignement des programmes entre les approches intégrées concernées portant sur la santé de l'enfant (PCIMI) et celle de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA), et sur les soins aux mères (PCIGA) ;

20. **Établir d'urgence l'efficacité et la faisabilité d'un soutien à des approches intégrées de la prestation des services**, en tant que « plateforme commune » du renforcement des services de soins primaires – par le biais desquels il serait également possible d'effectuer un bouquet d'interventions essentielles de lutte contre les maladies, interventions fondées sur une approche de santé publique ;
21. Aider les pays à **fixer des jalons pour ce qui est des attentes et de la qualité des services** (notamment pour assurer la sécurité et la durabilité des TARV) ;
22. Conserver à l'OMS son **rôle directeur dans le Réseau de surveillance des résistances aux médicaments du VIH** et faire en sorte que des ressources suffisantes soient affectées à la mise en œuvre d'une surveillance effective des résistances aux médicaments, en tant que priorité mondiale de santé publique.

#### *II.4 Assurer des approvisionnements fiables en médicaments et produits diagnostiques de qualité*

23. **Affecter au Projet de présélection des ressources suffisantes** pour continuer à promouvoir la qualité et la disponibilité des antirétroviraux dans le cadre du mécanisme de présélection, et faire en sorte qu'une priorité immédiate soit accordée aux médicaments utilisés dans les TARV de deuxième intention, aux traitements pédiatriques et aux produits diagnostiques du VIH ;
24. Renforcer la capacité de l'AMDS à **garantir des approvisionnements ininterrompus en TARV et produits diagnostiques du VIH** (notamment pour les traitements de deuxième intention et les formulations pédiatriques), et à constituer des dispositifs plus efficaces pour collaborer avec ses partenaires en vue de résoudre les problèmes d'approvisionnements et de stocks dans les pays.

#### *II.5 L'apprentissage par la pratique*

*Aux trois niveaux de l'Organisation, l'OMS devra :*

25. **Constituer et appuyer des réseaux d'apprentissage par objectifs**, fondés sur une communauté de pratiques. Ils devraient épouser les principes du partage des connaissances et de l'aide humanitaire concrète, en s'ouvrant largement aux dirigeants, aux scientifiques, aux responsables politiques, aux communautés, aux entreprises et aux organisations non gouvernementales, qui auraient pour tâches de définir les problèmes, de proposer des solutions innovantes, et d'entreprendre des actions conjointes ;
26. **Mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation plus solides**, tendant à une amélioration et à un apprentissage permanents de l'organisation ;
27. **Intégrer pleinement les approches modernes de la recherche opérationnelle à l'amélioration des programmes** de l'OMS, et fournir un appui technique aux partenaires d'exécution de l'OMS pour qu'ils fassent de même.

### **III. Améliorer le fonctionnement du domaine d'activité VIH au sein de l'OMS**

*Il est conseillé aux hauts responsables de l'OMS :*

28. de **renforcer la cohérence aux trois niveaux de l'Organisation** pour soutenir une stratégie commune par une planification conjointe et une gestion coordonnée des programmes VIH. Pour

mener cette stratégie, l'accroissement des ressources devrait être prioritaire, notamment en faveur du Bureau régional OMS de l'Afrique et des Bureaux de pays en Afrique;

29. **d'améliorer la collaboration entre départements** et de réduire autant que possible les conflits de compétences et les redondances entre départements techniques (tels que les départements du VIH et Pour une grossesse à moindre risque, ou l'AMDS et le Groupe Technologies de la santé et produits pharmaceutiques);
30. **d'affecter plus judicieusement les ressources internes** aux domaines techniques prioritaires (comme la Présélection des médicaments et la Surveillance des résistances aux médicaments);
31. **d'assurer une plus grande stabilité à la tête du domaine de programme VIH** et de proposer des conditions d'emploi susceptibles d'attirer et de retenir du personnel technique de haut niveau;
32. de mettre d'urgence en œuvre un plan d'action pour **renforcer fortement les capacités techniques et administratives du Bureau régional OMS de l'Afrique** et des Bureaux de pays en Afrique, pour améliorer leurs performances face à la flambée épidémique de VIH dans cette Région.

#### **IV. Influencer le cadre du développement général et traiter le problème particulier de l'Afrique**

*Les institutions multilatérales et les donateurs internationaux devront :*

33. Créer des dispositifs pour **permettre aux pays de financer leurs ripostes nationales au VIH et au SIDA** de façon plus sûre, appropriée et durable;
34. **Garantir à l'OMS des financements suffisants et stables** et instaurer des réformes des mécanismes de financement de l'OMS, en sorte que l'Organisation puisse exécuter convenablement son mandat et conduire techniquement l'extension de la riposte du secteur santé contre le VIH, en tant qu'organisme technique multilatéral chargé de la santé publique mondiale;
35. Répartir clairement les rôles et responsabilités institutionnels de chaque partenaire, aux niveaux mondial (comme dans le Groupe de travail mondial) et national, pour **assurer une responsabilité mutuelle entre partenaires du développement et gouvernements nationaux**, en vue des objectifs de l'*accès universel*. Ce processus devra inclure les programmes bilatéraux les plus importants (tels que le PEPFAR);
36. **Créer les conditions d'une implication et d'une participation plus large et plus efficace** des personnes vivant avec le VIH/SIDA, des organisations de la société civile et du secteur privé aux programmes nationaux du VIH et du secteur santé;
37. Mobiliser un soutien politique en faveur d'**actions appropriées, y compris des initiatives nationales, dans les pays**, au titre de la sécurité de la santé publique et du développement durable;
38. **Renforcer l'accent mis sur l'Afrique** par un « saut qualitatif » dans les actions et un accroissement substantiel des financements destinés à l'extension de la prévention du VIH, des TARV et de la réduction de la pauvreté. WHO management response to the « 3 by 5 » evaluation report

---

**Réponse de l'OMS au rapport d'évaluation  
de « 3 millions d'ici 2005 »**





## Réponse de l'OMS au rapport d'évaluation de « 3 millions d'ici 2005 »

L'évaluation de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » apporte à l'OMS des indications extrêmement précieuses à un moment crucial de la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA. Soumise à de très fortes contraintes de temps et de logistique, l'équipe d'évaluation a dû étudier d'énormes quantités de documents, s'entretenir avec les principaux intéressés à l'OMS comme à l'extérieur, et entreprendre un considérable travail de terrain. L'OMS remercie sincèrement les membres de l'équipe pour leur rapport d'évaluation, qui présente de nombreuses recommandations utiles pour l'OMS, ses partenaires et les donateurs. Ses remerciements vont aussi aux membres du Comité d'orientation de l'évaluation, présidé par Rene Loewenson, qui a conseillé l'équipe d'évaluation et l'OMS aux moments clés du processus.

L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » était avant tout un appel à renforcer l'action et la transparence, et spécialement de la part de l'OMS elle-même. Sachant que moins de 10 % des personnes ayant besoin d'un traitement en suivaient un à l'époque du lancement de l'Initiative, l'OMS se devait manifestement de jouer un rôle beaucoup plus important dans la mobilisation et l'appui à ses États Membres afin d'étendre le traitement, les soins et le soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA, dans le cadre des ripostes nationales globales à l'épidémie. L'enthousiasme exprimé par de nombreux intéressés à l'égard de « 3 millions d'ici 2005 » a montré clairement à quel point il importait que l'OMS continue d'exercer son autorité dans ce domaine clé de son mandat en tant qu'organisme coparrainant de l'ONUSIDA.

L'OMS accueille avec satisfaction le constat que, bien que l'Initiative ait manqué la cible consistant à traiter 3 millions de personnes à la fin de 2005, elle a considérablement contribué à promouvoir le droit à la santé pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Elle a également contribué à faire du traitement antirétroviral une intervention essentielle de santé publique. Tout aussi bienvenues sont les conclusions de l'équipe d'évaluation concernant le rôle normatif de l'Organisation, notamment les directives de traitement, l'approche de santé publique de l'extension, la formation des prestataires de soins et la présélection des médicaments essentiels, et les conclusions relatives à l'action menée avec ses partenaires dans le cadre du Service des médicaments et produits diagnostiques concernant le SIDA et le Réseau de surveillance des résistances aux médicaments du VIH. L'OMS est déterminée à conserver son rôle directeur dans ces domaines essentiels au cours des prochaines années.

Comme le relève le rapport d'évaluation, l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » constituait une étape préliminaire de l'action à bien plus long terme nécessaire pour renforcer les systèmes de santé et leur donner la capacité d'assurer des soins et un soutien de longue durée aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et autres maladies chroniques, et pour saisir les occasions que présente l'extension du traitement pour accroître la couverture en interventions de prévention du VIH, en particulier dans les établissements de soins. Les progrès accomplis à ce jour dans l'extension de ces interventions ont fait clairement apparaître, dans de nombreux pays, les faiblesses critiques des systèmes de santé qui devront être prises en compte à mesure que la communauté internationale avancera vers l'objectif d'un accès universel au traitement d'ici à 2010. Parmi les nombreux défis à relever, l'évaluation souligne à juste titre la nécessité de décentraliser les services du VIH au-delà des centres urbains, et de mieux intégrer les interventions contre le VIH aux autres services sanitaires, notamment ceux qui

concernent la tuberculose et la santé génésique, et ce spécialement au niveau des établissements de santé. La crise mondiale des ressources humaines pour la santé et le besoin de renforcer les systèmes d'approvisionnement et de stockage des médicaments et produits diagnostiques ont également fait l'objet d'une attention soutenue de la part de l'équipe d'évaluation, et répondre à ces défis majeurs constitue aujourd'hui une des premières priorités de l'OMS et de la communauté internationale en général.

L'évaluation fournit un important aperçu du fonctionnement interne de l'OMS. Elle émet des recommandations précieuses en vue d'améliorer la coordination entre les domaines techniques, ainsi que la planification conjointe des activités entre les trois niveaux de l'Organisation. Le rapport remarque que la capacité de l'OMS à fournir une assistance technique au niveau des pays a été considérablement accrue par le recrutement de spécialistes du VIH/SIDA dans les Bureaux des pays. Il est crucial pour l'OMS, en tant que fournisseur d'appui technique, de continuer à renforcer la présence de l'Organisation aux niveaux des pays et Régions. L'OMS est particulièrement consciente de la nécessité de renforcer les capacités techniques et administratives de son Bureau régional de l'Afrique. Une réflexion est en cours pour créer des équipes sous-régionales sur le VIH/SIDA et accorder une plus grande autonomie financière et administrative aux chefs des équipes sous-régionales et aux Représentants de l'OMS dans la Région de l'Afrique.

Tout aussi importantes sont les recommandations concernant le renforcement des relations de l'OMS avec les partenaires extérieurs. Depuis juin 2005, l'OMS a participé à de nombreuses activités visant à améliorer l'harmonisation entre les organismes des Nations Unies, conformément aux recommandations émises en juin 2005 par le Groupe spécial mondial pour l'amélioration de la coordination entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux pour renforcer la riposte au SIDA dans les pays. L'OMS a étroitement collaboré avec le secrétariat de l'ONUSIDA et les autres organismes coparrainants de l'ONUSIDA, afin de mettre au point une répartition des tâches plus fonctionnelle et d'élaborer un plan consolidé d'appui technique pour la période 2006–2007. Ce plan prévoit et chiffre des activités d'appui technique visant à aider les pays à utiliser efficacement les importantes subventions octroyées par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et par d'autres sources. Pour mieux préciser les rôles et responsabilités dans les domaines techniques où l'OMS partage ses compétences avec d'autres organismes, des protocoles d'accord sont en cours de négociation, par exemple avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) sur la réduction des risques, ou avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. L'OMS étudie en outre les moyens d'améliorer son action en partenariat avec la société civile et le secteur privé.

Un grand nombre des recommandations émises par le rapport d'évaluation seront mises en œuvre dans le cadre d'un plan stratégique à cinq ans, définissant l'action de l'OMS en faveur de l'élargissement vers un accès universel sur la période 2006–2010. Ce plan se concentrera sur l'appui aux pays en vue de diffuser un ensemble d'interventions essentielles du secteur santé contre le VIH/SIDA, couvrant la prévention, le traitement, les soins et le soutien. Par ailleurs, le plan fera une large place au rôle que joue l'Organisation pour aider les pays à renforcer les composantes essentielles de leurs systèmes sanitaires, telles que les systèmes de gestion des approvisionnements et des stocks, les infrastructures de laboratoire, et les capacités en ressources humaines. Ce plan soulignera en outre l'importance du rôle de l'OMS dans la promotion d'un accès équitable aux services, la mise en place et la diffusion de la base de connaissances visant à aider à la planification

et à la décision, et l'assistance aux pays en vue de fixer des objectifs finaux et intermédiaires – et d'en contrôler l'exécution. Le plan d'action de l'OMS pour l'accès universel, de ce jour à l'an 2010, sera dévoilé lors de la Conférence internationale de Toronto sur le SIDA, en août 2006.

Comme le remarque le rapport d'évaluation, d'importantes ressources financières additionnelles sont à mobiliser d'urgence par la communauté internationale, si l'on veut maintenir l'élan engendré par l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et parvenir à un accès universel au traitement, ainsi qu'à plus long terme réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. À cet égard, l'OMS entend agir davantage, notamment au niveau des pays, pour intégrer le VIH/SIDA aux actions plus générales de santé et de développement, comme les approches sectorielles. Des efforts sont en cours pour renforcer les ressources de l'OMS elle-même en matière de VIH/SIDA, très dépendante jusqu'à ce jour, comme le note le rapport d'évaluation, de financements extrabudgétaires provenant d'un petit nombre de donateurs.

Les conclusions de l'évaluation de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » aident aujourd'hui l'OMS à devenir une organisation plus efficace. L'OMS est déterminée à diffuser largement ce rapport afin que ses conclusions et recommandations éclairent aussi l'action des autres partenaires et parties intéressées dans la riposte mondiale au VIH/SIDA.



ISBN 92 4 159435 7



9 789242 594355