



S'engager sur des résultats : Améliorer l'efficacité de l'assistance en matière de lutte contre le VIH/SIDA

Une évaluation de l'assistance de la Banque mondiale pour la lutte contre le VIH/SIDA réalisée par l'OED





S'engager sur des résultats : Améliorer l'efficacité de l'assistance en matière de lutte contre le VIH/SIDA

Une évaluation de l'assistance
de la Banque mondiale pour la lutte
contre le VIH/SIDA réalisée par l'OED



© 2005 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
Téléphone : 202-473-1000
Site web : www.worldbank.org
Courriel : feedback@worldbank.org

Tous droits réservés
Fait aux États-Unis d'Amérique

Les constatations, interprétations et conclusions présentées dans cet ouvrage sont celles de l'auteur (des auteurs) et ne reflètent pas nécessairement les vues des Administrateurs de la Banque mondiale ou des gouvernements qu'ils représentent.

La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données figurant dans cet ouvrage. Les frontières, les couleurs, les dénominations et toute autre information figurant sur les cartes du présent ouvrage n'impliquent de la part de la Banque mondiale aucun jugement quant au statut juridique d'un territoire quelconque et ne signifient nullement que la Banque mondiale reconnaît ou accepte ces frontières.

Droits et licences

Le contenu de cette publication fait l'objet d'un dépôt légal. Aucune partie de la présente publication ne peut être reproduite ou transmise sans l'autorisation préalable de la Banque mondiale. La Banque mondiale encourage la diffusion de ses études et, normalement, accorde sans délai l'autorisation d'en reproduire des passages.

Pour obtenir cette autorisation, veuillez adresser votre demande en fournissant tous les renseignements nécessaires, par courrier, au Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, Massachusetts, 01923, USA ; téléphone : 978-750-8400 ; télécopie : 978-750-4470 ; site web : www.copyright.com.

Pour tout autre renseignement sur les droits et licences, y compris les droits dérivés, envoyez votre demande, par courrier, à l'adresse suivante : Office of the Publisher, World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA ; par télécopie, au 202-522-2422 ; ou par courriel : pubrights@worldbank.org.

Photos de couverture : à gauche, en haut et en bas, reproduction autorisée, Martha Ainsworth ; en haut et à droite, © Peter Parker/Panos Pictures ; en bas et à droite, Masaru Goto pour la photothèque de la Banque mondiale.

ISBN 0-8213-6529-0
e-ISBN 0-8213-6530-4
DOI 10.1596/978-0-8213-6529-8

La Bibliothèque du Congrès des États-Unis a catalogué l'édition anglaise comme suit :

Ainsworth, Martha, 1955—

Committing to results : improving the effectiveness of HIV/AIDS assistance: an OED evaluation of the World Bank's assistance for HIV/AIDS control / Martha Ainsworth, Denise A. Vaillancourt, Judith Hahn Gaubatz.

p. cm. — (Operations evaluation studies)

Includes bibliographical references.

ISBN-13 : 978-0-8213-6388-1

ISBN-10 : 0-8213-6388-3

1. Economic assistance—Developing countries—Evaluation. 2. AIDS (Disease)—Economic aspects—Developing countries. 3. HIV infections—Economic aspects—Developing countries. 4. AIDS (Disease)—Developing countries—Prevention. 5. HIV infections—Developing countries—Prevention. 6. World Bank. I. Vaillancourt, Denise. II. Hahn Gaubatz, Judith. III. Title. IV. World Bank operations evaluation study.

HC60.A4575 2005
362.196'9792'0091726—dc22 2005052329

2005052329

World Bank InfoShop
Courriel : pic@worldbank.org
Téléphone : 202-458-5454
Télécopie : 202-522-1500

Département de l'évaluation des opérations
Programmes de gestion des connaissances et
renforcement de la capacité d'évaluation (OEDKE)
Courriel : eline@worldbank.org
Téléphone : 202-458-4497
Télécopie : 202-522-3125



Imprimé sur du papier recyclé



Table des matières

vii	Avant-propos
xi	Résumé analytique
xix	Acronymes et abréviations
3	1 Introduction
	3 Justification de l'intervention de la Banque mondiale
	5 Objectifs de l'évaluation
	7 Cadre d'analyse et méthodologie
11	2 L'évolution de l'action de la Banque mondiale en matière de lutte contre le VIH/SIDA
	11 Deux phases dans l'intervention de la Banque mondiale
	22 Le portefeuille d'aide-projets de la Banque mondiale
27	3 Résultats de la première génération de l'assistance de la Banque à la lutte contre le VIH/SIDA
	29 Constats et leçons tirées de l'assistance de la Banque au niveau des pays pour la lutte contre le VIH/SIDA
	44 La reconnaissance, la qualité telle que perçue et la pertinence des travaux d'analyse de la Banque sur le VIH/SIDA
49	4 Une analyse d'aide en cours : Le programme MAP pour l'Afrique
	50 Les objectifs, la conception et les risques liés au programme MAP pour l'Afrique
	52 Les hypothèses étaient-elles valables ?
	57 Données d'information sur la mise en œuvre à ce jour
	59 Les risques non anticipés se sont-ils matérialisés ?
71	5 Conclusions
77	6 Recommandations

Annexes

- 83 A : Cadre conceptuel de l'évaluation
- 87 B1 : Chronologie de l'approbation des projets et les stratégies sur le VIH/SIDA
- 91 B2 : Calendrier annoté de l'action de la Banque mondiale dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA
- 111 B3 : Calendrier des événements liés à l'épidémie mondiale du SIDA
- 127 C1 : Données sur le portefeuille des projets VIH/SIDA
- 137 C2 : Notations de performance des projets achevés sur le SIDA
- 139 D : Traitement du VIH/SIDA dans les stratégies d'aide-pays et documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté
- 145 E : Inventaire des travaux d'analyse de la Banque mondiale sur le VIH/SIDA
- 149 F : Les publics concernés, la qualité et l'utilité des travaux d'analyse de la Banque sur le VIH/SIDA
- 161 G : Résumés des études de cas
- 177 H : Résultats des questionnaires auto-administrés du MAP
- 191 I : Enquête auprès des chefs d'équipes de projets — Récapitulatif des résultats
- 219 J : Enquête auprès des directeurs des opérations de la Banque mondiale pour les pays africains
- 231 K : Exposé du panel consultatif extérieur
- 235 L : Réponse de la direction
- 259 M : Synthèse du Président : Comité sur l'efficacité du développement (CODE)

265

Notes

279

Références

Encadrés

- 5 1.1 : L'épidémie mondiale du VIH/SIDA
- 8 1.2 : La répartition du VIH entre les groupes à risque et les stades d'une épidémie
- 9 1.3 : Composantes de l'évaluation
- 15 2.1 : Les stratégies de lutte contre le SIDA de la Banque en Afrique pendant la première décennie de son intervention
- 16 2.2 : La première génération des projets de lutte contre le VIH/SIDA financés par la Banque mondiale
- 19 2.3 : Intensifier les actions de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique
- 20 2.4 : Le SIDA figure en meilleure place dans les priorités contenues dans les Stratégies d'aide-pays
- 28 3.1 : Priorités gouvernementales et stade de l'épidémie
- 30 3.2 : Quelles approches ont réussi à renforcer l'engagement politique ?
- 32 3.3 : Les travaux d'analyse peuvent renforcer l'engagement, mais ne constituent pas une panacée
- 39 3.4 : L'utilité limitée de la séroprévalence comme indicateur de l'impact des programmes
- 42 3.5 : La relation entre les dépenses publiques, les connaissances sur le SIDA et l'accès à l'information en Inde

51	4.1 : La conception et les critères d'admissibilité du programme MAP pour l'Afrique
56	4.2 : Le MAP a-t-il réduit le temps de préparation des projets ?
60	4.3 : Intégrer les activités de lutte contre le SIDA dans les projets des secteurs Éducation et Transport
62	4.4 : Quelle est la valeur stratégique des plans stratégiques nationaux ?
63	4.5 : L'approche PLACE : Axer la prévention sur les zones où se rendent les gens à la recherche de nouveaux partenaires
65	4.6 : Les objectifs et modalités des approches multisectorielles

Figures

4	1.1 : Les projets de lutte contre le VIH/SIDA soutenus par la Banque mondiale de 1988 à 2004
12	2.1 : Nouveaux engagements et projets approuvés de lutte contre le SIDA, par exercice
13	2.2 : Évolution des travaux d'analyse achevés par exercice
24	2.3 : Notations par l'OED des projets achevés
35	3.1 : Accroissement des interventions ciblées en direction des groupes à haut risque au Brésil, de 1999 à 2003
37	3.2 : Activités et interventions soutenues par des projets portant uniquement sur la lutte contre le SIDA menés à terme (n = 9)
41	3.3a : Pourcentage des enquêtés ayant entendu parler du SIDA qui déclarent spontanément que l'on peut éviter de contracter le SIDA en utilisant les préservatifs
41	3.3b : Pourcentage des jeunes de 15 à 19 ans qui n'ont jamais eu de rapports sexuels
43	3.4 : Accroissement de l'utilisation systématique des préservatifs parmi les groupes à haut risque dans les zones urbaines au Cambodge de 1997 à 2001
45	3.5 : Baisse de la mortalité causée par le SIDA au Brésil grâce à l'extension du traitement
58	4.1 : Les projets MAP pour l'Afrique I ont décaissé plus rapidement les fonds que les projets HNP dans les mêmes pays, en moyenne
66	4.2 : Dépenses publiques budgétisées par habitant affectées aux interventions liées au SIDA entreprises par la société civile dans les pays bénéficiant du Programme MAP pour l'Afrique

Tableaux

6	1.1 : Répartition des prêts pour la lutte contre le VIH/SIDA ^a octroyés par la Banque mondiale selon l'état d'avancement du projet
21	2.1 : Répartition des projets ^a et engagements au titre de la lutte contre le SIDA par région au 30 juin 2004 (en million de dollars)
22	2.2 : Répartition des projets achevés et en cours selon le stade de l'épidémie (en pourcentage)
23	2.3 : Objectifs déclarés des projets de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale (en pourcentage)
34	3.1 : Nombre d'ONG et d'OBC soutenues par des projets achevés de lutte contre le SIDA

- 53 4.1 : Lier la stratégie et les mécanismes du MAP à l'efficacité en termes de développement
- 59 4.2 : Nombre des ONG et OBC soutenues par des projets MAP pour l'Afrique à la fin juillet 2004
- 75 5.1 : Montants des propositions approuvés par le Fonds mondial et engagements de la Banque mondiale dans les pays bénéficiant de ces deux formes d'assistance (en millions de dollars)



Avant-propos

C'est en 1981, un an seulement après que la Banque mondiale a commencé à octroyer des prêts directs au secteur de la santé, que furent détectés les premiers cas de SIDA, et dès 1985, il apparaissait clairement que le VIH/SIDA s'était déjà largement répandu dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne. Quoique les connaissances sur le VIH/SIDA se soient accrues au cours des vingt années qui ont suivi, l'épidémie continue de se propager et d'éroder les acquis enregistrés en matière de développement, non seulement en Afrique, mais aussi dans de nombreuses autres régions du monde. À la fin de l'exercice 04, la Banque avait engagé 2,5 milliards de dollars sous forme de prêts (dont 1 milliard ont été décaissés) et parrainé plus de 200 études analytiques destinées à faire progresser la connaissance de la maladie dans les pays en développement. L'OED a passé en revue les initiatives de la Banque en vue de contrer cette menace majeure depuis l'apparition de l'épidémie jusqu'à cette date et évalué l'efficacité de l'assistance fournie au niveau des pays.

Les premières actions entreprises par la Banque dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA ont surtout visé à soutenir les programmes nationaux gérés par les ministères de la Santé et à initier l'analyse économique de l'impact de la maladie et des options décisionnelles pour la combattre. Toutefois, l'engagement d'actions de portée plus large a été entravé par le fait que les pouvoirs publics étaient peu enclins à contracter des emprunts pour lutter contre la maladie. Vers la fin des années 90, la Banque a

pris l'engagement ferme d'accroître la demande d'assistance en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA parmi les pays emprunteurs. Elle a depuis lors élaboré des stratégies formelles ou informelles pour faire face au problème dans toutes les régions et dans nombre de secteurs, augmentant de manière sensible la priorité accordée au VIH/SIDA dans les stratégies d'assistance-pays. Les demandes d'assistance adressées à la Banque ont également connu une progression rapide.

Le portefeuille et sa performance

Le portefeuille de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA à la fin de l'exercice 04 comprenait 106 projets, dont 70 représentaient 96 % du volume total des engagements. Reste qu'il s'agit encore d'un portefeuille plutôt « jeune » — seuls 18 des 70 projets ont été achevés et évalués. Les notations de résultats des projets achevés dans le domaine de la lutte contre le SIDA sont similaires à ceux enregistrés pour les autres projets réalisés dans le secteur de la santé. En revanche, les notations de l'impact des projets de lutte contre le SIDA sur le développement institutionnel sont beaucoup plus positives que celles enregistrées par l'ensemble du secteur.

L'assistance fournie par la Banque a contribué à accroître l'engagement à lutter contre le VIH/SIDA, à améliorer la qualité des programmes nationaux et à renforcer les institutions, plus particulièrement celles rattachées aux ministères de la Santé. La Banque a également encouragé les autorités à faire participer les organisations non gouvernementales aux programmes publics de lutte contre le VIH/SIDA, quoique la portée et l'efficacité de ces initiatives aient rarement été évaluées. Plus de 90 % des projets étaient axés sur la prévention. Cependant, les activités de prévention prévues en direction des personnes les plus susceptibles de propager le VIH n'ont pas souvent été mises en œuvre, ce qui a probablement réduit l'efficacité globale des prêts octroyés par la Banque.

La connaissance et la prise de conscience de l'ampleur de la maladie et des comportements à risque se sont accrues dans les pays bénéficiant de l'assistance de la Banque. Cependant, le suivi, l'évaluation et la recherche ont reçu peu d'attention et peu contribué à l'appréciation et à l'amélioration de l'impact des projets soutenus par la Banque. À titre d'exemple, l'on a trop souvent recours aux taux de prévalence du VIH pour mesurer l'impact des actions menées, alors qu'ils ne révèlent rien concernant le nombre des nouvelles infections, qui constituent un indicateur plus crédible des progrès accomplis.

La Banque a contribué à accroître le volume de connaissances sur le VIH/SIDA et, dans bien des cas, elle a contribué à renforcer l'engagement politique dans les pays bénéficiant de l'assistance de la Banque. Selon des enquêtes, ses travaux de

recherche et d'analyse sont généralement jugés d'excellente qualité et d'une grande utilité par ceux qui les ont lus. Ceci étant, les enquêtes ont également révélé que ces travaux de recherche et d'analyse ne parviennent pas effectivement aux décideurs politiques en Afrique, plus particulièrement en Afrique francophone.

Un bilan préliminaire du Programme plurinational de lutte contre le SIDA pour l'Afrique

Le Programme plurinational de lutte contre le SIDA en Afrique (MAP) a engagé une enveloppe de 1 milliard de dollars et rassemblé plus d'une vingtaine de pays pour le lancement de vastes initiatives de lutte contre le SIDA. Ces actions ont permis d'accroître l'engagement des pouvoirs politiques, d'augmenter le nombre des acteurs de la lutte et de porter les activités à une échelle plus grande. À la fin de l'exercice 04, aucun des projets MAP pour l'Afrique n'était encore achevé, de sorte qu'il est prématuré d'apprécier leur efficacité. Cela étant, certains aspects liés à la conception du MAP suscitent des interrogations sur l'efficacité ultime des projets, et dans certains cas, des données d'information attestent que les mesures d'atténuation prévues ne sont pas mises en œuvre ou sont parfois inadaptées.

Le MAP s'appuie sur les stratégies nationales de lutte contre le SIDA pour définir les priorités, mais la plupart de ces stratégies n'établissent pas un ordre de priorité entre les activités, encore moins les coûts liés à ces activités. Le programme a été conçu pour permettre une procédure rapide d'approbation, la supervision, le suivi et l'évaluation renforcés étant supposés compenser l'importance limitée accordée à la préparation détaillée des projets. Dans la pratique, cependant, cela ne semble pas avoir été le cas. L'implication de la société civile, qui constitue un autre aspect de la conception du programme, s'est heurtée à différents problèmes : manque de clarté des objectifs, absence fréquente d'un ordre de priorité entre les activités et attention insuffisante accordée à l'évaluation de l'efficacité au regard des autres options possibles. Les mécanismes mis en œuvre pour la mobilisation politique ne sont peut-être pas tout à fait adaptés pour assurer la mise en œuvre rationnelle et efficace des programmes.

Conclusions

La lutte contre le SIDA requiert à la fois une action rapide et des efforts résolus de renforcement à long terme des capacités et de la pérennité. Au cours des dernières années, l'assistance internationale pour la lutte contre le SIDA, notamment en matière de traitement, s'est considérablement accrue et un changement s'est encore opéré dans le rôle joué par la Banque, eu égard au fait qu'elle agit dans le cadre de partenariats de plus en plus élargis. L'avantage comparatif de la Banque consiste à aider au renforcement des institutions, à l'évaluation des options possibles et à l'amélioration des résultats des initiatives nationales de lutte contre le SIDA. S'il est important pour la Banque de coopérer avec différents partenaires, ses partenaires les plus importants demeurent les pays en développement eux-mêmes.

Recommandations

Pendant la phase suivante de son intervention, la Banque devrait aider les pays à traduire leur engagement en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA par des actions qui influenceront durablement sur l'évolution de l'épidémie. Plusieurs recommandations s'appliquent à tous les projets de la Banque dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA :

- aider les autorités publiques à adopter une approche plus stratégique et sélective et

accorder la priorité aux actions qui auront le plus grand impact sur l'épidémie ;

- renforcer les institutions nationales chargées de gérer et mettre en œuvre les actions de lutte à long terme, notamment dans le secteur de la santé ;
- améliorer les données d'expérience à l'échelon local pour la prise de décision en renforçant le suivi et l'évaluation.

S'agissant en particulier du programme MAP pour l'Afrique, la Banque devrait :

- procéder à une évaluation approfondie des plans stratégiques nationaux et des politiques publiques de lutte contre le SIDA et recenser les activités des autres bailleurs de fonds dans le cadre de la préparation normale des différents projets ;
- préciser les objectifs de la participation de différents secteurs de la société civile à des activités spécifiques et soumettre ces activités à une évaluation rigoureuse ;
- axer l'appui multisectoriel pour la mise en œuvre des actions sur les secteurs offrant des activités potentiellement capables d'avoir le plus grand impact sur l'épidémie et assurer la disponibilité de ressources pour la supervision de leurs activités.



Ajay Chhibber

Directeur général par intérim, Évaluation des opérations

Principaux messages

- L'assistance de la Banque a amené les états à agir plus tôt ou de manière plus ciblée et rentable.
- Elle a contribué à mobiliser l'engagement politique, à créer ou renforcer les institutions de lutte contre le SIDA, à susciter l'adhésion des ONG et à hiérarchiser les actions.
- L'engagement politique et les problèmes de capacité ont été surestimés et doivent être constamment traités, dans chaque cas, au regard du contexte du pays concerné.
- Le fait que les actions menées ne touchent pas les personnes ayant des comportements à haut risque a réduit l'efficacité et l'impact de l'assistance.
- Le manque de suivi, d'évaluation et de recherche ciblée sont des freins majeurs à l'amélioration de l'efficacité.
- La Banque doit aider les états à établir des priorités et mettre en œuvre les activités qui auront le plus grand impact sur l'épidémie.
- Elle doit continuer d'aider à renforcer les institutions nationales afin de leur permettre de gérer et mettre en œuvre les actions de lutte à long terme.
- Elle doit contribuer à améliorer les données locales pour la prise de décision.



Résumé analytique

L'épidémie mondiale du SIDA a profondément affecté la qualité de vie et les progrès réalisés en matière de lutte contre la pauvreté dans nombre des pays les plus pauvres en développement, notamment en Afrique subsaharienne. Depuis les années 80, en particulier au cours de la décennie écoulée, la Banque mondiale a pris des initiatives pour prévenir le VIH/SIDA et atténuer son impact en s'associant à des programmes mondiaux, au financement de travaux de recherche, au dialogue sur les politiques, à l'octroi de prêts, de crédits et de dons en appui à des projets de lutte contre le VIH/SIDA. En juin 2004, la Banque mondiale avait engagé 2,46 milliards de dollars dont environ 1 milliard de dollars ont été décaissés sous forme de crédits, de dons et de prêts en faveur de 62 pays à revenus faible et intermédiaire au titre de 106 projets destinés à prévenir, traiter et atténuer l'impact du VIH/SIDA.

Objectifs et méthodologie

La présente évaluation compare l'efficacité, du point de vue du développement, de l'aide fournie par la Banque dans le cadre des initiatives nationales de lutte contre le VIH/SIDA, dans le cas hypothétique où une telle assistance ferait défaut. Elle identifie les leçons tirées de cette expérience et émet des recommandations en vue d'améliorer la pertinence, la qualité et l'efficacité des activités en cours ou à venir. Pour les besoins de l'évaluation, *l'assistance en matière de lutte contre le VIH/SIDA* recouvre le dialogue sur les politiques, les études analytiques et les opérations de prêt qui visent explicitement à réduire l'échelle de propagation ou l'impact de

l'épidémie du SIDA. Peu de projets de lutte contre le VIH/SIDA ont été menés à leur terme et la grande majorité des projets et des engagements sont en cours d'exécution. À cet égard, les trois principaux chapitres examinent :

- l'évolution, les différentes phases des actions engagées par l'institution et l'analyse du portefeuille d'assistance en matière de lutte contre le VIH/SIDA depuis le déclenchement de l'épidémie ;
- l'efficacité de la « première génération » de projets achevés d'assistance de la Banque au niveau des pays dans le domaine de la lutte

contre le VIH/SIDA et les leçons tirées de cette expérience ;

- l'évaluation des hypothèses, de la conception, des risques et de l'exécution à ce jour, de 24 projets de lutte contre le SIDA en cours au niveau des pays dans le cadre du Programme plurinational de lutte contre le SIDA en Afrique (MAP).

L'évaluation s'appuie sur différents éléments d'appréciation : les chronogrammes détaillés des actions entreprises par l'institution et à travers le monde ; un inventaire et une analyse du portefeuille de prêts de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA ; des études approfondies sur le terrain portant sur des projets réalisés ; des études de cas sur le terrain relatives à l'assistance de la Banque au Brésil, en Éthiopie, en Indonésie et en Russie ; des interviews et des enquêtes auprès des chefs d'équipes de projet de la Banque chargés du programme MAP pour l'Afrique et des directeurs des missions résidentes dans ces pays ; une revue des stratégies nationales de 26 pays recevant une assistance de la Banque ; des documents de base élaborés à la demande de l'OED ; un inventaire des études analytiques de la Banque sur le VIH/SIDA ; et des enquêtes réalisées auprès du personnel de la Banque et des professionnels qui travaillent dans le domaine de la lutte contre le SIDA en Afrique sur la portée, la qualité et l'utilité de ces travaux. La plupart de ces documents sont joints en annexe du présent rapport et/ou affichés sur le site web pour les évaluations, à l'adresse www.worldbank.org/oed/aids. Le rapport s'appuie également sur les évaluations de l'OED relatives aux programmes de la Banque dans les domaines de la santé, la nutrition et la population (HNP), le rôle des organisations non gouvernementales (ONG) dans la mise en œuvre des projets de la Banque mondiale, le développement communautaire et le renforcement des capacités en Afrique. Il complète la récente évaluation de l'OED sur la participation de la Banque mondiale aux programmes mondiaux, plus particulièrement aux programmes internationaux sur la santé.

L'évolution de l'assistance de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA

Les premiers cas de SIDA ont été recensés aux États-Unis en 1981. Dans les années qui ont

suivi, la communauté internationale de la recherche s'est efforcée de comprendre la cause et les modes de transmission de cette nouvelle maladie. Dès 1985, il est apparu clairement qu'une épidémie de VIH/SIDA d'une ampleur inconnue était en train de sévir dans certaines régions de l'Afrique subsaharienne. Au moment où émergeait cette prise de conscience, la Banque n'octroyait des prêts directs pour des projets de santé que depuis environ cinq ans. Elle n'avait donc qu'une expérience limitée en matière de santé ou de VIH/SIDA et suivait en cela la voie tracée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Deux facteurs ont inspiré l'action de la Banque et de la communauté internationale. Au nombre de ces facteurs, figure en premier lieu, la grande incertitude et le caractère extrêmement changeant des informations sur ce qui était une maladie totalement nouvelle – son épidémiologie, sa propagation et les moyens de la combattre. Viennent ensuite l'extraordinaire stigmatisation et le refus de reconnaître la réalité de la maladie.

La réponse de la Banque à la lutte contre le VIH/SIDA est caractérisée par deux phases distinctes. Au cours de la première phase, qui couvre la période de 1986 à 1987, les interventions de la Banque étaient limitées au plan externe par la faible demande d'assistance en matière de lutte contre le VIH/SIDA en provenance des pays en développement. Au plan interne, les efforts étaient freinés par la priorité accordée par les dirigeants du secteur de la santé de la Banque aux réformes cruciales du système de santé au détriment des investissements urgents qui étaient nécessaires pour empêcher la propagation rapide de l'épidémie du VIH. Jusqu'en 1997, la stratégie de la Banque en matière de santé, de nutrition et de population (HNP) ne faisait aucune place à l'analyse de l'épidémie du SIDA. Cette question était simplement évoquée dans une partie peu visible d'une annexe au titre des maladies émergentes.

Toutefois, pendant cette période, environ 500 millions de dollars furent engagés sous forme de prêts et de crédits au titre de 8 projets indépendants et de 17 volets importants de projets

destinés à soutenir des programmes nationaux de lutte contre le SIDA sur 4 continents. Ces projets devaient bénéficier à des pays se trouvant à tous les stades de l'épidémie. L'initiative de mise en place de stratégies et de programmes de prêts pour la lutte contre le SIDA émane principalement des agents de l'institution chargés du secteur de la santé au niveau des groupements régionaux, techniques et opérationnels de la Banque, sans la moindre directive cohérente de la part de la direction du HNP ni de la haute direction. La Banque a collaboré étroitement avec le Programme mondial de l'OMS sur le SIDA (GPA) à la conception de projets et au lancement d'importantes études analytiques sur l'efficacité par rapport au coût des interventions en matière de lutte contre le SIDA.

La seconde phase des interventions de la Banque, qui s'étend de 1998 à aujourd'hui, a été consacrée à la mobilisation et au plaidoyer, au plus haut niveau de l'institution. La Banque a alors commencé à s'engager de manière active dans les actions de sensibilisation et à solliciter le concours des membres de son personnel et des pays clients dans la lutte contre le VIH/SIDA. Nombre de progrès significatifs enregistrés entre 1996 et 1997 peuvent être attribués à ce changement : la création du programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), qui a énormément contribué au plaidoyer et dont les messages ont eu un écho direct auprès de la haute direction de la Banque ; la publication par la Banque d'un important rapport de recherche qui identifiait le VIH/SIDA comme un enjeu de développement ; et la mise au point, en 1996, de la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART). Il faut noter également l'émergence au plan international de données sans cesse croissantes sur l'étendue et l'impact de l'épidémie.

Depuis 1998, les stratégies ou les plans d'activités en matière de lutte contre le VIH/SIDA ont été élaborés dans la quasi-totalité des zones géographiques de la Banque et 2 milliards de dollars supplémentaires ont été engagés pour soutenir les programmes nationaux de lutte contre le SIDA dans 55 pays se trouvant à tous les stades de l'épidémie. La moitié environ des nouveaux engagements depuis 1998 a été affectée à plus d'une vingtaine de projets dans le cadre du programme MAP pour l'Afrique et le solde à des projets en Asie du Sud, en Europe de l'Est,

en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les principaux objectifs de ces projets tels qu'énoncés dans les documents de conception étaient de prévenir la propagation du VIH, à assurer le traitement et la prise en charge des personnes infectées, à atténuer les effets du SIDA, à renforcer les institutions nationales et à fournir des biens collectifs.

L'impact sur le développement des projets achevés d'assistance en matière de lutte contre le VIH/SIDA

En raison de la récente augmentation spectaculaire du montant des engagements, la majeure partie des projets ayant bénéficié de prêts de la Banque au titre de la lutte contre le SIDA sont encore en cours d'exécution : seulement 18 projets indépendants de lutte contre le SIDA ou des projets ayant des volets importants liés à la lutte contre le SIDA avaient été bouclés en juin 2004, pour un volume de décaissements équivalant à 636 millions de dollars. Des études de cas et des évaluations de projets effectuées dans le cadre de la présente étude ont conclu qu'en plus des ressources supplémentaires affectées à la lutte contre le SIDA dans ces pays, la Banque a amené de nombreux gouvernements à agir plus tôt et/ou d'une manière plus ciblée et plus susceptible de garantir une utilisation rationnelle des ressources que si elle n'était pas intervenue. En comparaison de la situation où il n'aurait existé aucune assistance de la Banque, l'apport de l'assistance de la Banque en matière de VIH/SIDA à l'échelon des pays aura été surtout : a) de contribuer à susciter, à renforcer et à élargir l'engagement politique à enrayer l'épidémie ; b) d'accroître l'efficacité des programmes nationaux de lutte contre le SIDA en aidant les autorités publiques à mettre l'accent sur la prévention, l'efficacité par rapport aux coûts et la priorisation des actions à mener au regard des maigres ressources disponibles ; c) d'aider à renforcer ou à créer des institutions nationales et infranationales solides de lutte contre le SIDA. Ces institutions sont généralement rattachées à des unités de haut niveau au sein du ministère de la santé et ont pour mission de promouvoir une action à long terme contre l'épidémie ; d) d'encourager les pouvoirs publics à renforcer les capacités des ONG et à créer des mécanismes pour les associer à la conduite des actions du programme national, souvent en étendant l'accès à la prévention et aux

soins aux groupes à haut risque, qui ont plus de chances de contracter et de propager l'infection.

Néanmoins, quelques insuffisances ont été observées. La capacité des ONG et des organisations à base communautaire (OBC) de concevoir, mettre en œuvre et évaluer les interventions de lutte contre le SIDA avait été surestimée dans la quasitotalité des pays, tout comme l'engagement politique dans de nombreux cas. La mise en œuvre des projets a été également retardée en raison des lourdeurs excessives liées aux procédures de traitement des sous-projets et de retrait des fonds. Les projets n'ont pas investi suffisamment dans les programmes de prévention des groupes à haut risque qui sont essentiels pour freiner la propagation du VIH. Cette situation est souvent due au fait que les actions programmées ne sont pas mises en œuvre plutôt qu'à leur omission durant la phase de conception. Enfin, les projets dans leur ensemble n'observent pas les étapes prévues d'évaluation, de suivi et de recherche qui relèvent du domaine public et qui devraient figurer parmi les priorités essentielles des programmes gouvernementaux de lutte contre le VIH. L'insuffisance d'informations qui en a résulté a sérieusement limité les possibilités d'attribuer clairement aux programmes gouvernementaux soutenus par la Banque l'évolution des connaissances, des comportements à risque et les résultats épidémiologiques. Ceci suppose également qu'il y avait peu de données permettant d'améliorer la prise de décisions et l'efficacité des programmes au fil du temps.

Un certain nombre de leçons ont été tirées de la première génération de projets d'assistance à la lutte contre le SIDA :

- l'engagement à lutter contre le SIDA de la part des décideurs politiques est nécessaire, mais pas suffisant pour obtenir des résultats : il est nécessaire de déployer des efforts en vue de mobiliser, amplifier et soutenir l'engagement politique ;
- le renforcement des capacités institutionnelles du ministère de la Santé pour faire face au VIH/SIDA est crucial pour l'efficacité de la réponse nationale au SIDA ;
- même dans les pays dotés d'une société civile forte, la capacité d'exécution des programmes de lutte contre le SIDA ne peut être tenue pour

acquise. Les projets de la Banque doivent investir dans le renforcement des capacités de la société civile et mettre au point des procédures plus flexibles d'exécution des projets pour collaborer plus efficacement avec elle.

- Des mesures incitatives et une supervision plus accentuée sont essentielles pour garantir que les interventions en direction des groupes à haut risque sont exécutées par les pouvoirs publics et la société civile dans toute la mesure nécessaire pour réduire la transmission du VIH.

En plus de l'assistance au niveau du pays, la Banque a parrainé ou dirigé des études analytiques sur le VIH/SIDA qui ont inspiré cette assistance. L'évaluation a identifié plus de 230 études analytiques sur le VIH/SIDA — des études économiques et sectorielles, des travaux de recherche et des articles de revues scientifiques — parrainées ou dirigées par la Banque jusqu'à la fin du mois de juin 2004. Ces différents travaux ne font pas l'objet d'un suivi systématique dans le système interne de tenue des archives de la Banque, de même qu'aucun site web ne centralise toutes ces sources d'information. Les enquêtes auprès de deux catégories de publics clés montrent que ceux qui ont lu les études les plus importantes leur donnent une note élevée pour leur qualité technique et leur utilité. Ceci étant, les enquêtes révèlent aussi que les études analytiques de la Banque sur le SIDA n'atteignent pas les publics clés dans les cercles politiques africains, en particulier les décideurs gouvernementaux. Le fait que les rapports ne sont pas disponibles en français et l'accès à Internet limité sont les principaux freins à un accès accru à l'information en Afrique subsaharienne. À ces facteurs, il convient d'ajouter le fait que le personnel de la Banque qui assure la gestion des projets de SIDA possède un niveau de connaissance des études analytiques et des guides opérationnels plus limité que cela était prévu.

Le programme plurinational de lutte contre le SIDA en Afrique

Les projets mis en œuvre dans le cadre du MAP pour l'Afrique représentent environ les deux tiers des projets actifs de lutte contre le VIH/SIDA financés par la Banque à l'échelle mondiale, et environ 1 milliard de dollars, soit la moitié des engagements en cours. Le but de

la première phase du MAP est « d'intensifier les actions de lutte contre l'épidémie dans autant de pays que possible » en vue d'augmenter l'échelle des programmes de prévention, de prise en charge, de soutien et de traitement, et de préparer les pays à proposer des mesures en faveur des personnes ayant le SIDA. Le programme applique des critères d'éligibilité pour les pays et des modèles de conception de projet pour atteindre ces objectifs. Le programme vise essentiellement à mobiliser l'engagement politique à travers l'implication de tous les secteurs de la société civile et de l'administration pour étendre de manière rapide et significative la mise en œuvre des interventions de lutte contre le VIH/SIDA.

Les deux premiers projets du MAP ont été approuvés en 2000 et, au mois de juin 2004, environ 255 millions de dollars sur le milliard de dollars dégagé au titre des engagements nouveaux avaient été décaissés. Vu qu'aucun des projets n'est achevé, l'évaluation de l'OED met l'accent sur l'appréciation des aspects fondamentaux de la conception du programme MAP pour l'Afrique, les hypothèses qui sous-tendent l'approche et les risques prévus ou non, à la lumière des données d'expérience relatives aux programmes d'assistance achevés en matière de lutte contre le VIH/SIDA et à l'exécution des projets du MAP à ce jour (au mois d'août 2004).

Le programme MAP pour l'Afrique a pu rassembler au moins deux douzaines de pays pour le lancement d'initiatives majeures de lutte contre le VIH/SIDA grâce à l'injection de nouvelles ressources d'une valeur de 1 milliard de dollars, et semble avoir contribué à rehausser l'engagement politique. Ce résultat constitue en soi un acquis considérable, au vu de l'absence de demandes d'aide pour la lutte contre le VIH/SIDA par la plupart des pays dans les années 90. En ce sens, le programme a contribué à lever l'obstacle majeur qui freinait au départ l'amplification de l'impact des actions engagées. Des éléments attestent maintenant d'une large mobilisation de la société civile, à une échelle plus grande que la plupart des projets achevés de lutte contre le VIH/SIDA (mais peut-être pas tous), et d'un engagement accru de nombreux autres

secteurs de l'économie. Des mécanismes ont été créés pour financer une intervention de la société civile face à l'épidémie du VIH/SIDA dans de nombreux pays où de tels mécanismes n'existaient pas auparavant. Les ressources du MAP ont été décaissées en moyenne un peu plus rapidement que celles des projets de santé dans la première douzaine de pays. L'objectif « d'élargissement de l'échelle » des interventions est toujours poursuivi.

Cependant, l'objectif primordial du MAP est de prévenir l'infection du VIH et d'atténuer son impact. Pour ce faire, l'extension du champ d'exécution des programmes et l'engagement politique sont un moyen d'atteindre cet objectif. L'approche du MAP s'appuie largement sur les principes techniques et stratégiques énoncés dans le plan stratégique national de chaque pays (qui est l'un des critères d'éligibilité), doublée d'un suivi et évaluation (S&E) rigoureux et plus accentué que la supervision classique des projets, et sur des projets pilotes évalués au plan local et qui ont fait leurs preuves, pour assurer la qualité et l'efficacité des activités qui seront portées à une échelle plus grande. Les risques liés à la conception des projets qui relèvent des facteurs qui assurent l'efficacité et l'efficacités des programmes n'ont pas été mesurés lors de la conception du MAP. Compte tenu de la priorité accordée à la préparation rapide des projets, peu d'études analytiques préalables ont été réalisées, et encore moins d'enquêtes de base. L'apport stratégique de la Banque pendant la phase de conception — qui aurait pu fournir une certaine garantie contre ces risques — était moins important que dans les projets précédents de lutte contre le VIH/SIDA.

Vu que tous les projets entrant dans le cadre du programme MAP pour l'Afrique étaient encore en phase d'exécution au moment de l'achèvement du présent rapport, il est trop tôt pour savoir si ces risques ont été atténués par des volets propres à tel ou tel projet ou par une assistance technique ou d'autres ressources fournies par la cellule de gestion du MAP, l'ACTAfrica. Toutefois, des données permettent d'attester aujourd'hui que, dans bien des cas, les plans stratégiques nationaux ne sont pas assortis d'un état suffisamment précis des priorités. Comme les projets achevés auparavant, des signes montrent que la faiblesse du

S&E de beaucoup de projets du programme MAP pour l'Afrique n'a pas engendré « l'apprentissage par la pratique » souhaité et que beaucoup d'activités sont portées à une échelle plus étendue sans avoir jamais fait l'objet d'une évaluation au plan local. La supervision semble être moins rigoureuse que dans le cas des prêts au secteur de la santé, alors que les projets ont en moyenne un niveau de complexité et un nombre d'activités beaucoup plus importants. Par conséquent, on court le risque que beaucoup d'intervenants mobilisés au niveau politique autour de la lutte contre le VIH/SIDA s'engagent dans la mise en œuvre d'activités pour lesquelles ils disposent de très peu de capacités, d'expertise technique ou d'avantage comparatif, détournant ainsi les rares capacités et ressources des autres actions de réduction de la pauvreté entreprises par des acteurs ayant la capacité de les exploiter de manière efficace. Ces risques potentiels ont été engendrés par les insuffisances liées à la conception du programme MAP qui ont une incidence sur l'utilisation efficace et rationnelle des ressources. Les examens à mi-parcours de ces projets et la prochaine phase des opérations de prêt fournissent l'occasion d'élaborer des mécanismes pour réduire au minimum ces risques et améliorer l'efficacité de l'assistance de la Banque.

Recommandations

Dans la prochaine phase de sa réponse, la Banque devrait aider les autorités publiques à utiliser les ressources humaines et financières de manière plus rationnelle et efficace pour avoir un impact durable sur l'épidémie du VIH/SIDA. La Banque devrait mettre l'accent sur le renforcement des capacités, la mise en place d'institutions nationales et infranationales fortes, l'investissement stratégique dans les biens publics et les activités susceptibles d'avoir le plus large impact, et la création d'incitations pour le suivi, l'évaluation et la recherche fondées sur l'exploitation de données d'information recueillies au niveau local pour améliorer les résultats des programmes.

Pour promouvoir cet objectif dans ***l'ensemble des programmes d'assistance de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA***, le rapport formule les recommandations suivantes :

- ***Aider les autorités publiques à adopter une approche plus stratégique et sélective, et à établir***

un ordre de priorité entre les actions à mener, en mettant à profit les capacités limitées dont elles disposent pour mettre en œuvre les actions qui auront le plus grand impact sur l'épidémie.

L'établissement rigoureux d'un ordre de priorité et de succession des activités contribuera à améliorer l'efficacité, à réduire la complexité de la gestion et à faire en sorte que les activités les plus efficaces soient mises en œuvre en premier. En particulier, la Banque devrait veiller à ce que les biens publics et la prévention parmi les personnes les plus susceptibles de propager le VIH soient suffisamment soutenus dans tous les pays, et aider les pays à forte prévalence à évaluer les coûts, les avantages, l'accessibilité financière, la pérennité et les conséquences sur l'équité des différentes possibilités qui s'offrent en matière de traitement et de prise en charge.

- ***Renforcer les institutions nationales pour gérer et mettre en œuvre les actions de lutte à long terme, notamment dans le secteur de la santé.*** Des interventions élargies en direction d'autres secteurs prioritaires se prêtent à des contextes bien déterminés, mais ne sauraient se substituer aux investissements destinés à renforcer la capacité du secteur de la santé de réagir face à l'épidémie. En outre, l'assistance de la Banque devrait, le cas échéant, s'étendre à des institutions distinctes pour réaliser les objectifs de mobilisation politique et d'exécution des actions sur le terrain ; mettre au point des stratégies explicites pour susciter, amplifier et pérenniser l'engagement politique ; et recourir davantage à l'analyse institutionnelle et politique afin d'améliorer le fonctionnement des institutions locales.
- ***Améliorer les données à l'échelon local pour la prise de décision.*** La Banque devrait créer des incitations pour que la conception et l'assistance fournie aux pays en matière de lutte contre le VIH/SIDA s'appuient sur des données pertinentes et ponctuelles générées au plan local et par des études analytiques rigoureuses. Figurent au nombre des mesures spécifiques : un inventaire immédiat, systématique et approfondi ainsi qu'une évaluation des activités en cours de S&E portant sur l'ensemble des projets et composantes de projets de lutte contre le VIH/SIDA, qui serviront de base à un plan d'action assorti de

délais précis dans le souci d'améliorer les incitations au suivi et évaluation, dans le cadre d'objectifs clairement définis ; l'identification préalable d'un programme de recherche et d'études analytiques sur les aspects prioritaires des programmes de lutte contre le SIDA dans chaque pays ; le recours accru à l'évaluation indépendante des projets pilotes et des activités majeures en cours d'exécution dans le cadre des programmes ; et des mesures pour faire de l'institution une « banque de connaissances sur le SIDA ».

Le programme *MAP pour l'Afrique* est conçu pour réduire les risques liés à l'engagement politique et à l'exécution des projets, mais il y a très peu de mécanismes structurels pour assurer l'efficacité et l'efficacé. On peut réduire ces risques à travers les mesures suivantes (en plus des recommandations formulées ci-dessus qui s'appliquent à tous les projets) :

- **La préparation d'un projet devrait normalement inclure une évaluation technique et économique exhaustive des plans stratégiques nationaux et de la politique publique en matière de lutte contre le SIDA et un inventaire des activités des autres donateurs.** Lorsque les plans stratégiques nationaux ne suffisent pas pour hiérarchiser et échelonner les activités, la Banque doit engager des discussions stratégiques avec ses clients, en s'inspirant des études analytiques, pour identifier les priorités programmatiques correspondant au stade atteint par l'épidémie, les contraintes liées aux capacités et le contexte local. Les projets complémentaires doivent être structurés afin de s'assurer que ces activités prioritaires, notamment les biens publics
- et la prévention chez les personnes ayant des comportements à haut risque, soient poursuivies.
- **Les objectifs de la participation des différentes couches de la société civile à des activités spécifiques doivent être clairement définis, afin qu'on puisse faire la distinction entre les acteurs qui sont associés à la mobilisation politique et ceux qui possèdent une expertise et un avantage comparatif dans l'exécution d'activités ayant un impact direct sur l'épidémie.** Les résultats des activités en cours de lutte contre le SIDA entreprises dans le cadre du développement mené par la communauté (CDD), devraient être rigoureusement évalués, notamment leur efficacité dans la sensibilisation, le changement de comportement ou l'atténuation de l'impact, ainsi que l'efficacité des solutions alternatives par rapport au coût avant qu'elles ne soient renouvelées.
- **La Banque devrait axer l'appui multisectoriel pour la mise en œuvre des actions de lutte sur les secteurs offrant des activités potentiellement capables d'avoir le plus grand impact sur l'épidémie — tels que le ministère de la Santé, l'armée, l'éducation, le transport et autres, en fonction du pays — et assurer la disponibilité de ressources pour la supervision de leurs activités.** Les objectifs de l'action multisectorielle contre le SIDA et les acteurs clés doivent être plus clairement définis par rapport à chacun des objectifs. Une évaluation de la relation entre l'appui du MAP aux ministères d'exécution et les activités de lutte contre le SIDA dans l'assistance aux secteurs autres que la santé et leur efficacité relative doit être menée pour améliorer la complémentarité et la qualité de la supervision.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AFR	Région Afrique (Afrique subsaharienne)
ANC	Consultations prénatales
ARCAN	Africa Regional Capacity Building Network Project
AT	Assistance technique
BIRD	Banque internationale pour la reconstruction et le développement
BSS	Enquête de surveillance comportementale
CAS	Stratégie d'aide-pays
CBD	Développement à base communautaire
CCP	Centre de consultation prénatale
CD	Directeur-pays de la Banque mondiale
CDC	Centres américains de lutte et de prévention contre les maladies transmissibles
CDD	Développement mené par la communauté
CDV	Conseils et dépistage volontaire
CISMA	Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique
CNLS	Conseil national de lutte contre le SIDA
DCHDP	Projet de lutte contre les maladies transmissibles et de développement de la santé (Cambodge)
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
EAP	Région Asie de l'Est et Pacifique
ECA	Région Europe de l'Est et Asie centrale
EDS	Enquête démographique et de santé
ESW	Études économiques et sectorielles
Ex.	Exercice financier
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
GHR	Groupe à haut risque
GLIA	Initiative des grands lacs sur le VIH/SIDA
HAART	Thérapie antirétrovirale hautement active
HDN	Réseau pour le développement humain de la Banque mondiale
HNP	Santé, nutrition et population
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IAEN	International AIDS Economics Network
IAVI	Initiative internationale de vaccin contre le SIDA
ICR	Rapport de fin d'exécution
IDA	Association internationale de développement
IDI	Impact sur le développement institutionnel
IEC	Information, éducation et communication
IGAD	Autorité intergouvernementale sur le développement
IO	Infection opportuniste
IST	Infection sexuellement transmissible
LACP	Partenariat pancaribéen contre le SIDA

LCR	Région Amérique latine et Caraïbe
LQAS	Lot quality assurance sampling
LUSIDA	Projet de lutte contre le SIDA et les MST (Argentine)
MAP	Programme plurinational de lutte contre le SIDA
MICS	Enquête à indicateurs multiples
MST	Maladie sexuellement transmissible
MTR	Examen à mi-parcours
NACO	Organisme national de lutte contre le SIDA (Inde)
NCHADS	Centre national de lutte contre le SIDA, les affections dermatologiques et les MST (Cambodge)
OBC	Organisation à base communautaire
ODM	Objectif de développement pour le Millénaire
OED	Département d'évaluation des opérations de la Banque mondiale
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies pour le VIH/SIDA
PAPSCA	Programme pour la réduction des coûts sociaux de l'ajustement structurel (Ouganda)
PEPFAR	Programme d'urgence du Président pour l'aide à la lutte contre le VIH/SIDA (EU)
PMS	Programme mondial sur le SIDA
PPAR	Rapport d'évaluation de performance des projets
PPE	Prêt-programme évolutif
PRSC	Crédit à l'appui de la réduction de la pauvreté
PS	Professionnel(le) du sexe
PTME	Transmission de la mère à l'enfant
PVAS	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
S&E	Suivi et évaluation
SACS	Sociétés de lutte contre le SIDA au niveau des États (Inde)
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIDALAC	Initiative régionale de lutte contre le SIDA dans la région Amérique latine et Caraïbe
SIP	Projet d'investissement
STIP	Projet sur les infections sexuellement transmissibles
TAP	Projet pour l'accélération du traitement
TB	Tuberculose
TTL	Chef d'équipe de projet de la Banque mondiale
TWG	Groupe technique de travail
UDI	Usager de drogue par injection
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WDR	Rapport sur le développement dans le monde

Résultats essentiels 1

- Le VIH/SIDA est en train d'inverser la marche vers le développement.
- L'effet de l'épidémie peut être prévenu, mais les pouvoirs publics sont réticents à agir.
- La Banque a engagé 2,5 milliards de dollars sous forme de prêts et parrainé plus de 200 travaux d'analyse.
- L'évaluation passe en revue l'action de la Banque et évalue l'assistance en matière de lutte contre le VIH/SIDA au niveau des pays.



Introduction

L' épidémie mondiale du SIDA a profondément affecté la qualité de vie et les progrès réalisés en matière de lutte contre la pauvreté dans nombre des pays les plus pauvres en développement, notamment en Afrique subsaharienne. Les pays qui subissent moins gravement les conséquences de cette épidémie n'en sont pas moins menacés, faute d'actions de prévention efficaces et opportunes.

Depuis la fin des années 80, mais en particulier au cours de la décennie écoulée, la Banque mondiale a entrepris des actions en vue de prévenir le VIH/SIDA et atténuer son impact en participant à des programmes mondiaux, en finançant des travaux d'analyse, en s'engageant dans le dialogue sur les politiques et en octroyant des prêts, des crédits et des dons pour des projets de lutte contre le VIH/SIDA. De 1988 à juin 2004, la Banque mondiale a engagé 2,46 milliards de dollars — dont environ un milliard de dollars ont été décaissés¹ — sous forme de crédits, de dons et de prêts en faveur de 62 pays à revenus faible et intermédiaire au titre de 106 projets destinés à prévenir, traiter et atténuer l'impact du VIH/SIDA (Figure 1.1).

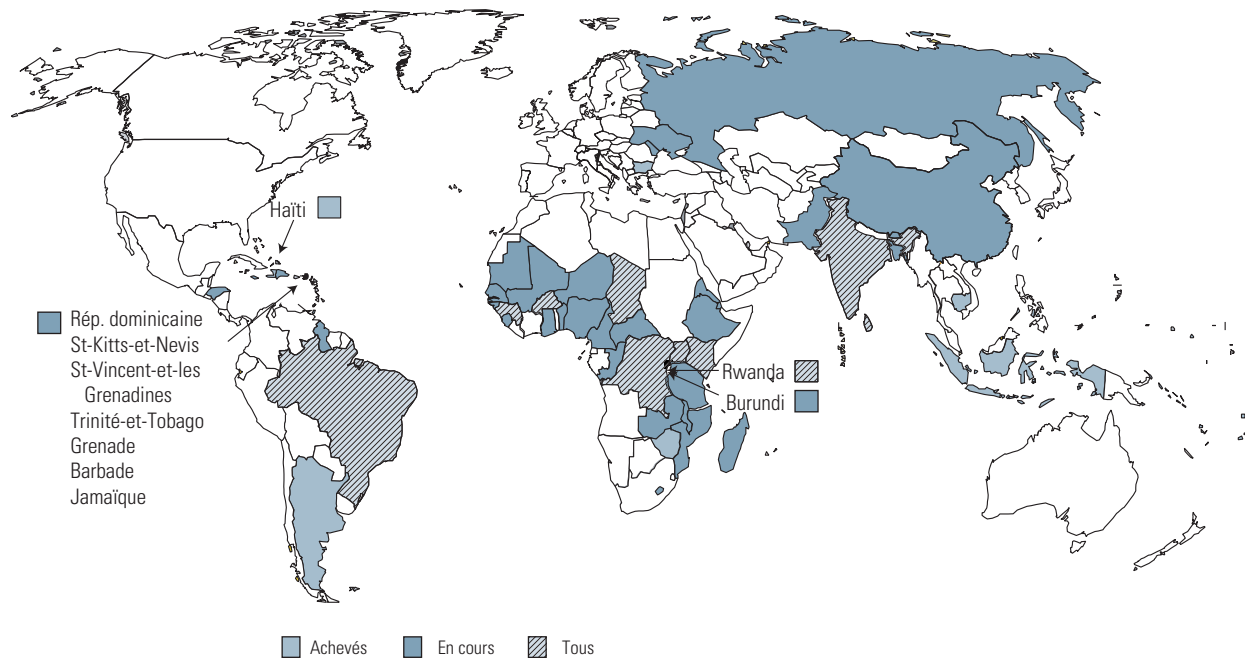
Justification de l'intervention de la Banque mondiale

Depuis le début des années 80, la Banque mondiale aide les États à améliorer les résultats en matière de santé². La bonne santé est en soi une ressource et un objectif des politiques

publiques. Elle constitue un élément crucial de la mission de la Banque qui est de réduire la pauvreté : une meilleure santé contribue à accroître la productivité et à relever les revenus, tandis que la mauvaise santé procède de la pauvreté, mais l'aggrave aussi (se reporter, par exemple, à CMH 2001 ; Jamison et al., 1993 ; Banque mondiale 1993). Ces raisons suffiraient à justifier l'intérêt accordé par l'institution au SIDA, qui n'est qu'un des nombreux problèmes de santé auxquels font face les pays en développement. La Banque a cependant mis en avant d'autres arguments qui plaident en faveur de sa participation aux actions visant à prévenir la propagation du VIH et à atténuer son impact — et incitent à une action urgente.

En premier lieu, le VIH/SIDA a un impact extraordinaire sur l'économie et la pauvreté (Banque mondiale 1993, 2000a). En Afrique subsaharienne, le SIDA constitue la principale cause de décès chez les adultes dans la plénitude de leur vie reproductive et économique (Encadré 1.1). Dans les pays qui ont payé le plus lourd tribut à la maladie, il a

Figure 1.1 : Les projets de lutte contre le VIH/SIDA soutenus par la Banque mondiale de 1988 à 2004



annihilé les progrès durement obtenus dans le domaine de l'espérance de vie au cours des vingt-cinq dernières années³. La maladie liée au SIDA est en train d'accroître spectaculairement la demande de soins médicaux onéreux et de favoriser la résurgence de la tuberculose (TB), l'infection opportuniste la plus courante qui l'accompagne. Les décès causés par le SIDA sont en train d'enlever à la population active certains de ses éléments les mieux qualifiés, privant les familles de soutien et les enfants de parents. S'il est vrai que le SIDA a un impact varié sur la croissance économique (se reporter, par exemple, à Arndt et Lewis 2000 ; Bell et al., 2003, 2004 ; Cuddington 1993 ; Kambou et al., 1992 et à l'analyse faite dans Banque mondiale 1997a), son effet de distribution sur l'aggravation de la pauvreté, ne fait aucun doute.

En deuxième lieu, la propagation du VIH/SIDA n'est qu'à ses débuts et ne s'est pas étendue largement dans certaines régions en développement. En encourageant les États dans ces régions à intervenir de manière rapide pour prévenir la propagation du VIH, la Banque

peut aider à écarter les effets les plus perniciose sur la santé et la pauvreté.

Troisièmement, les pouvoirs publics sont réticents à agir. Étant donné le décalage d'une décennie ou plus entre la contraction de l'infection au VIH et l'apparition du SIDA, la progression rapide et exponentielle du VIH n'est pas visible pour les décideurs politiques. Pendant cette période, seules quelques personnes sont atteintes de la maladie. En effet, même là où des mesures de prévention sont initiées, c'est surtout à la longue que l'on peut en observer l'impact. À court terme, d'autres maladies endémiques affaiblissent ou tuent beaucoup plus de personnes. De plus, la stigmatisation sociale et le refus d'admettre la réalité de l'épidémie, qui sont rattachés à certains des comportements à l'origine de la propagation du VIH — les rapports sexuels et l'utilisation de drogues injectables — n'incitent guère les décideurs à intervenir de manière opportune⁴. Au début et à la fin d'une épidémie, le public favorable à la prévention est réduit et politiquement marginalisé ; la demande de prévention dans l'ensemble de la population est diffuse et

Encadré 1.1 : L'épidémie mondiale du VIH/SIDA

À la fin de l'année 2004, 39 millions de personnes de par le monde vivaient avec une infection asymptomatique au virus d'immuno-déficience humaine (VIH) ou au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et plus de 20 millions étaient mortes du SIDA^a depuis le début de l'épidémie. Plus de 95 % des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVAS) vivent dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ; près de deux tiers d'entre elles vivent en Afrique subsaharienne et près d'une personne sur cinq vit en Asie du Sud et en Asie du Sud-Est (voir tableau). En 2004, 4,9 millions de personnes étaient nouvellement infectées et 3,1 millions sont décédées des suites du SIDA.

Au plan mondial, le VIH se propage le plus souvent à l'occa-

sion de rapports sexuels non protégés avec un partenaire infecté et par l'utilisation collective de matériels d'injection infectés. Il est également transmis par les mères infectées par le VIH à leurs enfants pendant l'accouchement et par l'allaitement au sein, par la transfusion de sang et de produits sanguins contaminés et dans les structures sanitaires qui n'observent pas les mesures de précaution nécessaires pour protéger les patients et le personnel. Ainsi, la plupart des personnes infectées sont des adultes dans la fleur de l'âge. Environ 5 % d'entre elles sont des enfants de moins de 15 ans. Le SIDA est aujourd'hui devenu la principale cause de décès dans le monde parmi les personnes âgées de 15 à 59 ans^a.

Estimation du nombre d'infections au VIH et de la mortalité due au SIDA par région en décembre 2004

Région	Personnes vivant avec le VIH/SIDA	Nombre de nouvelles infections en 2004	Nombre de décès dus au SIDA en 2004
Afrique subsaharienne	25,4 M	3,1 M	2,3 M
Asie du Sud et du Sud-Est	7,1 M	890 000	490 000
Amérique latine et Caraïbe	2,1 M	293 000	131 000
Europe de l'Est et Asie centrale	1,4 M	210 000	60 000
Asie de l'Est	1,1 M	290 000	51 000
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,5 M	92 000	28 000
Amérique du Nord, Europe de l'Ouest et Océanie	1,6 M	70 000	23 200
Total	39,4 M	4,9 M	3,1 M

Source : ONUSIDA 2004a.

a. Site web de la fondation Kaiser (www.kff.org/hiv/aids/timeline), consulté le 28 novembre 2004.

affaiblie par le refus d'admettre la réalité du problème. Toutefois, en l'absence d'un remède, la prévention reste l'unique moyen de réduire en définitive l'ampleur d'une épidémie du SIDA. La Banque mondiale est très bien placée pour encourager les pouvoirs publics à agir, compte tenu de sa mission qui est d'œuvrer à la réduction de la pauvreté, de son expérience de plus de vingt ans dans l'appui aux systèmes de santé, de son pouvoir de convocation au plus haut niveau de l'État et de son champ d'intervention multisectoriel.

Objectifs de l'évaluation

La présente évaluation rend compte de l'impact sur le développement de l'assistance accordée par la Banque au niveau des pays et

identifie les leçons permettant d'améliorer la pertinence, l'efficacité et l'efficacité des activités en cours et des actions futures. Elle vise surtout à évaluer l'assistance *au niveau des pays* parce que c'est le moyen le plus direct pour la Banque d'influencer les résultats et aussi compte tenu des efforts considérables consentis récemment par la Banque et la communauté internationale pour étendre l'échelle de mise en œuvre des actions sur le terrain. La présente évaluation fait suite à la récente évaluation de la participation de la Banque mondiale aux programmes mondiaux, qui comprend notamment une étude de cas portant sur 14 programmes mondiaux dans le domaine de la santé, dont l'un était le programme ONUSIDA⁵.

La Banque mondiale peut agir directement au niveau des pays pour réduire l'incidence du VIH/SIDA en aidant les autorités publiques à mettre en œuvre les actions de prévention, de prise en charge et d'atténuation de l'impact de la maladie et indirectement en soutenant les activités propres à réduire la vulnérabilité de la société à l'égard de l'infection. On peut citer, à titre d'exemple, les politiques et programmes visant à accroître le taux d'alphabétisation des populations, à faire reculer la pauvreté et à améliorer le statut de la femme, autant d'actions financées également par la Banque. Pour les besoins de la présente évaluation, *l'assistance en matière de lutte contre le VIH/SIDA* comprend le dialogue sur les politiques, les travaux d'analyse et les prêts, le but déclaré étant de réduire l'ampleur ou l'incidence de l'épidémie du SIDA. L'objectif visé ici n'est guère de nier l'importance des canaux indirects, il s'agit plutôt de reconnaître le fait que l'OED a récemment achevé ou poursuit actuellement des évaluations portant sur nombre d'activités de la Banque qui influent sur la vulnérabilité sociale⁶, tandis que l'assistance directe de la Banque n'a jamais fait l'objet d'évaluation de la part de l'OED⁷.

La présente évaluation est tournée vers l'avenir. Le portefeuille de projets de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA est jeune : seulement neuf projets portant unique-

ment sur le VIH/SIDA et 22 projets comportant des volets de lutte contre le VIH/SIDA d'une valeur de un million de dollars au moins ont été achevés (Tableau 1.1). Parmi les volets menés à terme, la moitié seulement représente au moins 10 % de l'engagement total de la Banque mondiale. Par contre, près de deux tiers des projets et engagements ont été initiés depuis 2000. Par ailleurs, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, une modification de la stratégie de la Banque en Afrique a précipité, à partir de 2000, des changements fondamentaux à la préparation et la conception des projets de lutte contre le SIDA par rapport à la « première génération » de projets achevés.

La Banque n'a jamais adopté de stratégie de lutte contre le VIH/SIDA à l'échelle de l'institution, mais ses objectifs de politique générale peuvent être déduits à partir des stratégies régionales et des objectifs des prêts par pays : aider les pouvoirs publics à empêcher la propagation du VIH, renforcer les systèmes de santé en vue d'assurer le traitement et la prise en charge des malades du SIDA, atténuer les autres conséquences de la maladie et développer les capacités des institutions nationales à gérer et pérenniser les actions à long terme de lutte contre le SIDA. Cette évaluation apprécie la qualité de l'assistance pour la lutte contre le VIH/SIDA au niveau des pays, au regard de ces objectifs de politique générale et fait appel aux

Tableau 1.1 : Répartition des prêts pour la lutte contre le VIH/SIDA^a octroyés par la Banque mondiale selon l'état d'avancement du projet

État d'avancement	Catégorie de projet					
	Projet portant uniquement sur le SIDA		Volet SIDA		Total	
	Projets (nombre)	Engagements (millions USD)	Projets (nombre)	Engagements (millions USD)	Projets (nombre)	Engagements ^c (millions USD)
Achevés	9	577,7	22	96,4	31	674,1
En cours	44	1 535,8	31	254,7	75	1 790,5
Total	53	2 113,5	53 ^b	351,1	106	2 464,6

Source : Annexe C.

a. Projets comportant des volets consacrant plus de un million de dollars à la lutte contre le VIH/SIDA.

b. Dans 20 projets seulement (neuf projets achevés et onze projets en cours), le volet SIDA dépasse 10 % de l'engagement total de la Banque

c. Le montant engagé au titre des projets achevés dans le présent tableau correspond aux sommes effectivement décaissées.

leçons tirées des expériences passées dans ce domaine pour améliorer la pertinence, l'efficacité et l'efficacé des activités en cours et futures de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Elle fournit également des éclairages sur l'efficacité et les leçons tirées de quatre thèmes qui occupent une place de choix dans l'aide fournie par la Banque en matière de lutte contre le SIDA au niveau des pays :

- Renforcer l'engagement des autorités publiques à combattre le VIH/SIDA.
- Adopter des approches multisectorielles dans les actions menées au plan national pour contrer l'épidémie du SIDA.
- Coopérer avec les organisations non gouvernementales (ONG) et les communautés dans le cadre des opérations d'assistance à la lutte contre le VIH/SIDA soutenues par la Banque.
- Renforcer l'information, le suivi et l'évaluation dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le SIDA afin d'améliorer « l'apprentissage par la pratique » et améliorer la prise de décision.

L'évaluation apprécie l'impact sur le développement et les leçons émanant des pays ayant bénéficié par le passé d'une assistance et examine la qualité d'une sous-catégorie du portefeuille de projets en cours — le Programme plurinational de lutte contre le SIDA (MAP) pour l'Afrique — notamment la mesure dans laquelle ces leçons ont été mises à profit. Plusieurs raisons militent en faveur d'un examen plus attentif du programme MAP pour l'Afrique : en premier lieu, ces projets représentent environ deux tiers des projets en cours et près de la moitié des engagements en cours en matière de lutte contre le SIDA et, en deuxième lieu, la conception du programme MAP pour l'Afrique est en quelque sorte en rupture avec les projets d'investissement traditionnels qui composent le portefeuille de projets achevés et de projets en cours dans d'autres régions. Par ailleurs, le programme MAP pour l'Afrique s'adresse au continent le plus gravement touché par l'épidémie et marque le début d'un engagement à long terme de la Banque, qui

s'étend sur dix à 15 années. Aussi bien le groupement africain que les autres groupements régionaux au sein de la Banque sont en train d'évaluer les aspects de cette approche qui méritent d'être retenus, ceux qu'il convient de modifier au cours du prochain cycle de prêts et ceux qui pourraient s'appliquer à d'autres régions.

Cadre d'analyse et méthodologie

Cette évaluation présente une difficulté : apprécier l'impact de l'assistance de la Banque dans la lutte contre le VIH/SIDA au niveau des pays par rapport au scénario en absence d'intervention (situation contrefactuelle). Le cadre conceptuel de l'évaluation s'appuie sur la documentation de la chaîne des résultats qui lie l'assistance de la Banque (les ressources) aux actions des pouvoirs publics (produits), aux effets directs sur les comportements des individus et des ménages et aux impacts épidémiologiques (Annexe A). En évaluant la situation contrefactuelle à différents points de cette chaîne des résultats — en documentant les actions de la Banque, des pouvoirs publics, des acteurs internes et des autres bailleurs de fonds internationaux et en établissant un calendrier des événements — l'évaluation apprécie dans quelle mesure il est plausible d'attribuer des produits et des réalisations à l'assistance fournie par la Banque. L'une des caractéristiques importantes des pays qui sera utile à la compréhension de la pertinence et de l'efficacité de l'aide de la Banque est la répartition interne du VIH à l'intérieur des pays ou le « stade » de l'épidémie (Encadré 1.2).

Les éléments d'appréciation utilisés pour cette évaluation ont été extraits de documents de base, d'études de cas par pays, d'évaluations de projets réalisés par l'OED et d'entretiens approfondis (Encadré 1.3), auxquels il faut ajouter des documents bibliographiques publiés et inédits, issus d'études et d'évaluations citées en référence à la fin de ce rapport. L'évaluation s'inspire également des conclusions et des leçons tirées d'autres évaluations de l'OED se rapportant à l'assistance de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA, en particulier, celles portant sur les prêts de la Banque

Encadré 1.2 : La répartition du VIH entre les groupes à risque et les stades d'une épidémie

D'ordinaire, le VIH et les autres maladies sexuellement transmissibles (MST) se propagent plus rapidement parmi les personnes ayant des comportements à haut risque, à savoir celles qui, par exemple, ont des relations sexuelles non protégées avec plusieurs partenaires ou partagent des matériels d'injection non stérilisés. Ces individus sont non seulement plus enclins à contracter l'infection mais, en raison de leur comportement, de transmettre inconsciemment le VIH à d'autres, y compris à leurs conjoints et enfants qui n'ont pas un comportement à risque. L'ampleur de la propagation des populations à haut risque aux personnes ayant un comportement moins à risque dépend du degré d'interaction entre elles ; elle est difficile à prédire et varie selon les cultures et les espaces géographiques. Les groupes à haut risque sont des groupes de personnes présentant des caractéristiques identifiables, telles que la profession, le lieu de travail ou la situation géographique, qui ont, en moyenne, des comportements plus risqués, comparés à la population générale. À titre d'exemple, on peut citer les professionnels du sexe, les utilisateurs des drogues injectables et les catégories de professions qui séparent les gens de leurs familles (comme les camionneurs voyageant sur des longues distances, les marins, les militaires, les travailleurs migrants ou les mineurs). Le VIH se propage à un rythme différent dans les pays ; il est courant d'observer des différences entre les régions.

Les épidémiologistes ont classé les pays suivant l'ampleur de l'infection au sein de différents groupes de population. Dans les pays confrontés à une épidémie *naissante*, le VIH ne s'est pas encore propagée, même chez les personnes ayant des comportements à haut risque. Une épidémie est *concentrée* quand les niveaux d'infection ont augmenté considérablement parmi les personnes ayant des comportements à haut risque, mais n'ont pas encore augmenté au sein de la population générale et de la grande majorité de la population qui est moins exposée. Une épidémie *généralisée* est une épidémie dans laquelle le VIH a quitté les populations ayant un comportement à haut risque et a infecté dans une large mesure la population à faible risque.

En réalité, il existe un continuum dans les taux d'infection au sein de différents groupes ; ces « stades » ont pour but de mettre en évidence le niveau auquel une épidémie se situe sur ce continuum. Aux fins du présent rapport, une épidémie naissante se définit comme une épidémie dans laquelle la prévalence du VIH est de moins de 5 % parmi les populations à haut risque. Une épidémie concentrée se définit par une prévalence de plus de 5 % parmi les populations à haut risque, mais de moins de 5 % au sein de la population générale, et une épidémie généralisée se définit par une séroprévalence de 5 % ou plus au sein de la population générale^a.

a. Il existe différentes conventions qui déterminent le point de « rupture » dans la séroprévalence permettant de définir ces stades. Pour définir une épidémie généralisée, la Banque mondiale (2000a) a utilisé un seuil de 7 % dans la population générale ; à l'autre extrême, l'ONUSIDA a utilisé un taux de 1 % seulement. Le présent rapport utilise une valeur intermédiaire de 5 %, la même que celle utilisée par la Banque mondiale (1997a), qui classait dans une mise à jour tous les pays en développement selon le « stade » de l'épidémie en 1997 et en 1999.

dans les domaines de la santé, de la population et de la nutrition (Johnston et Stout 1999) ; les fonds sociaux (Carvalho et al., 2001) ; la participation des organisations non gouvernementales (ONG) aux projets de la Banque (Gibbs, Fumo et Kuby 1999) ; le développement communautaire (OED 2005a) et le renforcement des capacités en Afrique (OED 2005b).

Le chapitre suivant examine l'évolution de l'assistance de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA au regard de ses objectifs de politique générale, tels que déduits indirectement, et les développements au plan international. Le chapitre 3 évalue l'impact sur le

développement et les leçons tirées de la « première génération » de projets achevés de lutte contre le VIH/SIDA. Le chapitre 4 passe en revue les hypothèses et la conception du programme MAP pour l'Afrique qui est en cours d'exécution, à la lumière de ces constats. Le chapitre 5 présente les conclusions de l'évaluation et relève le fait que la pertinence de l'aide fournie par la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA évolue face à l'augmentation spectaculaire des ressources engagées par la communauté internationale dans la lutte contre l'épidémie. Le dernier chapitre présente quelques recommandations.

Encadré 1.3 : Composantes de l'évaluation

- Des chronologies de l'assistance de la Banque mondiale et des rencontres internationales sur la lutte contre le VIH/SIDA (Annexe B) ;
- un inventaire du portefeuille de prêts de la Banque mondiale pour la lutte contre le VIH/SIDA dans les secteurs de la santé, de la nutrition et de la population, de l'éducation, du transport et de la protection sociale (Annexe C) ;
- le passage en revue des documents d'appréciation préalable, de supervision et d'achèvement de projet ; les stratégies d'aide-pays ; les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (Annexe D) et les documents de stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA ;
- un inventaire des travaux d'analyse sur le VIH/SIDA financés par la Banque (Annexe E) et des enquêtes auprès du personnel de la Banque chargé du développement humain et des participants à la Conférence sur le SIDA organisée à Nairobi en 2003 sur les publics concernés, la qualité et l'utilité des travaux d'analyse de la Banque (Annexe F) ;
- des évaluations détaillées (Rapports d'évaluation de performance de projets de l'OED) portant sur des projets achevés dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA au Brésil, au Cambodge, en Inde, au Kenya, en Ouganda, au Tchad et au Zimbabwe ;
- des études de cas par pays réalisées sur le terrain pour évaluer l'ensemble de l'aide fournie par la Banque mondiale sous forme de prêts ou hors-prêt pour la lutte contre le VIH/SIDA au Brésil, en Éthiopie, en Indonésie et en Russie (Annexe G) ;
- un examen des stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA dans 26 pays bénéficiant d'une assistance de la Banque mondiale (Mullen 2003a, b) et l'analyse de l'association, au niveau statistique, entre les dépenses affectées à la lutte contre le VIH/SIDA au niveau des États et la sensibilisation au problème du SIDA en Inde (Subramanian 2003) ;
- les questionnaires auto-administrés remplis par les chefs d'équipe de projet actuels et anciens de la Banque sur la conception et la mise en œuvre des 24 projets entrant dans le cadre du programme MAP pour l'Afrique en vigueur depuis au moins un an, jusqu'au mois d'août 2004 (Annexe H) ;
- les entretiens avec les chefs d'équipe de 19 projets faisant partie du programme MAP pour l'Afrique (Annexe I) et les directeurs-pays de 26 des 28 projets MAP approuvés au niveau des pays au 30 juin 2004 (Annexe J).

Résultats essentiels 2

- Au moment où se déclenchait l'épidémie du SIDA, la Banque venait d'initier ses opérations de prêt au secteur de la santé.
- La Banque a coopéré avec l'OMS, effectué l'analyse économique et financé des programmes nationaux là où s'est manifesté un intérêt ou des initiatives ont été prises par le personnel régional.
- La possibilité d'une action plus élargie a été limitée par le peu d'intérêt manifesté par les emprunteurs et le fait qu'au niveau interne, la Banque était surtout préoccupée par la réforme de la santé.
- Depuis 1998, la Banque aide à accroître la demande grâce au plaidoyer et en accélérant les approbations.
- Les réalisations des projets de lutte contre le SIDA obtiennent d'aussi bonnes notes de l'OED que les autres projets dans le secteur de la santé, et de meilleures notes que la moyenne en ce qui concerne le développement institutionnel.



L'évolution de l'action de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA

A la fin du mois de juin 2004, la Banque avait engagé près de 2,5 milliards de dollars au titre de 106 projets portant uniquement sur le SIDA ou de projets dans les secteurs de la santé, de l'éducation, du transport ou de la protection sociale comportant un volet relatif au SIDA d'une valeur équivalant à plus de un million de dollars (Figure 2.1)¹. Au cours de la même période, la Banque a financé ou géré au moins 230 travaux d'analyse achevés sur le VIH/SIDA, notamment des études économiques et sectorielles, réalisées dans un but de recherche et à caractère opérationnel (Figure 2.2)².

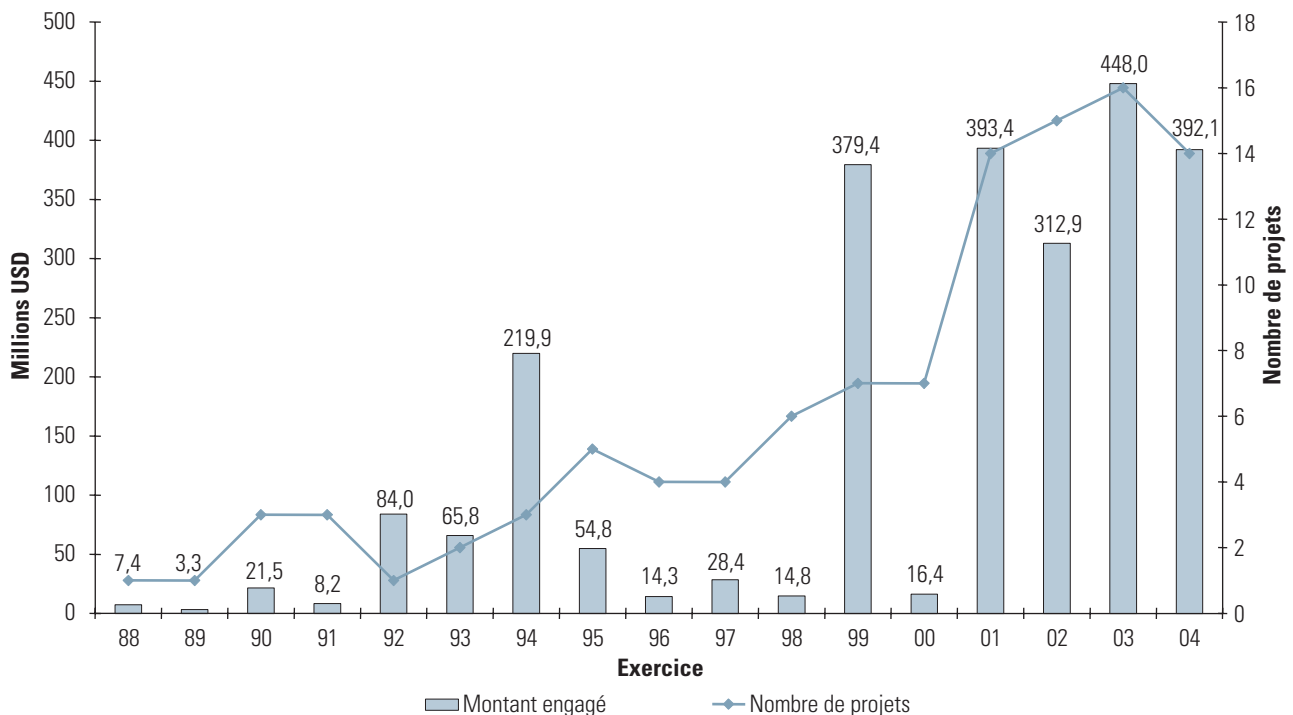
Deux phases dans l'intervention de la Banque mondiale

L'évolution des stratégies et de l'assistance fournie par la Banque mondiale peut être divisée en deux phases distinguées par les stratégies adoptées, l'étendue et le contenu du portefeuille de prêts pour la lutte contre le VIH/SIDA, les partenariats internationaux et le degré d'engagement de l'institution. Ces phases sont abordées ci-dessous, sur la base des calendriers des prêts, des stratégies, des travaux d'analyse et de l'action de la Banque mondiale au niveau institutionnel (Annexes B-1 et B-2) et des entretiens réalisés pour les besoins de la présente évaluation.

Pour évaluer l'intervention de la Banque, il importe en premier lieu de garder à l'esprit que le VIH/SIDA était une maladie tout à fait nouvelle. À l'origine, l'on savait peu de choses

sur cette maladie, dont l'histoire au cours des vingt dernières années a été caractérisée par un long processus d'apprentissage sur les caractéristiques du VIH, ses modes de transmission et son traitement. À titre d'exemple, même après que les principaux modes de transmission ont été établis, la facilité (ou non) avec laquelle le VIH se propage par voie sexuelle ou la durée de la période d'incubation n'était pas encore cernées avec certitude³. Certaines études ont abouti à des conclusions apparemment contradictoires⁴. Les décisions programmatiques, en particulier dans les pays en développement, reposaient souvent sur l'intuition, les « meilleures pratiques » théoriques ou l'efficacité hypothétique, les informations sur l'étendue véritable de l'infection ou les comportements à risque étant incomplètes.

Figure 2.1 : Nouveaux engagements et projets approuvés de lutte contre le SIDA, par exercice



Source : Annexe C.1.

Note : Les projets de lutte contre le SIDA sont définis comme les projets de lutte contre le SIDA et les volets SIDA qui sont d'un montant supérieur à 1 million de dollars. Comprend les projets dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de la protection sociale. Le montant total de l'engagement est attribué à l'exercice durant lequel le projet a été approuvé.

Ceci a parfois contribué à susciter des opinions litigieuses sur la manière d'aborder l'épidémie. L'apprentissage sur la maladie, tant au plan scientifique que du point de vue de ses impacts, est un processus continu. L'Annexe B-3 présente un chronogramme de quelques principaux événements internationaux, les évolutions scientifiques, les prescriptions d'action et la propagation du VIH/SIDA depuis l'apparition des premiers cas en 1981.

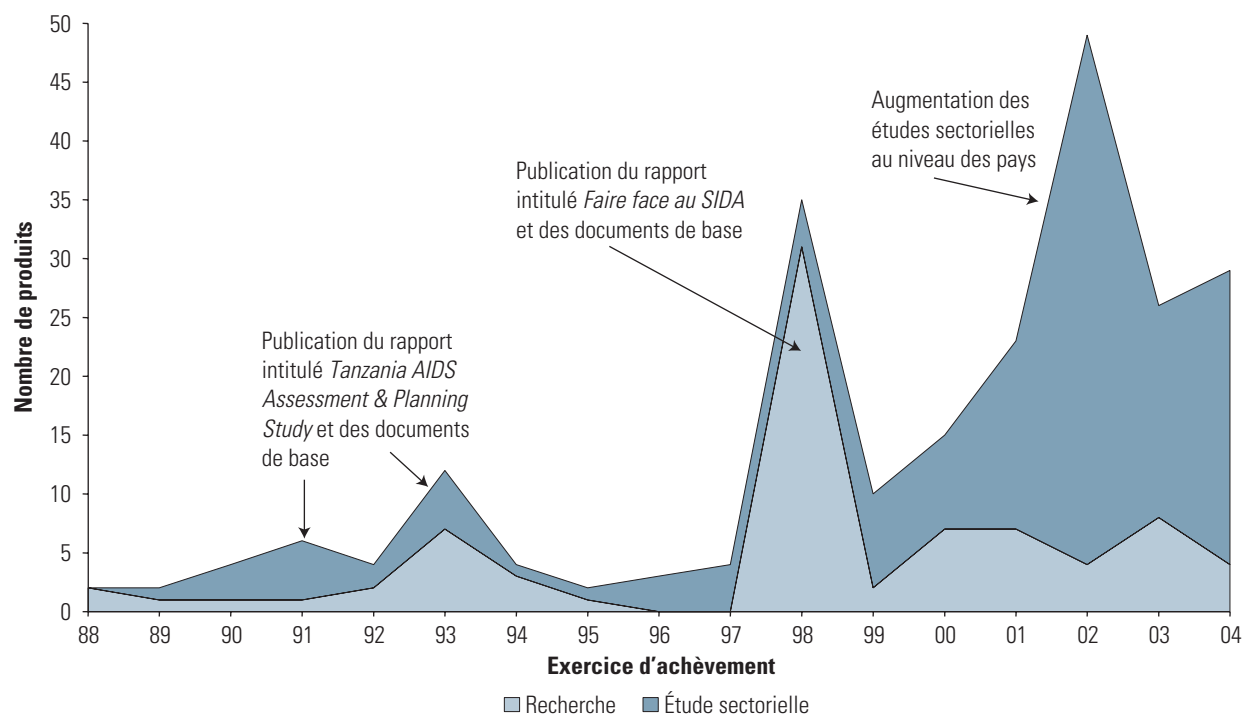
Un second facteur a cristallisé l'action de la Banque : le fait que le VIH/SIDA était, et demeure encore, une question incroyablement délicate à aborder et que les personnes qui en sont infectées sont souvent l'objet de stigmatisation. Cela est dû au fait que le VIH se propage par voie sexuelle et par l'utilisation de drogues injectables ; cela est aussi dû à son caractère presque toujours fatal. L'acharnement à nier la réalité du problème dans presque tous les pays a été favorisé par le manque d'information sur

la prévalence du VIH et les comportements à risque ainsi que par le climat général d'incertitude qui entourait l'épidémie.

1986–1997 : La tension entre le SIDA et les priorités en matière de santé

Dans un premier temps, la Banque a collaboré étroitement avec le tout nouveau Programme mondial sur le SIDA de l'Organisation mondiale de la santé (OMS/PMS). Les premiers cas de SIDA ont été signalés aux Etats-Unis en 1981. Au cours des premières années, les milieux internationaux de la recherche se sont efforcés de comprendre la cause et les modes de transmission de la maladie⁵. Dès 1985, il est apparu clair qu'une épidémie de VIH/SIDA d'une ampleur inconnue était en train de sévir dans certaines régions de l'Afrique subsaharienne. Au moment où émergeait cette prise de conscience, la Banque n'octroyait des prêts

Figure 2.2 : Évolution des travaux d'analyse achevés par exercice



pour des projets de santé que depuis environ cinq ans, notamment pour l'extension des infrastructures de soins de santé primaire vers les zones rurales⁶. Elle n'avait donc qu'une expérience très limitée dans le domaine de la santé ou de la lutte contre le SIDA et suivait les orientations fournies par l'OMS. En 1986, la direction de l'institution a décidé de soutenir les actions de prévention et de lutte contre le SIDA au moyen du programme de prêt⁷ et d'offrir une assistance technique dans le domaine de l'analyse économique au PMS, une structure mise en place en 1987⁸. Un économiste de la Banque a été affecté au PMS pour documenter l'impact économique de l'épidémie. Cette collaboration s'est soldée par le premier travail d'analyse de la Banque sur les coûts directs et indirects du VIH/SIDA en Afrique (Over et al., 1988, 1989) et le rapport *Tanzania AIDS Assessment and Planning Study* (1992) financé par les deux institutions, qui évaluait l'impact démographique du SIDA, le rapport coût-efficacité des interventions

(information, traitement des MST, dépistage sanguin, préservatifs), les options en matière de traitement et de prise en charge, et la nécessité d'une aide aux survivants en direction des orphelins et des ménages. Au plan technique, le PMS a également joué un rôle crucial dans la conception des premiers projets portant uniquement sur le SIDA financés par la Banque au Zaïre (1988), en Inde (1992) et au Brésil (1993).

L'initiative de la mise en place de stratégies et de prêts pour la lutte contre le SIDA est venue en premier lieu du personnel chargé de la santé dans les groupements opérationnels de la Banque à l'échelon régional. La Région Afrique a élaboré quatre stratégies de lutte contre le SIDA (Encadré 2.1)⁹. En 1991, un spécialiste du VIH/SIDA a été recruté au département Technique pour l'Afrique en vue de fournir un soutien dans le domaine des prêts relatifs à la lutte contre le VIH/SIDA et assurer la coordination d'un groupe de travail informel

Encadré 2.1 : Les stratégies de lutte contre le SIDA de la Banque en Afrique pendant la première décennie de son intervention

« Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) : Le programme d'action de la Banque en Afrique » (1988) préconise une aide au niveau des pays dans les domaines suivants : dialogue sur les politiques relatives à la prévention et la lutte contre le SIDA ; bilans de la propagation actuelle et possible du SIDA et des autres MST ; financement des activités prioritaires à travers des projets portant uniquement sur la lutte contre le SIDA et de volets de lutte contre le SIDA ou restructuration de projets de santé en cours et prêts d'ajustement structurel ; mobilisation de ressources auprès des bailleurs de fonds ; formation du personnel de la Banque ; lancement d'études et programmes à l'échelon régional ; et fourniture d'une assistance aux autorités publiques pour la création de centres de recherche et de formation sur le SIDA à l'échelon sous-régional.

« Combattre le SIDA et les autres maladies sexuellement transmissibles en Afrique : Un bilan du programme d'action de la Banque mondiale » (1992). Cette stratégie procède à une mise à jour du plan d'action par pays afin d'y inclure l'élaboration de politiques multisectorielles permettant de faire face à l'impact de l'épidémie ; l'affectation de ressources destinées à la prévention en direction des groupes affichant de faibles taux d'infection au VIH, mais des taux élevés en ce qui concerne les MST ainsi qu'aux groupes « de transmetteurs de base » tels que les professionnels du sexe et les conducteurs de camions qui sont non seulement susceptibles de contracter l'infection, mais également de transmettre le VIH à leurs partenaires dans la population générale ; l'établissement des priorités en matière de prévention ; l'intégration des actions contre le VIH et des interventions visant à combattre les MST et le renforcement des infrastructures de santé. Elle préconise également le renforcement et l'élargissement des priorités de la Banque dans le domaine de l'analyse et au plan opérationnel en procédant à l'évaluation de l'impact du SIDA sur le développement dans les pays où le VIH s'est propagé ou est susceptible de se propager et sur les secteurs autres que la santé ; l'inclusion d'exposés généraux sur les MST/VIH dans les études réalisées sur des secteurs autres que la santé ; la conduite de travaux d'analyse sur l'efficacité des interventions dans le domaine des MST/VIH ; plus de priorité aux prêts destinés aux autres secteurs du système sanitaire essentiels pour la prévention et la lutte contre les MST/VIH ; l'accroissement de l'engagement des organisations non gouvernementales (ONG) et des organisations à base communautaire (OBC) ; une meilleure information du personnel de la Banque à l'intérieur et hors du secteur de la santé et la poursuite de la collaboration avec l'OMS/PMS. Toutefois, le

SIDA ne doit pas dominer les préoccupations de la Banque dans le domaine de la santé en Afrique.

« Stratégie régionale de lutte contre le SIDA pour le Sahel » (1995). La prévalence du VIH était faible dans le Sahel, ce qui a alimenté le refus d'admettre la réalité de la maladie. Les dirigeants manifestaient au départ une certaine réticence à s'attaquer à l'épidémie et les dons provenant d'autres sources étaient jugés suffisants pour financer l'action immédiate. La stratégie, qui comportait deux volets, comprend : 1) le soutien au niveau des pays au moyen de prêts et d'études sectorielles principalement axées sur les stratégies à moyen et long terme pour l'élaboration de politiques et de programmes pérennes tels que le renforcement des moyens de communication ; l'accélération des programmes de marketing social sur les préservatifs ; l'extension de la gestion clinique des MST ; l'accroissement de l'assistance en faveur des initiatives des ONG et du secteur privé ; l'analyse à base élargie des politiques et la coordination des programmes ; et 2) les programmes de plaidoyer et de renforcement des capacités à l'échelon régional grâce à des financements sous forme de dons octroyés par la communauté des bailleurs de fonds afin de faire reconnaître l'urgence de la question en mobilisant les dirigeants politiques et les leaders d'opinion ; l'appui à des projets pilotes ; la réalisation d'études et de travaux de recherche ; et la fourniture d'un appui technique et d'une formation.

« Prévention et atténuation de l'impact du SIDA en Afrique subsaharienne : Une mise à jour de la stratégie de la Banque mondiale » (1996) met en évidence la prévention et l'atténuation de l'impact de l'épidémie au niveau des ménages et au plan sectoriel, de même que les progrès lents accomplis dans l'élaboration de politiques multisectorielles. Les interventions doivent être ciblées dès les premières étapes de l'épidémie en direction des groupes les plus menacés, au moment où elles sont les plus efficaces et la prise en charge des malades du SIDA doit être intégrée avec les services de soins de santé primaire. Les initiatives de recherche et les activités pilotes ont réussi à infléchir les comportements à risque et à faire reculer les taux d'infection au VIH, mais ont besoin d'être développées, en d'autres termes élargies et intensifiées, afin de ralentir la progression de l'épidémie. Cinq nouveaux domaines devraient retenir l'attention de la Banque : susciter un engagement politique ; modifier les comportements à risque ; mobiliser des ressources afin d'accroître l'étendue et la densité des programmes ; approfondir l'analyse du SIDA et de son impact ; et améliorer la conception et la mise en œuvre de mesures à moindre coût pour atténuer l'effet de l'épidémie.

regroupant les services travaillant sur les questions liées au SIDA¹⁰. Tandis que les autres régions n'ont pas élaboré de stratégies formelles, une cellule d'appui technique sur le « SIDA en Asie » a été mise sur pied en 1993 dans la Région Asie de l'Est et Pacifique (EAP) et en 1995 la Région Amérique latine et Caraïbe (LAC) a parrainé des activités pluriannuelles d'appui technique et analytique à l'échelon régional par le biais de l'Initiative régionale de lutte contre le SIDA en Amérique latine et à la Caraïbe (SIDALAC), dont le siège se trouve au sein de la Fondation mexicaine pour la santé dans la ville de Mexico. Le vice-président régional pour l'Afrique a multiplié les interventions sur le problème du SIDA auprès des dirigeants et des ministres africains de la santé et des finances à partir du milieu des années 80 et présidé un colloque sur l'impact du SIDA sur le développement à l'occasion de l'assemblée annuelle de la Banque africaine de développement en 1993. Ceci étant, le problème du SIDA figurait rarement parmi les questions abordées dans les Stratégies d'aide-pays (CAS)¹¹ : pendant l'exercice 94-95, seulement 28 % des 96 CAS faisaient mention du VIH/SIDA et souvent dans le but de situer le contexte (Annexe D). L'OED n'a pu trouver aucun élément attestant que d'autres responsables de haut niveau au sein de la Banque ont évoqué la question auprès des pays emprunteurs ou exercé des pressions pour que cette question soit abordée à un niveau plus élevé au niveau de l'institution pendant cette première phase.

Les prêts octroyés par la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA ont soutenu des programmes nationaux sur quatre continents dans des pays se situant à tous les stades de l'évolution de l'épidémie, mais l'engagement d'actions plus larges a été entravé par le peu d'intérêt manifesté par les pays clients¹². Entre 1988 et 1997, la Banque a engagé 500,5 millions de dollars sous forme de crédits et de prêts au titre de huit projets portant uniquement sur la lutte contre le SIDA et de 17 volets de lutte contre le SIDA d'un montant équivalant à plus de un million de dollars (Encadré 2.2). La plupart des projets se situaient dans des pays ayant sollicité une

aide (Brésil, Inde) ou dans lesquels les pouvoirs publics avaient fait montre d'une certaine détermination à combattre le SIDA (Cambodge, Ouganda, Zimbabwe). Au Burkina Faso, au Kenya et au Tchad¹³, des projets de lutte contre le SIDA ont été initiés parallèlement à des projets dans le domaine de la santé. Deux projets initiés dans des pays où les autorités faisaient preuve d'un engagement insuffisant (Indonésie et Zaïre) ont été finalement annulés¹⁴. Dans les pays où l'épidémie a fait le plus de ravages (comme Haïti et le Zaïre), non seulement les systèmes de santé étaient peu développés, mais ils connaissaient des situations de troubles majeurs et des problèmes de gouvernance. Si le fait que le PMS et d'autres sources mettaient à disposition des fonds destinés à des dons pour la lutte contre le SIDA a peut-être contribué à la faible demande d'assistance auprès de la Banque mondiale, le refus d'admettre la réalité du problème (notamment au sein des ministères de la santé) était aussi un fait courant. À cela, il faut ajouter l'existence de nombreuses priorités concurrentes à financer, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé, pour lesquelles se manifestait une forte demande. Outre les projets portant uniquement sur le SIDA et les volets de lutte contre le SIDA, des activités de lutte contre le SIDA ont été insérées dans les projets en cours afin d'accélérer l'action¹⁵.

Au plan interne, la mobilisation des ressources pour lutter contre une seule maladie, notamment le VIH/SIDA, était considérée par les responsables du secteur de la santé au sein de la Banque comme une question moins cruciale que la réforme des systèmes de santé défailants dans les pays pauvres, qui permettrait à long terme d'améliorer les effets directs dans le domaine de la santé. Pendant les années 90, la stratégie du secteur de la santé a connu une mutation : la priorité est passée de l'extension des soins de santé primaire à la réforme des systèmes de santé, une évolution initiée par le document d'orientation intitulé *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*

Encadré 2.2 : La première génération des projets de lutte contre le VIH/SIDA financés par la Banque mondiale

Le premier projet portant uniquement sur la lutte contre le SIDA fut le Projet national de lutte contre le SIDA au Zaïre (un crédit de 8,1 millions de dollars approuvé en 1988)^a. Ce projet était le premier projet de santé de la Banque mondiale dans ce pays et apparaît comme le premier projet de santé de la Banque portant uniquement sur une maladie^b. Il s'appuyait sur une étude du secteur de la santé réalisée en 1987 et sur une panoplie de travaux de recherche très rigoureux rassemblés par le *Projet SIDA*, le premier projet international de recherche sur le SIDA en Afrique, basé à Kinshasa^c. Les autres projets de lutte contre le SIDA en Afrique ont suivi deux modèles : les projets de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles (STIP) au Zimbabwe (1993), en Ouganda (1994) et au Kenya (1995)^d, tous ces pays faisant face à des épidémies généralisées, ainsi que des projets qui alliaient d'importantes activités de lutte contre le VIH/SIDA et population ou santé de la reproduction au Burkina Faso (1994), en Guinée (1998) et au Tchad (1995), des pays confrontés à des épidémies concentrées^e.

Des projets d'envergure ont également été initiés dans d'autres régions. Le projet national de lutte contre le SIDA en Inde — *India National AIDS Control Project* (un crédit de 84 millions de dollars approuvé en 1992) — mettait l'accent sur la sensibilisation, la prévention, la sécurité transfusionnelle et la mise sur pied d'institutions pour orienter l'action nationale pour contenir le SIDA. À ce moment-là, le VIH enregistrait déjà une flambée dans plusieurs États de l'Inde, mais pas dans d'autres et avec moins de 100 cas de SIDA signalés, l'épidémie échappait

largement à l'attention des décideurs politiques. Le projet de lutte contre le SIDA et les MST au Brésil (un prêt de 160 millions de dollars approuvé en 1993) a financé la prévention aussi bien pour la population générale que pour les groupes à haut risque ; la fourniture de meilleures prestations aux personnes souffrant du VIH et des MST ; le développement institutionnel, y compris la formation des prestataires de service et la modernisation des services de laboratoire ; et la surveillance, la recherche et l'évaluation. En 1997, un projet portant uniquement sur le SIDA et les MST (un prêt de 30 millions de dollars) a été approuvé en faveur de l'Argentine. Le Brésil et l'Argentine faisaient tous deux face à une épidémie concentrée. Le projet de gestion du VIH/SIDA et des MST en Indonésie (un prêt de 24 millions de dollars) a été approuvé en 1996, en prévision du fait que l'Indonésie, qui était confrontée alors à une épidémie naissante pourrait se diriger comme la Thaïlande vers une épidémie explosive de SIDA. L'autre projet important en Asie de l'Est fut le projet de lutte contre les maladies et de développement du secteur de la santé au Cambodge, *Cambodia Disease Control and Health Development Project* (DCHDP, un crédit de 30,4 millions de dollars approuvé en 1996), le premier projet de santé dans ce pays à faible revenu déchiré par la guerre. Outre les infrastructures de santé cruciales, le projet comportait des volets majeurs relatifs au SIDA, à la tuberculose et au paludisme. Les volets ou activités formels de lutte contre le SIDA ont été financés dans le cadre de nouveaux projets de santé dans six autres pays^f et d'un projet sur la protection sociale en Ouganda^g.

a. Le coût total du projet, qui se monte à 21,9 millions de dollars comprenait un crédit octroyé par l'Association internationale de développement (IDA) et les financements parallèles accordés par d'autres bailleurs de fonds. Le Zaïre est maintenant connu sous le nom de République démocratique du Congo.

b. L'OED n'a pu identifier dans le portefeuille de la Banque aucun projet réalisé antérieurement portant sur une seule maladie avant 1988.

c. *Projet SIDA* a été financé principalement par les Centres de lutte et de prévention contre les maladies (CDC) des États-Unis, avec la collaboration des Instituts nationaux de la santé des États-Unis, l'Institut de médecine tropicale (Anvers) et du ministère de la Santé du Zaïre.

d. Un projet de prévention des MST d'une valeur de 19,2 millions de dollars en faveur du Nigéria a été entièrement préparé et préalablement apprécié sur la période de 1993 à 1995, en vue de bénéficier d'un financement à travers un crédit de 13,7 millions de dollars et avec l'appui ferme du ministre de la Santé. Toutefois, les négociations n'ont pas été poursuivies pour des raisons qui ne sont pas liées au projet et qui ont trait au climat général des relations entre la Banque et le Nigéria.

e. L'intégration de la lutte contre le VIH/SIDA, les MST et les services de santé génésique figurait parmi les thèmes promus par la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (ICPD) qui s'est tenue au Caire.

f. Le Brésil (1988), Haïti (1990), Madagascar (1991), le Mali (1991), le Maroc (1990) et le Rwanda (1991).

g. Le Programme pour la réduction de la pauvreté et des coûts sociaux de l'ajustement (PAPSCA, 1990).

publié en 1987 (Johnston et Stout 1999). L'importance de ces réformes en Afrique subsaharienne a été largement reconnue et des inquiétudes se sont exprimées sur le fait que

l'impérieuse nécessité de combattre l'épidémie du SIDA pourrait en quelque sorte entrer en compétition avec cette orientation, eu égard à la rareté des capacités disponibles. À titre

d'exemple, la Stratégie de lutte contre le SIDA pour l'Afrique élaborée en 1992 prévenait qu'il fallait éviter que l'implication accrue de la Banque dans la lutte contre le SIDA ne surpasse la préoccupation cruciale du renforcement des systèmes de santé. L'important document d'analyse sur l'amélioration des réalisations en matière de santé publié par la Région Afrique, intitulé : *Better Health in Africa* (1994), a reconnu que le SIDA est « la menace récente la plus grave pour l'Afrique » (p. 19) et la justification majeure de l'urgence d'une réforme des systèmes de santé. Mais le SIDA est simplement négligé dans le document, qui concentre son analyse sur les moyens d'améliorer le fonctionnement des systèmes de santé. L'analyse repose sur les données relatives à la charge de morbidité de la maladie qui montrent que le SIDA est la cinquième maladie touchant les femmes et la septième maladie touchant les hommes¹⁶ ; le SIDA ne figure pas dans les principales conclusions et recommandations du rapport¹⁷, et le VIH est absent des indicateurs de santé au niveau des pays présentés dans les annexes.

À l'intérieur de ce programme plus élargi de réforme du secteur de la santé, le SIDA a gagné en importance au début des années 90.

- *Le Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé* (WDR) préconisait que les autorités publiques fournissent, à moindre coût, un paquet de services de santé de base comprenant la prévention à moindre coût du VIH. Le rapport justifiait la prévention rapide et efficace par le fait que le VIH était largement répandu et se propageait rapidement ; le rapport coût-efficacité des interventions préventives est faible lorsque les infections s'étendent au-delà des groupes à haut risque vers la population générale ; les conséquences du SIDA sont graves et onéreuses et la prévention renferme une charge politique. Le WDR formulait des recommandations programmatiques spécifiques¹⁸ et soulignait le SIDA comme un enjeu de développement qui nécessite une prise en main au niveau national, de même que la participation de nombreux organismes aussi bien

à l'intérieur que hors de l'administration, notamment les ONG.

- Le document *Disease Control Priorities in Developing Countries* (1993) mettait en évidence la nécessité de lutter contre les maladies transmissibles. Le chapitre sur le VIH/SIDA et les MST a procédé à un examen détaillé de la charge de morbidité, de l'épidémiologie du VIH/SIDA et des MST et des données d'information sur l'efficacité et la rentabilité des interventions clés en matière de prévention et de prise en charge, en particulier des approches ciblant les services vers les personnes les plus susceptibles de transmettre le VIH et les autres MST (Over et Piot 1993).

Mais l'approche systémique ne permettait pas d'accorder un traitement spécial à des maladies bien déterminées et, au terme de la période, le SIDA figurait en moins bonne place dans les priorités énoncées par la stratégie de la Banque relative au secteur de la santé. La *Stratégie sectorielle en matière de santé, de nutrition et de population* (HNP) publiée en 1997 était le premier produit majeur de la configuration nouvelle de la famille HNP au sein de la Banque. Elle définissait les objectifs du secteur : améliorer les effets directs sur les personnes démunies dans le domaine de la HNP, améliorer la performance des systèmes de soins et rechercher des financements durables des soins de santé. Les tableaux figurant en annexe à la *Stratégie* révèlent que 2 % ou plus des adultes dans 30 pays africains et plus de 5 % dans 15 pays étaient infectés par le VIH/SIDA en 1994. Cependant, les thèmes du VIH/SIDA, de l'impact de l'épidémie sur les systèmes de santé ou sur les priorités ne sont guère abordés dans le corps du rapport¹⁹.

Pourtant, d'autres pressions se sont manifestées entre 1996 et 1997 à l'extérieur et au sein même de la Banque, qui soulignaient le caractère exceptionnel du VIH/SIDA comme problème de santé et de développement pour la direction de l'institution. En 1996, la Banque est devenue l'une des six organisations parrainantes du

Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) nouvellement créée, dont la mission est « de conduire, renforcer et soutenir une action élargie » pour combattre l'épidémie mondiale du SIDA et d'améliorer la coordination des activités de lutte contre le VIH/SIDA menées par les agences des Nations Unies²⁰. Ce partenariat nécessitait un dialogue au niveau institutionnel avec les organisations parrainantes. L'ONUSIDA est devenue une force de plaidoyer à l'échelle mondiale, capable de retenir l'attention de la haute direction de la Banque à travers les media et d'autres canaux (Poate et al 2002). L'année 1996 marquait également l'avènement de la thérapie anti-rétrovirale hautement active, qui réduisait drastiquement les taux de mortalité causée par le SIDA dans les pays à revenu élevé et au Brésil, mais dont le coût à l'époque était prohibitif (plus de 10 000 dollars par patient par an) et difficile à administrer dans les pays à faible revenu les plus sévèrement affectés.

Des pressions sont également venues des services de recherche de la Banque, qui a publié en novembre 1997 le document « *Faire face au SIDA : Les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale*²¹ ». Le Rapport sur les politiques de développement rassemblait des données d'information sur l'impact économique de l'épidémie du SIDA, ses déterminants économiques et sociétaux ainsi que l'efficacité des interventions de lutte contre le SIDA dans les pays en développement. Il présentait la justification économique de l'intervention des pouvoirs publics dans la lutte contre le SIDA et les principes envisagés pour la définition des priorités gouvernementales dans des contextes où les ressources sont limitées. Deux priorités clés pour les pays, à quelque stade qu'ils se situent dans l'évolution de l'épidémie, déterminées sur la base des principes d'épidémiologie et d'économie publique, consistaient à fournir des biens publics et à veiller à ce que les populations les plus susceptibles de contracter le VIH et de le transmettre à d'autres se tournent vers des comportements moins à risque. Le rapport plaidait également en faveur d'une amélioration de l'accès des malades du SIDA à des soins

de santé à moindre coût et de l'intégration des programmes et des mesures visant à atténuer l'impact du SIDA avec les programmes de réduction de la pauvreté. Il recommande des mesures rapides afin de prévenir le VIH dans les pays où l'épidémie n'avait pas encore atteint une proportion généralisée²².

De 1998 à ce jour : Mobilisation et plaidoyer au niveau de l'institution

L'hiver 1997 et le printemps 1998 ont été des tournants décisifs dans l'engagement au plus haut niveau de la Banque et dans le plaidoyer en vue d'accroître la demande parmi les pays emprunteurs. Le ton de ce climat nouveau a été donné par les discours des dirigeants de haut niveau de l'institution à l'adresse des décideurs politiques : le président Wolfensohn s'est appesanti sur le problème du SIDA à l'occasion de son allocution en février 1998 devant la Commission économique pour l'Afrique et le vice-président régional pour l'Afrique²³ a prononcé un discours lors de la 12^e Conférence internationale sur le SIDA à Genève au mois de juin de la même année²⁴. En 1999, les vice-présidents régionaux pour l'Afrique et l'Asie du Sud ont pris tous deux la parole lors de conférences régionales sur le SIDA. Suite à la Conférence sur le SIDA en Asie tenue en décembre 1999, le président Wolfensohn a adressé un courrier aux chefs d'État d'Asie du Sud et de l'Est, soulignant l'impact économique de l'épidémie et la nécessité d'agir le plus vite possible. En 2000, il a appelé à engager la « guerre contre le SIDA » dans un discours adressé au Conseil de sécurité des Nations Unies en janvier et le SIDA fut le premier point à l'ordre du jour du Comité du développement lors des Réunions du printemps de la Banque mondiale et du FMI.

Plus récemment, des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque ont été élaborées dans presque toutes les régions et dans de nombreux secteurs. La région Afrique a initié une nouvelle stratégie en 1999 en vue d'accélérer les actions (Encadré 2.3) et une cellule dénommée Campagne de lutte contre le SIDA en Afrique (*AIDS Campaign for*

Encadré 2.3 : Intensifier les actions de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique

En 1999, la Région Afrique de la Banque a rendu publique une nouvelle stratégie de lutte contre le SIDA. Elle considère que l'épidémie du VIH/SIDA constitue une menace majeure pour le développement en Afrique subsaharienne et identifie le manque d'engagement politique, les priorités concurrentes, l'insuffisance de ressources, l'insuffisance de capacités et les normes culturelles comme des freins majeurs à la réalisation d'actions concrètes. Observant que de nombreuses interventions se sont révélées efficaces pour modifier les comportements et réduire la transmission du VIH, la stratégie se concentre sur le plaidoyer et la mobilisation des ressources dans le souci d'accroître la couverture des programmes nationaux. Elle repose sur quatre « piliers » : le plaidoyer en vue de renforcer l'engagement politique ; la mobilisation de ressources additionnelles ; le soutien à la prévention, à la prise en charge et au traitement du VIH/SIDA ; et l'élargissement de la masse de connaissances. La stratégie préconise une « approche participative décentralisée ». Elle propose en

a. Banque mondiale 2000a, p. 19.

outre des priorités programmatiques correspondant au stade de l'épidémie^a :

- Dans les pays ayant un taux de séroprévalence relativement plus réduit, « la priorité doit être accordée à la modification des comportements des personnes les plus exposées au risque de contraction et de propagation du VIH », et « suivie rapidement par des approches plus élargies destinées à toucher d'autres groupes vulnérables comme les femmes et les jeunes. »
- Dans les pays à fort taux de séroprévalence, des stratégies devraient être adoptées afin de « renforcer les interventions visant les groupes les plus exposés » et étendre rapidement la couverture des programmes à « tous les groupes vulnérables dans l'ensemble des zones urbaines et des districts ruraux. Ces pays doivent prendre des dispositions rapides afin d'assurer la fourniture de soins et atténuer l'impact de l'épidémie ».

Africa (ACTAfrica)) a été créée afin de mettre à la disposition des équipes par pays les ressources et l'appui technique nécessaires pour l'intégration des actions de lutte contre le VIH/SIDA dans les activités générales de tous les secteurs. Des stratégies de lutte contre le SIDA ou des plans d'activité ont été élaborés pour l'Amérique centrale (2003), l'Europe de l'Est et l'Asie centrale (2003), l'Asie du Sud (2004) et l'Asie de l'Est et le Pacifique (2004). La région Moyen-Orient et Afrique du Nord a commandé un travail d'analyse démontrant les conséquences de l'inaction (Robalino et al., 2003) et publiera une stratégie officielle en 2005. Les initiatives entreprises par la Banque dans les régions Amérique latine (2003) et Caraïbes (2000) se sont inspirées d'importants documents de stratégie et travaux d'analyse. Les secteurs Éducation et Transport de la Banque ont mis au point des stratégies de lutte contre le SIDA et promeuvent des volets et activités de lutte contre le SIDA dans le cadre de projets sectoriels. Les études économiques et sectorielles à l'échelon national et régional, y

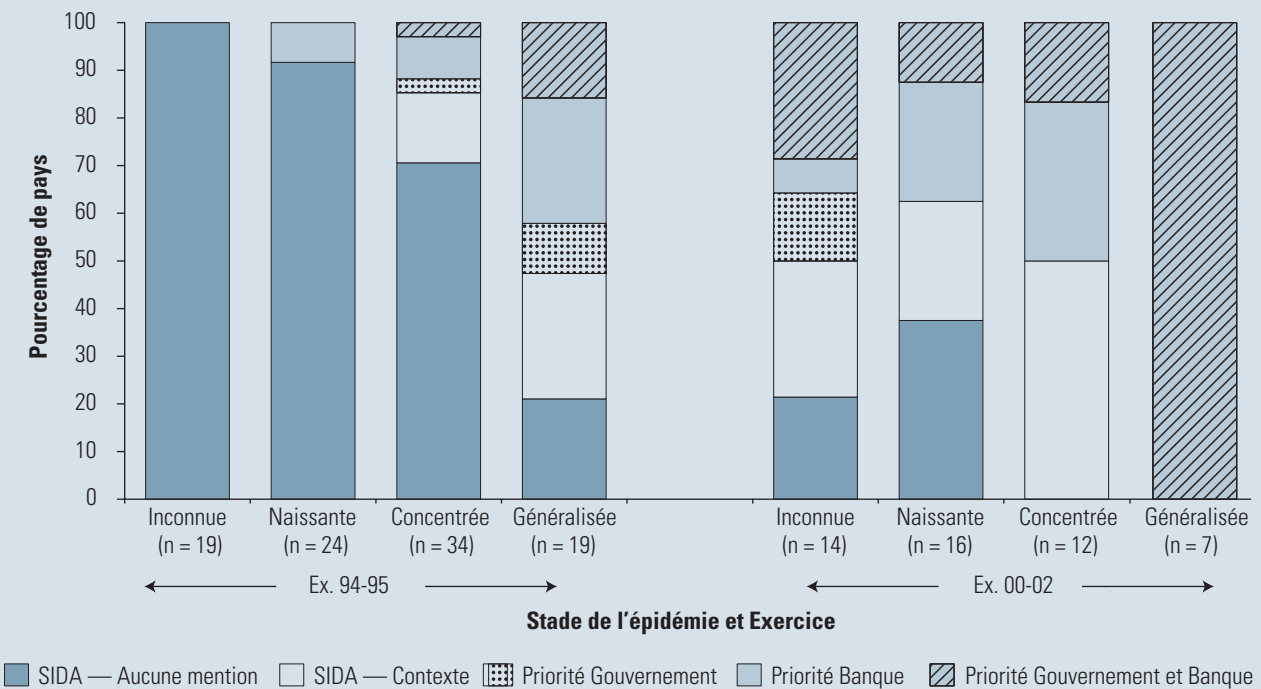
compris les boîtes à outils, ont pris le pas sur les travaux de recherche dans le portefeuille des travaux d'analyse de la Banque (Figure 2.2). La priorité donnée au SIDA dans les CAS entre les exercices 94-95 et 00-02 s'est spectaculairement accrue (Encadré 2.4).

Deux nouveaux instruments ont permis d'accélérer l'approbation des projets de lutte contre le SIDA et d'accroître la demande de la part des clients. Le MAP est organisé autour de critères d'éligibilité par pays, d'un modèle de projet, d'une enveloppe financière suffisante pour la réalisation de projets multiples et de documents d'appréciation préalables annexés, s'agissant des premiers projets de la série. Après l'approbation de cet ensemble de projets par le Conseil des administrateurs de la Banque, les documents d'appréciation préalable de chaque nouveau projet sont distribués aux administrateurs à titre d'information. L'examen de toute opération par le Conseil peut être programmé à la demande de trois administrateurs au moins dans les dix jours suivant la distribution du document s'y

Encadré 2.4 : Le SIDA figure en meilleure place dans les priorités contenues dans les Stratégies d'aide-pays

Bien que la reconnaissance du SIDA comme un enjeu prioritaire se soit renforcée rapidement au sein des services chargés du secteur de la santé à l'échelon régional, plus particulièrement en Afrique, il a mis beaucoup plus de temps à devenir une priorité dans le programme global de développement de la Banque représenté par les Stratégies d'aide-pays (CAS). Pendant les exercices 94-95, le SIDA a été inscrit parmi les questions prioritaires par la Banque ou à la fois par la Banque et par le gouvernement dans moins de la moitié des CAS en faveur de pays confrontés à des épidémies généralisées de SIDA, et rarement dans des pays connaissant des épidémies concentrées ou naissantes (se reporter au côté

gauche de la figure). Les CAS de la Côte d'Ivoire, de l'Éthiopie, du Mozambique, de la République du Congo, de l'Ouganda et du Zimbabwe — tous confrontés à des épidémies généralisées — soit ne faisaient aucune mention du SIDA ou ne le faisaient que pour situer le contexte. Ce tableau avait considérablement évolué jusqu'aux exercices 00 à 02 (se reporter au côté droit de la figure). Pendant ces deux périodes, la Banque était plus encline que ne l'étaient les pouvoirs publics à poser le problème du SIDA comme une question fondamentale. Ceci étant, le SIDA a pris une importance dans les priorités aussi bien de la Banque que des États et ce, à mesure que s'aggravait l'épidémie.



Source : Annexe D.

rapportant, après quoi l'approbation donnée par le vice-président régional prend effet²⁵. Cette approche se justifie par le fait que les critères d'éligibilité et le modèle de conception de projet sont rapidement adaptables à chaque pays, ce qui réduit considérablement le temps de préparation et, partant, accélère la mise en œuvre. Le MAP permet aussi le financement de projets régionaux (ne concernant pas tel ou tel

pays). La seconde innovation fut l'approbation, en septembre 2002, des dons de l'Association internationale de développement (IDA) au titre de projets de lutte contre le SIDA. Tous les projets ou volets de lutte contre le SIDA approuvés depuis lors dans des pays à faible revenu ont été admissibles à des dons de l'IDA, tout comme 25 % des projets ou volets de lutte contre le SIDA dans des pays à financement mixte (qui

sont admissibles à la fois aux crédits de l'IDA et aux prêts de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD)²⁶.

Les approbations de projet se sont accélérées depuis 1998, en particulier parmi les pays africains à faible revenu. Le Conseil des Administrateurs de la Banque a approuvé à ce jour des enveloppes de 500 millions de dollars chacune au titre de deux programmes MAP pour l'Afrique, en 2000 et en 2001. À la fin du mois de juin 2004, au total 29 projets par pays et deux projets régionaux avaient été approuvés à travers le premier et le second programmes MAP pour l'Afrique. Un programme MAP Caraïbe d'une valeur de 155 millions de dollars a été approuvé en 2001, et huit projets portant uniquement sur le SIDA au niveau du pays et un projet régional avaient été approuvés avant juin 2004. Des projets portant uniquement sur le SIDA ont été initiés dans la plupart des autres pays de l'Asie du Sud — Bangladesh, Bhoutan, Inde (un second projet),

Pakistan et Sri Lanka — et des projets d'envergure mettant en relation la lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose ont été approuvés en Moldova, en Russie et en Ukraine. Un troisième projet de lutte contre le SIDA a été approuvé en faveur du Brésil. Dans l'ensemble, 45 projets portant uniquement sur la lutte contre le SIDA et 32 volets importants correspondant à un engagement total de près de deux milliards de dollars au titre de la lutte contre le SIDA ont été approuvés depuis 1998, soit environ quatre fois le montant des engagements pour la décennie écoulée, un peu plus de la moitié du montant total étant destiné à l'Afrique subsaharienne. L'immense majorité de ces projets sont en cours (Tableau 2.1). La part des projets de lutte contre le SIDA en Afrique subsaharienne s'est légèrement accrue, comparée au portefeuille de projets achevés, mais la part des engagements en faveur de l'Afrique a doublé. La part des engagements dans les régions Amérique latine et Caraïbes a chuté à un quart du niveau

Tableau 2.1 : Répartition des projets^a et engagements au titre de la lutte contre le SIDA par région au 30 juin 2004 (en millions de dollars)

Région	Projets achevés		Projets en cours		Total engagements	
	Nombre (%)	Montant engagé ^b (%)	Nombre (%)	Montant engagé (%)	Nombre. de projets (%)	Montant engagé (%)
Afrique subsaharienne	16 (51,6)	199,1 (29,5)	45 (60,0)	1 132,5 (63,3)	61 (57,5)	1 331,6 (54,0)
Amérique latine et Caraïbe	6 (19,4)	356,1 (52,8)	14 (18,7)	239,0 (13,3)	20 (18,9)	595,1 (24,1)
Asie du Sud	3 (18,8)	92,3 (13,7)	8 (10,7)	296,5 (16,6)	11 (10,4)	388,8 (15,8)
Asie de l'Est et Pacifique	4 (12,9)	15,9 (2,4)	3 (4,0)	25,9 (1,4)	7 (6,6)	41,8 (1,7)
Europe de l'Est et Asie centrale	1 (3,2)	2,7 (0,4)	4 (5,3)	87,6 (4,9)	5 (4,7)	90,3 (3,7)
Moyen-Orient et Afrique du Nord	1 (3,2)	8 (1,2)	1 (1,3)	9 (0,5)	2 (1,9)	17,0 (0,7)
Total	31 (100)	674,1 (100)	75 (100)	1 790,5 (100)	106 (100)	2 464,6 (100)

a. Comprend les opérations dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de la protection sociale et du transport comportant des volets de lutte contre le SIDA d'une valeur supérieure à un million de dollars.

b. Le montant engagé au titre des projets achevés dans ce tableau correspond aux sommes effectivement décaissées.

qu'elle représentait dans le portefeuille de projets achevés. Néanmoins, les engagements affectés à la lutte contre le SIDA ont augmenté en valeur absolue dans toutes les régions.

Parallèlement à ces évolutions internes à la Banque, l'on a assisté depuis 2000 à une nette augmentation de l'engagement international à combattre le VIH/SIDA. Les objectifs de développement pour le Millénaire (ODM) ont été adoptés en 2000, notamment l'objectif d'enrayer la propagation du VIH ; la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) s'est tenue en 2001, conduisant à la création du Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) et l'initiative « 3 sur 5 » a été lancée en 2003 pour la mise sous traitement antirétroviral de trois millions de personnes dans les pays en développement à l'horizon 2005. Les ressources affectées à l'échelle mondiale à la lutte contre le SIDA ont enregistré une augmentation spectaculaire. Au mois de mars 2005, le GFATM avait engagé une enveloppe de 1,6 milliard de dollars pour la lutte contre le SIDA dans 128 pays. En 2003, le Gouvernement américain a annoncé le Plan d'urgence du Président pour l'aide à la lutte contre le SIDA (PEPFAR), un fonds de 15 milliards pour combattre le SIDA en Afrique, dans les Caraïbes et au Viet Nam sur cinq ans.

Le portefeuille d'aide-projets de la Banque mondiale

Sur les 106 projets de lutte contre le SIDA, achevés et en cours, présentés dans le tableau 2.2, 70 projets entrepris dans 56 pays représentent 2,36 milliards de dollars d'engagements au titre de la lutte contre le SIDA, soit 96 % du chiffre total. Ces projets comprennent l'ensemble des 50 projets portant uniquement sur le SIDA au niveau des pays et 20 volets de lutte contre le SIDA s'élevant au moins à 10 % des engagements de la Banque mondiale. Dix-huit des 70 projets ont été menés à terme et 52 sont en cours. Tous les volets de lutte contre le SIDA, à l'exception d'un seul, sont intimement liés à un projet de santé ou de population²⁷.

La moitié de ces projets ont été réalisés dans des pays aux prises avec des épidémies concentrées, environ un quart dans des pays confrontés à des épidémies généralisées, et un huitième respectivement dans des pays connaissant des épidémies naissantes ou une épidémie à répartition inconnue (Tableau 2.2)²⁸. La moitié environ des projets faisant partie du programme MAP pour l'Afrique étaient situés dans des pays confrontés à des épidémies concentrées et un tiers dans des pays en proie à des épidémies généralisées. Une part plus importante des projets du portefeuille de projets achevés par rapport à celui des projets en cours s'adressait à des pays connaissant des épidémies généralisées.

Tableau 2.2 : Répartition des projets achevés et en cours selon le stade de l'épidémie (en pourcentage)

Stade de l'épidémie	Achevés	En cours			Total en cours	Tous projets	
		Hors-MAP	MAP Afrique	MAP Caraïbes		%	N
Naissante	16,7	20,0	6,9	—	9,6	11,4	8
Concentrée	44,4	46,7	48,3	62,5	51,9	48,5	34
Généralisée	38,9	13,3	34,5	—	23,1	27,1	19
Inconnue	—	20,0	10,3	37,5	15,4	12,8	9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
N	18	15	29	8	52		70

Note : « N » est le nombre de projets. Les 70 projets se situent dans 56 pays. Trois pays (Brésil, Kenya, Ouganda) avaient trois projets chacun et huit (Burkina Faso, RD Congo, Guinée, Guinée-Bissau, Inde, Rwanda, Sri Lanka et Tchad) avaient deux projets chacun. Se reporter à l'Annexe C.1.

Tableau 2.3 : Objectifs déclarés des projets de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale (en pourcentage)

Objectif	Tous projets	Achevés	En cours
Lié à la prévention ^a	93	79	96
Traitement et prise en charge ^b	43	28	48
Institutionnel ^c	37	50	33
Atténuer l'impact	36	22	40
Biens publics ^d	16	39	8
Autres ^e	29	22	31
Nombre de projets	70	18	52

Note : Ces objectifs sont tels qu'énoncés dans les documents d'appréciation préalable. Les totaux figurant dans les colonnes dépassent 100 % car la plupart des projets avaient plusieurs objectifs. Le fait qu'un projet n'ait pas un objectif explicitement lié à la prévention ne signifie pas que des interventions préventives n'ont pas été mises en œuvre.

a. Comprend : prévenir la propagation du VIH ou réduire l'incidence ; accroître l'accès aux interventions dans le domaine de la prévention ; modifier les comportements ; sensibiliser ; réduire la morbidité et la mortalité consécutive à une affection évitable.

b. Comprend : accroître l'accès/renforcer les capacités de prise en charge et de soutien ; réduire la morbidité et la mortalité, améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le SIDA, augmenter l'espérance de vie ; accroître l'accès au traitement/renforcer les capacités à traiter la maladie ; réduire l'incidence et traiter les infections opportunistes et la tuberculose.

c. Comprend : renforcer les capacités de mise en œuvre ; mettre en place ou renforcer les institutions ; renforcer les activités dans les secteurs autres que la santé.

d. Les deux catégories de biens publics cités étaient la sécurité transfusionnelle et la recherche/surveillance/collecte de données.

e. Comprend la promotion de l'action des ONG et de la communauté ; promouvoir une action multisectorielle et la recherche/surveillance/collecte de données ; soutenir le programme national de lutte contre le SIDA ; réduire la stigmatisation et la discrimination ; étendre l'échelle de l'intervention.

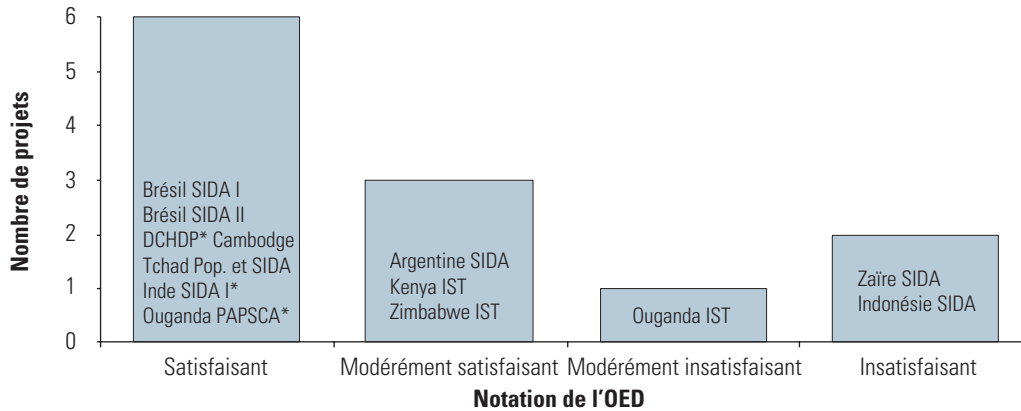
Le principal objectif de ces projets, tel qu'expliqué dans les documents de conception, était d'empêcher la propagation du VIH (Tableau 2.3). Les projets approuvés plus récemment (ceux qui sont encore en cours) ont tendance, plus que les projets achevés, à définir clairement les objectifs liés au traitement et à la prise en charge des malades du SIDA et à atténuer l'impact du VIH/SIDA. Il est moins fréquent de constater que les projets en cours énoncent les objectifs liés au renforcement des institutions et à la fourniture de biens publics. Le tableau 2.3 sous-estime cependant les catégories d'activités qui ont bénéficié d'un soutien, compte tenu du fait que les objectifs sont souvent énoncés en termes généraux : par exemple, trois quarts des projets ont entrepris ou prévu des activités de traitement et de prise en charge — 56 % des projets achevés et 83 % des projets en cours — bien que moins de la moitié avait un objectif explicite en matière de traitement et de prise en charge²⁹.

Les réalisations des projets de lutte contre le SIDA, tels qu'évalués par l'OED au regard de leurs objectifs, sont analogues à ceux des autres projets de

santé. L'OED apprécie l'effet direct de tous les projets achevés au regard de ses objectifs déclarés, notamment en ce qui concerne sa pertinence, son efficacité et son efficience³⁰. La figure 2.3 présente les notations attribuées par l'OED aux réalisations des neuf projets portant uniquement sur la lutte contre le VIH/SIDA achevés et celles attribuées aux trois volets de projet qui ont fait l'objet d'une évaluation sur le terrain par l'OED³¹. La moitié des projets ont été jugés (totalement) satisfaisants, ce qui signifie que le projet « a réalisé ou devrait réaliser la plupart des principaux objectifs qui lui étaient assignés de manière efficace avec seulement des défaillances mineures ». Un quart des projets ont été jugés modérément satisfaisants, une notation qui est utilisée lorsque le projet « a réalisé ou devrait réaliser ses principaux objectifs pertinents de manière efficace, mais soit avec des défaillances importantes ou une utilité globale modeste ». Enfin, un quart des projets ont été jugés modérément insatisfaisants ou insatisfaisants. Une notation insatisfaisante est attribuée lorsque le projet « n'a pas réalisé et ne devrait pas réaliser la plupart de ses principaux

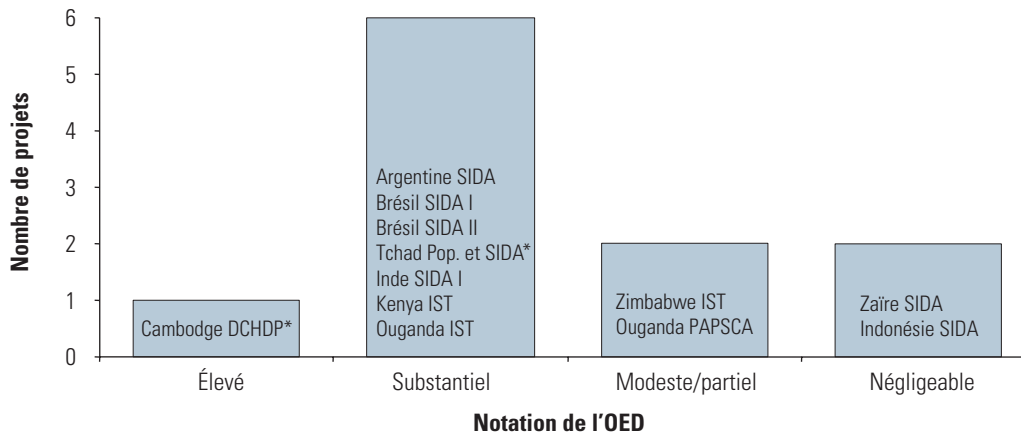
Figure 2.3: Notations par l'OED des projets achevés

A. Résultats par rapport aux objectifs



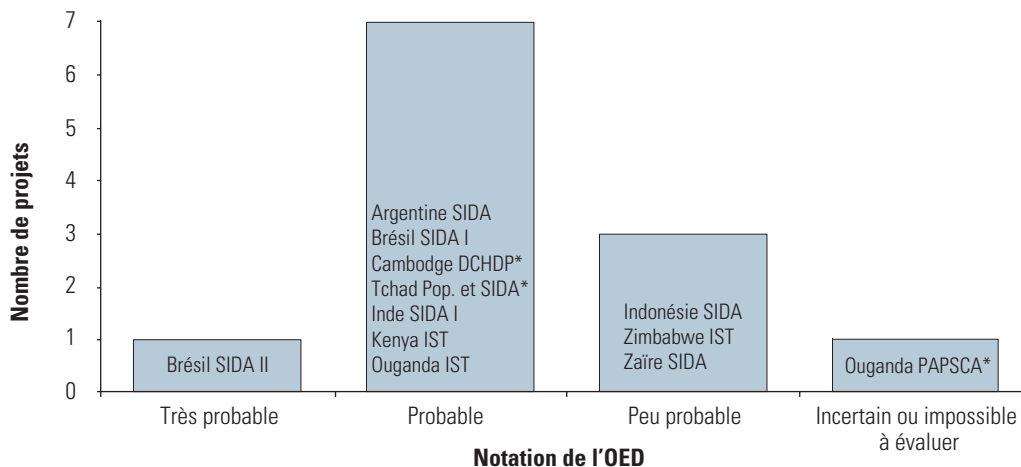
Note : Aucun des projets ou volets n'a été classé « très satisfaisant » ou « très insatisfaisant ».
 * L'évaluation du volet SIDA, basée sur le Rapport d'évaluation de performance de projet.

B. Impact sur le développement institutionnel



* Volet SIDA.

C. Pérennité



* Volet SIDA.

objectifs pertinents, avec seulement des retombées négligeables en matière de développement » ou s'agissant d'une notation modérément insatisfaisant « lorsqu'il réalise seulement quelques-uns de ses principaux objectifs pertinents avec une efficacité certaine ». Le nombre de projets est limité, mais les notations des réalisations de projets de lutte contre le SIDA — 75 % modérément satisfaisants ou plus — sont semblables aux notations des 159 projets de HNP achevés de l'exercice 94 à l'exercice 03 (67 % modérément satisfaisants ou plus) (OED 2004c, Tableau A-1 en Annexe).

Les deux projets ayant obtenu des résultats insatisfaisants ont été annulés après une mise en œuvre partielle. Le projet de lutte contre le SIDA et les MST en Indonésie était la première initiative de la Banque pour lancer, à titre préventif, une action visant à lutter contre le SIDA à travers une opération portant uniquement sur le SIDA dans un pays confronté à une épidémie naissante. À l'époque, l'Indonésie était un pays à revenu intermédiaire ayant une expérience longue, active et largement réussie avec la Banque en matière d'assistance dans les domaines de la santé et de la population. Le VIH était rare, même parmi les personnes les plus exposées au risque d'infection, mais les autorités étaient conscientes du déclenchement de l'épidémie en Thaïlande et les projections indiquaient qu'une situation identique pouvait se produire en Indonésie. Le projet a été préparé en « urgence », sous la forme d'une opération triennale censée concevoir une intervention au niveau institutionnel et devait financer des ONG dont la tâche serait de piloter des interventions en direction des groupes à haut risque, avant leur reproduction à une échelle généralisée lors d'opérations ultérieures. Mais le projet a démarré lentement, les autorités publiques n'étant pas aussi soucieuses d'impliquer les ONG ou de collaborer avec les groupes à haut risque qu'on l'espérait pendant la préparation du projet, et le

nouveau bureau de lutte contre le SIDA au sein du ministère de la Santé était en compétition avec d'autres services dont les attributions faisaient double emploi avec les siennes. L'engagement politique s'est émoussé lorsque l'explosion prédite du VIH ne s'est pas produite. Suite à la crise économique en Asie de l'Est, seulement 18 mois environ après le lancement du projet (mais déjà à mi-parcours de celui-ci), le projet fut annulé après que furent décaissés seulement 4,8 millions de dollars sur le prêt de 24,8 millions de dollars qui avait été octroyé. Le projet du Zaïre a été bien préparé, mais a échoué pour des raisons liées à un faible engagement politique, à une insuffisance de capacités et au chaos politique et économique. Le crédit fut annulé, après que 3,3 millions de dollars sur le crédit de 8,1 millions de dollars eurent été dépensés. La performance de la Banque et du pays emprunteur dans le cadre de ces deux projets a été jugée insatisfaisante par l'OED (Annexe C-2).

Les notations attribuées par l'OED concernant l'impact sur le développement institutionnel (IDI) des projets de lutte contre le SIDA sont nettement plus élevées que celles attribuées au secteur HNP dans son ensemble. Deux tiers des 12 projets de lutte contre le SIDA ont reçu les notations de « substantiel » ou « élevé³² » au titre de l'impact sur le développement institutionnel, en comparaison des 36,5 % seulement pour l'ensemble du secteur HNP (OED 2004c, Tableau A-1 en annexe). Cependant, les notations qu'ils ont obtenues en ce qui concerne la pérennité (67 % « probable » ou plus) sont similaires à celles obtenues par le reste du portefeuille de projets HNP (62 %). Le manque de pérennité identifié dans quatre des 12 projets était liée au faible engagement politique, aux bouleversements économiques ou aux incertitudes concernant la capacité à long terme de financer l'achat de médicaments et l'appui aux ONG.

Résultats essentiels 3

- L'assistance de la Banque a aidé à renforcer l'engagement politique à lutter contre le VIH/SIDA.
- Elle a permis d'améliorer l'efficacité des programmes nationaux et de renforcer les institutions, principalement celles rattachées aux ministères de la Santé.
- Elle a encouragé le recours aux ONG, mais l'efficacité de ces actions est rarement évaluée.
- La prévention en direction des personnes les plus susceptibles de propager le VIH, bien que prévue, n'est pas souvent mise en œuvre.
- Le suivi, l'évaluation et la recherche sont mal assurés, ce qui a peu contribué à améliorer l'impact.
- Les connaissances, la sensibilisation et les comportements à risque se sont améliorés dans les pays bénéficiant d'une assistance de la Banque.
- Les travaux de recherche et d'analyse de la Banque ne touchent pas les décideurs politiques en Afrique.
- Les travaux de recherche et d'analyse de la Banque sont généralement jugés d'une grande qualité et utilité.



Résultats de la première génération de l'assistance de la Banque à la lutte contre le VIH/SIDA

Les objectifs généraux de la politique de la Banque, déduites des stratégies à l'échelon régional et des objectifs des prêts aux pays, sont d'aider les autorités publiques à empêcher la propagation du VIH, de renforcer les systèmes de santé afin d'assurer un traitement et une prise en charge à moindre coût des malades du SIDA, d'atténuer les autres effets de l'épidémie et de développer les capacités des institutions nationales pour gérer et pérenniser l'intervention à long terme. Le manque sévère d'informations de qualité pour appuyer les décisions est le thème qui se dégage de la plupart, sinon de tous les documents de stratégie et de projet.

Les recommandations techniques de la Banque dans les stratégies régionales et l'assistance au niveau des pays ont suivi l'évolution des connaissances au plan international et insistent sur la nécessité d'établir un ordre de priorité au regard des capacités réduites, des ressources modestes affectées à la santé et des autres demandes d'assistance émanant tant de l'intérieur que de l'extérieur du secteur de la santé. Les priorités qui se dégagent des prêts, des documents de stratégie ainsi que des travaux d'analyse de la Banque font figurer en bonne place dans les préoccupations la production de biens publics¹, la prévention (dans un souci d'efficacité, compte tenu du fait que le SIDA est une maladie fatale et incurable et des externalités positives) et la

fourniture aux malades du SIDA et à leurs familles des services de prise en charge et d'atténuation abordables et d'un bon rapport coût-efficacité. Ces principes qui orientent la définition des priorités, associés à une compréhension de la façon dont le VIH et les autres MST se propagent dans la population, ont donné lieu à une typologie de priorités programmatiques à différents stades de l'épidémie du VIH/SIDA qui guide l'action de la Banque et de la communauté internationale depuis le milieu des années 90 (Encadré 3.1).

Ce chapitre présente les résultats et les leçons tirées à ce jour (au plan des politiques, des institutions, des services et des résultats) de l'assistance fournie par la Banque au niveau des pays en matière de lutte contre le VIH/SIDA, en

Encadré 3.1 : Priorités gouvernementales et stade de l'épidémie

Quand les ressources financières ou humaines sont insuffisantes, les décideurs politiques doivent établir un ordre de priorité entre les dépenses à financer sur les fonds publics pour obtenir le meilleur impact en employant les ressources disponibles, dans un souci d'efficacité, tout en promouvant l'équité.

Fournir des biens publics essentiels pour freiner la progression de l'épidémie du VIH/SIDA, à travers des mesures comme l'amélioration de l'accès à l'information, la surveillance de l'évolution du VIH et des comportements à risque et l'évaluation des projets pilotes est une priorité en matière de financement pour les pouvoirs publics, quel que soit le stade de l'épidémie du SIDA. Cette priorité s'explique par le fait que tout le monde peut bénéficier de ces activités, même si certains bénéficiaires ne paient pas. Le secteur privé est peu enclin à assurer ces services en quantité suffisante. Il est parfois impossible de fournir un bien public à tous, à moins qu'il ne soit financé par le gouvernement.

La seconde priorité des autorités est de prévenir le VIH et sa transmission parmi les personnes les plus susceptibles de le transmettre à d'autres personnes. La prévention parmi les individus ayant des comportements à haut risque protège directement leurs partenaires et empêche indirectement un nombre encore plus important d'infections secondaires au sein de la population générale qui est moins exposée à l'infection (les conjoints des partenaires, les enfants et autres partenaires sexuels ou utilisateurs de drogues injectables)^a. En d'autres termes, l'adoption de comportements moins à risque par les personnes les plus susceptibles de transmettre le VIH réduit la possibilité pour tous de contracter le VIH. Le rapport coût-efficacité de la prévention du

VIH parmi les personnes les plus susceptibles de le contracter et de le propager, par rapport aux autres interventions possibles, est plus grand dans le cas d'épidémies naissantes et concentrées car les avantages possibles, en ce qui concerne l'arrêt de la transmission dans l'ensemble de la population, sont extrêmement importants.

Dans les situations d'épidémie généralisée, cette stratégie empêche toutefois un plus grand nombre d'infections secondaires que ne le ferait une stratégie de prévention non ciblée. À moins que les interventions soient très coûteuses à mettre en œuvre, elles tendent à avoir un bon rapport coût-efficacité, comparées aux autres solutions possibles, et sont nécessaires pour enrayer l'évolution de l'épidémie. Ceci étant, elles ne suffisent pas^b. Le rapport coût-efficacité des interventions préventives en direction des populations relativement moins exposées s'améliore dans le cadre d'une épidémie généralisée, mais leurs retombées profitent surtout à la personne qui les utilise et le coût de prestation de ces services à l'ensemble de la population peut être élevé. La demande de traitement et d'assistance sociale est aussi bien plus élevée dans les cas d'épidémies généralisées, où le VIH est largement répandu. Dans le souci de garantir l'efficacité et l'équité dans une situation d'épidémie généralisée, l'affectation des ressources publiques doit viser en priorité les comportements les plus à risque et fournir ces services le plus efficacement possible, tout en veillant à l'équité dans l'accès des plus démunis à ces services^c. Certes, il s'agit-là de principes généraux, mais les catégories spécifiques d'activités et le rapport coût-efficacité des autres options possibles dans un contexte donné varie en fonction d'un grand nombre de facteurs d'ordre épidémiologique, social, politique et économique.

a. Hethcote et Yorke 1984 ; Over et Piot 1993.

b. Nagelkerke et al., (2002) ont constaté, par exemple, qu'en Inde (une épidémie concentrée) une intervention ciblée vers les professionnels du sexe permettrait d'enrayer l'épidémie ; au Botswana (une épidémie généralisée), aucune intervention isolée n'aurait cet effet, mais une intervention ciblée vers les professionnels du sexe réduirait de moitié le taux de prévalence.

c. L'importance d'assurer la prévention du VIH parmi les personnes ayant les comportements les plus à risque en situation d'épidémie généralisée est bien établie dans les études épidémiologiques (voir Over et Piot 1993 ; Banque mondiale 1997a) et préconisée par l'ONUSIDA (2004b, p. 17) et les stratégies de la Banque à l'échelon régional (par exemple, Banque mondiale 2000a, p. 19).

s'appuyant sur un examen du portefeuille, une évaluation des projets de lutte contre le SIDA et des études de cas au Brésil, en Indonésie et en Russie. Il présente également une évaluation de la reconnaissance, de la qualité technique et de

l'utilité des travaux d'analyse de la Banque sur le SIDA, fondée sur des enquêtes auprès du personnel de la Banque chargé du développement humain et des délégués à une conférence africaine sur le SIDA.

Constats et leçons tirées de l'assistance de la Banque au niveau des pays pour la lutte contre le VIH/SIDA

Engagement politique et politique de lutte contre le SIDA

L'assistance de la Banque a aidé à susciter, approfondir et élargir l'engagement politique. L'évaluation de l'OED a permis de constater que le premier projet de lutte contre le SIDA en Inde, notamment le dialogue sur les politiques engagé autour de la question, a probablement fait progresser l'action des autorités publiques contre le VIH/SIDA de plusieurs années par rapport à la situation contrefactuelle. Par ailleurs, le gouvernement a fourni près de deux fois plus que les fonds de contrepartie convenus dans l'accord de crédit, signe d'un engagement accru². Au Brésil, les dépenses fédérales affectées aux programmes de lutte contre le SIDA ont enregistré une augmentation, passant d'un niveau moyen de 9,3 millions de dollars par an en 1990–1992 à 53 millions de dollars par an en 1993–2002, lors du premier et du deuxième projets de lutte contre le SIDA. Pendant la crise financière de 1998, les dépenses affectées au SIDA ont *augmenté*, ce qui indique un fort engagement³. Le Projet de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (STIP) au Kenya a fourni un soutien au ministère de la Santé et au programme de lutte contre le SIDA pour l'élaboration d'un rapport de session parlementaire sur le VIH/SIDA qui définissait le cadre décisionnel et juridique, mais ses recommandations n'ont reçu aucun soutien politique. En 1998–1999, le projet et les autres bailleurs de fonds ont parrainé des réunions avec des dirigeants et une session parlementaire à laquelle le président a déclaré le SIDA comme catastrophe nationale, renforçant l'engagement et améliorant ainsi la mise en œuvre des interventions. Le Projet de lutte contre le SIDA et les MST en Argentine a financé presque entièrement le programme de prévention du SIDA, qui n'existait pas auparavant. Le dialogue sur les politiques à la Banque qui a mis en évidence les conséquences de l'inaction expliquait en grande partie l'accueil

favorable réservé par ce pays à l'emprunt et à l'ouverture d'un dialogue national sur le SIDA. Un certain nombre de stratégies a été employé pour conforter l'engagement des autorités publiques dans les projets de la Banque (Encadré 3.2).

Deux leçons se dégagent des initiatives entreprises par le passé afin de renforcer l'engagement politique lors de la première génération de l'assistance en matière de lutte contre le SIDA.

En premier lieu, l'engagement des hautes autorités à combattre le SIDA est une condition nécessaire, mais pas suffisante pour obtenir des résultats concrets ; il convient d'entreprendre des actions afin de renforcer, d'élargir et de pérenniser l'engagement à lutter contre le VIH/SIDA à tous les niveaux de l'administration et de la société. À titre d'exemple, au Brésil, les programmes d'échange de seringues lancés en 1989–1990 par la municipalité de Santos et l'État de São Paulo ont été interrompus par le Conseil fédéral pour la lutte contre les stupéfiants et les dirigeants politiques au sein du Secrétariat d'État à la Santé, respectivement. Dans l'état indien d'Andhra Pradesh, les ONG ont été freinées dans leurs efforts de collaboration avec les professionnels du sexe parce que les services de maintien de l'ordre ne soutenaient pas totalement les objectifs du programme de lutte contre le SIDA. Au moment de la mission de l'OED au Cambodge, des maisons closes de la province de Battambang avaient été fermées pendant plusieurs mois, même pendant que les autorités essayaient d'étendre le programme d'utilisation à 100 % des préservatifs dans les relations sexuelles commerciales. L'engagement est fragile lorsqu'il incombe à un individu ou à un régime politique. L'engagement ferme du ministre de la Santé dans le projet national de lutte contre le SIDA de 1988 au Zaïre n'a pas suffi à venir à bout du manque d'intérêt manifesté dans le reste de l'administration. Pendant le STIP du Kenya, le programme national de lutte contre le SIDA et les MST a été relégué du statut de département à celui de division au sein du ministère de la Santé, réduisant ainsi sa capacité de conduire

Encadré 3.2 : Quelles approches ont réussi à renforcer l'engagement politique ?

- **La surveillance épidémiologique et des comportements**, notamment en situation d'épidémies naissantes et concentrées dans un contexte fortement marqué par le déni et « l'invisibilité de l'épidémie. » Lorsque le premier cycle de surveillance du VIH au niveau national en Inde a abouti au constat que 2 % des femmes enceintes à Andhra Pradesh étaient séropositives, le premier ministre de l'état s'est prononcé publiquement et a dégagé des fonds sur le budget propre de l'État pour compléter les financements apportés par le programme national. L'annonce faite en 1989 qui révélait l'infection de 44 % des professionnels du sexe opérant dans des maisons closes de la ville Chiang Mai (Nord du pays) a poussé les autorités à agir en Thaïlande^a.
- **Les travaux d'analyse**, lorsqu'ils sont effectués de manière à susciter l'appropriation et trouver une solution aux préoccupations d'un public pertinent. L'analyse de l'impact économique du SIDA en Russie effectuée par Ruehl et Pokrovsky (2002) a fait l'objet d'une large diffusion et renforcé l'engagement des autorités de haut niveau. Au Tchad, des études, la collecte et l'analyse des données ainsi que le renforcement du système de surveillance sentinelle ont fourni des informations concrètes, par région qui ont permis de sensibiliser les autorités.
- **Les projets pilotes**, qui peuvent démontrer la faisabilité politique et technique d'interventions controversées. L'application à titre expérimental du programme d'utilisation à 100 % des préservatifs au Cambodge parmi les professionnels du sexe à Sihanoukville a permis d'atténuer le grave malaise suscité parmi les décideurs politiques par les interventions dans l'activité sexuelle commerciale. L'acheminement des ressources vers les zones où sont en place des programmes efficaces et où se manifeste un engagement plus prononcé peut avoir un effet similaire, à savoir démontrer la faisabilité politique et technique des nouveaux programmes, à l'exemple du premier projet de lutte contre le SIDA en Inde.
- **Le dialogue de haut niveau sur les politiques avec les autorités publiques et les dirigeants clés**, complété par des voyages d'étude dans les pays durement touchés, des forums publics et les échanges Sud-Sud. Le dialogue sur les politiques revêt une importance dans la plupart des cas, notamment en Éthiopie et dans d'autres pays africains participant au programme MAP (Chapitre 4). D'après les informations recueillies, les visites effectuées en Inde, au Kenya, en Afrique du Sud et en Thaïlande par les responsables cambodgiens du programme de lutte contre le SIDA, du ministère de la Santé, du ministère de l'Économie et des Finances et les autorités provinciales de la santé ont solidifié l'engagement des différentes délégations à s'attaquer au SIDA, à décentraliser le programme national et à renforcer le système de santé pour fournir des soins curatifs au nombre croissant de malades du SIDA.
- **L'application de conditionnalités aux projets ou dans leur conception**. Parmi les conditions au financement du premier projet de lutte contre le SIDA en Inde, figurait la création de l'Organisation nationale de lutte contre le SIDA (NACO) ; le DCHDP au Cambodge a érigé le bureau national pour la lutte contre le SIDA au sein du ministère de la Santé au rang de Centre national de lutte contre le VIH/SIDA, les affections dermatologiques et les MST. Au Brésil, la prévention parmi les groupes les plus marginalisés demeurerait le point d'ancrage du programme, selon le modèle de projet retenu.
- **La collaboration avec les ONG** en vue d'élargir à la longue la base politique de la lutte contre le VIH/SIDA, comme ce fut le cas en Argentine, au Cambodge, en Inde, en Ouganda et au Tchad. Au Brésil, les ONG étaient déjà de fervents défenseurs à la suite du mouvement de démocratisation des années 80, mais le projet de la Banque leur a permis de devenir également des agents d'exécution.

a. Banque mondiale 2000e.

l'intervention à l'échelle nationale. Sur la période 1990–1992, le programme national de lutte contre le SIDA au Brésil a été désorganisé par un changement au sein de l'administration qui a conduit à l'isolement du Brésil de la communauté internationale engagée dans la

lutte contre le SIDA. Ainsi, la détermination à combattre le SIDA doit être plus largement enracinée dans l'ensemble des secteurs politiques et institutionnels, plutôt que de bénéficier du soutien d'un chef d'État ou d'un ministre de la Santé donné. Cet engagement

mérite également d'être pérennisé : en Ouganda et en Thaïlande, il s'est créé un sentiment de satisfaction concernant les comportements sexuels sans risque dû à la perception selon laquelle la prévention a abouti à des résultats probants et qu'un traitement antirétroviral est disponible. Dans des villes comme San Francisco, Sydney et Amsterdam, en raison de ce climat de satisfaction, les comportements à risque ont repris le dessus et l'incidence du VIH a ainsi augmenté.

En deuxième lieu, faciliter l'émergence d'un engagement politique dès les premières phases d'une épidémie requiert de disposer d'une stratégie explicite. L'étude de cas réalisée en Indonésie a conclu que le fait de déclarer le VIH (un problème invisible à l'époque) comme une « urgence » nationale n'est pas persuasif en l'absence de données crédibles pour le démontrer, au regard de la situation qui sévit dans le pays. Les dirigeants politiques peuvent être disposés à prendre des mesures raisonnables en évitant d'attirer l'attention, s'ils sont convaincus de la réalité de la menace de propagation. Dans une épidémie naissante, les biens publics constituent la priorité et ne sont pas sujets à controverse. L'expérience démontre que les travaux d'analyse peuvent contribuer à susciter l'engagement politique quand ils se fondent sur les données locales, sont pertinentes pour les principaux décideurs politiques et lorsque ceux-ci s'approprient les résultats, quoique cela ne constitue pas une garantie de succès (Encadré 3.3).

S'agissant de la politique de lutte contre le SIDA, l'assistance fournie par la Banque a amélioré l'efficacité des programmes nationaux de lutte contre le SIDA en aidant les pouvoirs publics à axer leurs actions sur la prévention, le rapport coût-efficacité et la hiérarchisation des activités, face à la rareté des ressources.

Au début des années 90, le Gouvernement indien a entamé des démarches auprès de la Banque, muni d'une proposition relative à un projet de lutte contre le SIDA qui aurait pour objet de financer la sécurité transfusionnelle, bien que la plupart des infections pouvaient

être attribuées à la transmission par voie hétérosexuelle. Suite à un dialogue intense avec la Banque et l'OMS, les autorités publiques ont préparé un Plan stratégique national pour 1992-1997 qui élargissait l'échelle du projet afin de prendre en compte la participation des états et pour axer les efforts sur la sensibilisation de la population générale et le changement de comportement parmi les groupes à haut risque. L'étude de cas réalisée par l'OED sur le Brésil a conclu que l'action au niveau national a été centrée sur la prévention parmi les groupes ayant un comportement à haut risque, en particulier les groupes marginalisés comme les utilisateurs de drogues injectables et les professionnels du sexe, davantage que cela aurait pu être le cas en l'absence d'une intervention de la Banque⁴.

La Banque a également financé des infrastructures de laboratoire et de traitement clés (qui constituent un bien public) pour améliorer l'efficacité du programme de traitement du gouvernement. L'étude de cas de l'OED sur la Russie a conclu qu'en l'absence d'un engagement de la Banque sur le VIH/SIDA, l'approche adoptée par les autorités aurait été moins ciblée sur les principaux déterminants de l'épidémie et moins en phase avec les meilleures pratiques internationales dans les domaines clés. La persistance de la Banque mondiale à encourager le dialogue sur les politiques a favorisé et même permis de les programmes de réduction des effets nocifs, l'implication des utilisateurs de drogues injectables et des professionnels du sexe, la priorité donnée à la prévention du VIH et le remplacement du dépistage massif du VIH parmi la population par la surveillance par sentinelle des comportements et de la surveillance sérologique. Au Cambodge, le Projet pour la lutte contre les maladies et le développement de la santé (DCHDP) a financé l'intervention du ministère de la Santé contre le SIDA, qui comprend l'établissement d'un ordre de priorité et de succession entre les activités pour tenir compte des contraintes liées aux capacités et améliorer le rapport coût-efficacité. Les capacités réduites ont été orientées vers les domaines où la politique et

Encadré 3.3 : Les travaux d'analyse peuvent renforcer l'engagement, mais ne constituent pas une panacée

Pendant les longues négociations autour du projet de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA en Russie, l'impact économique du SIDA a été identifié comme un levier potentiellement efficace pour accroître l'engagement des pouvoirs publics. Grâce à un financement du Département britannique du développement international (DFID), les services de la Banque se sont associés aux chercheurs du Centre pour la lutte contre le SIDA de la Fédération de Russie afin de mettre au point un modèle informatique des conséquences économiques de l'épidémie du SIDA^a. Dans le scénario le plus pessimiste, le modèle prévoyait une baisse de 4 % du PIB d'ici à 2010. Les résultats ont été diffusés dans la presse audiovisuelle et écrite en Russie, à travers des articles d'opinion dans les journaux, des lettres au rédacteur en chef, des conférences de presse et des exposés devant le gouvernement. Les personnes interrogées lors de l'étude de cas de l'OED pensent que les travaux d'analyse ont un impact majeur sur l'engagement des autorités au plus haut niveau. En l'espace d'un an, le Président Poutine a mentionné le SIDA pour la première fois dans un discours devant un auditoire national.

L'élaboration d'un modèle épidémiologique peut être précaire dans une épidémie naissante lorsque l'on dispose de très peu d'informations fiables sur les comportements à risque au sein de la population. Au milieu des années 90, la séroprévalence en Indonésie était faible, même dans les groupes à haut risque, mais les parties prenantes redoutaient que le VIH attaque les professionnels du sexe dans ce pays, comme ce fut le cas en Thaïlande. En prenant 1993 comme la date de déclenchement de

l'épidémie, un chercheur des Centres de lutte et de prévention des maladies des États-Unis (CDC) projetait une augmentation explosive du VIH qui a retenu l'attention des décideurs politiques. Le Projet de prévention et de gestion du SIDA et des MST a été lancé en « urgence » au début de l'année 1996 afin de mener à titre expérimental, sur une période de trois ans, des interventions auprès des professionnels du sexe dans deux provinces qui pourraient être reproduites à l'échelle nationale. Cependant, au début de l'année 1997, l'explosion du VIH qui avait été prédite ne s'est pas produite. La performance du projet était faible et sa justification et son urgence, sur la base des projections, étaient battues en brèche. Récemment, le dialogue a repris, sous la pression de la montée du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables et compte tenu de sa propagation en direction des professionnels du sexe.

En Éthiopie, une analyse du secteur social effectuée en 1996 en collaboration avec des experts éthiopiens a estimé que le VIH/SIDA était la cause de 7,7 % du nombre total d'années de vie saines perdues et de 17,7 % à Addis-Abeba. Elle établissait des projections concernant la prévalence du VIH, les cas de SIDA et la mortalité à l'horizon 2020 et évaluait l'impact de l'épidémie sur les dépenses de santé. Ceci étant, l'analyse n'a pas convaincu le ministère de la Santé de l'urgence de s'adresser à l'épidémie du VIH/SIDA. La validité des données sur le SIDA a été également mise en question. Le traitement des problèmes que connaît le système de santé et des problèmes de santé qui affectent les zones rurales après une période de famine et de guerre était jugé plus urgent.

a. Ruehl et al., 2002.

les programmes peuvent avoir le plus grand impact.

Institutions mises en place pour une action à long terme contre le SIDA

La Banque a aidé à créer ou renforcer des institutions nationales et infranationales viables pour la lutte contre le VIH/SIDA.

Le premier Projet national de lutte contre le SIDA en Inde a créé la National AIDS Control Organization (NACO), une entité semi-autonome placée sous la tutelle du ministère de la Santé et du bien-être familial, et des associations de lutte contre le SIDA dans tous

les 25 États et sept territoires de l'union⁵. Le projet LUSIDA en Argentine a institutionnalisé la prévention du SIDA au sein du ministère de la Santé, où l'action dans le domaine du SIDA était auparavant axée presque entièrement sur le traitement et la sécurité transfusionnelle. Tandis que LUSIDA a été lancé sous la forme d'une unité distincte, à la fin du projet les fonctions avaient été concentrées au sein du ministère de la Santé. Le DCHDP du Cambodge a relevé le statut du programme de lutte contre le SIDA au sein du ministère de la Santé et pratiquement doublé le budget public alloué au Centre national pour la lutte contre le

VIH/SIDA, les affections dermatologiques et les MST (NCHADS) sur la durée de vie du projet, tout en finançant les fonctions de base du programme (activités, formation, supervision) et l'extension des opérations à toutes les provinces⁶. Les projets de lutte contre le SIDA au Brésil ont créé des Cellules de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA et les MST dans l'ensemble des 27 États et dans 150 municipalités. Ces cellules ont pour but de concevoir et exécuter des plans d'action pour la lutte contre le SIDA. Les STIP du Kenya et de l'Ouganda ont modifié les « règles » relatives à l'exécution de projets et aux transferts budgétaires vers les districts, permettant ainsi de renforcer l'action institutionnelle au niveau des districts et d'affermir l'engagement politique.

L'assistance de la Banque a souvent financé des actions de collaboration dans un petit nombre d'autres secteurs clés, habituellement à travers son soutien au ministère de la Santé, afin d'améliorer l'efficacité de l'intervention sur le terrain. Au Brésil, par exemple, l'appui aux programmes de prévention parmi les groupes à haut risque a nécessité la contribution des forces de police et de sécurité, afin de les amener à s'éloigner des mesures punitives pour devenir des partenaires dans la prévention. Les programmes de promotion des préservatifs dans le système pénitentiaire ont nécessité le concours et la coopération du ministère de la Santé, du ministère de la Justice et du ministère de l'Intérieur. En Inde, pendant le premier projet de lutte contre le SIDA, des activités ont été initiées à des degrés divers au sein de différents ministères : Éducation, Information et Radiodiffusion, Télévision, Tourisme, Mines, Travail, Justice sociale et Emploi, et Affaires féminines. Le STIP du Kenya a fourni des informations et des préservatifs aux forces de sécurité, mais s'est heurté à l'opposition des groupes religieux sur l'éducation sexuelle dans les écoles. À l'époque, l'engagement des autorités kényanes était encore relativement faible. Le STIP de l'Ouganda a financé l'achat de préservatifs et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) dans l'armée, la police et

les prisons⁷. Les ministères qui se sont engagés étaient le plus souvent ceux qui étaient les plus gravement affectés par le SIDA et qui bénéficiaient d'un avantage comparatif dans le combat contre cette épidémie⁸.

Une des leçons importantes que l'on peut tirer de cette expérience est la nécessité de renforcer les institutions et les capacités des ministères de la Santé, qui sont les institutions techniques et d'exécution impliquées en premier lieu dans l'action nationale en matière de lutte contre le SIDA. La première phase de l'assistance de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA a renforcé des institutions haut placées au sein du ministère de la Santé (comme au Brésil et au Cambodge) ou des cellules autonomes de haut niveau rattachées au ministère de la Santé (comme en Inde). L'assistance aux unités secondaires du ministère (comme au Kenya et au Zaïre) a remporté relativement moins de succès, une situation qui s'explique en premier lieu par le fait que la position inférieure donnée à une organisation témoigne du peu d'engagement politique à l'intérieur ou hors du ministère de la Santé⁹. Placer le siège institutionnel de l'action nationale à un niveau plus élevé au sein du ministère était une condition préalable pour l'initiation d'un grand nombre des projets (Cambodge, Inde). En revanche, le fait de confier la responsabilité de la coordination des projets de lutte contre le SIDA au ministère de la Planification au Tchad a été attribué à une appropriation insuffisante par le ministère de la Santé, qui était chargé d'en assurer la mise en œuvre.

S'assurer la participation des organisations non gouvernementales¹⁰

L'assistance fournie par la Banque a encouragé les pouvoirs publics à créer les mécanismes permettant de s'assurer la participation des ONG à la mise en œuvre des actions de lutte au niveau national et a financé le renforcement des capacités dans le secteur des institutions non gouvernementales. Sur les 18 projets de lutte contre le VIH/SIDA menés à terme, 17 ont prévu la participation des ONG ou des

Tableau 3.1 : Nombre d'ONG et d'OBC soutenus par des projets achevés de lutte contre le SIDA

Projet ^a	Exercice	ONG	OBC
Ouganda – PAPSCA (volet SIDA uniquement)	90–95	4	
Haïti – Premier projet santé et lutte contre le SIDA	90–01	7–9	
Rwanda – Santé et population	91–02	13	
SIDA I – Inde (6 États ^b seulement)	92–99	149	
Brésil – SIDA I	93–98	181	
Ouganda – STIP	94–02		935 ^c
Burkina Faso – Population et lutte contre le SIDA	94–01		650 ^c
Tchad – Population et lutte contre le SIDA	95–01	18	50–60 ^d
Cambodge – DCHDP	96–02	40	
Brésil – SIDA II	98–03	795	

Source : PPAR, ICR.

a. Les projets au Zimbabwe, en Bulgarie et au Sri Lanka n'ont financé aucune ONG. Le projet exécuté au Kenya était supposé le faire, mais les contrats des ONG n'ont pas été exécutés. Aucun chiffre n'était disponible pour les projets au Zaïre, en Indonésie et en Guinée.

b. Andhra Pradesh, Delhi, Maharashtra, Tamil Nadu, Uttar Pradesh, West Bengal. Sur le nombre total de projets, 109 ont été réalisés à Tamil Nadu. Ces États ont reçu la visite de l'OEED ; les ONG ont bénéficié d'un soutien dans d'autres États, mais leur nombre est inconnu.

c. Inclut les ONG et les OBC. Une prorogation de neuf mois du projet du Burkina Faso a financé 600 sous-projets (inclus dans ce chiffre) à travers un projet pilote de développement mené par la communauté (CDD) dans une région (Poni).

d. Inclut les associations locales et les ONG locales.

organisations à base communautaire (OBC) et au moins 15 ont été couronnés de succès (Tableau 3.1)¹¹. L'objectif déclaré de leur participation était généralement de fournir des services de prévention, dans bien des cas, en direction des populations marginalisées et à haut risque qui ne sont pas facilement touchées par les autorités ainsi que des services d'atténuation et de prise en charge au profit des communautés sévèrement touchées. Des mécanismes de financement public des ONG ont été mis en place en Argentine, au Brésil, au Burkina Faso, au Cambodge, en Inde, en Ouganda, au Tchad et même en Indonésie, où le cadre juridique a été finalisé juste avant l'annulation du projet, mais demeurent en place pour des activités futures. Les modèles de recrutement des projets allaient de l'engagement par contrat des ONG pour assurer l'exécution d'interventions bien précisées dans des localités spécifiques (comme en Inde et dans le PAPSCA de l'Ouganda) à l'octroi de fonds aux ONG ayant une proposition répondant aux critères d'admissibilité portant sur le type d'intervention (comme en Argentine, au Brésil,

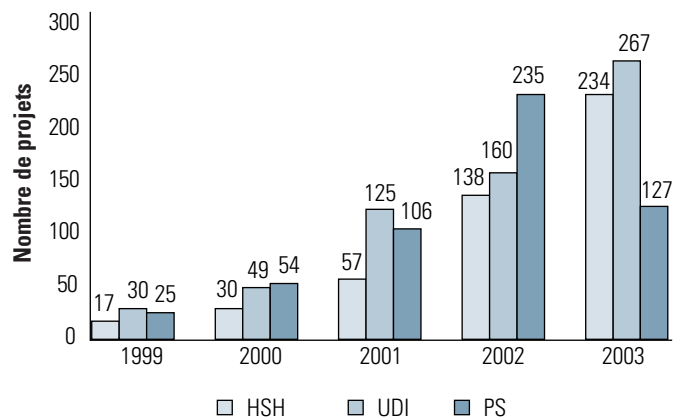
au Tchad et dans le STIP de l'Ouganda) ou une combinaison de ces critères. Le DCHDP du Cambodge s'est assuré par contrat les services de l'alliance Khmer contre le VIH/SIDA — Khmer HIV/AIDS Alliance (Khana), avec le soutien et sur les orientations de l'Alliance internationale contre le VIH/SIDA, dans le but de renforcer les capacités de 40 ONG nationales à préparer et mettre en œuvre les interventions de lutte contre le SIDA. Avant le projet, des ONG internationales intervenaient dans tout le pays, mais peu d'ONG locales ont été impliquées. Le projet Population et SIDA au Tchad a créé un fonds social et une agence de commercialisation sociale qui se sont assurés de la participation d'ONG locales, qui ont décentralisé l'action contre l'épidémie et réformé le mode d'exécution des activités ciblées sur la population et la lutte contre le VIH/SIDA.

Les ONG ont énormément contribué à étendre l'accès aux services préventifs et curatifs parmi les groupes les plus exposés au risque de contraction et de propagation du VIH (les groupes à haut risque) et à renforcer leurs moyens

d'intervention afin d'en faire des parties prenantes clés. Les projets au Brésil en particulier, mais aussi en Argentine, au Burkina Faso, au Cambodge, en Inde et au Tchad ont engagé un dialogue avec les ONG afin qu'elles participent à la fourniture des services aux groupes à haut risque (Figure 3.1). La mise en œuvre a connu énormément de succès et la couverture est très aisée à suivre lorsque des actions stratégiques et systématiques ont été menées afin de s'assurer la participation des ONG et lorsque des initiatives parallèles ont été prises pour créer un environnement propice grâce à des réformes légales et à la sensibilisation des institutions chargées de l'application de la loi. En revanche, les ONG ne sont peut-être pas toujours mieux placées que l'administration pour coopérer à ces groupes. En Indonésie, les services responsables de la santé, des affaires sociales et du tourisme, par exemple, ont tous des contacts réguliers avec les professionnels du sexe et les travestis.

Le manque de volonté politique, la faible capacité des ONG et des OBC ainsi que les procédures pesantes de la Banque ont été souvent des obstacles majeurs dans les actions pour s'assurer la participation de la société civile. Contrairement aux prévisions établies pour ce projet, le STIP du Kenya n'a fourni qu'un soutien financier direct limité aux ONG locales et aucun soutien, par contre, aux ONG nationales car le ministère de la Santé n'a jamais attribué trois contrats de gestion pour le soutien et le renforcement des capacités. Nonobstant les activités de renforcement de capacités prévues, *les capacités actuelles des ONG pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer les interventions de lutte contre le SIDA ont été surestimées dans presque tous les pays qui reçoivent une aide de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA*¹². La mise en œuvre a été également retardée par la mauvaise maîtrise des procédures de la Banque et des procédures excessivement pesantes concernant le retrait des fonds. Les initiatives des ONG en Inde et ailleurs ont été entravées par les déficits de financement entre les différents cycles et la disponibilité sporadique des fonds due aux

Figure 3.1 : Accroissement des interventions ciblées en direction des groupes à haut risque au Brésil, de 1999 à 2003



Source : Beyrer et al., 2004.

Note : HSH = hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ; UDI = utilisateur de drogues injectables ; PS = professionnel du sexe.

procédures budgétaires de l'État. Ces mêmes problèmes ont été constatés dans les projets de la Banque où interviennent des ONG, selon une évaluation précédente de l'OED (Gibbs et al., 1999).

S'il est vrai que ces activités ont permis de développer l'accès à l'information et aux services, l'on a très peu de renseignements sur la qualité, l'efficacité ou la couverture des activités des ONG/OBC en matière de lutte contre le SIDA financées par le biais de projets de la Banque ou la mesure dans laquelle elles complètent ou entrent en concurrence avec les programmes décentralisés de l'administration. Les ONG et les OBC peuvent apporter une contribution majeure à l'action menée au plan national grâce à leur champ d'intervention, leur expérience au niveau local, leur flexibilité et le rapport coût-efficacité possible de leurs activités. Cependant, l'efficacité de leurs actions est rarement évaluée ; dans la mesure où les activités de lutte contre le SIDA des ONG financées grâce à des projets de la Banque ont fait l'objet d'un suivi, les résultats sont généralement évalués en termes de produits¹³. Faute d'une évaluation des programmes, on dispose de très peu de

données concernant les conditions dans lesquelles la prestation des services par les ONG présente un meilleur rapport coût-efficacité que les services assurés par les structures publiques dans l'un quelconque des pays. On ignore dans quelle mesure les ONG contribuent à économiser les capacités limitées du secteur public ou à accroître le fardeau administratif. Peu d'informations systématiques sont disponibles sur la couverture des services de lutte contre le SIDA fournis par les ONG ou les OBC, leur efficacité à cibler les populations les plus exposées ou la mesure dans laquelle ils complètent les activités des structures publiques décentralisées. L'évaluation effectuée par l'OED en 1999 concernant la participation des ONG à des projets soutenus par la Banque d'une manière générale n'a pu établir le lien entre la participation des ONG ou des OBC à l'obtention de meilleurs résultats, au développement institutionnel ou à la pérennité (Gibbs et al., 1999).

Trois leçons importantes se dégagent de cette expérience. *En premier lieu, même dans les pays où la société civile est dynamique, la Banque et d'autres bailleurs de fonds ne doivent pas tenir pour acquise l'existence de capacités d'exécution en ce qui concerne les programmes de lutte contre le SIDA. Deuxièmement, les projets de la Banque doivent élaborer des procédures plus souples pour l'exécution des projets¹⁴. Troisièmement, il reste encore beaucoup à apprendre sur les conditions dans lesquelles les partenariats entre l'administration et les ONG dans les programmes de lutte contre le SIDA sont efficaces, rationnels, viables à long terme et complémentaires des activités des administrations locales.*

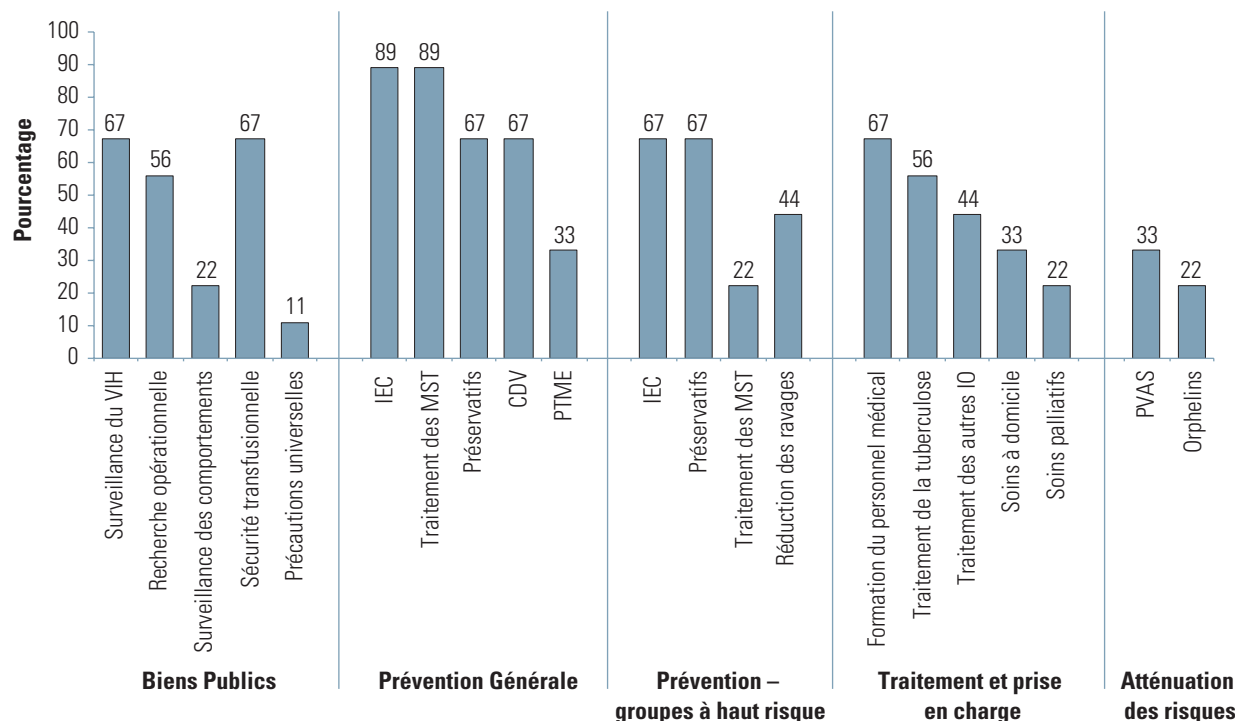
Prestation de services

La première génération de projets de lutte contre le VIH/SIDA a soutenu en premier lieu la sensibilisation et la prévention au sein de la population générale, des groupes à haut risque et, dans les pays durement touchés, la formation médicale et les médicaments destinés au traitement et à la prise en

charge. Deux tiers ou plus des projets portant uniquement sur la lutte contre le SIDA menés à terme ont assuré l'accès de la population générale à l'information, à l'éducation et à la communication (IEC), au traitement des MST, aux préservatifs, aux conseils et dépistage, ainsi que de l'accès de groupes à haut risque ciblés à l'IEC et aux préservatifs, et l'accès du personnel médical à une formation sur le traitement et à la prise en charge (Figure 3.2)¹⁵. L'ampleur des investissements consentis en faveur des autres services de traitement, de prise en charge et d'atténuation dépend du stade atteint par l'épidémie et présentait un caractère moins uniforme. En revanche, les biens publics, notamment la surveillance du VIH et des comportements, la recherche opérationnelle, l'évaluation et la prévention en direction des groupes à haut risque doit être une priorité importante pour les pouvoirs publics à tous les stades de l'épidémie, étant entendu que l'on s'attend à ce que ces activités soient soutenues partout.

Le déficit en matière de programmes de prévention ciblée aux groupes, à haut risque, résulte souvent de la non exécution des activités prévues. La quasi-totalité des projets prévoyaient quelques interventions ciblées vers les personnes les plus susceptibles de répandre le VIH par des comportements à risque¹⁶, mais la priorité était souvent donnée aux populations moins exposées pendant la mise en œuvre. Un objectif du projet en Indonésie était de piloter des interventions en direction des professionnels du sexe dans deux provinces ; au fur et à mesure que le projet était exécuté avant d'être annulé, l'accent mis sur les groupes à haut risque s'est dilué. Les STIP du Kenya et de l'Ouganda devaient inclure des activités ciblées vers les populations à haut risque, mais les agents d'exécution ont conçu le programme en fonction de l'ensemble de la population¹⁷. En Argentine, où les principaux modes de transmission concernent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les utilisateurs de drogues injectables (UDI), LUSIDA a financé dans un premier temps les interventions des ONG en faveur des femmes et des enfants.

Figure 3.2 : Activités et interventions soutenues par des projets achevés portant uniquement sur la lutte contre le SIDA (n = 9)



Note : IEC = information, éducation et communication ; CDV = conseils et dépistage volontaires ; PTME = prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; IO = infections opportunistes ; TB = tuberculose ; PVAS = personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les programmes de réduction des dangers (tels que l'échange de seringues, l'eau de javel utilisé pour la stérilisation des matériels d'injection, réhabilitation des toxicomanes) réduisent la probabilité de la transmission parmi les utilisateurs de drogues injectables (UDI). Les précautions universelles (telles que la stérilisation du matériel médical, l'utilisation de gants en caoutchouc et d'autres équipements de protection) empêchent la transmission en milieu médical.

Source : PPAR et Rapports d'achèvement d'exécution.

Ce n'est qu'à un stade avancé dans l'exécution du projet, que grâce à un encouragement ferme de la Banque et après la prise de fonction d'un nouveau gouvernement en 2002, que ces actions ont privilégié les utilisateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La non exécution des interventions visant les personnes les plus menacées résulte souvent de la stigmatisation politique et sociale et du manque d'expérience nécessaire de la part des pouvoirs publics et des ONG pour coopérer avec elles.

On constate souvent une opposition à la mise en œuvre des interventions en faveur des groupes à haut risque, tant au sein de l'administration que de la société civile. *Un enseignement important peut être tiré, à savoir que l'inclusion de ces interventions dans les plans d'exécution ou leur inscription sur une liste*

d'interventions devant bénéficier d'un soutien ne permet pas d'assurer qu'elles seront mises en œuvre dans la mesure nécessaire pour réduire la transmission du VIH. Pour garantir la mise en œuvre de ces actions, il est indispensable que la Banque mette à disposition des incitations et assure une supervision étroite des activités.

Évaluation, suivi et recherche

L'évaluation, le suivi et la recherche, qui sont des biens publics et devraient figurer parmi les principales priorités des programmes gouvernementaux de lutte contre le VIH/SIDA, quel que soit le stade de l'épidémie, n'ont pas été exécutés comme prévu (Figure 3.2). Ils peuvent améliorer la pertinence, l'efficacité et l'efficience de la conception et de la gestion des

programmes, sont importants pour instaurer la responsabilité et la transparence et peuvent renforcer l'engagement politique. Ces questions prennent une importance particulière dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA à cause du manque cruel d'information sur l'épidémie et sur l'efficacité des programmes au niveau des pays et des collectivités locales.

L'évaluation et la recherche ont été énormément négligées dans les projets de lutte contre le VIH/SIDA financés par la Banque¹⁸. Les interventions soutenues se sont souvent révélées efficaces dans les environnements de recherche contrôlés dans d'autres pays¹⁹ ou ont été promues à partir de notions internationales de ce qui constitue un bon programme, sans bénéficier des interventions pilotes qui ont fait l'objet d'une évaluation au plan local. Les STIP au Kenya, en Ouganda et au Zimbabwe, par exemple, n'ont mené ou évalué aucune activité pilote locale de gestion syndromique des MST ou de formation avant de passer à l'échelle nationale. Quand des interventions pilotes ont été effectuées, elles se sont souvent étendues sans qu'il ne soit procédé à une évaluation de leur efficacité ou de leur rapport coût-efficacité. La faisabilité et l'efficacité du programme d'utilisation à 100 % des préservatifs au Cambodge ont été démontrées à Sihanoukville, par exemple, mais n'a jamais fait l'objet d'une évaluation complète et son rapport coût-efficacité par rapport aux autres solutions possibles n'a pas été apprécié avant son extension à l'ensemble du pays²⁰. Dans le premier projet de lutte contre le SIDA au Brésil, le rapport coût-efficacité des interventions pilotes n'a pas été évalué, en dépit de l'existence d'un volet distinct du projet relatif au suivi et à l'évaluation (S&E). Le deuxième projet de lutte contre le SIDA au Brésil, dans lequel l'évaluation figurait également parmi les objectifs principaux, n'a pas non plus été en mesure de procéder à une évaluation, dans un pays doté de capacités importantes dans ce domaine. L'efficacité et le rapport coût-efficacité des principales activités programmatiques des programmes nationaux de lutte contre le SIDA

soutenus par la Banque, tels que l'IEC, le renforcement des capacités, la gestion syndromique des MST et les programmes de promotion des préservatifs ont, tout bien considéré, été rarement l'objet d'une évaluation indépendante.

Les budgets affectés par les projets à la recherche et aux travaux d'analyse n'ont pas été utilisés pour influencer sur les programmes et ont réparti les ressources en tenant compte de la demande exprimée par les chercheurs plutôt qu'à partir d'une évaluation des domaines programmatiques hautement prioritaires. L'évaluation de l'OED concernant le premier et le deuxième projets de lutte contre le SIDA au Brésil a constaté, par exemple, que le programme de recherche avait un caractère « ad hoc » et était « mal coordonné dans sa conception » générant une quantité importante d'informations peu exploitées pour améliorer les résultats et l'impact des programmes.

L'assistance fournie par la Banque a permis aux pouvoirs publics d'accroître la couverture de la surveillance épidémiologique et des comportements, mais la mise en œuvre de ces actions accuse souvent du retard et les systèmes n'ont pas été amenés à se focaliser sur les comportements à risque. Le système de surveillance du VIH en Inde n'avait pas réalisé une couverture nationale jusqu'à l'année 1998, qui constituait la dernière année d'exécution du premier projet de lutte contre le SIDA ; l'ensemble de l'activité de surveillance était axé sur les femmes enceintes qui figurent parmi les dernières populations qui connaissent une aggravation du VIH²¹. Jusqu'en 2002, au moment où le deuxième projet de lutte contre le SIDA était bien avancé, il n'existait aucune enquête nationale sur les comportements. La surveillance du VIH au niveau national au Brésil n'a été réalisée qu'à la faveur du deuxième projet de lutte contre le SIDA, intervenu en 2000²². Seules les femmes enceintes sont systématiquement suivies, dans le contexte d'une épidémie qui demeure concentrée parmi les UDI, les HSH, les professionnels du sexe et d'autres groupes à haut risque. La première

enquête sur les comportements au Brésil n'est intervenue qu'en 1998²³. Les programmes nationaux en Éthiopie et en Ouganda, qui avaient assuré par le passé le suivi systématique du VIH chez les professionnelles du sexe et les conducteurs de camions, s'en sont détournés, malgré le soutien dont ils bénéficient de la Banque. Par contre, le DCHDP du Cambodge a financé l'exécution par l'administration de la surveillance du VIH et des comportements des groupes à haut risque, avec le concours technique d'autres bailleurs de fonds. Pourtant, au moment de l'évaluation de l'OED, il n'existait encore aucune enquête crédible à l'échelle nationale sur les comportements à risque chez les hommes et les femmes au Cambodge.

Au plan du suivi et de l'évaluation (S&E), les projets de lutte contre le SIDA soutenus par la Banque ont dans leur

immense majorité privilégié le suivi, mais celui-ci a été souvent mal conçu, n'a pas été mis en œuvre et supervisé de manière optimale. Au nombre des problèmes fondamentaux qui se sont révélés, figurent les suivants :

- Il y a trop souvent d'indicateurs qui ne sont pas cependant accompagnés de *plan* pour la collecte d'informations ni d'*incitations* pour motiver la collecte de celles-ci, et les *données sont insuffisamment exploitées* dans la prise de décisions (Wilson 2004).
- Les projets sont souvent lancés sans que l'on dispose des *données de base* indispensables pour leur conception. L'absence de données de base sur les comportements en Indonésie a conduit le projet à croire que l'épidémie était sur le point de se déclencher parmi les

Encadré 3.4 : L'utilité limitée de la séroprévalence comme indicateur de l'impact des programmes

Les programmes de prévention du VIH/SIDA visent à réduire le nombre de nouvelles infections au VIH ou l'*incidence*. En revanche, mesurer l'*incidence* est complexe et onéreuse ; il faut suivre dans le temps une cohorte de personnes séronégatives afin de dénombrer celles parmi elles qui sont devenues séropositives. Les tendances au niveau des connaissances et des comportements à risque permettent de prédire l'incidence du VIH et sont plus faciles à suivre. C'est le cas pour l'évolution de l'âge au début de l'activité sexuelle chez les jeunes, la fréquence des rapports sexuels avec des partenaires sexuels occasionnels ou commerciaux, l'utilisation de préservatifs dans les rapports sexuels occasionnels et commerciaux et les comportements des utilisateurs de drogues injectables.

La plupart des programmes nationaux de lutte contre le SIDA suivent le pourcentage de la population infectée par le VIH ou la *prévalence du VIH*. Le nombre de personnes séropositives peut augmenter ou diminuer selon que le nombre de personnes qui contractent l'infection est plus élevé que le nombre de personnes qui meurent pendant une période donnée. Lorsque la prévalence se « stabilise », cela signifie que les nouvelles infections et les nouveaux décès sont en équilibre : tous deux peuvent être élevés ou faibles^a. La prévalence du VIH baisse quand les

décès dépassent les nouvelles infections. Ainsi, ni le « maintien d'un taux de prévalence stable du VIH » ni la « réduction de la prévalence du VIH » (qui constituent tous les deux des objectifs des projets et plans nationaux de lutte contre le VIH/SIDA) ne sont des indicateurs de succès des programmes de prévention car ils ne révèlent rien sur le nombre de nouvelles infections.

Les variations de la prévalence du VIH sont une donnée de substitution utile pour représenter l'incidence du VIH uniquement lorsqu'il est prévu un faible taux de la mortalité dû au SIDA, par exemple, dès le début d'une épidémie ou parmi les jeunes adultes qui n'ont commencé que récemment l'activité sexuelle ou la consommation de drogues injectables. Le troisième cas serait celui où toutes les personnes séropositives pourraient être maintenues en vie. Ensuite, la prévalence du VIH *augmenterait* à un taux exactement égal au nombre de nouvelles infections. Bien qu'elle ne soit pas généralement utile dans l'évaluation du succès des programmes de prévention, dans les épidémies bien avancées, la prévalence du VIH est utile dans la prédiction de la demande de traitement et de services connexes. Parmi les femmes enceintes, elle évalue la nécessité de mettre en place des services destinés à empêcher la transmission du VIH aux enfants.

a. Wawer et al., 1997.

professionnelles du sexe, alors que sa propagation s'est effectuée à travers la consommation de drogues injectables. Dans la quasi-totalité des pays où des enquêtes sur la prévalence du VIH au niveau de la population ont été effectuées, les niveaux étaient plus faibles que ceux prédits par les enquêtes sur les femmes enceintes, et ont entraîné d'énormes conséquences sur la conception des programmes de traitement et d'atténuation²⁴.

- Les indicateurs ne sont pas toujours *adaptés à l'objectif* évalué. À titre d'exemple, le fait de ne pas cerner l'épidémiologie de base du VIH a conduit de nombreux projets à choisir la séroprévalence comme un indicateur de l'impact des programmes (Encadré 3.4). Peu d'efforts ont été déployés pour suivre l'incidence du VIH²⁵, les substituts à l'incidence ou la mortalité causée par la SIDA. Les indicateurs du traitement sont le plus souvent exprimés par le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement, et non par la mesure dans laquelle elles sont réellement en bonne santé ou vivent plus longtemps.
- Les multiples enquêtes nationales réalisées par les autorités et les bailleurs de fonds *n'ont pas permis d'assurer la comparabilité des questions entre les enquêtes*, d'où l'impossibilité de suivre les changements intervenant dans les comportements dans le temps (au Cambodge²⁶, en Inde, en Ouganda²⁷ et au Tchad²⁸, par exemple), même quand les deux enquêtes sont parrainées par la même institution. Ceci atteste du manque de collaboration entre la Banque, les institutions parrainantes et les pouvoirs publics²⁹.
- Les *données relatives aux produits* des projets ne font pas souvent l'objet de suivi ; dans ces conditions, il est impossible d'attribuer les modifications des résultats aux programmes publics³⁰.

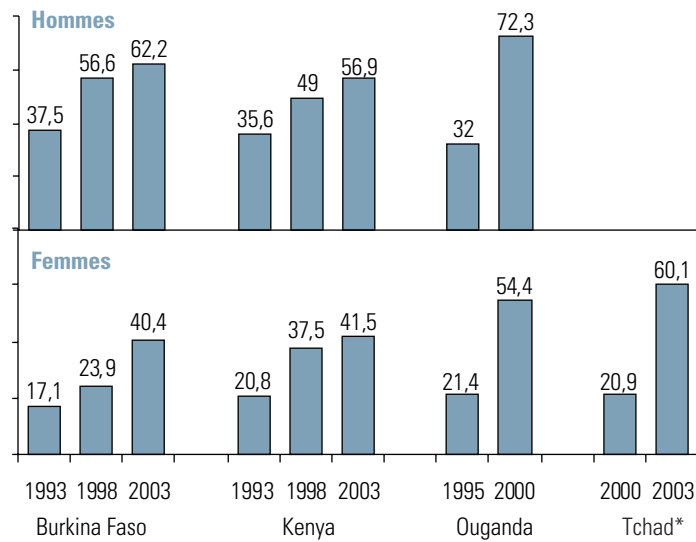
L'expérience révèle des besoins multiples : 1) identifier un nombre plus réduit d'indicateurs de suivi et veiller à leur pertinence par rapport aux objectifs ; 2) concevoir un plan viable de mise en œuvre pour la collecte des données de suivi ; 3) commander une évaluation indépen-

dante des composantes clés des programmes ; 4) prévoir des mesures en vue d'encourager les emprunteurs et le personnel de la Banque à assurer effectivement le suivi et l'évaluation et faire en sorte qu'ils en exploitent les résultats pour la prise de décisions. Cela peut prendre différentes formes : lier la disponibilité de résultats de S&E et les décisions programmatiques clés et à la poursuite du financement ; 5) améliorer la coordination entre les pouvoirs publics, les bailleurs de fonds et l'assistance technique afin d'assurer la comparabilité des grandes enquêtes ciblées sur la population dans le temps ; et 6) structurer les travaux de recherche et d'analyse de façon à influencer sur les décisions programmatiques clés.

Résultats et impacts

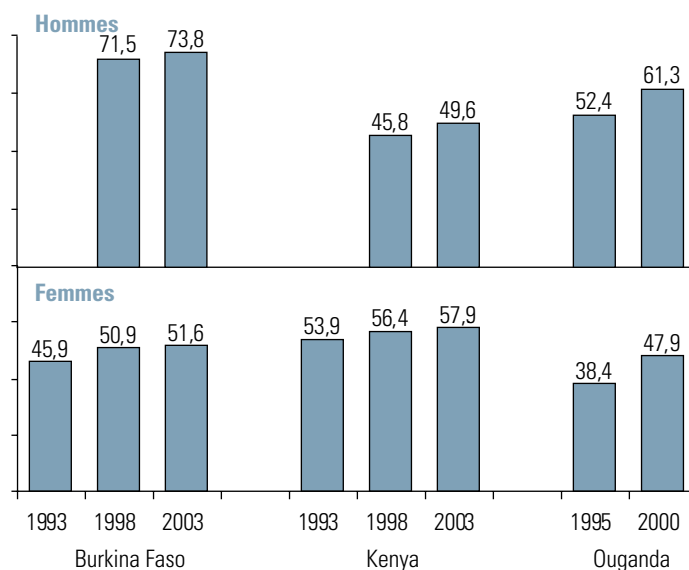
Le présent chapitre examine les éléments relatifs à l'évolution des connaissances et des comportements dans quelques-uns des pays qui ont bénéficié de l'assistance de la Banque mondiale. Dans nombre des pays, la Banque n'était pas le seul bailleur soutenant la lutte contre le VIH/SIDA, mais s'inscrivait dans un contexte de collaboration plus large³¹. Dans la plupart des cas, il est impossible d'attribuer ces tendances aux politiques publiques en général (celles bénéficiant du soutien de la Banque ou qui sont mises en œuvre par les pouvoirs publics ou les bailleurs de fonds), en raison d'un mauvais suivi des produits, d'où la difficulté d'établir un lien entre les produits et les effets directs, et de définir ce que serait la situation en l'absence de projet. Les connaissances et les comportements peuvent évoluer en fonction de l'expérience personnelle des individus dont les amis et les membres de la famille contractent le VIH ou meurent du SIDA. Néanmoins, il est utile de savoir si les tendances dans les pays qui ont bénéficié du soutien de la Banque sont allées dans le bon sens, même s'il est impossible de les attribuer clairement à l'action des pouvoirs publics. Même dans ce cas, le suivi inefficace et le manque de coordination entre les bailleurs de fonds et l'administration dans la collecte des données ont contribué à la disponibilité limitée de données sur les tendances.

Figure 3.3a : Pourcentage des enquêtés ayant entendu parler du SIDA qui déclarent spontanément que l'on peut éviter de contracter le SIDA en utilisant les préservatifs



*Pour le Tchad, les réponses proviennent d'une question orientée (et non spontanée) sur l'utilisation des préservatifs.

Figure 3.3b : Pourcentage des jeunes de 15 à 19 ans qui n'ont jamais eu de rapports sexuels



Source : Données de l'Enquête démographique et de santé (Burkina Faso, Kenya, Ouganda) et OED 2005c (Tchad).

Connaissances et sensibilisation au VIH/SIDA. La connaissance des modes de prévention du VIH s'est accrue au Burkina Faso, au Kenya et en Ouganda, des pays qui ont reçu dès le départ un soutien de la part de la Banque et de nombreux autres bailleurs de fonds (Figure 3.3a). Le pourcentage des enquêtés qui ont spontanément rapporté qu'ils utilisaient le préservatif pour éviter de contracter le SIDA a augmenté de façon modeste au Burkina Faso et au Kenya, mais a plus que doublé en Ouganda. Le pourcentage de femmes au Tchad répondant correctement à une question orientée sur l'utilisation des préservatifs pour éviter le SIDA³² a triplé en trois ans. La part des jeunes âgées de 15 à 19 ans qui n'ont jamais eu de

rapports sexuels enregistre une lente augmentation (Figure 3.3b) tant chez les hommes que chez les femmes, réduisant ainsi leur exposition au risque de contracter le VIH/SIDA (ainsi que le risque de grossesse et de contraction des autres MST)³³. Malheureusement, les résultats concernant les autres moyens d'évaluation des connaissances, du comportement sexuel et de l'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels à risque, qui constituent les variables présentant un intérêt primordial pour les programmes de lutte contre le SIDA sont difficiles à comparer entre les enquêtes de 1998 et 2003. Même dans les pays où des changements sont intervenus, la situation contrefactuelle est difficile à saisir.

Encadré 3.5 : La relation entre les dépenses publiques, les connaissances sur le SIDA et l'accès à l'information en Inde

Pendant le premier projet national de lutte contre le SIDA (1992–1999), les gouvernements des états et des territoires de l'union ont consacré en moyenne 13,1 Rs. (0,29 dollar) par habitant à tous les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et 3,2 Rs. (0,07 dollar) par habitant à l'information publique sur le VIH/SIDA. Ce projet a-t-il eu un quelconque impact sur la prise de conscience et la connaissance de l'infection ?

Une étude — portant sur la relation entre l'information et les connaissances tirée de l'enquête nationale sur la surveillance des comportements (BSS) en Inde réalisée en 2001 et sur les niveaux des dépenses par habitant affectées par les États au SIDA et à la sensibilisation au SIDA de 1992 à 2001 — a conclu que l'augmentation des dépenses des États consacrées aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les années 90 est associée à une meilleure connaissance de la prévention du VIH et de l'accès en 2001 :

- ➔ L'augmentation de 3 roupies (0,07 dollar) des dépenses publiques par habitant affectées à la lutte contre le VIH/SIDA (1992–1999) est associée à l'augmentation d'un point de pourcentage de la connaissance de la prévention du VIH/SIDA et de la réception d'informations générales et d'informations sur les préservatifs, telles que rapportées par les personnes interrogées.
- ➔ L'augmentation de 3 roupies des dépenses publiques affectées à la sensibilisation sur le VIH/SIDA est associée

à l'augmentation de 3 points de pourcentage de la réception d'informations générales et d'informations sur les préservatifs, telles que rapportées par les personnes interrogées.

L'étude a utilisé comme variables témoins d'autres facteurs qui ont peut-être eu une incidence sur la sensibilisation du SIDA pendant cette période : le statut conjugal au niveau des États et les niveaux d'alphabétisation découlant du recensement de la population indienne effectué en 1991 et en 2001 ; le revenu des États (produit national brut, PNB) par habitant ; l'étendue de l'épidémie du VIH (indiqué par le pourcentage de personnes interrogées qui connaissaient une personne atteinte du SIDA) ; et le genre et la zone de résidence des enquêtés. Ces résultats suggèrent un impact de l'information publique, mais devront être confirmés par une évaluation plus formelle mettant en relation les apports du projet en termes d'IEC et les changements au niveau des connaissances.

Des questions relatives à la *désinformation* sur le SIDA ont été également posées lors de la BSS, mais les résultats n'ont pas été communiqués dans le rapport final. La divulgation des données aux chercheurs permettrait une analyse plus approfondie de l'impact possible des dépenses consacrées à l'information publique sur la réduction de la désinformation.

Source : Subramanian 2003.

Ces paramètres auraient-ils changé même en l'absence d'un soutien de la Banque ?

Dans l'État indien de Tamil Nadu, le pourcentage de femmes jamais mariées en âge de procréer qui avaient entendu parler du SIDA a augmenté, passant de 23 à 87 % entre 1992/1993 et 1998/1999 ; le pourcentage de celles qui ont déclaré spontanément que les préservatifs empêchent la transmission du VIH a augmenté de 3 à 10 %³⁴. Dans l'État de Maharashtra (qui est le deuxième État bénéficiant de la part la plus importante des dépenses allouées aux projets), la prise de conscience du SIDA est passée de 19 à 61 % et les déclarations spontanées sur l'utilité du préservatif pour prévenir l'infection ont augmenté de 6 à 12 % pendant cette période. Les dépenses par habitant consacrées par les États à la lutte contre le VIH/SIDA en Inde au cours des années 90 sont associées à l'augmentation du niveau de connaissance de la transmission du VIH/SIDA ainsi qu'à une plus grande réception d'informations interpersonnelles sur le VIH et les préservatifs en 2001 (Encadré 3.5), bien qu'il n'existe aucun rapport entre les dépenses consenties et les comportements à risque³⁵.

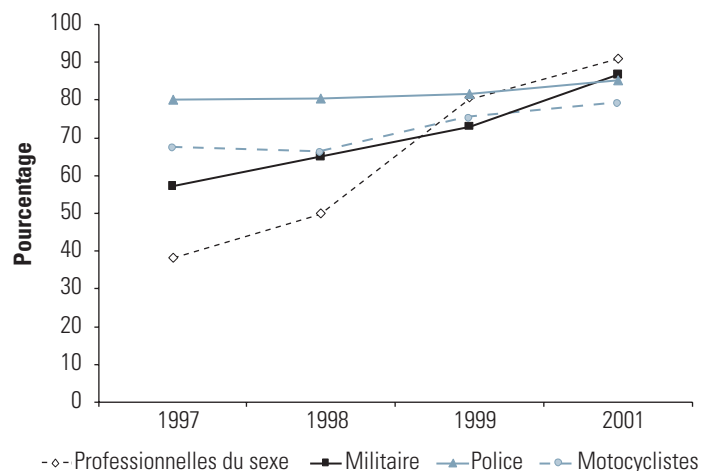
Les comportements à risque. Au Kenya, la proportion des hommes qui ont déjà utilisé un préservatif est passée de 34 à 49 % entre 1993 et 2000³⁶; la proportion d'hommes ayant plusieurs partenaires sexuels a baissé de 27 à 19 % entre 1998 et 2000, tandis que le pourcentage de ceux qui ont utilisé un préservatif pendant leur dernier épisode de rapport sexuel avec un partenaire non régulier a augmenté de 43 à 63 %. En Ouganda, l'utilisation de préservatifs avec des partenaires sexuels non réguliers a enregistré une augmentation modeste de 1995 à 2000, pendant la période d'appui fourni par le STIP en matière de commercialisation sociale des préservatifs, passant de 20 à 38 % chez les femmes et de 36 à 59 % chez les hommes.

L'État indien de Tamil Nadu a reçu la plus grande part des fonds pendant le premier Projet national de lutte contre le SIDA (1992–1999). Entre 1996 et 1999, le pourcentage des conducteurs de camions dans les

zones urbaines de Tamil Nadu qui ont rapporté avoir eu des rapports sexuels avec des professionnelles du sexe a chuté de moitié, passant de 40 à 20 %. Par ailleurs, la proportion de ceux qui utilisent des préservatifs parmi les conducteurs de camions ayant eu des rapports sexuels contre de l'argent a augmenté de 55 à 80 % en 1999, et de 94 % en 2001³⁷.

L'utilisation systématique de préservatifs parmi les professionnels du sexe dans les zones urbaines au Cambodge a plus que doublé, passant de moins de 40 % à plus de 90 % entre 1997 et 2001 (Figure 3.4). Pendant la même période, le pourcentage des hommes à haut risque qui avaient recours aux services de professionnelles du sexe travaillant dans des maisons closes au cours des 12 derniers mois a diminué de l'ordre de 55 à 65 % (données sur la surveillance comportementale du NCHADS, citées dans OED 2004a). Le volet SIDA du crédit accordé au DCHDP du Cambodge, évalué à 4,9 millions de dollars a financé près de la moitié des coûts du programme national de lutte contre le SIDA du gouvernement sur la durée de vie du projet (1996–2002), qui mettait l'accent sur l'utilisation des préservatifs parmi

Figure 3.4 : Accroissement de l'utilisation systématique des préservatifs parmi les groupes à haut risque dans les zones urbaines au Cambodge de 1997 à 2001



Source : Données sur la surveillance comportementale tirées de la NCHADS et citées dans OED 2004a.

les groupes à haut risque. Près des deux tiers du montant total des dépenses consacrées à la lutte contre le VIH/SIDA au Cambodge au cours de la même période provenaient d'agences des Nations unies, de bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux et d'ONG internationales, la plupart de ces dépenses étant exécutées en dehors du ministère de la Santé.

Résultats épidémiologiques. Dans plusieurs pays bénéficiant du soutien de la Banque, la prévalence du VIH au sein de groupes spécifiques de la population a diminué. Cependant, en l'absence d'informations concernant l'incidence du VIH ou la mortalité causée par le SIDA, il est impossible d'interpréter ces résultats en termes de réduction de la propagation du VIH. En effet, dans les pays comme le Brésil où un nombre de plus en plus important de malades du SIDA reçoivent une thérapie antirétrovirale, la prévalence du VIH devrait se maintenir aux niveaux actuels ou même grimper si les initiatives de traitement parviennent à réduire la mortalité.

Au Kenya et au Zimbabwe, les IST semblent avoir diminué pendant le déroulement des STIP. À Nairobi, la prévalence de la syphilis parmi les femmes en consultation dans les centres de soins prénataux a baissé de 7 % en 1995 pour s'établir à 5 % en 2000. De 1996 à 2000, la proportion de cas signalés d'expulsion vaginale et urétrale a reculé, comparé aux autres syndromes liés aux IST, une diminution qui correspond à un renforcement de la formation et de la gestion syndromique des IST parrainées par le projet. De plus, la proportion de ces infections a augmenté en 2001, date à laquelle la disponibilité de médicaments a chuté après l'achèvement du projet (OED 2002, Annexe B, p. 27, citant, pour la proportion de consultations, NASCOP 2002). Au Zimbabwe, la disponibilité de médicaments pour le traitement des IST (soutenue par le projet) et la formation des praticiens de la santé (soutenue par les autres bailleurs de fonds) ont enregistré une hausse spectaculaire tandis que les cas signalés d'IST d'origine bactérienne a baissé pendant le déroulement du projet. Il est impossible de déterminer si ces évolutions de

l'incidence des IST ont eu un effet quelconque sur l'incidence du VIH dans les deux pays³⁸.

La morbidité, la mortalité causée par le SIDA et les autres résultats dans le domaine du bien-être. Bien qu'un pourcentage élevé de projets aient investi dans le renforcement du traitement et de la prise en charge des malades du SIDA et, dans les pays durement touchés, dans l'assistance aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVAS) et aux orphelins, très peu de données d'information ont été collectées sur les résultats de ces activités. Le suivi des malades du SIDA effectué dans le cadre du programme de lutte contre le SIDA du Brésil figure parmi les rares exceptions en la matière. La Banque a fourni un soutien important pour la création et l'amélioration de la qualité des laboratoires et des infrastructures de dépistage, notamment des services visant à évaluer et surveiller le statut virale et immunitaire des personnes atteintes du VIH/SIDA, afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité du programme national de traitement. Le taux de décès des malades du SIDA a reculé de façon exceptionnelle, en particulier depuis l'introduction générale de la trithérapie antirétrovirale (Figure 3.5).

La reconnaissance, la qualité telle que perçue et la pertinence des travaux d'analyse de la Banque sur le VIH/SIDA.

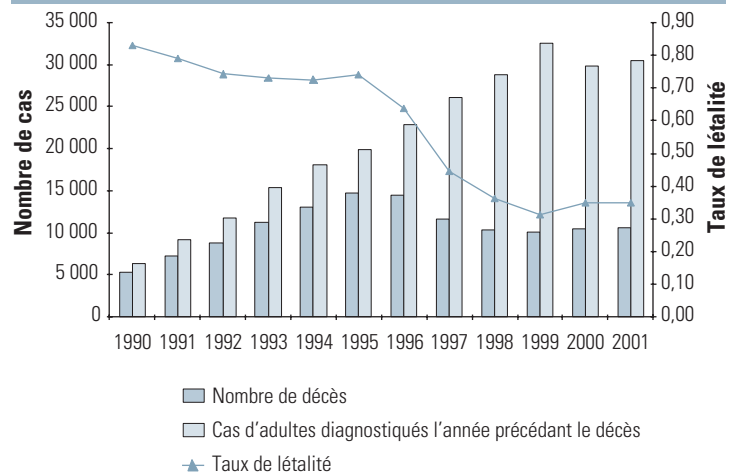
En 1996, le président Wolfensohn a invité la Banque à devenir une « banque de connaissances ». Comme on l'a vu au chapitre 2, l'on a constaté un manque cruel d'information sur la plupart des aspects de l'épidémie du SIDA et les informations disponibles ont évolué rapidement. Par ailleurs, dans le domaine de la lutte contre le SIDA, la Banque s'est vue confrontée au problème de la faible demande d'assistance de la part des pays clients ; certains types d'information peuvent avoir un impact majeur sur la stimulation de l'engagement. Les connaissances représentaient un des quatre piliers de la stratégie la plus récente en matière de lutte contre le SIDA de la région Afrique, laquelle comprenait plusieurs actions pour améliorer l'accès à l'information³⁹.

Pour mesurer l'étendue des travaux d'analyse de la Banque sur le SIDA, l'OED a procédé à un

inventaire. Un des constats importants qui se dégage de cet inventaire est que les travaux d'analyse de la Banque sur le VIH/SIDA ne sont pas très accessibles, même pour ceux qui sont dans l'institution. Ils ne sont pas systématiquement classés dans le système d'archivage interne, pas plus qu'un site web existant ne rassemble de manière complète les éléments d'information⁴⁰. L'inventaire des travaux d'analyse résumé à l'Annexe E est basé sur les réponses à un questionnaire envoyé aux gestionnaires de tâche de projets de lutte contre le SIDA et à des chercheurs travaillant sur le SIDA. Il s'appuie également sur une recherche de publications et de bases de données documentaires tenues par la Banque (intranet, Business Warehouse, ImageBank), des bibliographies de documents d'évaluation de projet sur le SIDA et de systèmes d'archivage officiels (SAP). Compte tenu des conventions concernant la communication d'informations irrégulières et des oublis prévisibles de la part des personnes interrogées, cet inventaire est une liste indicative plutôt que définitive.

En s'appuyant sur des produits clés de cet inventaire, l'OECD a apprécié la mesure dans laquelle les travaux d'analyse de la Banque sur le VIH/SIDA touchent les publics clés aux niveaux interne et externe, la qualité technique perçue des travaux et leur utilité. Cette évaluation se fonde sur des enquêtes menées auprès de deux publics clés : 1) 212 membres du personnel de la Banque travaillant dans les secteurs du développement humain qui participaient au Forum sur le développement humain en novembre 2003⁴¹ ; et 2) 466 délégués à la 13^e Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique (CISMA), qui s'est tenue à Nairobi, au Kenya en septembre 2003⁴². La reconnaissance et l'accès aux travaux d'analyse de la Banque ainsi que leur qualité telle qu'elle est perçue sont des dimensions primordiales de l'efficacité. Les publics touchés et l'utilité perçue de rapports spécifiques établis à leur intention sont une mesure de leur pertinence. Au cours de ces deux enquêtes, il a été d'abord demandé aux personnes interrogées si elles avaient entendu parler d'un rapport spécifique et, si oui, si elles l'avaient lu. Toutes les personnes interrogées qui

Figure 3.5 : Baisse de la mortalité causée par le SIDA au Brésil grâce à l'extension du traitement



Source : FIOCRUZ et al. 2004

avaient lu le rapport ont été invitées à lui attribuer une note pour sa qualité technique et son utilité pour leur travail⁴³. Une liste des travaux d'analyse qui était incluse dans les questionnaires et les résultats détaillés de l'enquête figure à l'Annexe F. Les principales conclusions sont énoncées ci-après.

Les travaux d'analyse de la Banque sur le SIDA ne touchent pas les publics clés de la communauté africaine impliquée dans la lutte contre le SIDA. Les décideurs publics avaient peu connaissance et avaient peu lu la plupart des études, notamment celles pour lesquelles ils étaient les principaux publics visés. Sur ces deux points, ils rejoignaient les ONG nationales et locales. Les personnes interrogées qui connaissaient et avaient le plus lu les travaux d'analyse étaient les autres bailleurs de fonds ; les universitaires reconnaissaient nombre des études dans les mêmes proportions, mais en avaient lu un nombre plus réduit. De façon surprenante, les ONG internationales affichaient des niveaux très faibles, en ce qui concerne la reconnaissance et la lecture des travaux d'analyse, un niveau qui n'est que légèrement supérieur à celui des décideurs politiques et des ONG nationales.

Le fait que ces rapports ne soient pas disponibles en français et le faible accès

à l'Internet sont des obstacles majeurs à un meilleur accès en Afrique subsaharienne. Parmi les délégués qui ont rempli un questionnaire en français, seuls 29 % pouvaient lire sans difficulté les articles techniques sur le SIDA en anglais ; 59 % pouvaient les lire avec difficulté et 12 % ne pouvaient les lire du tout. Parmi les études qui avaient été publiées en Français, les répondants francophones avaient un niveau de reconnaissance égal ou plus élevé, comparé aux répondants anglophones, mais en ce qui concerne la lecture des rapports seulement disponibles en anglais, les délégués francophones affichaient des niveaux plus faibles. En ce qui concerne l'Internet, tandis que 90 % des délégués y avaient plus ou moins accès, seule la moitié des répondants africains avaient régulièrement accès à l'Internet (à leur domicile ou au bureau), comparé à 94 % des non africains.

Le personnel de la Banque qui devrait être le mieux informé des travaux d'analyse et guides intersectoriels et, plus particulièrement les chefs d'équipe des projets de lutte contre le SIDA, n'en ont pas souvent une assez bonne connaissance. Bien qu'environ 80 % des 29 chefs d'équipe de projet avaient lu le Rapport de recherche sur les politiques de la Banque, *Faire face au SIDA*, seuls 30 % avaient lu le manuel élaboré conjointement par la Banque mondiale et l'ONUSIDA sur le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le SIDA et seulement 55 % avaient lu le guide d'appui au MAP⁴⁴. Les chefs d'équipes de projet travaillant sur les projets de lutte contre le SIDA sont invités à adopter une approche intersectorielle. Cependant, 30 % seulement avaient lu *AIDS and Education: A Window of Hope*, et 35 % avaient lu le rapport sur la protection sociale des orphelins et autres enfants vulnérables en Afrique.

Les personnels travaillant à l'échelon régional dans le secteur du développement humain sont les plus enclins à lire

les rapports sur le SIDA concernant leur région (plutôt que les rapports sur le problème à l'échelle mondiale) et les services sectoriels sont plus enclins à lire les rapports sur le SIDA dans leur secteur.

Néanmoins, la lecture de certains rapports non régionaux est relativement importante. Parmi les quatre régions pour lesquelles le personnel a fourni des réponses adéquates (Afrique, Asie de l'Est, Asie du Sud, Europe de l'Est et Asie centrale), un pourcentage plus élevé du personnel du secteur du développement humain en Asie du Sud avait lu les principaux rapports (non régionaux) sur le SIDA et un pourcentage égal des personnes interrogées dans la région Asie de l'Est était tout aussi enclin à avoir lu des rapports sur le SIDA en Thaïlande.

Parmi les personnes interrogées qui avaient lu les rapports, aussi bien la communauté internationale que le personnel de la Banque travaillant dans le secteur du développement humain leur ont attribué des notes élevées pour leur qualité technique et leur utilité. La moitié ou plus des personnes interrogées au sein de la Banque a jugé « élevée » ou « très élevée » la qualité de huit rapports sur dix, et quatre rapports ont reçu des notes « élevée » et « très élevée » de la part de 70 % ou plus des personnes interrogées. Parmi les personnes interrogées lors de la CISMA, les notes attribuées à la qualité technique des rapports étaient encore meilleures, 60 à 79 % ayant conféré la note « bonne » ou « très bonne ». Le personnel de la Banque a jugé les dix études soit comme utiles ou comme étant l'une des plus utiles 31 à 65 % du temps, mais seules trois personnes ont dépassé le seuil de 50 %⁴⁵. Les personnes interrogées lors de la CISMA ont jugé les rapports beaucoup plus utiles que le personnel de la Banque, les appréciations allant de « très utile » à « le plus utile » entre 57 et 75 % du temps. Cinq des 12 rapports ont reçu des notes de 70 % ou ont été jugés « très utile » ou « le plus utile » et cinq autres, 60 % ou plus.

Données essentielles 4

- Le programme MAP Afrique s'est assuré la participation de plus d'une vingtaine d'autres pays pour initier des activités de grande envergure dans le cadre de la lutte contre le SIDA.
- L'engagement politique s'est renforcé, le nombre d'acteurs a augmenté et l'échelle des activités est en train d'être agrandie.
- Le MAP s'appuie sur les stratégies nationales de lutte contre le SIDA pour définir les priorités, mais la plupart de ces stratégies n'établissent pas un ordre de priorité et un état de coût des activités.
- La conception du MAP préconisait un renforcement de la supervision et du suivi et évaluation des autres projets, mais cela ne semble guère être le cas.
- La société civile est mise à contribution, mais les objectifs ne sont pas clairement définis, les activités ne sont pas souvent hiérarchisées et le rapport coût-efficacité n'est pas pris en compte.
- Les mécanismes de mobilisation politique ne sont peut-être pas bien adaptés pour assurer une mise en œuvre rationnelle et efficace des programmes.
- Il est prématuré d'évaluer si les risques ont été atténués et si les projets atteignent leurs objectifs.



Une analyse d'aide en cours : Le programme MAP pour l'Afrique

De septembre 2000 à la fin juin 2004, 29 projets MAP pour l'Afrique au niveau des pays ont été approuvés, pour des engagements correspondant à environ un milliard de dollars, dont 255 millions de dollars ont été décaissés¹. Étant donné que tous ces projets sont encore en cours et que certains n'ont été lancés que récemment, on ne dispose pas encore d'informations concernant leur efficacité. À mesure que ces projets seront achevés, l'OED les évaluera individuellement et de manière approfondie à travers les mécanismes d'évaluation de projet. Le présent chapitre passe en revue les objectifs du programme MAP pour l'Afrique, les hypothèses qui fondent la justification du programme et la validité des hypothèses à partir des constats qui ressortent des précédents chapitres. Cet examen est suivi d'une évaluation de la conception et des risques liés au programme, sur la base des données d'information qui ressortent de sa mise en œuvre à ce jour.

L'analyse contenue dans le présent chapitre s'inspire des résultats et des leçons tirées de la première génération de projets menés à terme (à partir des Rapports d'évaluation de performance des projets (PPAR) et des études de cas) évoqués dans les chapitres précédents ; un examen des documents de programme et de projet (y compris les auto-évaluations parrainées par ACTAfrica) ; étude de cas sur le terrain réalisée par l'OED en Éthiopie ; les données sur la mise en œuvre des projets à ce jour recueillies auprès des chefs d'équipe de projet², du SAP et d'autres systèmes de

données internes ; des entretiens avec les chefs d'équipe de projet et avec les directeurs-pays en vue d'obtenir leur avis sur les questions clés posées par la conception et la mise en œuvre des programmes (se reporter aux Annexes I et J) ; une étude sur dossier des stratégies nationales de lutte contre le SIDA dans 21 pays ayant un projet MAP et dans cinq pays non bénéficiaires ; et la récente évaluation conduite par l'OED sur le développement à base communautaire et le développement mené par la communauté (CBD/CDD, OED 2005a).

Les objectifs, la conception et les risques liés au programme MAP pour l'Afrique

L'objectif général du programme MAP pour l'Afrique est de prévenir l'infection au VIH et d'en atténuer l'impact. Selon les documents de conception, le but de la première phase du programme d'appui prévu pour une période de 10 à 15 ans est « d'intensifier les mesures prises en vue de contrer l'épidémie dans le plus grand nombre possible de pays », dans le souci de réaliser deux objectifs clairs : a) étendre l'échelle des programmes de prévention, de prise en charge, de soutien et de traitement ; et b) préparer les pays à faire face à l'impact des personnes qui développeront le SIDA au cours de la décennie suivante³. L'objectif de développement visé par la première enveloppe de 500 millions de dollars (MAP I) approuvée en septembre 2000 est d'accroître l'accès aux programmes de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH/SIDA, en mettant en particulier l'accent sur les groupes vulnérables (tels que les jeunes, les femmes en âge d'avoir un enfant et d'autres groupes à haut risque). Le MAP II, approuvé en février 2002, visait d'autres objectifs : i) appliquer à titre expérimental la thérapie antirétrovirale (ART) ; et ii) soutenir les initiatives transnationales. Chaque projet par pays visait également des objectifs de développement bien définis, « ainsi qu'énoncé dans les plans stratégiques nationaux⁴. » Le MAP a eu recours à la fois à des « critères d'admissibilité » par pays et à un modèle de conception de projet pour atteindre ces buts et objectifs (Encadré 4.1).

Il est possible d'associer la stratégie et les mécanismes du MAP, d'une part, et les éléments relatifs à l'efficacité du développement utilisés par l'OED — pertinence, efficacité, efficience, développement institutionnel et pérennité (Tableau 4.1)⁵. La plupart des critères d'admissibilité et les éléments du modèle de conception de projet visent à garantir un engagement politique et une mobilisation générale (qui ont à la fois un impact sur la pertinence et sur la pérennité des activités) et faire participer la société civile et les acteurs issus de tous les secteurs à la mise

en œuvre (assurant ainsi un accès accru aux services). Un certain nombre de mécanismes sont destinés à réaliser des économies sur les rares capacités disponibles, par exemple en améliorant l'efficience en sous-traitant la fonction de gestion et la fonction fiduciaire. Pour assurer l'efficacité technique, le rapport coût-efficacité et l'efficience de l'allocation des ressources, l'approche MAP se fonde surtout sur trois critères et éléments du modèle de conception qui sont : la rigueur de la stratégie nationale de lutte contre le SIDA, l'hypothèse selon laquelle les projets pilotes ont été testés et la mise en œuvre d'un suivi et évaluation intensif et de l'apprentissage par la pratique. Contrairement aux précédents projets de lutte contre le SIDA, la gestion ou la coordination des projets MAP est confiée dans la plupart des cas à un organe multisectoriel et les activités du ministère de la Santé sont financées par le biais de cet organe⁶.

Le programme MAP pour l'Afrique a été classé dans la catégorie des programmes à haut risque dans les documents de conception, et des efforts ont été déployés pour atténuer les principaux risques, à travers la définition des critères d'admissibilité et la conception des programmes. Les principaux risques ont été décrits : délais de mise en œuvre et faible couverture des interventions, en raison du faible engagement politique et de la disponibilité de capacités limitées pour assurer la mise en œuvre⁷. La proposition relative au MAP II a également reconnu le risque que le volet à base communautaire pourrait aggraver les inégalités existantes, particulièrement en ce qui concerne l'application de la thérapie antirétrovirale.

Cependant, plusieurs risques touchant à l'efficacité technique, l'efficience et la pérennité n'ont pas été évalués dans les documents de conception du MAP. Parmi ceux-ci, figurent les risques que :

- les plans stratégiques nationaux, qui identifient des activités qui seront financées, n'affecteront peut-être pas les ressources aux activités ayant le plus grand impact ou

Encadré 4.1 : La conception et les critères d'admissibilité du programme MAP pour l'Afrique

Le premier et le second programmes MAP pour l'Afrique représentaient chacun une enveloppe de 500 millions de dollars permettant à différents pays ou programmes régionaux d'accéder aux ressources de l'IDA, à condition que chaque pays remplisse certains critères d'admissibilité. Les projets devaient constituer la première phase d'un engagement de 10 à 15 ans à fournir une assistance pour la lutte contre le VIH/SIDA sur le continent.

La stratégie et le modèle de projet sont axés sur la mise en place du dispositif devant permettre de « une mise en œuvre effective », et relativement moins sur les actions à entreprendre. Le MAP tente d'accélérer la mise en œuvre en veillant à ce que la conception des projets garantisse : un engagement politique accru ; des activités et une coordination multisectorielles et ; une augmentation sensible des ressources financières ; la création de l'infrastructure fiduciaire propre à accélérer les décaissements, ainsi que la sous-traitance des principales activités de gestion de projet, en tant que de besoin, et l'acheminement direct d'une part considérable des fonds affectés aux projets aux ONG et aux communautés.

Les pays qui désirent participer au programme MAP pour l'Afrique doivent remplir quatre critères d'admissibilité (Banque mondiale 2000b) :

- fourniture d'éléments attestant qu'une approche stratégique du VIH/SIDA, élaborée de manière participative ou qu'un processus de planification stratégique à caractère participatif a été mis en place, assorti d'une feuille de route et d'un calendrier ;
- l'existence d'un organe de coordination de haut niveau de la lutte contre le VIH/SIDA, dans lequel seront largement représentées les principales parties prenantes issues de tous les secteurs, notamment les personnes vivant avec le VIH/SIDA ;

- l'engagement des pouvoirs publics à assurer la mise en place de mécanismes propres à assurer une mise en œuvre rapide, notamment en acheminant directement les fonds provenant des dons vers les communautés, la société civile, et le secteur privé^a ;
- l'avis favorable des autorités publiques au recours à plusieurs organes d'exécution, plus particulièrement des ONG et des OBC.

À condition de remplir ces conditions, le programme MAP est déterminé à financer la stratégie nationale globale de lutte contre le VIH/SIDA. Dans une annexe, le document d'appréciation préalable de projet du MAP souligne différentes priorités pour les pays en proie à des épidémies concentrées et généralisées, mais aucune action n'a été entreprise pour établir un ordre de priorité entre les activités ou objectifs dans le cadre de la mise en œuvre ; cela est supposé être déjà le cas pour la stratégie nationale. Les composantes de l'immense majorité des projets MAP sont organisées autour du financement d'une entité de mise en œuvre — le secteur public et la société civile, par exemple — plutôt qu'autour du type d'intervention ou de l'objectif. Sur les premières deux douzaines de projets du programme MAP pour l'Afrique, seulement quatre disposent des composantes correspondant au type d'activité ou à l'objectif^b.

L'approche du modèle de projet a pour objet d'accélérer la préparation des projets. À titre de compensation, les projets sont supposés consacrer une allocation budgétaire plus importante à la supervision, garantir un suivi et évaluation rigoureux (qui représente 5 à 10 % du coût des projets) qui renforcent « l'apprentissage par la pratique », et procéder à des ajustements à mi-parcours.

a. Pendant le MAP II, cet engagement s'est renforcé, de telle sorte que la sous-traitance des principaux mécanismes de mise en œuvre serait la norme et que les pouvoirs publics acceptent « d'acheminer directement les fonds provenant des dons vers les communautés, la société civile et le secteur privé et d'assurer la mise en place de mécanismes efficaces de passation de marchés » (Banque mondiale 2001b, p. 15).

b. Les composantes axées sur les activités sont : la gestion du savoir (Ghana) ; les interventions ciblées (Burkina Faso) ; les orphelins (Burundi) et trois composantes au Malawi axées sur la prévention et le plaidoyer, le traitement, la prise en charge et le soutien ainsi que l'atténuation de l'impact. Le projet du Malawi est également l'unique MAP ayant une composante exclusivement destinée au suivi, à l'évaluation et à la recherche. (Dans la plupart des autres projets, cette fonction est incluse dans la composante relative à la gestion de projet et à la coordination.)

n'auront peut-être pas évalué de manière adéquate la pérennité du programme. Cela aurait pour conséquence : a) l'affectation des

capacités limitées à des activités moins efficaces, moins rationnelles ou moins pérennes, notamment celles qui sont les

moins contestables du point de vue politique et qui ne s'attaquent pas aux principaux déterminants de l'épidémie ; ou b) l'appui à des activités peu pérennes, ce qui influera négativement sur le soutien à long terme aux ONG et à la société civile et sur la viabilité de celles-ci et, en ce qui concerne des programmes de traitement, le développement de la résistance virale.

- Les communautés ne savent peut-être pas quelle est « la meilleure solution » à adopter pour la mise en œuvre des interventions et il peut arriver qu'elles choisissent celles qui ont une efficacité limitée, qui n'exploitent aucun avantage comparatif dans la mise en œuvre et pour lesquelles elles n'ont pas la compétence technique nécessaire. Des transferts importants pourraient entraîner une mauvaise répartition des ressources au sein de la communauté, nourrir des attentes concernant d'autres transferts et risqueraient d'être accaparées par l'élite.
- Les commissions multisectorielles de lutte contre le SIDA peuvent tenter de mener des tâches d'exécution plutôt que de coordination, ce qui peut aggraver les lourdeurs bureaucratiques et ralentir l'action et le développement institutionnel des ministères clés qui sont déjà engagés, tels que le ministère de la Santé et l'armée. Dans certains secteurs, les capacités limitées peuvent être détournées au détriment d'importantes activités de réduction de la pauvreté qui relèvent de leur mission et où ils disposent des capacités nécessaires au profit d'activités de lutte contre le SIDA à faible impact où ils ne disposent d'aucune capacité ni avantage comparatif en ce qui concerne la mise en œuvre.
- L'intensification du suivi et de l'évaluation (S&E) ainsi que de la supervision qui était supposée compenser une analyse technique approfondie des activités pendant la préparation des projets ne s'est peut-être pas réalisée, comme c'est le cas dans la plupart des précédents projets de lutte contre le SIDA, limitant ainsi les résultats en matière d'apprentissage par la pratique ainsi que l'efficacité et l'efficacité.

Compte tenu des faibles résultats enregistrés dans le passé par les projets de lutte contre le SIDA et de HNP dans la mise en œuvre du S&E, du manque d'expérience de la Banque pour ce qui est de travailler avec les commissions multisectorielles de lutte contre le SIDA⁸, et des conclusions des évaluations réalisées par l'OED sur le développement mené par la communauté et les fonds sociaux relatifs à l'efficacité et/ou la pérennité, l'ensemble de ces quatre risques fondamentaux aurait dû recevoir la note « élevé ». Aucun élément n'a été prévu dans le modèle de conception global du MAP pour atténuer ces risques, qui pourraient théoriquement compromettre l'efficacité, même si de meilleurs résultats sont réalisés dans la mise en œuvre.

Les hypothèses étaient-elles valables ?

La priorité accordée par le MAP à l'élargissement rapide de l'échelle des interventions se fondait sur l'hypothèse que les efforts entrepris par le passé pour combattre le SIDA en Afrique n'avaient pas eu de succès et, d'autre part, que cinq principales raisons expliquent cet échec : a) financements insuffisants, b) manque d'engagement politique, c) incapacité d'assurer une couverture plus large des interventions pilotes efficaces, d) incapacité d'acheminer les ressources jusqu'aux communautés, et e) une concentration trop étroite sur le secteur de la santé comme le principal acteur. La troisième raison renferme implicitement une sixième hypothèse, à savoir que dans chaque pays, des interventions pilotes ont été évaluées, jugées efficaces et se prêtent à une reproduction sur une échelle plus grande.

Les résultats qui ressortent de la présente évaluation confortent l'hypothèse selon laquelle le manque d'engagement politique était l'obstacle majeur à une action concrète — non seulement en Afrique, mais aussi dans toutes les régions en développement. Le manque de financement et l'incapacité à réaliser une couverture plus étendue des services, cités comme des contraintes distinctes par le MAP, étaient aussi des arguments valides, mais reflétaient fondamentalement un faible

Tableau 4.1 : Lier la stratégie et les mécanismes du MAP à l'efficacité en termes de développement

Mesure de l'impact sur le développement	Objectif	Les mécanismes du MAP pour garantir la réalisation de l'objectif	
		Critères d'admissibilité	Particularités du modèle de projet
Pertinence	Renforcer l'engagement politique	<ul style="list-style-type: none"> • Approche participative pour l'élaboration de la stratégie • Organe de coordination de haut niveau • Engagement en faveur de mécanismes de mise en œuvre rapide et du recours à plusieurs organes d'exécution 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogue de haut niveau sur les politiques • Action multisectorielle (engagement de secteurs autres que la santé) • S'assurer la participation des ONG, des OBC, des communautés (mobilisation politique)
	Mettre en œuvre des activités suivant le stade de l'épidémie, adaptées au contexte local, techniquement viables, en accord avec les politiques	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie nationale de lutte contre le SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Apprentissage par la pratique et S&E rigoureux
Efficacité	Plus large couverture des interventions		<ul style="list-style-type: none"> • Plus de financement • Plus d'agents d'exécution (secteurs autres que la santé, la société civile)
	Mettre en œuvre les interventions les plus efficaces	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie nationale de lutte contre le SIDA^a 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi, évaluation, recherche
Efficience	Réaliser des économies sur les capacités limitées à court terme tout en les développant sur le long terme	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement en faveur de mécanismes de mise en œuvre rapide et du recours à plusieurs organes d'exécution • Organe de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploiter les capacités des autres ministères, des ONG, des OBC • Activités de renforcement des capacités • Sous-traitance des fonctions de gestion
	Hiérarchiser les activités pour assurer le rapport coût-efficacité et l'efficacité de l'affectation des ressources (financement de biens publics, examiner les externalités)	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie nationale de lutte contre le SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Apprentissage par la pratique : suivi, évaluation, recherche
Développement institutionnel ^b	Améliorer la coordination intersectorielle	<ul style="list-style-type: none"> • Organe multisectoriel de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA 	
	Créer des mécanismes pour s'assurer la participation de la société civile	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement en faveur du recours à plusieurs organes d'exécution 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités de la société civile
	Garantir la transparence et la responsabilité		<ul style="list-style-type: none"> • Mécanismes fiduciaires

(Suite page suivante)

Tableau 4.1 : Lier la stratégie et les mécanismes du MAP à l'efficacité en termes de développement

Mesure de l'impact sur le développement	Objectif	Les mécanismes du MAP pour garantir la réalisation de l'objectif	
		Critères d'admissibilité	Particularités du modèle de projet
Pérennité ^c	Engagement politique et appropriation par la société civile	• [Se reporter à la colonne sur l'engagement politique, ci-dessus]	[Se reporter à la colonne sur l'engagement politique, ci-dessus]
	Capacité de résistance financière, économique, technique	• Stratégie nationale de lutte contre le SIDA	

a. L'approche reposait également sur l'hypothèse que les interventions pilotes ont démontré leur efficacité au plan local.

b. La capacité d'un pays de faire un usage plus rationnel, équitable et durable de ses ressources humaines, financières et naturelles grâce à : i) une meilleure définition, la stabilité, la transparence, l'applicabilité et la prévisibilité des mécanismes institutionnels et/ou ii) une meilleure concordance entre la mission et les capacités d'une organisation et son mandat.

c. La capacité de résistance aux risques liés aux flux nets des bénéficiaires dans le temps, y compris la capacité de résistance technique, financière, économique, sociale et environnementale ; l'appropriation par les autorités publiques et les autres parties prenantes ; appui institutionnel et la résistance aux influences exogènes.

engagement. Au cours des recherches sur l'intervention de la Banque dans la lutte contre le SIDA, l'OED n'a trouvé aucun exemple dans lequel un client a sollicité une aide pour la lutte contre le VIH/SIDA qui ait été rejetée par la Banque. Les efforts déployés en vue de fournir une aide pour la lutte contre le VIH/SIDA à des pays où l'engagement était insuffisant (comme l'Indonésie et le Zaïre) n'ont pas eu de succès. L'intérêt considérable accordé par le MAP à l'engagement et à la mobilisation politique pendant la conception des projets était justifié, eu égard au faible taux de réussite enregistré par le passé pour la participation des pays africains.

Ceci étant, plusieurs autres hypothèses ne sont pas bien étayées. La première de celles-ci était que les efforts déployés par le passé pour contenir l'épidémie en Afrique n'avaient pas eu de succès. D'une part, il n'y avait pas alors et il n'y a toujours pas à l'heure actuelle, d'élément d'appréciation suffisant permettant de situer dans quelle mesure la trajectoire de l'épidémie est différente de celle qu'elle aurait été en l'absence d'une action de la part des pouvoirs publics et des bailleurs de fonds. Mis à part quelques études de recherche, l'incidence du VIH et la morbidité et la mortalité dues au SIDA n'ont pas fait l'objet d'un suivi en Afrique subsaharienne, et il existe peu d'enquêtes au niveau de la population qui ont suivi les

comportements dans le temps. À l'échelle nationale, aucune étude n'a établi de manière convaincante le lien entre les produits des programmes de lutte contre le SIDA entrepris par les pouvoirs publics et par les bailleurs de fonds et ces résultats. En revanche, l'aide fournie par la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso, au Kenya, au Tchad et au Zimbabwe a largement atteint ses objectifs. Plusieurs interventions clés ont été mises en œuvre à l'échelle nationale, même si dans certains cas, elles ont été jugées peu viables à long terme⁹. Le développement institutionnel a été considérablement renforcé au Burkina Faso (pour le volet SIDA), au Kenya, au Tchad et en Ouganda. Manifestement, les efforts déployés pour maîtriser l'épidémie dans l'ensemble du continent ont été trop timides, mais au moins dans les pays couverts par l'étude de l'OED où la Banque était engagée à l'échelle nationale, souvent en collaboration avec d'autres bailleurs de fonds, il ne serait pas juste d'affirmer que les efforts « n'ont pas eu de succès ».

L'OED n'a pas pu trouver de données pour corroborer l'hypothèse selon laquelle le manque de succès dans la lutte contre le SIDA en Afrique est dû à l'incapacité d'acheminer les ressources vers les communautés. Le fait que l'on n'ait pas pu mobiliser, par le passé, le soutien politique des communautés a été peut-être dans certains cas

une occasion manquée de faire émerger un engagement politique à un plus haut niveau. Toutefois, la plupart des études de cas sur les conditions de l'émergence de l'engagement politique ne font pas état d'une impulsion venant de la base ou d'un financement des communautés. Le Brésil constitue la principale exception à la règle. Dans ce cas, la mobilisation politique de la base vers le sommet pour combattre le SIDA fait suite au mouvement de démocratisation endogène amorcé dans les années 80 ; la politique de lutte contre le SIDA n'a pas précipité ce mouvement. S'il y a certainement des exemples d'interventions en matière de lutte contre le VIH exécutées avec succès par les communautés, l'OED n'a pu trouver aucun élément attestant que les interventions de lutte contre le SIDA dirigées par les communautés sont systématiquement plus efficaces ou ont un meilleur rapport coût-efficacité que celles mises en œuvre par les ONG, les pouvoirs publics, voire par le secteur privé.

L'OED ne conclut pas non plus que la trop grande importance accordée au secteur de la santé a été une des raisons du manque de succès. Bien qu'il soit tout à fait possible que d'autres secteurs clés puissent utiliser davantage de ressources pour lutter contre l'épidémie, l'OED n'a trouvé aucun élément attestant que la réaffectation des ressources du secteur de la santé vers d'autres secteurs aurait amélioré l'efficacité de l'intervention dans les pays étudiés. L'OED n'a trouvé aucun cas où l'action des autres secteurs a été aussi efficace que celle du secteur de la santé et, dans la plupart des cas, les ministères de la Santé coopèrent avec les institutions gouvernementales les plus cruciales dans d'autres secteurs¹⁰. Dans la mesure où les actions de lutte contre le SIDA sont confiées à une unité de rang secondaire du ministère de la Santé, dotée de faibles capacités, cela traduit la place peu prioritaire et l'appui politique insuffisant accordés à la lutte contre le SIDA. L'assistance de la Banque en vue de renforcer les capacités du secteur de la santé a permis d'améliorer l'action de lutte contre le SIDA lorsque l'engagement politique est manifeste. L'OED n'a pas

trouvé d'exemples d'une action vigoureuse qui ait contourné le secteur de la santé ou qui ait été dirigée par un secteur autre que la santé.

L'hypothèse selon laquelle il existe de nombreuses activités pilotes qui ont été évaluées au plan local, jugées efficaces et se prêtent à une reproduction sur une échelle plus élargie n'est pas bien étayée par les entretiens avec les chefs d'équipes de projets. Dans 42 % des pays africains bénéficiant du programme MAP, les chefs d'équipes de projet de la Banque n'avaient pas connaissance des interventions de lutte contre le VIH/SIDA déjà pilotées au niveau local et pouvant se prêter à une reproduction sur une échelle plus étendue. Les 58 % restants ont signalé que moins de quatre interventions ont fait l'objet de tests au niveau local. Dans plus de la moitié de ces cas, seul un projet pilote a été cité. Dans environ un tiers des cas, un des projets pilotes était une intervention de type CDD qui n'était pas nécessairement destinée directement à traiter le problème du VIH/SIDA.

Deux contraintes importantes ont entravé les efforts pendant la première génération de l'assistance, mais ne figurent pas parmi les hypothèses explicites dans les documents de conception du MAP : a) les *capacités très limitées* de l'administration publique et de la société civile ; et b) les *conflits, l'instabilité politique* ainsi que les problèmes de *gouvernance*. Le MAP reconnaît les contraintes liées aux capacités en invoquant des mécanismes qui visent à accélérer les décaissements et à soustraire certaines activités de gestion et font intervenir des composantes de projet dont le but est de renforcer les capacités à grande échelle¹¹. Les conflits, l'instabilité politique et les problèmes de gouvernance sont responsables des résultats peu satisfaisants des projets en Haïti et au Zaïre et du fait que le projet de lutte contre les IST au Nigéria dont la préparation est complètement achevée n'ait pas été négocié. Parmi les projets réalisés, il n'y a aucun exemple à ce jour d'un soutien de la Banque en faveur d'une action efficace de lutte contre le SIDA dans des pays en proie à des conflits civils ou qui accusent des arriérés, même si ces pays sont peut-être les plus

susceptibles de favoriser une propagation rapide du VIH.

Données d'information sur la mise en œuvre à ce jour¹²

La préparation des projets — qui aurait pu d'ordinaire prendre un an ou deux ans pour chaque projet — a été considérablement raccourcie, mais cela n'a été sans conséquences car cela a provoqué des retards entre l'approbation des projets et leur entrée en vigueur (Encadré 4.2). Le MAP compense la préparation rapide en adoptant un concept de projet qui s'appuie sur la rigueur technique du plan stratégique national, l'apprentissage par la pratique et une supervision plus intense¹³. Quoique plus de 80 % des chefs d'équipes de projet des programmes MAP I et II pensent que le temps de préparation était suffisant pour garantir l'appropriation au niveau national du projet, les données attestent que des activités importantes ont été comprimées. Seuls 58 % des chefs d'équipes de projet du MAP I ont signalé que le temps était suffisant pour garantir la qualité de la conception du projet, par exemple. Le premier examen conjoint de l'avancement du programme effectué par la Banque mondiale et l'ONUSIDA en juin/juillet 2001 a conclu que les retards considérables entre l'approbation des projets et l'entrée en vigueur dans le cadre du MAP I étaient dus en partie à une préparation inadéquate (Banque mondiale 2001c). L'examen a recommandé que les manuels des opérations, les programmes d'exécution pour la première année et les procédures relatives aux demandes de dons aux communautés et à l'examen de ces demandes soient finalisés avant l'approbation des projets. Ces actions et d'autres visant à améliorer la préparation des projets ont entraîné un doublement du temps de préparation entre le MAP I et le MAP II, mais aussi un raccourcissement du temps entre la préparation et l'entrée en vigueur. Les chefs d'équipes de projet du programme MAP II tendaient à être plus disposés que les chefs d'équipe de projet du MAP I à entreprendre une analyse institutionnelle ou une évaluation des capacités des ONG pendant la préparation

des projets. Seuls 17 % des chefs d'équipes de projet ont déclaré que les travaux d'analyse ont été effectués avant l'approbation des projets au titre du MAP I ; tandis que ce nombre est passé à 42 % parmi les chefs d'équipe de projet du MAP II, il était encore relativement faible.

Il est difficile de dire si la supervision des projets MAP pour l'Afrique a été plus intense que pour les projets ordinaires¹⁴. D'une part, la supervision des projets MAP I, financée sur le budget de la Banque, ne semble pas avoir été plus intense que pour les projets de santé classiques. L'OED a comparé les dépenses de la Banque pour la supervision des projets MAP I dans huit pays un an et deux ans après l'entrée en vigueur du projet, au coût de supervision de onze projets de santé en cours dans les mêmes pays. En moyenne, les coûts de supervision pendant les 12 premiers mois des projets de santé étaient supérieurs de 39 % à ceux des projets MAP¹⁵. Après deux ans, le montant cumulé des coûts de supervision des projets de santé était supérieur de 10 % à celui des projets MAP. En comparant les projets pays par pays, dans six des huit pays, les coûts de supervision du MAP depuis l'entrée en vigueur du projet étaient analogues ou inférieurs à ceux des projets de santé. Ces statistiques ne prennent pas cependant en compte la supervision venant d'autres sources, comme l'appui de l'équipe ACTAfrica ou les activités de supervision financées sur des fonds fiduciaires. Presque tous les chefs d'équipes de projet du MAP I ont néanmoins déclaré que les fonds provenant du budget de la Banque qui sont affectés à la supervision étaient suffisants pour garantir une qualité minimale ; en revanche, seuls sept des 12 chefs d'équipes de projet ont déclaré que les ressources affectées à la supervision étaient suffisantes pour les pays bénéficiant du programme MAP II.

Moins de projets MAP que prévu ont sous-traité des fonctions clés mais, lorsque ce fut le cas, les chefs d'équipe pensent que cela a accéléré la mise en œuvre. Les chefs d'équipes de projet ont signalé que la moitié environ des projets n'ont pas sous-traité la gestion financière ou la passation des marchés et environ 70 % n'ont pas sous-traité la gestion

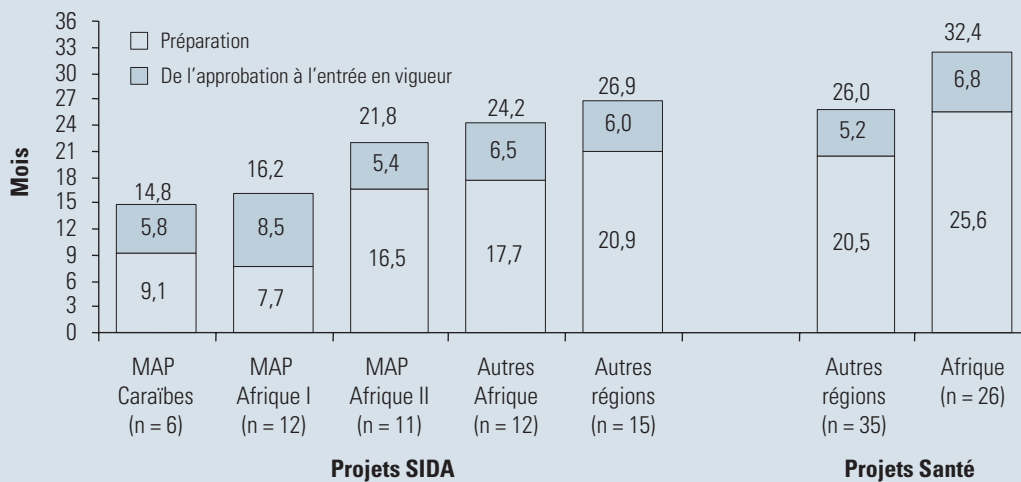
Encadré 4.2 : Le MAP a-t-il réduit le temps de préparation des projets ?

L'une des principales raisons du recours du programme MAP pour l'Afrique à un modèle de conception de projet était d'accélérer la mise en œuvre en réduisant le temps qui s'écoule entre l'identification du projet et l'approbation par le Conseil des Administrateurs (la phase de préparation). L'OED a comparé le temps de préparation et le temps séparant l'approbation et l'entrée en vigueur^a pour 56 projets achevés et en cours de lutte contre le SIDA (dont 23 sont des projets entrant dans le cadre du programme MAP pour l'Afrique) avec 61 projets de santé (non liés à la lutte contre le SIDA) achevés et en cours dans les mêmes pays.

Les six projets du programme MAP Caraïbes enregistraient au total le temps le plus court entre l'identification et l'entrée en vigueur (14,8 mois), suivis par le Programme MAP pour l'Afrique I (16,2 mois, se reporter à la figure). En revanche, le temps total est passé à 21,8 mois lors du programme MAP pour l'Afrique II. Les 12 projets entrant dans le cadre du programme MAP pour l'Afrique I affichaient le temps de préparation le plus court pour tous les groupes de projets de lutte contre le SIDA (7,7 mois), mais aussi le temps le plus long entre l'approbation et l'entrée en vigueur (8,5 mois). Le temps de préparation a doublé pendant le MAP II, pour s'établir à 16,5 mois, bien que

cela semble avoir réduit d'environ 40 % le temps moyen avant l'entrée en vigueur. Le temps qui s'écoule entre l'identification et la mise en œuvre des projets MAP II n'est que d'environ deux mois plus court que pour les autres projets de lutte contre le SIDA en Afrique et de cinq mois plus court que pour les projets de lutte contre le SIDA dans d'autres régions. Trois quarts des projets hors-MAP de lutte contre le SIDA en Afrique étaient des projets liés à la santé ou à la protection sociale comportant un volet SIDA, qui nécessitent une phase de préparation pour toutes les activités, ce qui explique peut-être le temps de préparation plus long.

De par le monde, les projets de lutte contre le SIDA affichaient également un temps de préparation beaucoup moins long entre l'identification et l'entrée en vigueur (21,7 mois) que les projets de santé (hors-SIDA) dans les mêmes pays (28,7 mois, non mentionné). Cette situation est principalement due à un temps de préparation plus court d'un an pour les projets de lutte contre le SIDA en Afrique (13,9 mois, comparé à 25,6 mois pour les projets de santé en Afrique). À l'exclusion des projets de lutte contre le SIDA en Afrique et des projets MAP Caraïbes, les projets de lutte contre le SIDA et les projets de santé ailleurs dans le monde ont approximativement la



Notes : a. « Entrée en vigueur » est une expression juridique qui renvoie au moment où l'emprunteur peut commencer à effectuer des retraits sur des prêts de la Banque mondiale. L'emprunteur doit approuver l'accord de prêt ou de crédit à travers ses propres procédures gouvernementales, et toute condition particulière fixée par l'accord doit être satisfaite.

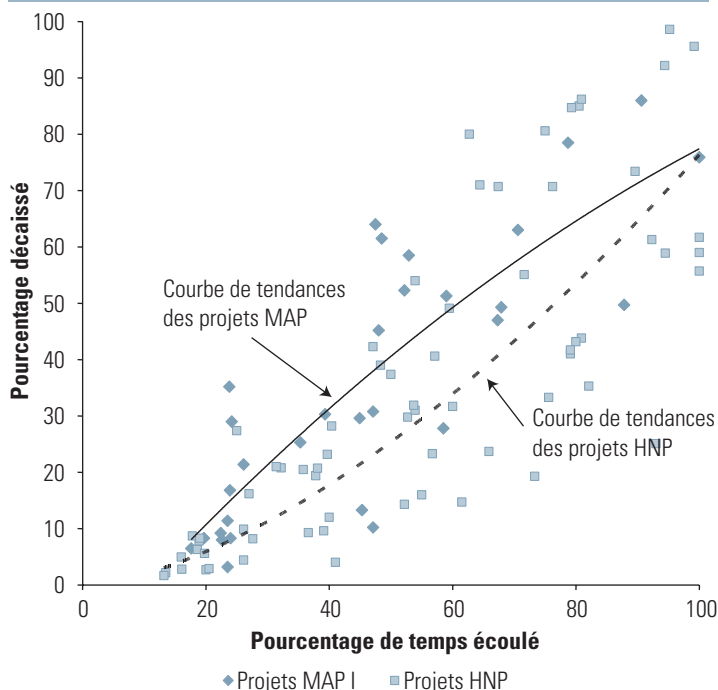
par les ONG ou le suivi et l'évaluation. Toutefois, parmi les projets qui ont sous-traité entièrement ou en partie ces fonctions, 86 à 92 % des chefs d'équipe ont déclaré que cela avait accéléré la mise en œuvre du projet. Des procédures allégées et un manuel des opérations ont été élaborés pour le prototype de projet MAP, ce qui pourrait simplifier et accélérer la mise en œuvre (Brown et al., 2004). Une comparaison des taux de décaissement des projets MAP I et des projets de santé, nutrition et population dans onze pays suggère que, en moyenne, les projets MAP ont décaissé un peu plus rapidement les fonds, bien que l'on constate une grande dispersion autour des tendances pour les deux groupes (Figure 4.1)¹⁶. En comparant les taux de décaissement pays par pays, dans six des onze pays, le MAP a décaissé à une vitesse plus rapide que les projets HNP ; dans deux pays, les taux de décaissement étaient à peu près les mêmes ; et

dans trois pays, les résultats variaient en fonction du temps écoulé¹⁷.

Les projets MAP ont aidé à créer des mécanismes permettant aux gouvernements de financer les ONG et les OBC et ont investi dans leur capacité de mise en œuvre des interventions dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Les chefs d'équipes de projet ont déclaré que dans huit des 19 projets MAP, les pouvoirs publics n'ont pas financé les ONG ou les OBC avant le projet, y compris un cas où les mécanismes existaient, mais n'ont jamais été appliqués. Dans sept de ces cas, le MAP aurait créé les mécanismes. Les chefs d'équipes de projet de 58 % des 19 projets MAP ont fait état du fait que peu, sinon aucune ONG locale n'avait la capacité de concevoir, gérer et évaluer les programmes de lutte contre le VIH/SIDA avant le projet.

Un grand nombre d'acteurs ont été engagés à la mise en œuvre. Selon les chefs d'équipes de projet, 16 ministères en moyenne bénéficient d'un soutien parmi les 24 premiers projets MAP pour l'Afrique ; dix des 24 projets soutiennent entre 20 et 30 ministères d'exécution, et deux tiers soutiennent dix ministères ou plus. Par ailleurs, conformément à la stratégie pour la Région Afrique, plus de trois quarts des pays africains participant au MAP bénéficient de projets soutenus par la Banque mondiale dans d'autres secteurs qui intègrent des activités et des volets de lutte contre le SIDA. La plupart de ceux-ci ne sont pas des volets formels et sont donc difficiles à suivre ; les ressources affectées à la supervision peuvent s'avérer insuffisantes pour garantir leur efficacité (Encadré 4.3). Une analyse des projets de lutte contre le SIDA et des projets relatifs au secteur de l'éducation a conclu que les ressources du MAP affectées au secteur de l'éducation sont plus susceptibles d'être utilisées dans les pays qui ont des volets de lutte contre le SIDA dans les opérations en cours du secteur de l'éducation, bien que la supervision des deux secteurs soit faible (Bakilana et al., 2005)¹⁸. Le nombre des ONG et OBC qui ont été impliquées dans les projets MAP pour l'Afrique est beaucoup plus élevé que dans les projets de la première génération (Tableau 4.2)¹⁹.

Figure 4.1 : Les projets MAP pour l'Afrique I ont décaissé plus rapidement les fonds que les projets HNP dans les mêmes pays, en moyenne



Source : Données de la Banque mondiale.

Note : 11 projets MAP et 14 projets HNP.

Tableau 4.2 : Nombre des ONG et OBC soutenues par des projets MAP pour l'Afrique à la fin juillet 2004

Projet	Exercice d'approbation	ONG	OBC
MAP pour l'Afrique I (10-11 pays) ^a – moyenne [minimum, maximum]	00–01	247 [5, 700]	1 674 [40, 670]
MAP pour l'Afrique II (11 pays) ^b – moyenne [minimum, maximum]	02–04	46 [0,120]	157 [0,550]

Source : PPAR, ICR, questionnaire auto-administré par les chefs d'équipe de projets MAP.

a. À l'exclusion du Kenya pour les ONG et du Kenya et du Nigéria pour les OBC.

b. À l'exclusion de la Mauritanie.

Selon les indications fournies, l'engagement politique s'est renforcé et il est probable que le programme MAP pour l'Afrique a joué un rôle dans certains pays.

Nombre d'événements internationaux intervenus depuis 1999–2000 ont influencé l'engagement politique, mais les projets MAP pour l'Afrique ont apporté des ressources essentielles pour accroître l'engagement dans la plupart des cas. D'après les entretiens avec les chefs d'équipes de projet et les directeurs-pays concernant deux douzaines de projets MAP I et MAP II, les critères d'admissibilité relatifs à l'engagement étaient appuyés par un dialogue sur les politiques de haut niveau pendant la préparation du projet et après l'approbation²⁰. Dans 44 % des 19 projets MAP pour l'Afrique, les chefs d'équipe ont signalé que l'engagement politique au plus haut niveau de l'administration s'est accru depuis le lancement des projets, et dans 56 % des cas, il s'était renforcé au niveau de l'administration locale (se reporter à l'Annexe I). Dans la moitié des cas environ, les chefs d'équipes de projet ont attribué le renforcement de l'engagement à l'intervention de la Banque ; dans d'autres cas, ils ont estimé que l'engagement accru ne pouvait être qu'en partie attribué à la Banque ou était la conséquence du changement de gouvernement. Selon l'étude de cas de l'OED concernant l'Éthiopie, les bailleurs ont mis au crédit de la Banque d'avoir ouvert en 1999 un dialogue franc sur le VIH/SIDA au plus haut niveau de l'État, avec le Président, le Premier ministre et le ministre de l'Économie et des

Finances. Les autorités publiques ont accepté de solliciter un crédit auprès de l'IDA, de soulever le problème à l'occasion d'allocutions publiques et d'inclure le VIH/SIDA dans le Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP). La sensibilisation et l'engagement politique accrus ont été cités comme la principale réalisation du MAP à ce jour par les directeurs-pays dans 82 % des pays bénéficiant du MAP I et 62 % des pays bénéficiant du programme MAP II. Ces rapports feront l'objet d'un suivi approfondi par l'OED lorsque les projets seront arrivés à terme, afin de comprendre si ces résultats peuvent être attribués aux actions de la Banque. En revanche, **le fait que deux douzaines de pays se soient montrés disposés à emprunter (ou à accepter un don) pour une intervention au niveau national contre l'épidémie du VIH/SIDA est, en soi, révélateur d'une évolution significative dans l'engagement et répond à l'objectif visé par la première phase du programme MAP, qui est « d'intensifier les actions dans le plus grand nombre de pays possible ».**

Les risques non anticipés se sont-ils matérialisés ?

Nombre des risques prévus dans le document d'appréciation préalable de projet, liés à la mise en œuvre — comme le faible engagement et les capacités limitées — ont été réduits grâce aux mécanismes de conception du MAP. Cependant, comme observé ci-dessus, un certain nombre de risques qui influent sur

Encadré 4.3 : Intégrer les activités de lutte contre le SIDA dans les projets des secteurs Éducation et Transport

L'intégration d'activités ou de volets de lutte contre le SIDA aux projets dans les secteurs autres que la santé est une stratégie qui vise à assurer que les secteurs clés sont engagés. Cette démarche peut présenter quelques avantages : ces activités ou volets peuvent permettre de traiter les questions de politique générale dans ce secteur et renforcer l'engagement du ministère concerné sur le long terme. Cependant, ces activités de lutte contre le SIDA sont rarement assez importantes pour devenir une composante de projet formelle susceptible de faire l'objet de suivi et très peu ont été évaluées. Lorsque les activités sont intégrées rétrospectivement après l'approbation du projet, dans un projet en cours, les objectifs ou les résultats de ces activités sont souvent peu documentés lorsque le projet arrive à son terme.

À quelques exceptions près, la supervision des activités de lutte contre le SIDA est généralement modeste dans le cadre de projets exécutés dans des secteurs autres que le secteur de la santé. L'OED a identifié 18 projets en cours dans le secteur de l'éducation et 16 dans le secteur du transport qui faisaient mention d'activités de lutte contre le SIDA dans les documents de conception du projet ; seulement quatre d'entre eux avaient des volets SIDA officiels dont le montant dépassait

un million de dollars^a. En examinant le Rapport d'étape le plus récent concernant ces 34 projets, le SIDA était rarement mentionné parmi les objectifs de développement (se reporter au tableau). Moins de 40 % signalaient l'état d'avancement des activités de lutte contre le SIDA et moins d'un tiers comportaient des indicateurs liés au SIDA. Presque tous les indicateurs s'exprimaient en termes de produits. Aucun des rapports d'étape n'évoquait les observations sur le SIDA formulées par les gestionnaires.

Des séminaires, des ateliers et des travaux d'analyse sur le VIH/SIDA ont été initiés dans les secteurs Éducation et Transport de la Banque afin de familiariser les services et les homologues au sein de l'administration avec les impacts du SIDA et la façon dont les secteurs peuvent contribuer à réduire l'ampleur du problème^b. Ceci dit, dans le contexte d'un projet bien déterminé, les ressources affectées à la supervision sont souvent insuffisantes pour permettre de s'assurer les services d'un expert technique pour exécuter ces petites activités spécialisées pour lesquelles les secteurs eux-mêmes ont peu d'expertise. Une des exceptions à cet égard est l'Éthiopie, où certains projets dans le secteur du transport ont engagé l'expertise nécessaire pour assurer la qualité technique.

Supervision des activités de lutte contre le SIDA dans les projets des secteurs Éducation et Transport

Pourcentage de projets pour lesquels le Rapport d'étape le plus récent ...	Secteur	
	Éducation (n = 18)	Transport (n = 16)
Mentionnait le SIDA dans les objectifs de développement	11	6
Faisait état de l'avancement des activités liées au SIDA	39	25
Comportait des indicateurs liés au SIDA	28	31

Source : Annexe C et les Rapports d'étape les plus récents.

a. Tous les projets du secteur Éducation et 14 des 16 projets du secteur Transport se trouvent en Afrique subsaharienne. Trois projets du secteur Éducation et 1 projet du secteur Transport comportent des volets officiels sur le SIDA dont le budget est supérieur à un million de dollars.

b. Se reporter, par exemple, à Bundy et Gotur 2002 ; Valerio et Bundy 2004 ; Banque mondiale 2003b.

l'impact du programme sur le développement n'ont pas été abordés et il n'existe aucun mécanisme d'atténuation dans la conception. À titre d'exemple, le MAP s'appuie fortement sur la stratégie nationale de lutte contre le SIDA et sur un suivi et une évaluation rigoureux en vue de favoriser l'apprentissage par la pratique et assurer ainsi la pertinence technique, l'efficacité et l'efficacité. Si la stratégie nationale de

lutte contre le SIDA est peu viable ou si le suivi et l'évaluation ne sont pas assurés, l'efficacité se trouvera alors sérieusement compromise. Nombre des risques prévus sont devenus apparents peu après l'approbation des premiers projets MAP et ont été reconnus dans les examens internes effectués par ACTAfrica. Des ressources additionnelles ont été mises en œuvre pour traiter certains de ces problèmes²¹.

Des efforts ont peut-être été également déployés dans le cadre de projets dans différents pays pour atténuer ces risques par d'autres moyens. Les résultats obtenus à ce jour, qui sont examinés ci-après, indiquent que dans l'ensemble, la conception du MAP n'a pas permis de les éviter.

La plupart des stratégies nationales de lutte contre le SIDA n'estiment pas les coûts, n'établissent pas une hiérarchie entre les activités et sont peu susceptibles de garantir la pertinence technique, l'efficacité ou l'efficacité de l'assistance de la Banque sans un complément d'analyse²².

Une étude préliminaire effectuée dans le cadre de l'évaluation de l'OED a examiné les plans stratégiques de 21 pays africains ayant des projets MAP et cinq pays où ont été entrepris des projets classiques de lutte contre le VIH/SIDA financés par la Banque. L'examen a conclu que, hormis quelques exceptions notables, dans l'ensemble, les stratégies ressemblaient à un modèle contenant un menu complet ou quasi-complet d'interventions classiques et ne définissant aucun ordre de priorité (Encadré 4.4). En outre, il n'y avait aucune relation claire entre le contenu de nombre des plans stratégiques et le stade de l'épidémie²³. Les plans stratégiques sont le plus souvent orientés vers la mise en œuvre plutôt que vers les effets directs sur les comportements ou sur les résultats épidémiologiques. Ceci indique que l'existence d'une stratégie nationale n'est pas un substitut adéquat à l'analyse classique au stade de l'appréciation préalable des projets.

En l'absence d'orientations stratégiques sur la hiérarchisation des activités, nombre des programmes qui sont financés ne sont pas suffisamment axés sur les biens publics et sur la réduction des comportements à haut risque. Les chefs d'équipes de projet de seulement quatre des 19 pays bénéficiant du programme MAP ont signalé que les comportements les plus à risque étaient systématiquement traités par le secteur public ; dans la moitié des pays, il ne sont traités que dans la mesure où les ONG entreprennent ces activités ; dans cinq cas (28 %),

aucun volet du projet n'assure que les comportements à haut risque sont systématiquement traités. L'étude de cas menée par l'OED sur l'Éthiopie a conclu que le MAP ne soutenait pas assez la création de biens publics, notamment la surveillance, la recherche et le suivi et l'évaluation. Aucune donnée de base n'a été établie sur la prévalence et les comportements de la population générale dans les régions ou dans les groupes à haut risque. Le sous-financement des biens publics et des interventions en faveur des groupes à haut risque est plus accentué dans les projets MAP II récents que dans les projets MAP I : les données recueillies auprès des chefs d'équipes de projet ont révélé que les pays bénéficiant du MAP I étaient deux fois plus susceptibles que les pays bénéficiant du MAP II de soutenir la recherche opérationnelle dirigée par le secteur public, ciblaient les interventions préventives vers les groupes à haut risque, et les activités destinées à atténuer l'impact du SIDA sur les PVAS. Les pays faisant partie du programme MAP II étaient beaucoup plus disposés à financer le traitement de la tuberculose et des autres infections opportunistes, et légèrement plus disposés à financer la thérapie antirétrovirale publique (se reporter à l'Annexe H). Le MAP dans seulement un pays (le Burkina Faso) est doté d'un volet spécial sur les comportements à haut risque. Il y a souvent une forte réticence à concentrer les fonds sur les comportements les plus à risque dans les cas d'épidémies généralisées en Afrique, en partie à cause de la difficulté à identifier et toucher les personnes qui sont les plus susceptibles de transmettre le VIH. Les études récentes indiquent que la concentration des efforts préventifs sur les zones où se rendent les gens à la recherche de nouveaux partenaires sexuels peut présenter moins de difficultés que l'identification de groupes à risque particuliers, et être plus efficace que des interventions en direction de la population générale (Encadré 4.5).

Globalement, les résultats du programme MAP pour l'Afrique dans l'application d'un suivi et d'une évaluation rigoureux afin d'améliorer « l'apprentissage par la pratique » sont peu convaincants, tout

Encadré 4.4 : Quelle est la valeur stratégique des plans stratégiques nationaux ?

L'OED a examiné les plans stratégiques nationaux sur le VIH/SIDA de 21 pays participant au programme MAP pour l'Afrique^a et les plans stratégiques de cinq pays ne bénéficiant pas du programme MAP et qui ont fait l'objet d'une étude approfondie en vue de l'évaluation de l'OED ; il s'agit du Cambodge, de l'Inde, de l'Indonésie, de la Russie et du Tchad. Les éléments d'appréciation d'une approche stratégique comprennent, entre autres : des buts clairs, des priorités explicites ; une planification systématique, des cibles, des calendriers d'exécution et des indicateurs ; des plans de suivi et d'évaluation bien définis ; des acteurs d'exécution clairement identifiés dont les responsabilités sont clairement définies ; et des estimations de coût et des stratégies de mobilisation de ressources. Les autres caractéristiques étaient la mesure dans laquelle les plans sont rationnels, équitables, pertinents et réalisables.

Les plans stratégiques dans les pays bénéficiant du programme MAP pour l'Afrique

Dans la plupart des documents, le terme « priorité » est employé pour décrire la plupart, sinon toutes les principales composantes d'un programme de lutte contre le VIH/SIDA, sans les classer selon l'importance ou l'efficacité. Toutes les stratégies nationales énoncent des domaines prioritaires définis de façon large (prévention, prise en charge/traitement, atténuation, et cadre d'action). Presque toutes les stratégies examinées comportent tous les domaines d'intervention classiques (deux douzaines) à l'exception d'un seul, sans en aborder l'importance ou l'efficacité relatives. Le seul cas où un ordre de priorité a été établi concernait l'inclusion de la thérapie antirétrovirale (ART) — seul un tiers des 21 plans l'envisageaient sur une grande échelle. Dix-sept des 21 plans stratégiques incorporaient l'utilisation de l'ART pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME). Seuls dix des plans comportaient un état de coût. Tandis que les documents généraux n'établissaient pas un ordre de priorité, des priorités implicites étaient inscrites dans les étapes de la budgétisation et de la mise en œuvre. Mais un manque de transparence a été constaté dans l'établissement des priorités. Seuls sept des documents fournissaient des données de base pour une part significative des cibles et des indicateurs. Tous les plans à l'exception d'un seul (celui de l'Ouganda, 2000/2001–2005/2006) faisaient clairement mention de groupes à haut risque (GHR) comme cibles de l'intervention.

Source : Mullen (2003a, b).

a. Les plans stratégiques pour la Gambie et la Sierra Leone n'étaient pas disponibles au moment de l'examen, et le projet du Malawi n'avait pas encore été approuvé.

Mais seulement sept d'entre eux faisaient référence aux GHR dans l'énoncé des buts et objectifs généraux. Les données relatives à l'établissement des coûts ne fournissaient pas de renseignements adéquats permettant de juger si ces plans consacraient réellement les ressources aux GHR. Ces stratégies étaient généralement axées sur les questions liées au processus et à la mise en œuvre, plutôt que sur l'impact des programmes sur la lutte contre le VIH.

Au plan de l'orientation stratégique globale, faute d'un énoncé clair des priorités, les stratégies sont si semblables qu'un paquet générique de domaines d'action prioritaires et d'interventions en matière de lutte contre le VIH/SIDA aurait pu suffire. Ceci est important au regard des interrogations sur le type d'orientations générales qui sont fournies aux projets MAP par les plans stratégiques nationaux.

Les plans stratégiques dans cinq pays ne bénéficiant pas du programme MAP

Les plans stratégiques du Cambodge, de l'Inde, de l'Indonésie, de la Russie et du Tchad, comportent également un ensemble d'interventions supposées d'égale importance, de sorte qu'il n'est nullement besoin d'établir un ordre de priorité entre elles. Cependant, tous les documents, à l'exception de celui de la Russie (qui était en fait un texte de loi) insistaient sur le ciblage en direction des GHR et incluaient un train d'interventions préventives classiques pour les traiter. Ceci contrastait avec nombre des stratégies dans les pays africains ayant des projets MAP, où les GHR se voient souvent accorder le même degré de priorité que les vastes groupes de populations « vulnérables » (comme les jeunes et les femmes) qui courent le risque de contracter l'infection, mais qui sont en moyenne beaucoup moins susceptibles de propager le VIH. Les stratégies des pays ne bénéficiant pas de projets MAP mettent également moins l'accent sur les causes fondamentales qui sous-tendent le problème et sur la nécessité d'une action multisectorielle qui, bien que reconnue n'est pas suffisamment mise en œuvre. Ceci étant, le rapport coût-efficacité n'est pris en compte dans aucune des stratégies hors-MAP, pas plus que la capacité n'est traitée avec autant d'importance. Les projets de lutte contre le SIDA de la Banque mondiale basés dans ces cinq pays ont cependant des objectifs et des priorités clairement définis, afin de garantir l'efficacité et l'efficience.

Encadré 4.5 : L'approche PLACE : Axer la prévention sur les zones où se rendent les gens à la recherche de nouveaux partenaires

Dans les pays présentant des épidémies généralisées où le VIH se répand largement à travers des réseaux sexuels occasionnels, il peut s'avérer ardu de porter les services préventifs vers les personnes ayant les taux les plus élevés de changement de partenaires. Les méthodes qui donnent la priorité aux groupes professionnels les plus susceptibles de transmettre le VIH ne sont peut-être pas suffisantes pour toucher les vastes populations de personnes ayant de nombreux partenaires sexuels occasionnels, en particulier si ces derniers sont difficiles à identifier, comme c'est le cas des travailleurs migrants ou des jeunes déscolarisés. L'approche PLACE (Priorities for Local AIDS Control Efforts) élaborée par MEASURE Evaluation, tente d'identifier de manière systématique les lieux où les gens se rendent pour trouver de nouveaux partenaires, dans le souci de cibler les programmes de prévention vers les zones où l'incidence est susceptible d'être élevée.

En Afrique du Sud, par exemple, les auteurs ont découvert plus de 200 sites dans chacun des trois townships et 64 sites

dans un district central des affaires où se rendent les gens pour rencontrer de nouveaux partenaires sexuels (Weir et al., 2003). Le ratio homme-femme était de 2:1, et près de la moitié des hommes et des femmes interrogées avait eu un nouveau partenaire sexuel au cours des quatre dernières semaines. L'offre d'activité sexuelle commerciale était rare dans les townships, mais était disponible dans 31 % des sites localisés dans les quartiers d'affaires. Cependant, moins de 15 % des sites se trouvant dans les townships et 20 % des sites dans les quartiers d'affaires disposaient de préservatifs. L'approche PLACE a également été appliquée au Burkina Faso (Burkina Faso PLACE Study Group 2002 et Nagot 2003), en Inde (Bhubaneswar PLACE Study Group 2002), à Madagascar, au Mexique (Mexico PLACE Study Group 2002), en Tanzanie (Tanzanie PLACE Study Group 2002) et en Ouganda (Ssengooba et al., 2003 et Uganda PLACE Study Group 2002).

comme c'est le cas de ses antécédents en matière de suivi et d'évaluation du portefeuille des projets de lutte contre le VIH/SIDA achevés.

Si cinq à 10 % du coût des projets avaient été affectés au suivi et à l'évaluation, comme proposé dans les documents conceptuels du MAP, quelque 50 à 100 millions de dollars auraient été disponibles pour le suivi et l'évaluation dans le cadre des deux cycles de projets du programme MAP pour l'Afrique. Cependant, à l'exception d'un projet comportant un volet distinct réservé au suivi et à l'évaluation (Malawi, 8,3 % du coût des projets), l'on dispose de très peu d'informations sur les montants affectés au suivi et à l'évaluation, encore moins sur les dépenses effectives²⁴. Les progrès lents accomplis dans la conception et la mise en œuvre des mécanismes de suivi et d'évaluation ont été reconnus à l'occasion de la première mission d'examen conjoint de la Banque mondiale et de l'ONUSIDA en juin/juillet 2001²⁵ ; c'est à ce moment qu'il a été recommandé que les fonctions de S&E soient sous-traitées et que les plans de S&E soient finalisés pendant la

préparation des projets. En 2002, un manuel des opérations générique sur le S&E a été élaboré conjointement avec l'ONUSIDA (Banque mondiale et ONUSIDA 2002) et une Équipe de suivi et d'évaluation de la lutte contre le SIDA (GAMET), basée à la Banque mondiale, a été créée pour faciliter les efforts des organismes parrainants de l'ONUSIDA en vue de renforcer les capacités de suivi et d'évaluation au niveau des pays et pour coordonner l'appui technique²⁶. Malgré ces apports complémentaires, la *Revue à mi-parcours du programme MAP en Afrique (Interim Review of the MAP)* effectué au début de l'année 2004 a conclu que la plupart des six projets visités avait élaboré des plans de suivi et d'évaluation, mais dans aucun ces plans n'avaient été mis à exécution²⁷, ce qui compliquait l'évaluation des résultats accomplis. En été 2004, les chefs d'équipes de projet de 24 projets MAP I et MAP II ont déclaré que le S&E avait été sous-traité en totalité ou en partie dans un tiers des projets, bien que la sous-traitance du suivi et de l'évaluation se soit accrue entre le MAP I et le MAP II (se reporter

au tableau H.10 figurant en Annexe H). Les chefs d'équipe de deux des projets seulement ont signalé que les systèmes de S&E fonctionnaient de manière satisfaisante. L'étude de cas de l'OED sur l'Éthiopie a conclu que le cadre de S&E n'a été élaboré que pendant la troisième année du projet. Dans seulement un quart des pays bénéficiant du programme MAP pour l'Afrique, une enquête nationale a été menée sur les connaissances sur le SIDA et les comportements à risque auprès de la population générale un an après l'approbation du projet²⁸. Dans neuf des 28 pays bénéficiant de projets MAP, il n'y a jamais eu d'enquête au niveau de la population, menée à l'échelle nationale en vue de mesurer les schémas de connaissance du SIDA et les comportements à risque parmi les hommes et les femmes. La *Revue à mi-parcours du MAP en Afrique* a abouti à plusieurs recommandations : faire de la mise en place d'un système de S&E fonctionnel une condition pour l'approbation de futurs projets, en lui assignant un volet distinct et en lui affectant des ressources non fongibles, et en renforçant les capacités. Toutefois, l'expérience des projets de lutte contre le VIH/SIDA qui ont été menés à terme porte à croire qu'aucune de ces mesures ne suffit à elle seule à garantir l'application effective du suivi et d'évaluation ou l'exploitation des résultats pour améliorer la performance. Aucune mesure d'incitation supplémentaire n'a été incorporée dans le modèle du programme MAP pour venir à bout de ces difficultés. Les décaissements, par exemple, ne sont pas liés à l'existence d'études de base ou d'évaluations intermédiaires.

À l'instar des programmes d'assistance pour la lutte contre le VIH entrepris par le passé, les projets MAP négligent également de recueillir des données sur le VIH et sur les comportements concernant les groupes les plus susceptibles de contracter et de propager le VIH. En Éthiopie, où il y a des années, le gouvernement menait une action de surveillance du VIH parmi les professionnels du sexe dans différentes parties du pays, ces groupes ne font plus l'objet de suivi ; la surveillance épidémiologique est presque entièrement effectuée parmi les

femmes enceintes en consultation dans les centres de soins prénataux. Selon les chefs d'équipes de projet, environ 58 % des gouvernements des vingt-quatre premiers pays à bénéficier du programme MAP pour l'Afrique collectent des données sur la prévalence du VIH et 75 % collectent des informations sur les comportements concernant au moins un groupe à haut risque. Néanmoins, dix pays ne surveillaient le VIH dans aucun des groupes à haut risque et six ne surveillaient pas les comportements.

La participation à la mise en œuvre d'un grand nombre de secteurs, dont beaucoup ne bénéficient apparemment d'aucun avantage comparatif dans la lutte contre le SIDA, a accru la complexité et les problèmes de coordination liés à l'action à l'échelle nationale, en risquant de compromettre gravement l'efficacité et l'efficacé. Comme observé plus haut, deux tiers parmi la première douzaine de projets MAP pour l'Afrique soutiennent l'action de dix à 30 ministères, selon les chefs d'équipes de projet. Cet engagement vise potentiellement plusieurs objectifs (Encadré 4.6), mais dans le cas des programmes soutenus par le MAP, aucune différenciation claire n'est faite entre les objectifs des différents secteurs. Pour atteindre l'objectif de *mobilisation politique*, il serait peut-être utile, par exemple, de s'assurer de la participation du plus grand nombre de secteurs possibles, bien qu'il ne soit pas évident que l'implication de tous les secteurs dans la *mise en œuvre* améliore l'efficacité ou l'efficacé. Bien que l'épidémie du SIDA ait des impacts et des déterminants sociétaux de grande ampleur, ceci ne signifie nullement que tous les secteurs sont tout aussi pertinents ou compétents pour initier une action efficace. Le fait de s'assurer la participation de tous les secteurs à la mise en œuvre ne permet pas toutefois de tirer parti de l'avantage comparatif dont bénéficient les secteurs qui ont effectivement un rôle plus décisif à jouer et encourage à intervenir de manière concrète dans des domaines qui sont fort éloignés des missions des autres ministères. La *Revue à mi-parcours du MAP* a conclu que la participation de la

Encadré 4.6 : Les objectifs et modalités des approches multisectorielles

Depuis plus d'une décennie, la communauté internationale, notamment la Banque mondiale, souligne la nécessité d'une action contre le SIDA qui va au-delà du secteur de la santé. Cette action devrait viser deux objectifs principaux : améliorer l'efficacité et l'efficacé des programmes sur le terrain et mobiliser le public. Dans la mesure où des activités multisectorielles ont été initiées au cours de la première phase de l'intervention de la Banque, elles ont visé le plus souvent à réaliser le premier de ces objectifs. Dans les pays les plus durement touchés, tous les secteurs de l'économie subissaient le contrecoup de la mortalité due au SIDA parmi la population adulte, d'où la nécessité de mettre en place des plans pour en atténuer l'impact. Il y a également de nombreuses activités de lutte contre le SIDA qui nécessitent, pour être efficaces, une collaboration multisectorielle dans le cadre de la mise en œuvre. À titre d'exemple, la modification du comportement des professionnels du sexe requiert non seulement la participation du ministère de la Santé et l'assentiment des professionnels du sexe, mais aussi la coopération des institutions chargées de l'application de la loi, des propriétaires de maisons closes et de l'administration locale.

L'assistance de la Banque dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA a visé à atteindre soit l'un de ces objectifs ou les deux à la fois à travers cinq principales approches : 1) renforcer les capacités du ministère de la Santé afin de lui permettre de collaborer de manière sélective avec les autres secteurs prioritaires^a ; 2) soutenir la création de commissions multisectorielles nationales, habituellement placées sous l'autorité du Président ou du Premier ministre, soit pour coordonner ou mettre en œuvre une intervention multisectorielle à l'échelle nationale^b ; 3) soutenir une action coordonnée entreprise par un ministère ayant des responsabilités multisectorielles telles que la planification^c ; 4) soutenir les volets ou activités de lutte contre le SIDA dans les

secteurs autres que la santé, tels que ceux de l'éducation, du transport ou de la protection sociale ; et 5) faciliter un dialogue entre les ministères clés^d.

L'OED n'a pu trouver aucun élément indiquant qu'aucun dispositif institutionnel n'est plus efficace ou utile que les autres pour générer des résultats sur le terrain, si l'engagement politique est mis en place. Le modèle de la commission multisectorielle soutenu largement par le programme MAP pour l'Afrique semble s'inspirer de l'expérience de l'Ouganda^e ; plus d'une décennie après la création de la Commission ougandaise pour la lutte contre le SIDA (Uganda AIDS Commission), la définition de la coordination multisectorielle et de la meilleure manière d'instaurer cette coordination continue d'alimenter les débats dans ce pays (De Merode et al., 2001). Le manuel des opérations du MAP énumère un certain nombre de responsabilités théoriques dévolues à ces institutions mais note que, « en réalité, [leur] rôle est souvent mal défini » (Brown et al., 2004). Le premier bilan de l'avancement du MAP a observé une forte propension des secrétariats des Conseils nationaux de lutte contre le SIDA (CNLS) à se transformer en bureaucraties d'exécution, au lieu d'être des organes de coordination. Il a en outre signalé que les « institutions partenaires aussi bien dans le secteur public que dans la société civile ne savent pas encore précisément quelle est [leur] responsabilité... dans l'appui au processus de mise en œuvre » (Banque mondiale 2001c, p.5). La *Revue à mi-parcours du MAP en Afrique* a conclu que le personnel des secrétariats des CNLS avait connu une forte inflation, faisant en sorte que dans certains pays elles comptaient entre 50 et 70 professionnels. À cela, s'ajoute le fait que ces commissions avaient peu d'obligations de rendre compte (Banque mondiale 2004). Les éléments permettant d'apprécier l'efficacité des institutions à gérer l'action contre le SIDA en dehors du ministère de la Santé sont, d'après l'expérience de la Banque, peu concluants^f.

a. Par exemple, au Bangladesh, au Brésil, au Cambodge, en Érythrée, au Guyana, en Inde, à la Jamaïque, au Kenya (dans les années 90), en Ouganda et au Zimbabwe.

b. La plupart des pays participant au programme MAP pour l'Afrique, ainsi que plusieurs pays participant au programme MAP Caraïbes.

c. Par exemple en Indonésie et au Tchad. Ceci a été souvent la stratégie utilisée dans les programmes sur la population, qui visent également une action multisectorielle.

d. Comme en Russie, par exemple.

e. « Le petit nombre de pays qui ont accompli des progrès significatifs dans le ralentissement de la propagation de l'épidémie (tels que l'Ouganda) ont placé l'organe de coordination des actions nationales de lutte contre le VIH/SIDA sous l'autorité du cabinet du Président, où il aura la visibilité, le rayonnement et l'autorité nécessaires pour coordonner et mobiliser toutes les parties prenantes » (Banque mondiale 2000b, p. 11).

f. Comme présenté au chapitre 3, le ministère de la Santé dans un certain nombre de projets soutenus par la Banque a collaboré avec succès avec une poignée des secteurs clés pour réaliser des résultats sur le terrain. Le projet indonésien de lutte contre le SIDA a été initié par Bapenas sans un soutien adéquat du ministère de la Santé, le principal agent d'exécution. Au Tchad et au Burkina Faso, les projets sur le SIDA et la population étaient gérés à partir du ministère du Plan, ce qui compromettait l'appui au sein du ministère de la Santé.

plupart des ministères à la mise en œuvre s'est concentrée sur la prévention et la prise en charge du VIH chez les fonctionnaires qui relèvent de leur département, plutôt que sur les programmes sectoriels sur le terrain (Banque mondiale 2004). Les conclusions indiquent également que les activités risquent de se dérouler « en vase clos » à l'échelon de ministères donnés, au lieu de regrouper les secteurs cruciaux afin de réaliser collectivement un objectif spécifique²⁹.

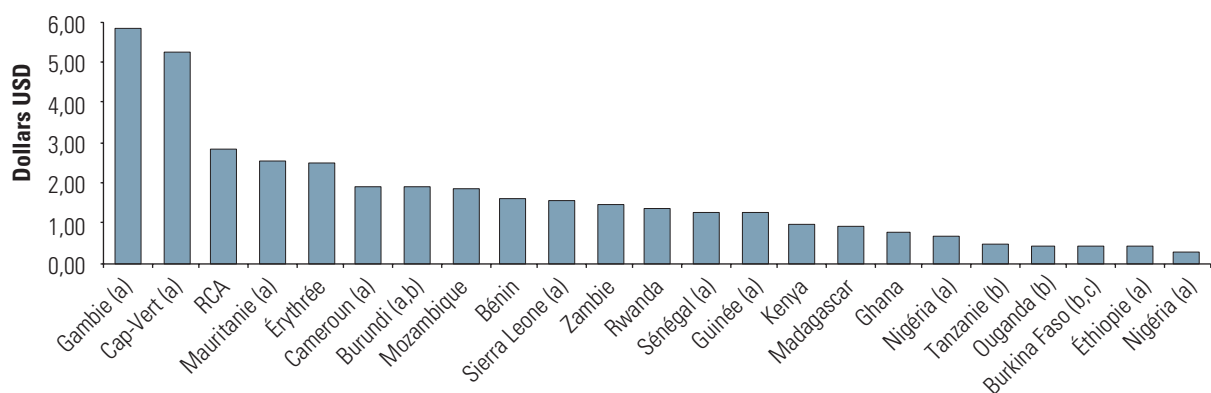
L'autorité étendue conférée aux institutions en ce qui concerne la coordination de l'action multisectorielle contre l'épidémie a abouti dans de nombreux cas au désengagement du ministère de la Santé, qui est l'organe technique principal pour la lutte à long terme contre le SIDA. Les chefs d'équipes de projet de près de la moitié des projets MAP pour l'Afrique ont signalé que le ministère de la Santé s'était dans un premier temps désengagé ou est toujours en retrait de la lutte en raison du transfert de la responsabilité au profit d'une commission multisectorielle nationale. Dans un cinquième des pays, le directeur-pays de la Banque est intervenu pour régler des tensions entre le ministère de la Santé et le Conseil national de lutte contre le SIDA ou une autre institution.

L'expérience à ce jour indique que le renforcement des capacités et le soutien des décideurs politiques à une intervention active du ministère de la Santé sont des fondements absolument essentiels pour une action efficace à l'échelle nationale à travers les différents secteurs.

Les composantes relatives aux dons à la société civile présentent des risques considérables pour l'efficacité sur le développement des projets MAP. Compte tenu du fait que le projet MAP moyen affecte 40 % des ressources à l'action de la société civile, environ 400 millions de dollars ont été engagés à cette fin — d'un niveau le plus bas de 0,42 dollar par habitant (en Éthiopie) à un niveau record de 5,86 dollars (en Gambie, Figure 4.2)³⁰. Ce chiffre comprend les allocations de 2,53 dollars par habitant en Mauritanie et de près de un dollar par habitant à Madagascar, deux pays qui connaissent des épidémies *naissantes*. La collaboration avec la société civile vise plusieurs objectifs possibles dans des ONG, des OBC ou des communautés à vocation générale ou spécifique, notamment :

- a) améliorer la pertinence, l'efficacité ou l'efficacité des services rendus ou exploiter un avantage comparatif lors de la mise en œuvre ;
- b) mobiliser l'appui des décideurs politiques à

Figure 4.2 : Dépenses publiques budgétisées par habitant affectées aux interventions liées au SIDA entreprises par la société civile dans les pays bénéficiant du Programme MAP pour l'Afrique



Source : Documents d'appréciation préalable de projets et Banque mondiale 2003a pour la population.

Note : a) Exclut la valeur de la composante renforcement des capacités ; b) Exclut d'autres composantes avec allocations partielles aux OSC ; c) Combine financement, OSC et administrations provinciales

la lutte contre le SIDA ; c) renforcer les moyens d'intervention des communautés ou des groupes marginalisés ; ou d) favoriser une action locale et indépendante de la société civile. Les objectifs et la distinction entre les rôles de ces différents intervenants ne sont pas clairement énoncés dans les documents de conception du MAP et compliqueraient leur évaluation.

L'allocation de fonds à la société civile est généralement dictée par la demande et, selon les chefs d'équipes de projet, n'est pas une mesure stratégique du point de vue des besoins du programme national. Selon huit des 12 chefs d'équipes de projet, il n'existe aucun processus permettant de hiérarchiser les interventions menées par les ONG et les OBC pour garantir l'efficacité. Dans beaucoup, sinon la plupart des cas, toute proposition qui est jugée acceptable est financée³¹. Les ONG et les OBC peuvent choisir parmi une vaste panoplie d'activités autorisées ; aucune disposition n'est prévue pour s'assurer d'une couverture systématique. L'étude de cas de l'OED sur l'Éthiopie a conclu qu'il n'y avait eu aucune évaluation systématique des projets des ONG ou des communautés. Les chefs d'équipes de projet de 17 projets ont signalé qu'aucun de ces projets ne comportait des dispositions visant à évaluer l'efficacité ou l'impact des interventions des ONG et des OBC. Pour environ un tiers des projets, il a été signalé qu'il n'existait pas le moindre mécanisme de S&E du volet relatif à la société civile ; d'autres, en effet, ne surveillaient que les indicateurs de processus et de produits (47 %) ou étaient soumis à des audits financiers ou de gestion (24 %).

Le financement d'approches de développement mené par la communauté (CDD) dans le cadre de la lutte contre le SIDA est un nouvel élément majeur du MAP dont l'impact ou le rapport coût-efficacité n'a jamais été évalué de manière formelle avant son adoption générale. Un projet pilote de l'approche a été entrepris dans la région de Poni au Burkina Faso en 2000–2001 grâce à un financement du Projet sur la population et pour la lutte contre

le SIDA. Une évaluation de processus du projet pilote, effectuée environ un an après le début de la mise en œuvre, a conclu que : « la confusion persiste sur les objectifs spécifiques du projet pilote. Cette situation résulte de l'absence de planification formelle Dans le même sens, les résultats prévus et les indicateurs n'étaient pas clairement spécifiés et il est difficile de savoir s'ils ont été atteints. L'impression dominante est que chacun des acteurs et des promoteurs avait sa propre version de ce qu'était ou devrait être le projet pilote et ses propres attentes concernant leurs résultats³². » Au regard du modèle retenu pour le MAP, il est difficile de dire avec certitude si l'objectif du transfert des ressources aux communautés dans le cadre de la lutte contre le SIDA relève de la mobilisation politique, la fourniture des services ou du renforcement des moyens d'action des groupes ciblés³³. Si certaines de ces activités sont actuellement promues dans l'unique but de mobiliser des segments de la société civile, ces approches pourraient se révéler moins onéreuses et plus rationnelles. Il y a de nombreux moyens d'assurer la participation des communautés, qui n'occasionnent pas par exemple de transfert de fonds.

L'évaluation récente menée par l'OED sur le soutien de la Banque au développement à base communautaire et au développement mené par la communauté (CBD/CDD) indique des risques supplémentaires pour l'efficacité et l'efficacité des projets de CBD/CDD, une catégorie qui inclut tous les projets du programme MAP pour l'Afrique³⁴. Les projets de CBD/CDD obtiennent le plus souvent de meilleurs résultats concernant les objectifs quantitatifs comme la construction d'équipements d'infrastructure que pour les objectifs qualitatifs comme le renforcement des capacités. L'évaluation a conclu que l'efficacité des projets de CBD/CDD de la Banque à améliorer le capital social et à renforcer les moyens d'action des communautés a varié dans une large mesure, que le lien entre le CBD/CDD et le renforcement des capacités des communautés est faible et que la pérennité est moins élevée dans les projets de CBD/CDD que dans

les projets non liés au CBD/CDD (OED 2005a). Les résultats des projets de CBD/CDD dépendent de la situation politique et sociale qui prévaut dans le pays, de l'engagement des pouvoirs publics et des capacités des communautés. Ils tendent à être plus efficaces lorsqu'ils soutiennent des initiatives participatives mûries au niveau local ou lorsque la Banque a fourni un appui soutenu et durable aux communautés au-delà de la durée d'un sous-projet isolé. L'évaluation observe également que, pour la Banque, la préparation et la supervision des interventions de CBD/CDD ont été plus coûteuses ; pour l'emprunteur, les coûts sont substantiels. Les insuffisances dans le domaine du suivi et de l'évaluation (plus particulièrement en ce qui concerne le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs qualitatifs) et la courte durée du cycle des sous-projets de la Banque limitent la capacité de la Banque à mettre en œuvre des projets de CBD/CDD (OED 2005a). Quatre problèmes sont mis en évidence comme devant bénéficier d'une attention particulière dans les interventions futures en matière de CBD/CDD : a) la nécessité d'énoncer clairement les réalisations attendues ; b) le calcul des coûts et des bénéfices, y compris l'impact à long terme sur la pauvreté, de l'application de l'approche CBD/CDD comme base de comparaison avec les autres solutions possibles ; c) la priorité accrue accordée à la pérennité et au développement à long terme ; et d) la recherche de solutions aux contraintes liées au mode de fonctionnement de la Banque, à ses politiques opérationnelles et à ses systèmes de S&E.

L'absence d'un ordre de priorité entre les activités et d'un état de coût dans la plupart des stratégies nationales de lutte contre le SIDA présente des risques pour la pérennité des activités et pour les bénéfices des projets MAP. Le programme MAP ne définit pas de critères d'admissibilité ou de caractéristiques dans la conception du programme qui garantissent la pérennité de l'intervention, en dehors de ce qui est mentionné dans le plan stratégique national. La pérennité concerne particulièrement les volets relatifs à la société civile et aux dépenses

à long terme consacrées au traitement du SIDA. La stratégie du MAP n'indique pas précisément si la part importante des dépenses affectée dans un premier temps à la société civile était une mesure de mobilisation ponctuelle ou s'il s'agit d'un aspect permanent. L'évaluation du soutien de la Banque au CBD/CDD, réalisée par l'OED, a conclu que la « structure et le mode de fonctionnement de la Banque limite sa capacité de faire en sorte que les projets de CBD/CDD génèrent des résultats durables : ...le processus doit être géré « au plus près du terrain », mais normalement sans implication directe de la Banque au niveau local... compte tenu de son mode de fonctionnement, du fait qu'elle n'intervient pas directement dans la mise en œuvre, et de son système actuel de S&E, la Banque a eu du mal à garantir ... la pérennité des effets directs sur le développement des projets de CBD/CDD » (OED 2005a). Le manuel des opérations du MAP cite déjà un exemple dans lequel le fait de ne pas évaluer la pérennité du traitement antirétroviral au Nigéria a entraîné un retard de trois mois dans la disponibilité des médicaments en 2003, compromettant ainsi l'efficacité du traitement et contribuant à favoriser la résistance virale (Brown et al., 2004). L'engagement de dix à 15 ans de la Banque vis-à-vis de ces pays n'exclut pas la nécessité d'envisager la pérennité à long terme des efforts et d'encourager une utilisation plus rationnelle et plus efficace des fonds.

En résumé, le programme MAP pour l'Afrique a réussi à s'assurer la collaboration d'au moins deux douzaines de pays pour le lancement d'initiatives de grande envergure dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, grâce à l'apport de un milliard de dollars de ressources nouvelles, et semble avoir contribué à un engagement politique accru. Ceci est en soi un acquis énorme, en l'absence d'une demande d'assistance pour la lutte contre le SIDA venant de la plupart de ces pays dans les années 90. Il existe des éléments attestant d'une large mobilisation de la société civile, à une échelle plus grande que la plupart (mais peut-être pas tous) des projets de lutte contre le VIH/SIDA achevés, ainsi que celle d'un

nombre nettement plus important de secteurs de l'économie. Des mécanismes ont été créés pour financer une action de la société civile contre le SIDA dans nombre de pays où ils n'existaient pas auparavant. L'élargissement de l'échelle des interventions se poursuit.

Toutefois, l'objectif primordial du MAP est de prévenir l'infection au VIH et d'en atténuer l'impact ; l'élargissement de l'échelle de mise en œuvre et l'engagement politique sont un moyen d'arriver à cette fin. Étant donné que ces projets sont toujours en cours, il est trop tôt pour évaluer si cet objectif est en train d'être accompli. L'approche MAP s'appuie fortement sur les orientations techniques et stratégiques du plan stratégique national, couplée avec un suivi et une évaluation rigoureux, une supervision plus intense que la normale, et l'existence de projets pilotes qui ont fait la preuve de leur efficacité et qui ont été évalués au plan local afin de garantir l'efficacité et l'efficacités de l'assistance de la Banque. Les risques associés à ces facteurs n'ont pas été évalués pendant la préparation du MAP I ou du MAP II et compte tenu de la priorité donnée à la préparation rapide des projets, moins de travaux d'analyse et d'évaluation de base ont été effectués. L'apport stratégique de la Banque — qui pourrait constituer une certaine assurance contre ces risques — était beaucoup moins important que dans les précédents projets de

lutte contre le VIH/SIDA. Quoiqu'il y ait sans doute des pays où ces risques ont été atténués par des caractéristiques propres à tel ou tel projet, les éléments d'information disponibles à ce jour laissent penser que dans bien des cas, les plans stratégiques nationaux n'accordent pas suffisamment d'attention à la hiérarchisation des activités, que l'insuffisance du suivi et de l'évaluation n'a pas contribué à l'apprentissage par la pratique espéré et que de nombreuses activités sont en train d'être portées à une échelle plus grande sans avoir fait l'objet d'une évaluation au plan local. La supervision semble ne pas être plus rigoureuse que dans les opérations de prêts au secteur de la santé, tandis que les projets gagnent énormément en complexité et le nombre d'activités augmente de manière considérable. Il y a un risque que nombre des acteurs qui ont été mobilisés pour la lutte contre le VIH/SIDA soient impliqués dans la mise en œuvre d'activités pour lesquelles ils n'ont aucune expertise technique ou avantage comparatif, en détournant ainsi le peu de capacités disponibles au détriment d'autres activités de réduction de la pauvreté et en enlevant des ressources à des acteurs qui peuvent en faire un usage efficace. Les examens à mi-parcours de ces projets et la phase suivante des prêts offrent la possibilité de concevoir des mécanismes pour réduire au minimum ces risques et améliorer l'efficacité de l'assistance de la Banque.

Résultats essentiels 5

- Le SIDA requiert à la fois une action rapide et déterminée, le renforcement des capacités à long terme et la pérennisation des interventions.
- L'aide internationale pour la lutte contre le SIDA a enregistré une augmentation spectaculaire, notamment en matière de soins.
- L'avantage comparatif de la Banque consiste à aider à renforcer les institutions, à évaluer les options alternatives et à améliorer la performance des initiatives nationales de lutte contre le SIDA.
- S'il est important pour la Banque de travailler avec des partenaires, ses partenaires les plus importants demeurent les pays en développement eux-mêmes.



Conclusions

Une maladie nouvelle et sans précédent. Le SIDA était une maladie nouvelle et sans précédent, une maladie qui se propageait rapidement et en silence et qui tuait ensuite ses victimes dix ans plus tard. Elle faisait et fait encore aujourd'hui l'objet d'une énorme stigmatisation en raison de son mode de propagation. Même quand les pays voisins étaient frappés par l'épidémie, on constatait presque partout un déni et une persistance à croire que les conditions étaient différentes dans « mon pays ». Dans le même temps, si le VIH connaissait une progression rapide, les ressources des systèmes de santé défaillants dans les pays en développement étaient accaparées par d'autres maladies et par les décès quotidiens des personnes malades.

Sans avoir une meilleure compréhension des niveaux d'infection réels et des comportements à risque, l'on supposait que le SIDA était en premier lieu une maladie urbaine en Afrique, un continent où deux tiers de la population résidaient en zone rurale. Nombre de personnes au sein de la Banque étaient profondément inquiètes qu'un appel à des programmes de lutte contre le SIDA puisse détourner les rares ressources disponibles des programmes visant à renforcer les systèmes de santé défaillants. Elles ne mesuraient pas toute l'ampleur de l'impact éventuel de cette épidémie sur la mortalité et sur le système de santé proprement dit. En dépit des importants développements intervenus dans le domaine

du traitement, le SIDA était — et demeure encore — une maladie incurable et dont le traitement est onéreux. Cela en rajoute à la stigmatisation qui l'entoure et au refus d'affecter des ressources au traitement.

Leçons tirées de la première génération de projets d'assistance de la Banque mondiale. Pendant la première phase de l'intervention de la Banque, les projets ont été conçus en fonction de la demande de la clientèle et à l'initiative du personnel concerné, souvent en collaboration avec le Programme mondial sur le SIDA. La Banque a engagé plus de 500 millions de dollars en faveur de différents pays situés sur quatre continents au

titre de projets portant uniquement sur la lutte contre le SIDA, de volets importants de lutte contre le SIDA et de nombreuses activités intégrées moins formellement dans des projets de santé. Dans nombre des pays où elle était présente, la Banque a aidé à renforcer les institutions nationales pour soutenir l'action à long terme contre le SIDA, a appuyé fortement les activités des ministères de la Santé et apporté son concours aux pouvoirs publics dans le domaine de la réflexion stratégique, tout en demeurant attentif à la prévention et aux principaux déterminants de l'épidémie, même lorsque ces derniers étaient controversés. La sensibilisation a été renforcée, des préservatifs fournis, une action engagée pour faire participer les ONG, le personnel de santé formé. L'engagement et la capacité de mise en œuvre ont été souvent surestimés, réduisant ainsi l'efficacité en deçà de ce qui aurait pu être réalisé. D'importantes activités d'information sur l'infection au VIH, sur les comportements et l'efficacité des interventions ont été souvent retardées, mal supervisées ou n'ont pas été exécutées à cause de ce qui est perçu comme l'urgence du problème et de la nécessité de procéder rapidement aux décaissements. Ceci a non seulement réduit les possibilités de tirer des leçons nécessaires et d'améliorer l'efficacité, mais dans bien des cas, a aussi retardé la sensibilisation des décideurs politiques au problème. Nombre d'innovations ont été « testées », mais peu, sinon aucune n'a été évaluée, limitant l'apprentissage par la pratique.

Les principaux obstacles à une action plus efficace de la Banque au niveau mondial visant à contenir la propagation du VIH dans les années 90 étaient la faible demande exprimée par les emprunteurs de la Banque et le retard mis par la direction du secteur de la santé à reconnaître la menace à plus long terme que constitue le SIDA pour la santé et pour les systèmes de santé fragiles dans les pays les plus durement touchés. **Deux leçons principales sont à retenir de la première phase : l'importance de susciter et préserver l'engagement politique et la nécessité de générer des informations afin de réduire**

l'incertitude entourant la maladie et d'aboutir à des actions adaptées au contexte local.

Leçons préliminaires tirées du programme MAP pour l'Afrique.

Le concept qui sous-tend le programme MAP pour l'Afrique, qui consiste en l'ouverture d'une ligne de crédit pour des programmes bien préparés à la lutte contre le SIDA est viable, et l'annonce de la mise à disposition de ressources financières substantielles pour la lutte contre le SIDA ont peut-être été, pour les gouvernements réticents, un signal fort de l'engagement de la Banque. À la fin des années 90, la direction de la Banque est arrivée à comprendre le problème du faible engagement de la part des clients et la gravité de la maladie, qui ramène l'espérance de vie dans les pays les plus durement touchés aux niveaux des années 50. En conséquence, le programme MAP a privilégié, dans ses critères d'admissibilité et dans son modèle de programme, la mobilisation des dirigeants de haut niveau, tous les secteurs de l'économie et la société civile. Cette démarche s'appuyait sur un engagement ferme et une collaboration très active au sein de la Banque, car le SIDA figure désormais en meilleure place dans les CAS. Un changement positif s'est opéré dans la volonté d'agir, non seulement au sein des pays et de la Banque, mais également au sein de la communauté internationale. La contrainte liée à la demande aussi a été atténuée par l'approbation des dons de l'IDA en septembre 2002.

Compte tenu de l'urgence, le MAP s'est fortement appuyé sur des stratégies et institutions « modèles » et a axé ses efforts sur la mobilisation et la mise en œuvre au détriment du contenu. Dans la conception du projet, ont été privilégiés les risques liés à un faible engagement politique et à la capacité de mise en œuvre, tandis que d'autres risques importants liés à la pertinence, l'efficacité et l'efficacité de l'assistance de la Banque ont été négligés. Différents projets ont peut-être réduit ces risques, en renforçant par exemple le rôle du ministère de la Santé ou en créant des composantes sur des activités prioritaires. L'équipe ACTAfrica de la Banque a identifié nombre de ces risques non prévus et est

intervenue pour les réduire au minimum. L'on ne pourra mesurer le succès de ces efforts que lorsque les projets en cours pourront être évalués, c'est-à-dire après leur achèvement.

Les données indiquent toutefois que ces risques qui compromettent la mise en œuvre des activités suscitent quelque inquiétude. La priorité accordée à la préparation rapide a entraîné souvent des retards dans la mise en œuvre. C'est une leçon retenue de l'analyse de l'ensemble du portefeuille de la Banque, voire des précédents projets de lutte contre le SIDA¹. Les plans stratégiques nationaux, qui guident l'affectation des ressources du programme MAP, n'ont pas suffisamment établi les priorités pour orienter l'affectation des rares ressources humaines disponibles. L'instauration d'un suivi et d'une évaluation plus rigoureux et l'amélioration de « l'apprentissage par la pratique », qui étaient censées garantir l'efficacité et l'efficience ne se sont pas pleinement matérialisées. Dans l'ensemble, les activités qui sont portées à une échelle plus étendue n'ont pas fait l'objet d'une évaluation à l'échelon local. Les objectifs de la participation d'une large palette d'acteurs mobilisés (ministères centraux, administration locale, ONG, OBC, secteur privé et communautés), ne sont pas toujours clairement définis. Les activités soutenues ne reflètent pas nécessairement les priorités programmatiques ou ne favorisent pas d'avantage comparatif dans la mise en œuvre. À ce jour, l'on ne dispose pas d'informations suffisantes sur la couverture et la qualité des prestations, ni d'informations permettant d'apprécier dans quelle mesure ils empiètent sur les actions de l'administration locale ou complètent celles-ci, encore moins sur la pérennité des activités. À l'instar du portefeuille de projets achevés, des programmes préventifs sont actuellement offerts à la population générale alors que les biens publics et la prévention à destination des populations présentant le plus d'intérêt au plan épidémiologique ne sont pas pris en charge autant qu'ils le nécessitent. Les mécanismes utilisés pour mobiliser la population ont considérablement accru la complexité des projets et, dans certains cas, n'ont pas renforcé ou ont même aliéné le ministère de la Santé,

qui est l'organisme chef de file de la lutte.

Parallèlement au programme MAP pour l'Afrique, d'autres régions de la Banque ont élargi leur assistance à la lutte contre le VIH/SIDA à des pays confrontés à une épidémie naissante et à une épidémie concentrée, en grande partie sans l'effet d'avertissement d'un programme MAP ou sans qu'il soit nécessaire de raccourcir le temps de préparation². Ces initiatives ont été favorisées par un environnement international qui a exercé une pression accrue sur les gouvernements afin qu'ils s'attaquent au SIDA. Dans de grands pays comme le Brésil, la Chine, l'Inde et la Russie, l'assistance de la Banque a une portée limitée par rapport au montant total des dépenses de santé, mais a servi à encourager les pays à favoriser les biens publics, la prévention et la nécessité d'étendre l'accès aux personnes les plus susceptibles de contracter et de propager le virus.

Le SIDA, un problème à long terme.

L'épidémie du SIDA est en train de causer des ravages dans les pays actuellement les plus durement touchés, mais est un problème à long terme. Il exige un éventail d'actions, certaines destinées à réaliser un impact rapide tandis que d'autres sont axées sur le renforcement de capacités à long terme et sur la pérennité. Il est impératif d'agir immédiatement afin de prévenir des infections futures (car cela représente à présent l'unique moyen de réduire l'étendue de l'épidémie et son impact) et d'offrir une prise en charge ainsi qu'un soutien aux personnes qui ont contracté la maladie. La plupart des personnes qui contracteront la maladie au cours de la prochaine décennie ont déjà été infectées. Cela a un impact prévisible sur les besoins en matière de soins de santé, même si l'environnement du traitement évolue rapidement.

Outre les interventions judicieuses et efficaces à court terme, les pays en développement ont besoin d'un soutien pour créer des institutions et des mécanismes nationaux et infranationaux viables afin d'entreprendre les actions qu'exige le problème à long terme, non seulement en développant sensiblement la prévention du VIH/SIDA (qui demeure un sujet

politiquement complexe), mais également en renforçant la capacité des systèmes de santé à fournir des soins curatifs aux malades du SIDA et à s'attaquer aux autres problèmes de santé, en renforçant les filets de sécurité sociale afin d'aider les personnes affectées et en pérennisant ces efforts. Il faudra développer et maintenir en permanence l'engagement politique à l'intérieur des pays, à tous les niveaux et dans tous les secteurs.

Orientations futures de l'assistance de la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA.

Tout au long des années 90 et jusqu'à cette date, la Banque est le plus important pourvoyeur extérieur d'assistance aux pays en développement pour la lutte contre le SIDA. Cette situation est en passe de changer. Depuis l'an 2000, la communauté internationale mobilise des ressources considérables pour la lutte contre le SIDA et, en tout premier lieu, pour le traitement de cette maladie. Les engagements de la Banque se sont non seulement accrues de manière spectaculaire (de près de deux milliards de dollars) ; le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) a engagé 1,6 milliard³ de dollars pour le financement d'initiatives de lutte contre le SIDA dans des pays en développement, doublant presque l'assistance octroyée pour la lutte contre le SIDA dans les pays africains où la Banque intervient déjà (Tableau 5.1).

De surcroît, le Gouvernement américain a annoncé son intention d'affecter au total 15 milliards de dollars sur cinq ans en faveur de 15 pays en Afrique, en Asie et dans les Caraïbes, principalement pour le traitement et la prise en charge. La Fondation Gates et la Fondation Clinton ont promis des centaines de millions de dollars. En effet, l'inquiétude qui régnait dans le milieu médical au début des années 90 quant au risque que le SIDA occulte l'enjeu plus vaste du développement du secteur de la santé est peut-être en train de se dissiper dans les pays les plus durement affectés. Le montant annuel des engagements du GFATM au titre de la lutte contre le SIDA en faveur du Rwanda et de l'Ouganda est supérieur au budget de

fonctionnement du ministère de la Santé⁴. La Banque et le Programme d'urgence du Président pour l'aide à la lutte contre le VIH/SIDA (PEPFAR) accordent également des financements à ces pays. Même si dans certains cas, les ressources promises par d'autres bailleurs de fonds n'ont pas encore été mises à disposition, il conviendrait d'examiner de manière critique la capacité d'absorber cette quantité de ressources et d'en faire une utilisation judicieuse, de même que l'équilibre à trouver entre les dépenses affectées au SIDA et celles destinées au secteur de la santé ainsi que la pérennité des investissements réalisés. Tandis que la plupart des bailleurs de fonds sont en train d'investir dans le renforcement des capacités à long terme, à court terme, ils puisent dans la même réserve de capacités relativement fixes. Il faudra s'employer à hiérarchiser les capacités limitées dans chacun des pays.

Fort de son engagement à long terme en faveur de la réduction de la pauvreté, de sa relation privilégiée avec les autorités nationales, de ses compétences dans le domaine de l'analyse et de son public multisectoriel, l'avantage comparatif de la Banque consiste à aider les pays à mettre en place des institutions viables adaptées aux réalités sociopolitiques locales ; à évaluer les options possibles ; et à aider à l'amélioration de l'efficacité, de l'efficience et de la pérennité des actions de lutte contre le SIDA à long terme. L'importance cruciale de l'engagement politique est reconnue à présent, même si la nécessité de renouveler et d'élargir constamment l'engagement est peut-être encore sous-estimée. Les divers besoins cruciaux ne sont pas encore totalement reconnus : l'accès aux informations en temps voulu ; l'établissement d'un ordre de priorité entre les activités, et la disponibilité des informations permettant de concevoir, suivre, évaluer et améliorer les programmes.

Pour être efficace, la Banque devra s'employer à recourir davantage à l'information et à l'évaluation, en aidant les pouvoirs publics à prendre des décisions sur la base de données probantes et à évaluer les solutions alternatives

et à établir des priorités. Au plan programmatique, elle doit continuer d'inciter à un engagement politique élargi et de privilégier la création de biens publics et la prévention, plus particulièrement parmi les personnes les plus susceptibles de contracter et de propager le VIH, quel que soit le stade de l'épidémie dans le pays. Dans les pays les plus durement touchés, la Banque doit agir afin d'améliorer l'efficacité et la pérennité du traitement du SIDA dans les systèmes de santé et de renforcer les programmes visant à intégrer les orphelins et autres groupes gravement affectés aux mesures de protection sociale et de lutte contre la pauvreté prises à l'échelon national.

Partenariats. La Banque a coopéré étroitement avec l'OMS/PMS au cours des premières années, puisant ainsi dans l'expertise technique de celle-ci. Elle collabore actuellement avec l'ONUSIDA ainsi qu'avec des institutions comme la CDC des États-Unis. Une part importante de l'assistance fournie actuellement par la Banque aux gouvernements est fournie parallèlement et en coordination avec les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, et elle est souvent financée en association avec ces derniers. De plus en plus, la supervi-

sion est assurée au moyen de revues conjointes avec d'autres bailleurs de fonds et avec les pouvoirs publics.

L'harmonisation des procédures à l'échelon national réduira le fardeau que représente pour les administrations la satisfaction des différentes dispositions imposées par de multiples institutions internationales en matière de communication de rapports. La Banque mondiale a ratifié la politique des « Trois 1 » (une autorité nationale, une stratégie et un système de S&E). Il ne suffit cependant pas d'arriver à un accord ; encore faut-il démontrer que ce qui est convenu améliore la qualité et l'impact des programmes dans chacun des pays. La Banque et ses partenaires internationaux portent une part de responsabilité, par exemple, dans la promotion d'institutions nationales modèles chargées d'assurer la coordination multisectorielle qui, dans bien des cas, ont du mal à exercer leurs fonctions primaires.

Les partenaires les plus importants, du point de vue de la Banque, doivent demeurer les pays en développement eux-mêmes. Les efforts visant à harmoniser les procédures et à instaurer une collaboration entre les bailleurs de fonds sont importants dans la mesure où ils

Tableau 5.1 : Montants des propositions approuvés par le Fonds mondial et engagements de la Banque mondiale dans les pays bénéficiant de ces deux formes d'assistance (en millions de dollars)

Regroupements de pays	Approuvés par le Fonds mondial (2 ans)	Montant total des engagements en cours de la Banque mondiale (5 ans)
Pays africains bénéficiant du MAP	544,59	959,1
Pays bénéficiant du MAP I ^a (n = 12)	316,99	462,9
Pays bénéficiant du MAP II ^b (n = 11)	227,60	496,2
Autres pays ^c (n = 13)	200,49	468,7
Total	745,08	1 427,8

Source : site web du Fonds mondial, consulté le 5 novembre 2004.

a. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Madagascar, Nigéria, Ouganda, RCA.

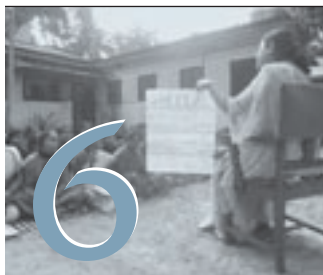
b. Burundi, Guinée, Guinée-Bissau, Malawi, Mozambique, Niger, RD Congo, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Zambie.

c. Bangladesh, Cambodge, Chine, Fédération de Russie, Guyana, Honduras, Inde, Jamaïque, Moldavie, Pakistan, République dominicaine, Tchad, Ukraine.

Couverture : Tous les pays dont les propositions de projets de lutte contre le SIDA soumis au Fonds mondial ont été approuvées et signées et dans lesquels la Banque fournit une assistance pour la lutte contre le VIH/SIDA. Dans les cas où plusieurs propositions soumises au Fonds mondial ont été approuvées, seule la valeur des conventions de don qui ont été signées est prise en compte. En général, les projets approuvés par le Fonds mondial comprennent uniquement les approbations relatives à la lutte contre le VIH/SIDA, à l'exception des projets désignés VIH/SIDA/TB, où les deux parties ne pouvaient être séparées. Dans ces cas-là, la totalité du montant a été attribuée à la lutte contre le SIDA.

sont axés sur les clients et aident les autorités publiques à améliorer la pertinence, l'efficacité et l'efficacité de leur intervention. Néanmoins, le risque persiste que l'harmonisation au niveau des pays élargit le champ des activités en y intégrant la définition de priorités et les conventions observées par tous les bailleurs de fonds en matière de suivi. C'est déjà le cas dans la famille des Nations Unies : l'Évaluation quinquennale de l'ONUSIDA (*Five-Year Evaluation of UNAIDS*) a conclu que le Plan d'activité intégré et le Cadre relatif à l'aide au développement des Nations Unies au niveau des pays « [manquent] de vision stratégique et ne sont pas adaptés aux besoins des pays »

(Poate et al., 2002, p. xv). **La Banque sert mieux les intérêts de ses clients lorsqu'elle fait la preuve de son avantage comparatif en aidant les autorités publiques à établir les priorités et un ordre de succession entre les activités à partir de données probantes. Pour ce faire, elle peut recourir au dialogue sur les politiques, aux travaux d'analyse participatifs et à des modèles de projets qui affectent les rares capacités disponibles sur les activités les plus prioritaires, à savoir celles qui sont susceptibles d'avoir le plus grand impact, en veillant à la pérennité de l'ensemble**



Recommandations

de l'intervention.

Dans la prochaine phase de ses interventions, la Banque devrait aider les autorités publiques à utiliser les ressources humaines et financières de manière plus rationnelle et efficace pour avoir un impact durable sur l'épidémie du VIH/SIDA. La Banque devrait mettre l'accent sur l'efficacité, l'efficacité et la pérennité des programmes nationaux de lutte contre le SIDA à travers le renforcement des capacités, la mise en place d'institutions nationales et infranationales solides, l'investissement stratégique dans les biens publics et les activités susceptibles d'avoir le plus grand impact, et la création d'incitations pour le suivi, l'évaluation et la recherche fondées sur l'exploitation de données d'information recueillies au niveau

local pour améliorer les résultats des programmes.

Pour l'ensemble de l'assistance de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA

1. Aider les autorités publiques à adopter une attitude plus stratégique et sélective, à définir des priorités, en mettant à profit les capacités limitées dont elles disposent pour mettre en œuvre les actions qui auront le plus grand impact sur l'épidémie. L'établissement rigoureux d'un ordre de priorité et de succession des activités contribuera à améliorer l'efficacité, à réduire la complexité de la gestion et à faire en

sorte que les activités ayant le meilleur rapport coût-efficacité soient mises en œuvre en premier. En particulier, la Banque devrait veiller à ce que les biens publics et la prévention parmi les personnes les plus susceptibles de propager le VIH soient suffisamment soutenus.

- La Banque doit aider les pouvoirs publics à définir les priorités et mettre en séquence les activités susceptibles d'avoir le plus grand impact, en y associant les secteurs et les agents d'exécution en fonction de leur avantage comparatif à collaborer à la réalisation de résultats épidémiologiques spécifiques. Les coûts, le rapport coût-efficacité, l'impact,

l'équité, les besoins en ressources humaines et la pérennité des stratégies alternatives de prévention, de traitement et d'atténuation doivent être évalués.

- En ce qui concerne la prévention, les projets réalisés dans les pays, quel que soit le stade de l'épidémie, doivent viser à établir systématiquement une cartographie des comportements à haut risque, à surveiller l'évolution du VIH et des comportements parmi les groupes de population les plus susceptibles de contracter et de propager le VIH, à assurer une large diffusion de l'information et à étendre les interventions préventives à ces groupes ainsi qu'à adopter des mesures en vue de réduire la stigmatisation et les obstacles juridiques à la prévention et à la prise en charge parmi les groupes marginalisés. Une évaluation pays par pays des résultats enregistrés dans ces différents domaines et l'élaboration d'un plan d'action destiné à améliorer la performance permettrait de satisfaire à cette recommandation.
- Concernant le traitement et la prise en charge, la Banque doit travailler, dans les pays à forte prévalence, avec les pouvoirs publics et d'autres partenaires en vue d'évaluer les coûts, les bénéfices, l'accessibilité, la pérennité ainsi que les implications en termes d'équité des différents types de traitement destinés aux malades du SIDA, autant d'éléments qui serviront de base pour la prise de décisions rationnelles en ce qui concerne l'affectation des ressources destinées à la santé. Ceci doit constituer une priorité, même si les ressources de la Banque ne seront pas consacrées au financement de cette prise en charge. Une enquête sur la prévalence du VIH représentative de la population est essentielle pour cerner l'ampleur et la répartition de la demande de traitement et pour concevoir des stratégies rationnelles de traitement et de prise en charge dans les pays à faible revenu durement frappés par l'épidémie.

2. Renforcer les institutions nationales chargées de gérer et de mettre en œuvre les actions de lutte à long terme,

notamment dans le secteur de la santé. Il est important d'entreprendre des actions dans les autres secteurs prioritaires, sans que ces initiatives ne se fassent au détriment des investissements nécessaires pour offrir au secteur de la santé les capacités pour faire face au SIDA. En outre :

- Il est nécessaire, dans le cadre de l'assistance fournie par la Banque, d'opérer une distinction entre les institutions et les stratégies destinées à accroître l'engagement politique (mobilisation) et celles qui ont pour but d'assurer la mise en œuvre effective des activités sur le terrain. Ces deux objectifs se sont révélés essentiels, mais l'expérience démontre qu'une unique institution n'est peut-être pas à même de remplir ces deux objectifs de manière efficiente.
- Il convient d'envisager, dans le cadre de l'assistance fournie par la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA, des stratégies visant à susciter, amplifier et pérenniser l'engagement politique dans des contextes particuliers.
- Il est nécessaire de recourir davantage à l'analyse institutionnelle et politique afin d'améliorer la pertinence et l'efficacité des institutions nationales et infranationales (notamment des institutions multisectorielles et celles relevant du ministère de la Santé) en fonction des capacités locales, des réalités politiques et du stade de l'épidémie.

3. Améliorer les données d'information à l'échelon local pour la prise de décision. La Banque devrait aider à faire en sorte que la conception et la gestion de l'assistance fournie aux pays en matière de lutte contre le VIH/SIDA s'appuient sur des données pertinentes et ponctuelles générées au plan local et sur des travaux d'analyse rigoureux.

- La Banque devrait initier immédiatement (dans les six prochains mois) un inventaire et une évaluation approfondis du stade d'exécution des activités de suivi et d'évaluation en cours et de la disponibilité et de la comparabilité dans le temps des données

relatives aux ressources, aux objectifs et aux réalisations qui sont nécessaires pour apprécier l'efficacité des programmes dans l'ensemble des pays où sont entrepris des projets portant uniquement sur le SIDA et des volets importants de lutte contre le VIH/SIDA. Cette évaluation devrait servir de base à un plan d'action assorti d'un délai précis dans le souci de donner plus d'attrait au suivi et à l'évaluation dans le cadre de l'assistance de la Banque aux actions de lutte contre le VIH/SIDA, tout en définissant des objectifs clairs pour l'amélioration du suivi et l'évaluation périodique, dans l'optique d'améliorer l'efficacité des programmes.

- Les projets en cours et ceux en phase de planification doivent identifier au préalable un programme de recherche et de travaux d'analyse sur commande portant sur les aspects prioritaires du programme de lutte contre le SIDA¹.
- Les interventions programmatiques pilotes doivent faire l'objet d'une évaluation indépendante avant leur reproduction ou leur extension ; celles qui ont été portées à une échelle plus grande sans aucune évaluation doivent être évaluées dans les 12 mois suivants, faute de quoi leur financement serait interrompu.
- La Banque doit devenir une « banque de connaissances sur le SIDA » en gérant un fichier central des travaux d'analyse sur le SIDA parrainés ou gérés par la Banque, y compris des évaluations. Cette base de données devra être exhaustive, à jour et accessible au personnel, aux clients, aux chercheurs et au grand public ; en mettant au point un mécanisme de diffusion systématique des résultats des travaux d'analyse de la Banque sur le SIDA auprès des publics internes comme externes ; en traduisant les principaux documents qui sanctionneront ces travaux ; et en investissant dans des travaux d'analyse et des études prioritaires portant sur plusieurs pays, qui constituent un bien public international².

Le programme MAP pour l'Afrique vise à atténuer les risques liés à l'engagement politique et la mise en œuvre, mais il existe peu de mécanismes structurels permettant de garantir l'efficacité ou l'efficacé des actions menées. Ces risques peuvent être réduits à travers les mesures suivantes (en plus des recommandations énoncées ci-dessus, qui s'appliquent à tous les projets) :

- **La préparation d'un projet MAP devrait normalement inclure une évaluation technique et économique exhaustive des plans stratégiques nationaux et de la politique publique en matière de lutte contre le SIDA et un inventaire des activités des autres bailleurs de fonds.** Lorsque les plans stratégiques nationaux ne suffisent pas pour hiérarchiser et échelonner les activités, la Banque doit engager des discussions stratégiques avec ses clients, en s'inspirant des travaux d'analyse, pour identifier les priorités programmatiques correspondant au stade atteint par l'épidémie, aux contraintes liées aux capacités et au contexte local. Les projets complémentaires doivent être structurés afin d'assurer la poursuite de ces activités prioritaires, notamment les biens publics et la prévention chez les personnes ayant des comportements à haut risque.
- **Les objectifs de la participation des différentes composantes de la société civile doivent être clairement définis, afin qu'on puisse faire la distinction entre les acteurs qui sont associés à la mobilisation politique et ceux qui possèdent une expertise et un avantage comparatif dans l'exécution d'activités ayant un impact direct sur l'épidémie.** Les résultats des activités en cours de lutte contre le SIDA entreprises dans le cadre du développement mené par la communauté (CDD), devraient être rigoureusement évalués, notamment leur efficacité dans le changement de comportement ou l'atténuation de l'impact avant qu'elles ne soient renouvelées, conformément aux recommandations issues de l'évaluation du CBD/CDD effectuée par l'OED. Dans

le même élan, il conviendrait d'évaluer la complémentarité ou la concurrence entre les activités de lutte contre le SIDA axées sur le CDD et l'action décentralisée du secteur public.

- **La Banque devrait axer l'appui à la mise en œuvre des actions de lutte sur les secteurs offrant des activités potentiellement capables d'avoir le plus grand impact sur l'épidémie et qui bénéficient d'un avantage particulier dans la mise en œuvre des actions — tels que le ministère de la Santé, l'armée, l'éducation, le transport et autres, en fonction du pays et assurer la disponibilité de ressources pour la su-**

pervision de leurs activités. Les objectifs de l'action multisectorielle contre le SIDA, en particulier en matière de mobilisation politique et de mise en œuvre, doivent aussi être clairement définis ; les acteurs clés doivent être mieux définis par rapport à chacun des objectifs. Une évaluation pays par pays, concernant la relation entre l'appui du MAP aux ministères d'exécution et les activités de lutte contre le SIDA dans l'aide aux secteurs autres que celui de la santé et leur efficacité relative doit être effectuée dans l'optique d'améliorer la complémentarité et d'assurer une utilisation judicieuse des ressources affectées à la supervision.

ANNEXE A : CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉVALUATION

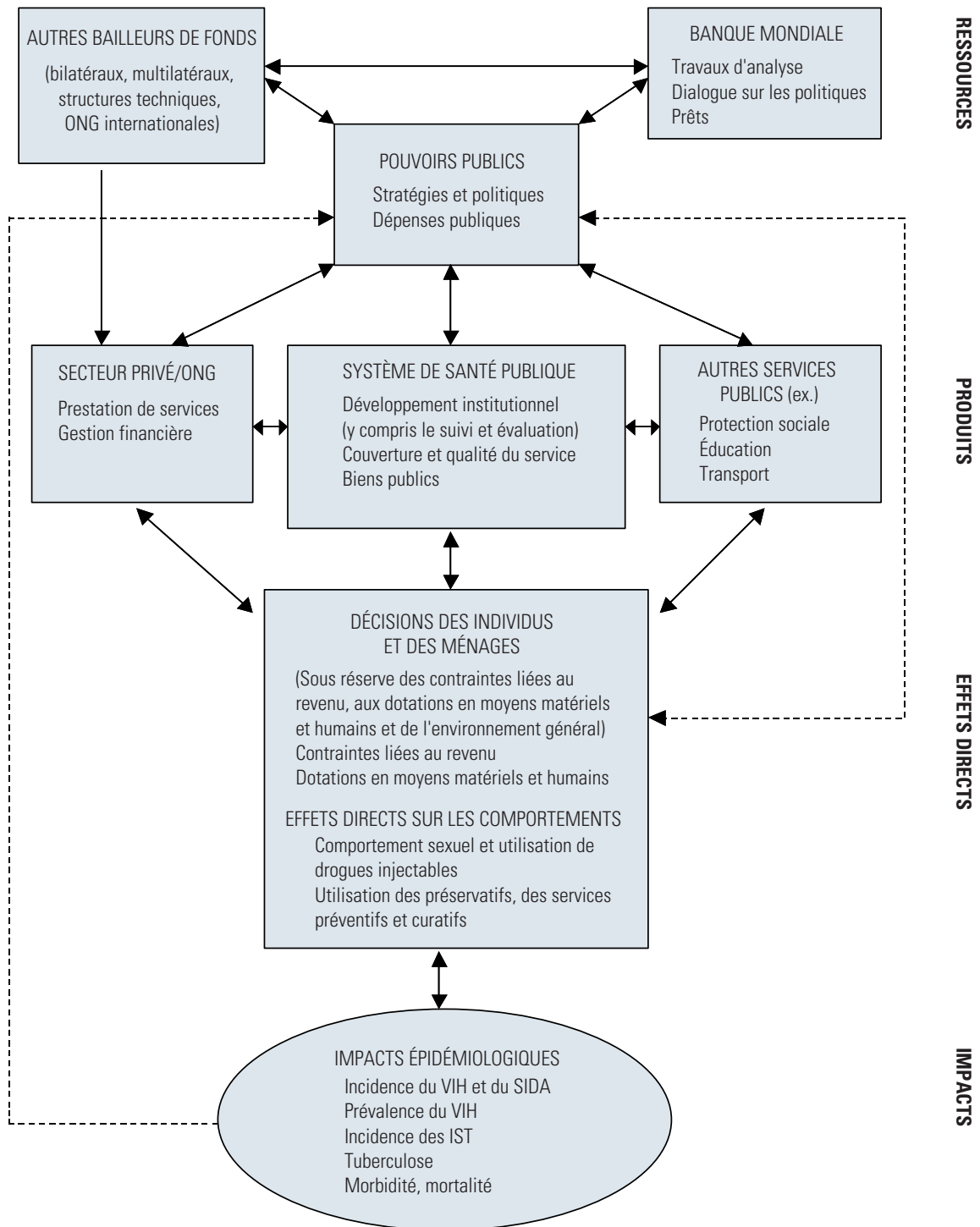
Évaluer l'impact sur le développement de l'assistance de la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA n'est pas une tâche aisée car, en premier lieu, il existe de nombreux déterminants de la propagation du VIH, au-delà des activités de la Banque, des bailleurs de fonds et des gouvernements. Les comportements des individus et des ménages déterminent en définitive le cours de l'épidémie et sont conditionnés par des facteurs comme la culture, les institutions politiques, les niveaux d'instruction, le statut de la femme et l'environnement macroéconomique. En deuxième lieu, la Banque est le seul parmi les nombreux acteurs à s'impliquer dans la lutte contre le VIH/SIDA et tous les projets soutenus par la Banque sont les projets qui sont exécutés, directement ou indirectement, par les pouvoirs publics, souvent en collaboration avec d'autres partenaires de financement. S'il est vrai que la Banque peut influencer les politiques, la responsabilité des grandes décisions de principe et de la mise en œuvre des programmes incombe au gouvernement. Ainsi, l'impact sur le développement des activités de la Banque est fortement lié à l'efficacité de l'administration.

La figure A.1 présente un diagramme schématique des canaux par lesquels l'assistance de la Banque mondiale pour la lutte contre le VIH/SIDA influe sur les produits de l'action gouvernementale, sur les effets directs au niveau des comportements et les impacts épidémiologiques au niveau des pays. Les conseils aux pouvoirs publics, les travaux d'analyse et les prêts octroyés par la Banque peuvent avoir un impact direct sur les politiques gouvernementales en influençant les stratégies, les politiques gouvernementales et

les dépenses publiques consacrées aux activités liées à la lutte contre le VIH/SIDA. L'ensemble de ces facteurs témoigne de l'engagement des pouvoirs publics. Dans les pays où la prise de décision a été décentralisée, **l'engagement des pouvoirs publics** se traduit par l'adoption de stratégies et de décisions de dépenses par différents échelons de l'administration centrale et locale. La Banque peut influencer indirectement sur l'engagement grâce à son influence sur le comportement des autres bailleurs de fonds et la coordination effective avec les activités de ceux-ci. À la différence des autres bailleurs de fonds, qui peuvent entretenir des relations avec les autorités publiques et traiter directement avec le secteur privé et les organisations non gouvernementales (ONG) en tant qu'agents d'exécution, la Banque influe sur les comportements du secteur privé et sur les ONG à travers son impact sur les politiques et les dépenses publiques.

Les politiques gouvernementales et les dépenses publiques influent sur le VIH/SIDA en renforçant les ressources et les capacités de l'État à fournir des biens publics, la couverture et la qualité des prestations et le renforcement des institutions pour gérer les efforts de lutte contre le VIH/SIDA, tant dans le système de santé publique que dans les autres services publics comme l'éducation, le transport et la protection sociale. Les pouvoirs publics ont aussi une influence sur l'intervention du secteur privé et des ONG à travers le cadre réglementaire et juridique, les subventions publiques à certaines activités, et la sous-traitance de la gestion et la mise en œuvre. Les capacités et les activités du secteur privé et des ONG influent également sur les activités du système de santé publique, et renforcent

Figure A.1. Canaux par lesquels l'assistance de la Banque mondiale influence sur les effets directs sur la lutte contre le VIH/SIDA



celles-ci dans certains pays. La flèche bidirectionnelle présentée à la figure A.1, qui relie le système de santé publique et les autres services publics, traduit le degré de coordination multisectorielle des activités. *Les produits de ce palier intermédiaire d'institutions publiques et privées correspondent à la mise en œuvre des stratégies, politiques et les activités gouvernementales, dont certaines seront peut-être financées par la Banque.*

En dernier ressort, l'impact épidémiologique des politiques et des programmes gouvernementaux soutenus par la Banque sur le VIH/SIDA dépend du comportement des ménages et des individus. Dans les limites des contraintes imposées par leur revenu, le capital humain et les dotations physiques (comme la richesse), ainsi que l'environnement culturel et l'environnement général, les ménages et les individus traitent les informations publiques, prennent des décisions sur l'affectation de leur temps et leurs ressources propres dans toutes les activités qui accroissent ou réduisent leurs risques de contracter le VIH et décident s'il faut consommer les services publics et privés (soins préventifs et curatifs, scolarisation, autres services sociaux). À titre d'exemple, ils décident avec qui s'associer, leur nombre de partenaires sexuels, s'il convient d'utiliser les préservatifs ou s'il faut rechercher un traitement médical pour une infection sexuellement transmissibles (IST). *Ainsi, les individus et ménages, dans la mesure où ils sont affectés par les politiques et les services publics, peuvent modifier les comportements (un effet direct) ce qui, conjugué avec l'environnement épidémiologique général, se traduit par des changements au niveau des impacts épidémiologiques en ce qui concerne*

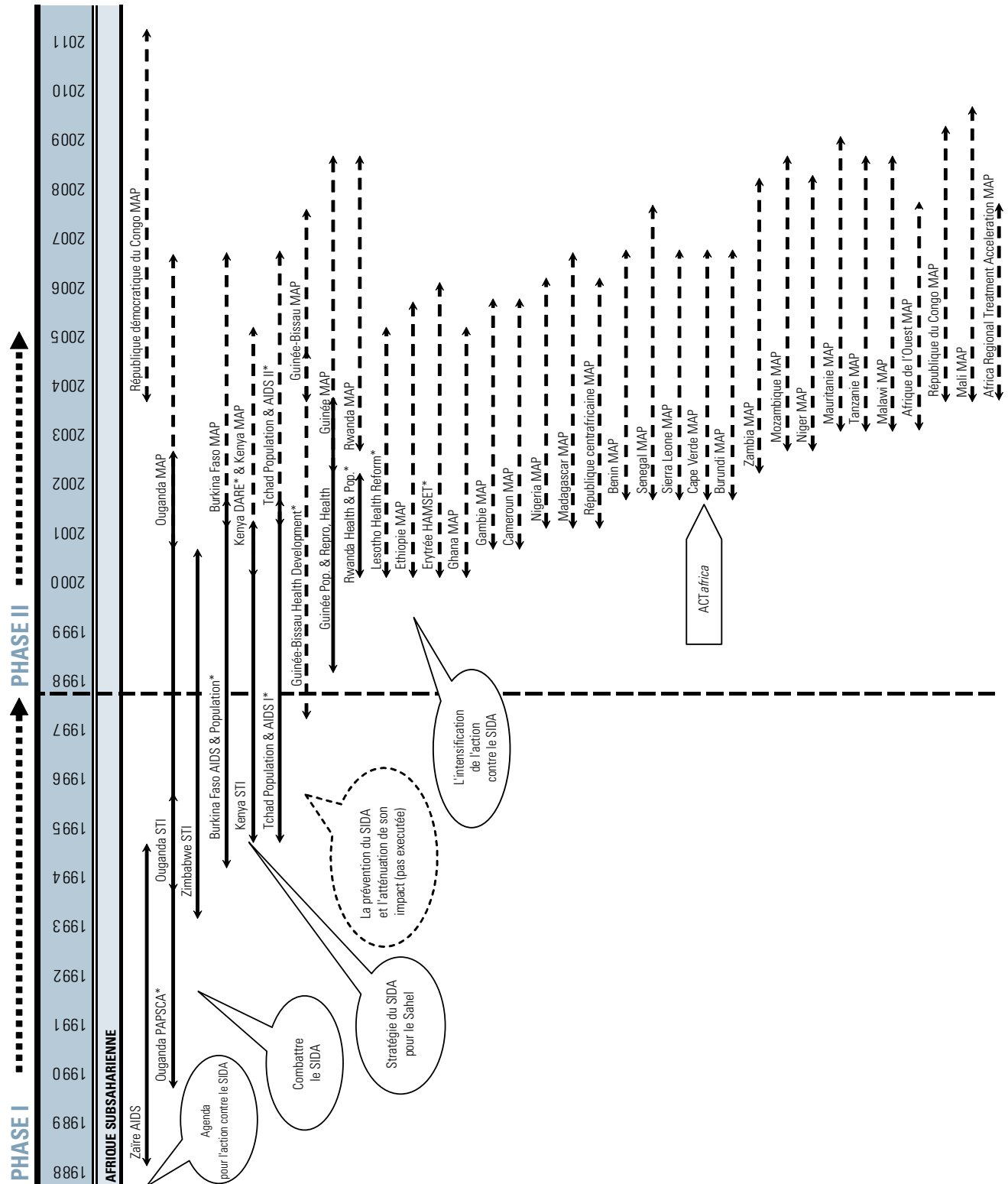
l'infection au VIH, les autres IST, la morbidité due aux infections opportunistes du SIDA (comme la tuberculose), et la mortalité due au SIDA.

Cette évaluation vise surtout à documenter et évaluer ces éléments indispensables de l'intervention de la Banque et des pouvoirs publics, notamment :

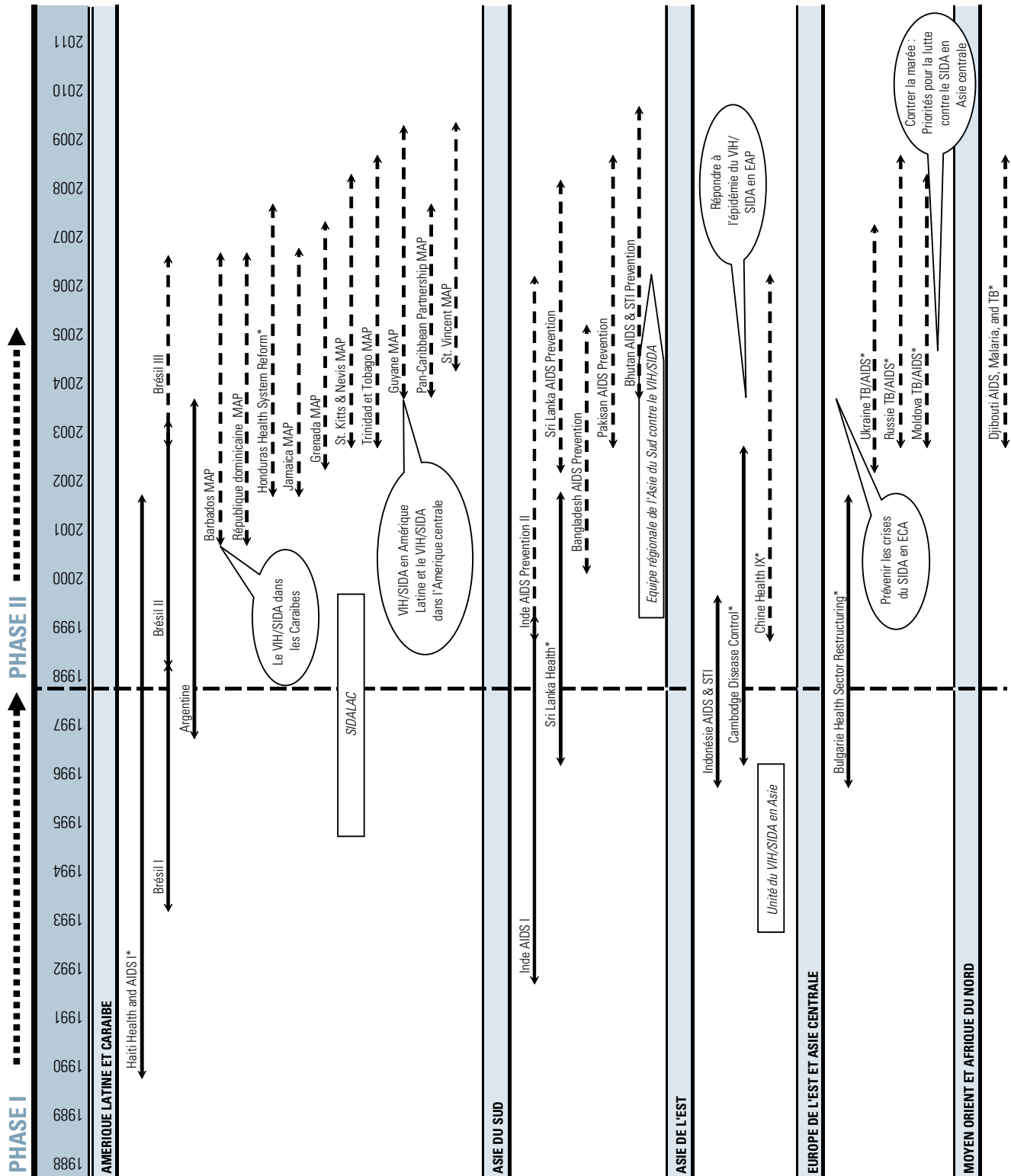
- les activités de la Banque et des bailleurs de fonds, leurs interactions ou la coordination mutuelle et avec les autorités publiques et la société civile.
- L'engagement des pouvoirs publics en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA, mesuré par les politiques et stratégies adoptées et le niveau et la répartition des dépenses publiques se rapportant au problème.
- La mise en œuvre des politiques et des programmes, en ce qui concerne la couverture et la qualité des services, la fourniture de biens publics et le développement institutionnel. L'ampleur de la collaboration *multi-sectorielle* au sein de l'administration et les modalités et les avantages des interactions entre les secteurs public et privé et les ONG est un facteur essentiel pour cerner les ressources et les produits.

Les activités de la Banque et des bailleurs de fonds peuvent être considérées comme des **ressources**, et l'engagement des pouvoirs publics et la mise en œuvre comme des **produits**. L'évaluation tentera d'établir un lien entre les ressources et les produits et, là où cela est possible, entre les intrants et les **effets directs sur les comportements** et sur les **impacts épidémiologiques** au niveau individuel.

ANNEXE B1 : CHRONOLOGIE DE L'APPROBATION DES PROJETS
ET LES STRATÉGIES SUR LE VIH/SIDA



*Volet SIDA



*Volet SIDA
 Note : Les années du calendrier ont été ajustées partout et les dates du début et de fin du projet ont été ajustées jusqu'à la demi-année suivante. Les dates des stratégies se trouvent au début de l'année pendant laquelle elles ont été publiées.

ANNEXE B2 : CALENDRIER ANNOTÉ DE L'ACTION DE LA BANQUE MONDIALE
DANS LE DOMAINE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Année	Travaux d'analyse	Stratégie et action de l'institution	Prés	Faits marquants à la Banque mondiale
1986		<p>Au début de cette époque, le groupe d'activités Population, santé, nutrition est un département centralisé de la Banque mondiale.</p>	<p>Au début de cette époque, la Banque n'accordait de prêts directs en faveur de projets de santé que depuis 1980.</p>	<p>Barber Conable devient le septième Président de la Banque mondiale (juillet). En octobre, le président Conable annonce qu'il sera procédé à une réorganisation interne avec l'assistance de consultants spécialisés en gestion.</p>
1987	<p>À la demande de l'OMS/PMS, un économiste de la Banque est détaché à Genève au milieu de 1987 pour estimer l'impact économique du SIDA.</p> <p>Les démographes de la Banque entreprennent de modéliser l'impact démographique du SIDA dans certains pays (Tanzanie, Zaïre) à l'aide du modèle PRAY, qui montre l'impact potentielle d'une utilisation plus large des préservatifs.</p>	<p><i>Le financement des services de santé dans les pays en développement</i> plaçait le financement de la santé au centre du dialogue avec les autorités nationales, dialogue centré sur l'efficience et l'équité.</p> <p>Principales réformes : tarification des services fournis par les centres de santé publics ; assurance ; utilisation efficace des ressources non gouvernementales ; et décentralisation de la planification, de la budgétisation et des achats.</p> <p>La réorganisation modifie sensiblement la structure du Département PHN. 1) Au niveau central, les activités de population, santé et nutrition deviennent une division du Département Population et ressources humaines. 2) Des départements techniques incluant des unités PHN sont créés dans chaque Région. 3) Au sein des Régions, des départements géographiques sont créés et se voient attribuer les fonctions auparavant réparties entre les départements des programmes et des projets.</p>	<p>La Banque mondiale publie un communiqué de presse annonçant l'approbation du Projet santé et planning familial pour le Burundi (14 millions de dollars), avec un volet de 1,9 million de dollars pour financer le programme national de lutte contre le SIDA (décembre). Le volet inclut des activités centrées sur le dépistage sanguin, l'IEC, la formation des agents de santé, la lutte contre les MST, et la recherche et l'évaluation. Immédiatement après les négociations, le gouvernement veut renégocier le volet SIDA parce qu'il est financé par un crédit (et non par un don). Le volet n'a jamais été officiellement abandonné ; 715 000 dollars ont été dépensés pour du matériel, du mobilier et des activités IEC sur un autre volet du projet L'OMS/PMS a financé, avec d'autres bailleurs de fonds, la plupart des activités programmées grâce à divers dons d'un montant global de 4,76 millions de dollars. Les fonds alloués au volet SIDA ont été redéployés pour rénover des installations de santé et construire de nouvelles infrastructures de santé.</p>	<p>Le 8 mai, M. Conable annonce que la réorganisation allait commencer et qu'elle serait achevée d'ici au mois de septembre.</p> <p>Dans l'allocation prononcée lors des Assemblées annuelles de la Banque mondiale et du FMI, le président Conable annonce « Nous soutiendrons l'action engagée à l'échelle planétaire par l'Organisation mondiale de la santé pour combattre le SIDA, maladie qui pourrait avoir de graves conséquences pour certains pays d'Afrique » (septembre)^a.</p> <p>Dans le cadre de la réorganisation, deux vice-présidences de la Région Afrique, (Afrique orientale et australe, et Afrique de l'Ouest) sont fusionnées. Edward Jaycox est nommé vice-président pour l'Afrique subsaharienne</p>

1988	<p>Publication de l'article de recherche de la Banque sur les coûts directs et indirects du SIDA en Tanzanie et au Zaïre.</p>	<p>Le rapport intitulé <i>Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) : Le programme d'action de la Banque en Afrique (1988)</i> est préparé par le Département technique de la Région Afrique. Il préconise de fonder l'aide de la Banque aux pays sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le dialogue avec les autorités sur la prévention et la lutte contre le SIDA. • Les travaux d'analyse sur la propagation actuelle et à venir du VIH et des MST. • Le financement d'activités prioritaires avec la mise en œuvre de projets et de volets exclusivement axés sur le SIDA, la restructuration des projets de santé actifs . • La mobilisation des ressources des bailleurs de fonds. • La formation des agents de la Banque. • Le lancement d'études/ de programmes régionaux. • L'octroi d'une aide aux pays pour établir des centres de recherche et de formation sous-régionaux sur le SIDA . <p>Toutefois, cette stratégie n'a pas été officiellement adoptée par la direction de la Banque et elle a été distribuée en tant que document de travail.</p>	<p>Approbation du premier projet exclusivement SIDA en faveur du Zaïre, sur la base des recherches de <i>Projet SIDA</i>, dirigé par Jonathan Mann. C'est aussi le premier projet de santé dans ce pays et le premier projet de la Banque exclusivement axé sur une seule maladie. Le communiqué de presse note que le volume moyen des prêts pour les activités de population, santé et nutrition dans le monde est de 220 millions de dollars par an.</p> <p>Le projet de lutte contre les maladies émergentes dans le Nordeste en faveur du Brésil est approuvé, avec un volet SIDA de 6,6 millions de dollars. (La plupart de ces fonds ont été utilisés ultérieurement pour préparer le premier projet SIDA au Brésil.)</p> <p>La Banque offre à la Thaïlande de lui octroyer un prêt pour le SIDA, mais le gouvernement décline l'offre.</p> <p>Le communiqué de presse de la Banque mondiale sur la Journée du SIDA (décembre) indique que la Banque finance des volets de projets axés sur le SIDA dans sept pays et prépare des volets SIDA dans neuf autres pays.</p>	<p><i>The Bank's World</i>, bulletin de la Banque, contient un article sur la propagation du VIH et son incidence sur les systèmes de santé et les économies. Il annonce qu'il est prévu d'inclure des volets SIDA dans dix projets de santé. Seulement 5 000 cas de SIDA sont déclarés en Afrique subsaharienne, mais selon les estimations un million d'Africains sont infectés (mars).</p>
1989	<p>Publication de <i>Guidelines for rapid estimation of the direct and indirect costs of AIDS in a developing country</i>, par Over, Bertozzi et Chin.</p>	<p>La Banque mondiale publie <i>Sub-Saharan Africa : from Crisis to Sustainable Growth</i> . Un encadré sur le SIDA souligne que, dans les décennies à venir, l'épidémie va sans doute mettre lourdement à contribution les capacités de secteurs de santé déjà</p>	<p><i>The Bank's World</i>, bulletin de la Banque, contient un article sur le SIDA dans les lieux de travail, qui explique comment le VIH/SIDA peut et ne peut pas être transmis.</p>	<p>(Suite page suivante)</p>

Année	Travaux d'analyse	Stratégie et action de l'institution	Prêts	Faits marquants à la Banque mondiale
1989 (Suite)		<p>mal armés dans les pays où elle se propage. Le coût potentiel des soins aux patients du SIDA est élevé, sans compter les coûts indirects que représente pour la société la perte de main-d'œuvre et d'adultes pour s'occuper de la famille. Elle risque aussi de détourner des ressources consacrées au traitement et à la prévention d'autres maladies (p. 65). Les pays les plus touchés sont le Burundi, le Kenya, le Rwanda, la Tanzanie, l'Ouganda et le Zaïre. « Les stratégies... dépendent de l'épidémiologie spécifique du SIDA dans le pays concerné ». Quatre priorités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer le SIDA aux programmes de soins de santé primaires et de planning familial, et aux services de PMI et de MST. • Conseiller les séropositifs, afin de « renforcer les comportements susceptibles de réduire la propagation du virus ». • Diagnostiquer et traiter rapidement les patients atteints de MST et cibler la distribution de préservatifs aux prostituées. • Cibler les activités IEC sur les populations d'âge scolaire, les individus sexuellement actifs et les prostituées ». 		
1990	<p>Les démographies de la Banque incluent la mortalité liée au SIDA dans les projections démographiques pour tous les pays. Le Comité de recherche de la Banque mondiale approuve le financement d'un projet d'étude sur l'impact de la mortalité des</p>		<p>Premier projet Santé et SIDA approuvé pour Haïti (janvier), avec un volet SIDA asorti d'une dotation de 3,3 millions de dollars. À la clôture du projet, dix millions de dollars avaient été dépensés pour le SIDA. Approbation du projet PAPSCA axé sur</p>	

<p>adultes sur les ménages de Kagera, en Tanzanie. Une étude longitudinale est effectuée sur le terrain entre 1991 et 1994. Cofinancée par l'USAID et DANIDA.</p> <p>Lors de la Conférence internationale sur le SIDA en Afrique (Kinshasa), les économistes de la Banque prononcent un discours plénier sur l'impact économique du SIDA.</p> <p>Travaux documentaires pour l'étude <i>Tanzania AIDS Assessment & Planning Study</i>, non publiée officiellement avant décembre 1992. Études documentaires sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'impact démographique (Bulatao 1990). • L'assistance aux survivants (Bertozi 1990 ; Ainsworth & Rwegarulira 1992). • La gestion des infections opportunistes (Pallangio 1990). • Coût-efficacité d'interventions IEC alternatives (Foote 1990). <p>Lancement d'une étude sectorielle sur l'impact du SIDA en Ouganda (décembre), actualisée en 1993 avec les chiffres du recensement national, publiée en 1995. Les travaux documentaires portaient, entre autres, sur l'impact du SIDA sur la sécurité alimentaire.</p>	<p>l'atténuation des coûts sociaux de l'ajustement en Ouganda, avec un volet important de 3,3 millions de dollars pour les veuves et les orphelins de guerre et du SIDA.</p> <p>En 1990–1991, des projets incluant des volets SIDA sont approuvés dans trois pays où la prévalence du VIH était faible — Maroc (1990), Mali et Madagascar. (>un million de dollars, mais < 10 % du coût des projets).</p>
<p>1991</p> <p>Lors de la cinquième Conférence internationale sur le SIDA en Afrique qui s'est tenue à Dakar, un économiste de la Banque prononce un discours plénier sur « L'impact économique du SIDA : chocs, réactions et résultats ».</p> <p>Production de documents de référence</p>	<p>Lewis T. Preston devient le huitième président de la Banque mondiale (septembre).</p> <p>Un spécialiste VIH/SIDA entre au Département technique Afrique : ses services sont financés pendant près de trois ans par les centres américains de lutte et de prévention contre les maladies (juin).</p> <p>De retour d'un atelier sur l'impact économique du SIDA en Afrique du Sud, un</p>

(Suite page suivante)

Année	Travaux d'analyse	Stratégie et action de l'institution	Prêts	Faits marquants à la Banque mondiale
1991 (Suite)	<p>supplémentaires sur l'évaluation du SIDA en Tanzanie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projections de mortalité (Chin 1991). • Coûts et effets du traitement des MST, du dépistage sanguin et des préservatifs (Over 1991). 	<p>agent de la Banque note que les participants étaient unanimes à penser que l'Afrique du était en mesure d'agir plus rapidement que les autres pays africains et qu'elle pouvait tirer parti de l'expérience du Nord. Selon les estimations de l'atelier, le nombre de cas de SIDA devrait atteindre 400 000 d'ici à l'an 2000⁶.</p>		
1992	<p>Les chercheurs publient trois études sur l'impact économique du SIDA, au plan macroéconomique comme au plan micro-économique.</p> <p>Publication de l'étude <i>Tanzania AIDS Assessment and Planning Study</i>.</p> <p>Les démographes de la Banque publient le document <i>1992-93 World Population Projections</i> qui incorpore l'impact démographique du SIDA dans tous les pays. Ils prévoient que l'espérance de vie va être ramenée de 48 ans en 1985 à 44 ans en 2000-2005 en Ouganda, et de 53 ans à 46 ans en Zambie pendant la même période. Les éléments d'appréciation sur la propagation du VIH en Afrique du Sud étant limités, une augmentation de l'espérance de vie est anticipée.</p>	<p>Un spécialiste du VIH/MST en Afrique est nommé coordinateur des activités VIH/SIDA dans la Région, avec un groupe de travail informel d'agents techniques et opérationnels.</p> <p>La Région Afrique diffuse sa seconde stratégie pour le SIDA : <i>Combattre le SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles en Afrique. Un bilan du programme d'action de la Banque</i> (1992). Celle-ci propose un plan d'action au niveau des pays prévoyant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des politiques multisectorielles afin de faire face à l'impact de l'épidémie. • Allouer des ressources au titre de la prévention à des groupes à faible taux d'infection pour le VIH, mais à taux élevé d'infection pour les MST, ainsi qu'aux groupes de « transmetteurs de base ». 	<p>Approbation du <i>Projet national de lutte contre le SIDA</i> pour l'Inde, deuxième projet exclusivement SIDA. Met en place la NACO (Organisation nationale de lutte contre le SIDA). À la clôture du projet, en 1999, la contribution du pays atteignait un montant nettement plus important que les fonds de contrepartie qu'il devait initialement financer, signe de l'engagement des autorités sur ce front.</p>	<p>Le chef de la Division HNP du Département technique Afrique fait un exposé sur le VIH/SIDA à l'Équipe de direction régionale Afrique, et à des responsables de départements autres que celui de la santé.</p>

1992

Banque prévoyant notamment de :

- Évaluer l'impact du SIDA sur le développement, dans le secteur de la santé et les autres secteurs.
- Inclure une synthèse sur le VIH/SIDA dans les études portant sur un autre domaine que celui de la santé.
- Effectuer des travaux d'analyse sur l'efficacité des interventions MST/VIH.
- Accorder une priorité plus élevée aux prêts intéressant des parties du système de santé d'importance cruciale pour la prévention/lutte contre les MST/VIH.
- Accroître la participation des ONG et des organisations à base communautaire.
- Améliorer l'information des services de la Banque, tant ceux du secteur de la santé que ceux d'autres secteurs.
- Poursuivre la collaboration avec l'OMS/PMS.
- Le SIDA ne doit pas dominer le programme d'action HNP en Afrique.

1993

Le document *Disease Control Priorities in Developing Countries* conduit la Banque à augmenter les financements en faveur des prêts-projets axés sur la lutte contre les maladies. Le chapitre sur le VIH/SIDA et les MST, rédigé par Mead Over et Peter Piot, souligne le rôle des « groupes transmetteurs de base » dans le démarrage et la propagation d'une épidémie de MST et l'efficacité théorique du ciblage des

Création, au sein de la Région Asie de l'Est et Pacifique, de *AIDS in Asia*, première cellule régionale de soutien aux activités SIDA.

Approbation du *projet de lutte contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles* en faveur du Brésil (250 millions de dollars, dont un prêt Banque de 160 millions de dollars); il met l'accent sur la prévention parmi les groupes les plus susceptibles de contracter et de propager le VIH. Le prêt BIRD est décaissé plus rapidement que prévu.

Approbation du premier des trois projets

Le vice-président Jaycox de la Région Afrique préside une session sur l'impact économique du SIDA lors d'un symposium d'un jour ayant eu lieu lors de l'Assemblée annuelle de la Banque africaine de développement, à Abidjan, Côte d'Ivoire.

Le président Preston assiste à la réunion des responsables des institutions des Nations Unies, le Comité administratif de coordination, présidé par le Secrétaire

(Suite page suivante)

Année	Travaux d'analyse	Stratégie et action de l'institution	Prêts	Faits marquants à la Banque mondiale
1993 (Suite)	<p>ressources de prévention sur ces groupes.</p> <p><i>Le Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé</i> souligne le rôle de l'État sur le marché de la santé. Il préconise une approche fondée sur trois axes : Instauration d'un environnement permettant aux ménages d'améliorer leur santé ; amélioration du rapport coût/efficacité des soins de santé publics et extension des programmes de santé publics de base ; et promotion de la diversité et de la concurrence dans les secteurs des services de santé et de l'assurance. Il recommande un ensemble de services de santé de base efficaces par rapport aux coûts incluant des activités de prévention du VIH à faible coût. Face au VIH, une prévention précoce et efficace est indispensable parce que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le VIH est très répandu et se propage rapidement. • L'efficacité de la prévention par rapport aux coûts baisse lorsque les infections passent des groupes à haut risque à l'ensemble de la population. • Les conséquences du SIDA sont graves et coûteuses. • La prévention est politiquement sensible car elle touche les questions liées aux rapports sexuels et à l'utilisation des drogues. <p>Les interventions prioritaires sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'information du public sur la protection. 	<p>axés sur les infections sexuellement transmissibles (IST) en faveur du Zimbabwe, pays dont les autorités nationales sont jugées très déterminées. Le projet finance pour l'essentiel l'achat de médicaments.</p> <p>À la suite du chaos économique et politique qui s'est installé à partir de 1991, les décaissements concernant tous les prêts au Zaïre sont suspendus en 1993 et le premier projet Banque exclusivement SIDA est annulé en 1994. Sur le crédit de 8,1 millions de dollars, 3,3 millions de dollars seulement ont été décaissés. La faiblesse des capacités et les problèmes de mise en œuvre au niveau local ont ralenti les décaissements, même avant que ces problèmes n'apparaissent.</p> <p>Lancement des préparatifs pour un projet de prévention VIH/SIDA de 19,2 millions de dollars au Nigéria (financé par un crédit IDA de 13,7 millions de dollars), avec le plein appui du Ministre de la santé. Le projet envisagé comportait un volet de recherche et d'évaluation. Un don de un million de dollars du PHRD est débloqué pour des études à effectuer pendant la préparation, et en particulier pour une enquête auprès des ménages avec des modules de prévalence VIH et MST, une étude de faisabilité de la production de préservatifs et une étude pilote sur la commercialisation sociale d'un kit pour le traitement de l'urétrite masculine.</p>	<p>général des Nations Unies, sur le « Programme commun co-parrainé des Nations Unies sur le VIH/SIDA », le 28 octobre</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • La promotion de l'utilisation des préservatifs. • La réduction de la transmission du VIH par voie sanguine. • L'intégration de la prévention du VIH aux services MST. • La promotion du dépistage volontaire anonyme. • La mise en place de systèmes de surveillance de santé publique. <p>La recherche sur l'impact macroéconomique du SIDA en Tanzanie est publiée dans <i>Étude économique de la Banque mondiale</i>.</p>	<p>Le spécialiste VIH/SIDA de la Région Afrique devient fonctionnaire de la Banque (février). Debrework Zewdie intègre le Département Population, santé, nutrition, pour diriger le point focal mondial VIH/SIDA. Le rapport <i>Better Health in Africa</i> présente des stratégies pratiques pour l'amélioration de la santé en Afrique. Il affirme que le VIH/SIDA est la menace récente la plus grave pour la santé des populations. Il couvre la prévalence du VIH, les groupes vulnérables, les modes de transmission et les répercussions économiques. Les coûts potentiels du traitement du SIDA en pourcentage des dépenses totales et des dépenses publiques sont présentés. Les recommandations sont présentées dans un encadré : la politique des pouvoirs publics doit commencer par la prévention. Il convient de donner la plus haute priorité à</p>	<p>Un projet IST est lancé en Ouganda, de même que le premier projet (sur trois) de population assorti d'un volet SIDA important, en faveur du Burkina Faso.</p>	<p>Sven Sandstrom, directeur général du Groupe de la Banque mondiale, prononce un discours-programme lors de la <i>Conférence mondiale sur le SIDA</i> qui s'est tenue à Stockholm sur le thème : « Le SIDA et le développement : Une inquiétude commune, une vision commune ». La Conférence est parrainée par la Suède.</p>
<p>1994</p>	<p>Publication de "AIDS and African Development" dans le <i>World Bank Research Observer</i>. Les démographes de la Banque établissent des projections sur les taux de mortalité infantile jusqu'à la fin de 2005, avec et sans le SIDA. La Banque publie <i>World Population Projections 1994-95</i>, qui tient compte de l'impact du SIDA, immédiatement avant la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au Caire.</p>		

(Suite page suivante)

Année	Travaux d'analyse	Stratégie et action de l'institution	Prés	Faits marquants à la Banque mondiale
1994 (Suite)		des campagnes minutieusement ciblées d'éducation du public et de promotion des préservatifs, ainsi qu'au dépistage et au traitement d'autres MST. Il y a aussi une prise de conscience des besoins des maldades du SIDA à mesure que la maladie progresse, et de la lourde tâche qui pèse sur les hôpitaux africains, ce qui souligne l'importance de réformes dans le secteur de la santé. Mais globalement l'épidémie du SIDA est insuffisamment traitée dans le document et n'apparaît pas dans les recommandations du rapport		
1995	Publication d'un document de synthèse de la Banque, intitulé <i>Uganda's AIDS Crisis: Its implications for Development</i> .	Publication de la <i>Stratégie régionale de lutte contre le SIDA pour le Sahel</i> , à l'intention d'un ensemble de pays extrêmement pauvres où la prévalence du VIH est relativement faible. Cette stratégie préconise : 1) Un soutien au niveau des pays axé sur les volets suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Stratégies à moyen/long terme pour élaborer des politiques et des programmes viables . • Renforcement des communications. • Commercialisation sociale accélérée des préservatifs. • Extension de la gestion clinique des MST. • Soutien aux initiatives des ONG et du secteur privé. • Analyse de vaste portée des politiques et coordination des programmes 2) Un soutien au niveau régional pour les volets suivants :	Approbation d'un projet STI pour le Kenya et d'un projet <i>Population et lutte contre le SIDA</i> pour le Tchad. Après deux années de préparation et un document final d'évaluation du projet, le projet de prévention du SIDA pour le Nigéria est annulé pour des raisons qui n'ont rien à voir avec les mérites du projet. À l'époque, les problèmes de gouvernance étaient nombreux, seuls les projets concernant le secteur social étaient approuvés et plusieurs d'entre eux avaient été annulés après l'approbation. Le don PHRD de un million de dollars pour des recherches préliminaires a toutefois été approuvé aux fins d'exécution des études. Mais il n'a pas été poursuivi non plus après une année de luttes au sein du gouvernement pour savoir qui serait le signataire du compte PHRD.	James Wolfensohn devient le neuvième président de la Banque mondiale (juin). La Banque finance une délégation de haut niveau à l'OUA, accompagnée par le coordinateur SIDA de la Région Afrique, pour parler du programme d'action SIDA avec quatre présidents africains en vue de l'Assemblée de l'OUA de 1996.

<ul style="list-style-type: none"> • Actions de sensibilisation et de renforcement des capacités financées par des dons de la communauté des bailleurs de fonds, et basées sur la mobilisation des dirigeants politiques et les leaders d'opinion. • Projets pilotes. • Études et recherche. • Assistance technique et formation. <p>La Région Amérique latine et Caraïbes propose de soutenir une Initiative régionale de lutte contre le SIDA (SIDALAC) pour les pays de cette région, basée dans la Fondation mexicaine de la santé (FUN-SALUD) à Mexico. La SIDALAC est financée par des contributions spéciales de la Banque à ONUSIDA. Ses principaux objectifs sont de conduire des travaux d'analyse pour la planification stratégique, et de diffuser les résultats et de promouvoir les échanges de données d'expérience entre les pays de la Région.</p>	<p>1996</p> <p><i>Prévention et atténuation de l'impact du SIDA en Afrique subsaharienne : Une mise à jour de la stratégie de la Banque mondiale.</i></p> <p>1) Conclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impact sur les ménages et impact sectoriel . • Progrès lents des politiques sectorielles. • Nécessité d'approfondir les projets pilotes et d'en accroître le champ d'action. • Nécessité, dès le début de l'épidémie, de cibler les interventions sur les <p>Approbation du <i>Projet cambodgien de lutte contre les maladies et de développement de la santé</i>. Premier projet de santé soutenu par la Banque dans ce pays, il comporte des volets visant à renforcer les programmes publics de maladies infectieuses axés sur le SIDA, la TB et le paludisme</p> <p>Approbation du <i>Projet indonésien de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA et les MST</i>. C'est le premier projet exclusivement SIDA dans un pays où l'épidémie est naissante.</p> <p>Le président Wolfensohn, accompagné de son épouse, se rend en Inde et visite le quartier chaud de la ville de Mumbai et rencontre des prostituées et des ONG. Il discute du SIDA avec le Premier ministre, le Président, le Ministre des Finances et les principaux ministres du Maharashtra, du Karnataka et de l'Orissa (octobre).</p> <p>Dans le discours prononcé lors des Assemblées annuelles, le président Wolfensohn préconise la création d'une « banque du savoir » (octobre).</p>
---	---

(Suite page suivante)

Année	Travaux d'analyse	Stratégie et action de l'institution	Prêts	Faits marquants à la Banque mondiale
1996 (Suite)	<p>groupes à très hauts risques pour améliorer le rapport coût-efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'intégrer les soins aux malades du SIDA au système de santé. <p>2) Nouveaux domaines d'intervention pour la Banque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Susciter l'engagement politique. • Changer les comportements à risques. • Mobiliser des ressources pour approfondir les programmes et en accroître le champ d'action. • Améliorer la conception et l'exécution des mesures efficaces par rapport aux coûts pour atténuer l'impact de l'épidémie. <p>Toutefois, comme cette stratégie a été élaborée et diffusée avant une restructuration interne de la Région Afrique, elle n'a jamais été publiée ou diffusée.</p> <p>La Banque mondiale devient l'une des six organisations parrainantes de l'ONUSIDA. Dissolution de la cellule <i>AIDS in Asia</i>.</p>	<p>groupes à très hauts risques pour améliorer le rapport coût-efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'intégrer les soins aux malades du SIDA au système de santé. <p>2) Nouveaux domaines d'intervention pour la Banque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Susciter l'engagement politique. • Changer les comportements à risques. • Mobiliser des ressources pour approfondir les programmes et en accroître le champ d'action. • Améliorer la conception et l'exécution des mesures efficaces par rapport aux coûts pour atténuer l'impact de l'épidémie. <p>Toutefois, comme cette stratégie a été élaborée et diffusée avant une restructuration interne de la Région Afrique, elle n'a jamais été publiée ou diffusée.</p> <p>La Banque mondiale devient l'une des six organisations parrainantes de l'ONUSIDA. Dissolution de la cellule <i>AIDS in Asia</i>.</p>	<p>Approbation de projets comportant un volet SIDA en Bulgarie et au Sri Lanka. Le projet bulgare ne finance que la sécurité transfusionnelle.</p>	<p>M. Jaycox, VP pour l'Afrique, prend sa retraite. Il est remplacé par deux vice-présidents pour l'Afrique — MM. Callisto Madavo et Jean-Louis Sarbib.</p>
1997	<p>Le Département de la recherche de la Banque publie <i>Faire face au SIDA</i> lors d'une conférence de presse conduite par Joseph Stiglitz, économiste en chef et premier vice-président. Le document rassemble des données d'information sur les déterminants économiques et sociaux de l'épidémie, son impact économique et l'efficacité des interventions dans les pays en développement. Il identifie les principes que doivent appliquer les décideurs pour établir les priorités, il justifie, sur la base de raisons économiques, annexe. Pas de stratégie spécifique</p>	<p>Publication de la Stratégie sectorielle en matière de Santé, nutrition et population. Elle met l'accent sur la volonté de la Banque d'améliorer les résultats SNP pour les pauvres, de renforcer la performance des systèmes de santé et d'assurer durablement le financement des soins de santé. Elle signale l'apparition de nouvelles épidémies et la charge que présentent les maladies infectieuses, mentionnant le SIDA, la tuberculose et le paludisme dans une annexe. Pas de stratégie spécifique</p>	<p>Approbation du <i>Projet de lutte contre le SIDA et les MST</i> en faveur de l'Argentine.</p>	<p>La crise économique de l'Asie de l'Est se développe pendant l'été 1997. Joseph Stiglitz, premier vice-président et économiste en chef prononce une allocution au Parlement européen (Bruxelles, 25 novembre) sur la nécessité de lutter contre le SIDA dans les pays en développement.</p>

l'intervention des pouvoirs publics dans la lutte contre le SIDA, et il souligne le rôle unique de l'État dans la fourniture de biens publics, ainsi que les mesures à prendre pour s'assurer que les personnes les plus susceptibles de contracter et de transmettre le VIH adoptent des comportements sans risque. Il préconise d'ouvrir aux malades du SIDA l'accès à des soins de santé efficaces par rapport aux coûts et l'intégration des programmes et des politiques d'atténuation des conséquences du SIDA au programme de lutte contre la pauvreté et il souligne la nécessité d'une intervention précoce dans les pays où l'épidémie ne fait que commencer, mettant à ce propos l'accent sur l'Inde, la Chine et l'Europe de l'Est, où l'épidémie peut encore être évitée. La préface de l'ouvrage est cosignée par la Banque, l'ONUSIDA et la Commission européenne.

Les économistes de la Banque prononcent des discours pléniers sur *Fair Face au SIDA* lors de la Conférence internationale sur le SIDA et les MTS en Amérique latine (Lima, Pérou) et lors de la Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique (Abidjan, Côte d'Ivoire) (décembre). *Setting priorities for government involvement in antiretrovirals* est publié dans un ouvrage de l'OMS traitant des travaux sur la transmission de la mère à l'enfant en Thaïlande. La première d'une série d'études économiques et sectorielles nationales

pour le VIH/SIDA.

Le coordinateur mondial pour le SIDA est recruté pour diriger les activités SIDA dans la Région Afrique (septembre). La réorganisation de 1997 de la Banque vise à établir un meilleur équilibre entre la nécessité de focaliser l'action sur les pays et l'objectif d'excellence au niveau sectoriel. Les agents « sectoriels » ont été groupés en unités régionales sectorielles plus larges ou en départements et ont travaillé avec les départements géographiques sur la base de relations matricielles. Les commissions techniques (et notamment la commission technique SNP) ont été créées afin de réunir les chefs régionaux travaillant dans le même secteur. Des unités de « coordination » ont été mises en place dans l'ensemble de la Banque pour fournir un appui qualitatif aux Régions.

(Suite page suivante)

Année	Travaux d'analyse	Stratégie et action de l'institution	Prés	Faits marquants à la Banque mondiale
1997 (Suite)	parrainées par la cellule <i>AIDS in Asia</i> est achevée.			
1998	Dix-huit documents de référence pour le document <i>Faire face au SIDA</i> sont publiés par la Commission européenne dans un ouvrage de référence. Le rapport initial est largement diffusé en Amérique latine et en Asie, traduit en espagnol, français, russe, vietnamien, japonais et chinois. Publication du document de synthèse de la Banque mondiale <i>World Bank HIV/AIDS interventions: Ex-ante and ex-post evaluation</i> , qui fait le point sur la conception et les résultats des projets financés par la Banque à ce jour. Deux autres rapports de la cellule <i>AIDS in Asia</i> sont publiés.	Symposium conjoint de la Banque mondiale et de l'ONUSIDA à Washington sur l'impact démographique du SIDA, présidé par Callisto Madavo, vice-président de la Région Afrique (janvier). Les statistiques choquantes sur la baisse de l'espérance de vie conduisent les responsables de la Région Afrique à s'engager avec une détermination bien plus grande à intégrer le SIDA dans l'ensemble des opérations de la région. Le Groupe d'action de la Banque pour le vaccin contre le SIDA est lancé par les services de l'Economiste en chef et Vice-président pour le Développement humain, et placé sous présidence du chef du secteur de la santé, afin d'élaborer de nouveaux mécanismes novateurs pour que la Banque puisse promouvoir la mise au point plus rapide d'un vaccin contre le VIH/SIDA pour les pays en développement (avril).	Approbation du deuxième <i>Projet brésilien de lutte contre le SIDA et les MST</i> . À la clôture du projet, en 2003, les dépenses de l'État en faveur du projet dépassaient le montant des fonds de contrepartie engagés initialement pour le projet. Approbation du <i>Projet population et santé génésique</i> en faveur de la Guinée.	Dans un discours prononcé devant la Commission économique pour l'Afrique à Addis Abéba, le président Wolfensohn place l'éducation et la santé au premier plan du programme d'action africain et exhorte les délégués à « prononcer énergiquement et franchement les mots « SIDA » et « prévention du SIDA » ». Il souligne qu'il faut « mettre le SIDA en première place et au centre et mettre l'accent sur la prévention » (février). Callisto Madavo, vice-président pour la Région Afrique, prononce une allocution à la douzième Conférence internationale sur le SIDA, (Genève, 30 juin 1998), sur le thème « Le SIDA, le développement et le rôle vital de l'État ». Il parle de l'impact du SIDA sur le développement et l'impact du développement sur le SIDA, et de la contribution qu'apportent les partenaires/bailleurs de fonds pour a) maintenir le SIDA dans le programme d'action; b) compléter les ressources des pays; c) « diffuser largement les informations les plus récentes (sur les plans biologiques, techniques, stratégiques) et faciliter le partage des données d'expérience entre les pays »; d) faciliter la fourniture de biens publics internationaux tels que la recherche et l'évaluation des vaccins. Tout en disant que la Banque n'en a pas fait assez, il note le problème de la demande — « Comme nos ressources sont les prêts aux

<p>1999</p> <p>Publication de quatre autres rapports de la cellule <i>AIDS in Asia</i> (dont un bulletin). Des études sectorielles sur le Brésil et l'Ouganda réalisées en liaison avec des projets, sont disponibles.</p> <p>Achèvement de l'étude sur l'analyse que l'industrie des vaccins SIDA fait du marché potentiel pour un vaccin contre le SIDA dans les pays en développement ; cette étude est réalisée à l'intention du Groupe d'action de la Banque pour le vaccin contre le SIDA.</p>	<p>Nouvelle stratégie de la Région Afrique, <i>Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa</i>. Notant que de nombreuses interventions se sont révélées efficaces par rapport aux coûts, la stratégie met l'accent sur l'instauration d'un environnement porteur et la mobilisation des ressources pour élargir la couverture des interventions. Les quatre piliers de la stratégie sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Action de sensibilisation pour renforcer l'engagement politique. • Mobilisation des ressources. • Appui à la prévention et au traitement du VIH/SIDA, et soutien aux malades. • Extension de la base des connaissances. <p>Le document prône l'adoption d'une « approche participative décentralisée ». Dans les pays où la prévalence du VIH est faible (i.e. inférieure à 7 %), il préconise de mettre l'accent sur la prévention parmi les groupes les plus à risque au niveau de la transmission. Dans les pays où la prévalence est forte (7 % ou plus), « le programme doit viser des objectifs plus larges et atteindre tous les groupes vulnérables tout en renforçant les changements durables de comportement</p> <p>Achèvement du premier <i>Programme indien de lutte contre le SIDA</i>, pour lequel les fonds de contrepartie fournis par le gouvernement ont été plus élevés que prévu initialement, ce qui dénote un engagement politique plus fort des autorités. Approbation d'un deuxième <i>Projet indien de prévention du SIDA</i>.</p> <p>À la suite de problèmes au niveau de la mise en œuvre et de la crise de l'Asie de l'Est, le <i>Projet indonésien de gestion et de prévention du VIH/SIDA et des MST</i> est annulé, alors que 4,5 millions de dollars seulement ont été décaissés sur un engagement total de 24,8 millions de dollars.</p> <p>Approbation d'un projet de santé comportant un important volet SIDA en faveur de la Chine.</p> <p>Début de la préparation d'un projet de lutte contre la tuberculose/le SIDA en Russie, accompagné d'un dialogue intensif avec les autorités. Les discussions et la mise au point du projet se poursuivent tout au long de 2002.</p> <p>Plus aucun projet SIDA à l'étude pour l'Afrique ; pas de travaux préparatifs en cours pour de nouveaux projets SIDA.</p>	<p>Dans un discours prononcé lors de la Conférence internationale sur le SIDA en Afrique, à Lusaka, Zambie M. Madavo, vice-président pour l'Afrique préconise « un nouveau pacte pour le SIDA » et lance la nouvelle stratégie de la Région Afrique visant à « intensifier » la lutte contre le SIDA (septembre).</p> <p>M. Madavo se rend en Éthiopie pour discuter du VIH/SIDA avec le Premier ministre et promouvoir la mise en place d'un projet.</p> <p>Mieko Nishimizu, vice-président pour l'Asie du Sud-Est, parle de l'impact du SIDA et de la nécessité de faire face à l'épidémie lors de la Conférence internationale sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique (ICAAP) qui s'est tenue à Kuala Lumpur (octobre).</p> <p>À la suite de cette Conférence, le président Wolfensohn adresse aux chefs d'État de l'Asie du Sud et de l'Est des lettres soulignant l'impact économique du SIDA et les exhortant à agir (décembre).</p> <p>Le président Wolfensohn se rend au Nigeria et soulève la question du SIDA dans le cadre du dialogue engagé avec les autorités.</p>	<p>pays, nous ne pouvons pas lancer des programmes de notre propre chef. C'est aux pays qu'il appartient d'abord de nous demander notre concours ».</p>
--	--	--	---

(Suite page suivante)

Année	Travaux d'analyse	Stratégie et action de l'institution	Prés	Faits marquants à la Banque mondiale
1999 (Suite)		<p>parmi les groupes les plus à risque ».</p> <p>Création de ACTafrica, Équipe de campagne contre le SIDA en Afrique ; sa mission est de fournir, sous la direction du Coordinateur SIDA de la Région Afrique, un concours financier et technique aux équipes chargées des pays afin d'intégrer systématiquement les activités VIH/SIDA dans les opérations courantes de tous les secteurs.</p> <p>Le service Santé de la Région Asie du Sud crée une petite équipe qui s'occupe du HIV/SIDA financée par des dotations du Bureau du Vice-président de la Région.</p>		
2000	<p>La série <i>Thailand Social Monitor</i> publie une étude <i>Thailand's Response to AIDS</i>, qui présente des informations sur l'évolution de l'épidémie, la politique et les programmes de lutte contre le SIDA, ainsi que des données sur leur efficacité.</p>	<p>Le Groupe d'action de la Banque pour le vaccin contre le SIDA formule des recommandations sur ce que peut faire la Banque pour accélérer la production d'un vaccin contre le SIDA (mai). Mais la direction de l'institution ne donne aucune suite à ces recommandations. La Commission européenne offre de cofinancer avec le Département Économie du développement une des recommandations, à savoir celle qui concerne de nouveaux travaux de recherche sur la demande de vaccins dans les pays en développement et l'efficacité-coût des vaccins.</p> <p>La Banque cesse de fournir des fonds spéciaux à la SIDALAC ; les financements sont réorientés sur l'ONUSIDA où ils entrent en concurrence avec d'autres propositions.</p>	<p>Approbation par le Conseil du premier <i>Programme plurinationale de lutte contre le SIDA pour l'Afrique</i> (MAP) assorti d'une enveloppe de 500 millions de dollars pour financer des projets VIH/SIDA (septembre). Les quatre premiers projets concernent le Kenya, l'Éthiopie, l'Érythrée et le Ghana. Le projet relatif à l'Éthiopie est identifié, évalué et négocié en six semaines seulement. Le projet relatif à l'Érythrée s'écarte du modèle, il est basé au ministère de la Santé et comporte des volets SIDA, TB et paludisme.</p> <p>Approbation d'un projet exclusivement SIDA en faveur du Bangladesh, où l'épidémie est naissante ; lancement de projets de santé comportant d'importants volets SIDA au Kenya et au Lesotho.</p>	<p>Le président Wolfensohn devient le premier Président de la Banque mondiale à s'adresser au Conseil de sécurité de l'ONU. Il préconise de faire la « Guerre au SIDA » et déclare que les ressources et les efforts dans ce domaine sont ridicules au regard des besoins (janvier). Il estime qu'il faut entre un et 2,3 milliards de dollars pour la prévention en Afrique, alors que l'aide publique au développement n'y consacre que 160 millions de dollars.</p> <p>Aux réunions de printemps de la Banque et du Fonds à Washington, le SIDA figure en tête du programme, devant le Comité du développement, à côté des questions concernant le commerce et le développement, et l'allègement de la dette (avril). Aucun pays désireux d'agir ne sera empêché de le faire faute de ressources.</p>

En réponse à une note conceptuelle d'ACTafrica demandant plusieurs centaines de millions de dollars pour des prêts SIDA en Afrique non soumis aux plafonnements de l'IDA, la direction de la Banque approuve un montant encore plus important (500 millions de dollars) à condition que l'équipe Afrique soumette deux projets entièrement négociés au Conseil de la Banque d'ici aux Assemblées annuelles, en septembre (juin).

À la Conférence internationale sur le SIDA à Durban, Afrique du Sud, la Banque annonce une contribution de 500 millions de dollars pour soutenir la prévention du SIDA et les soins aux malades en Afrique (juillet).

Lors de la Conférence sur le SIDA dans les Caraïbes, la Banque promet d'accroître dans de très fortes proportions (augmentation comprise entre 85 et 100 millions de dollars) l'aide apportée aux pays de la région au titre du SIDA.

Dans son discours aux Assemblées annuelles, le président Wolfensohn souligne l'énorme augmentation des ressources mises à disposition de l'Afrique (500 millions de dollars), ce qui porte l'aide globale au titre du SIDA à un milliard de dollars. Il préconise d'étudier des « instruments novateurs, en particulier l'octroi de dons, pour des problèmes urgents tels que le VIH/SIDA » (septembre, Prague, République tchèque).

M. Wolfensohn se rend à nouveau en Inde et soulève la question du SIDA.

(Suite page suivante)

Année	Travaux d'analyse	Stratégie et action de l'institution	Prêts	Faits marquants à la Banque mondiale
2001	<p>Publication de nombreuses études sectorielles et documents opérationnels de référence.</p> <p>Publication de deux séries d'études portant sur : a) la demande potentielle de vaccins contre le SIDA dans les pays en développement ; et b) l'impact économique de la mortalité des adultes atteints du SIDA sur les enfants, les personnes âgées et les ménages en Tanzanie.</p>	<p>Élaboration de la stratégie de lutte contre le SIDA dans la sous-région des Caraïbes <i>HIV/AIDS in the Caribbean : Issues and Options</i>.</p> <p>L'Institut de la Banque mondiale lance le Programme de formation des responsables de la lutte contre le SIDA.</p>	<p>Approbation de sept projets MAP nationaux, dont un en faveur de Madagascar, où l'épidémie est naissante.</p> <p>Approbation d'un projet plurinational de lutte contre le SIDA dans les Caraïbes (155 millions de dollars), les deux premiers prêts étant en faveur de la Barbade et de la République dominicaine. Accord obtenu en vue d'autoriser le financement de traitements antirétroviraux dans la Barbade, pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (juin).</p> <p>Approbation du second projet tohadien Population et SIDA, en dehors du MAP (juillet).</p>	<p>Faits marquants à la Banque mondiale</p>
2002	<p>La Banque publie le document <i>Economic Consequences of HIV/AIDS in Russia</i> en mai 2002, actualisé en novembre. Le rapport semble avoir un effet positif sur l'engagement du Gouvernement, parallèlement à des contacts avec le président Wolfensohn.</p> <p>La publication <i>Education and AIDS: A Window of Hope</i> lance le plan d'action de la Banque pour impliquer le secteur de l'éducation dans la lutte contre le SIDA.</p> <p>Publication d'un document de travail, <i>Africa's Orphans and Vulnerable Children</i>, par la Famille protection sociale de la Région Afrique, qui engage un autre secteur dans l'action.</p> <p>Publication d'un manuel sur le SIDA pour les projets de transport.</p>	<p>Lancement du Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA.</p> <p>Création de l'Équipe de suivi et d'évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA dans le monde (GAMET), installée dans les locaux de la Banque mondiale afin de faciliter l'action engagée par l'institution coparrainée ONUSIDA pour mettre en place des capacités nationales de suivi et d'évaluation et coordonner les activités d'assistance technique (juin).</p> <p>Le VIH/SIDA est présenté comme l'un des principaux thèmes d'une réunion organisée à Beyrouth sur : « les défis de la santé publique au 21^e siècle au Moyen-Orient et en Afrique du Nord », et coparrainée par la Banque/MENA, l'OMS, les instituts nationaux de la santé, les CDC des E.U. et l'Université américaine de Beyrouth. Des délégués de 22 pays, dont onze ministres</p>	<p>Approbation d'une deuxième enveloppe de 500 millions de dollars pour le programme plurinational de lutte contre le SIDA (février). Le deuxième MAP autorise le financement des traitements antirétroviraux. Approbation de sept projets MAP nationaux, dont deux projets financés par les premiers dons IDA (Guinée et Zambie).</p> <p>Approbation d'un projet national de prévention du SIDA en faveur du Sri Lanka (don IDA), où l'épidémie est naissante, et de projets de santé comportant des volets SIDA en faveur du Honduras et de l'Ukraine. Ce dernier projet marque le premier engagement important sur le front du SIDA en Europe de l'Est en dehors de la sécurité transfrontalière.</p> <p>Approbation de prêts BIRD pour deux projets MAP dans les Caraïbes, en faveur de la Jamaïque et la Grenade.</p>	<p>Debrework Zewdie est nommé premier conseiller mondial pour le VIH/SIDA ; relève de la vice-présidence pour les ressources humaines.</p> <p>Le président Wolfensohn de la Banque rencontre le président Poutine de Russie pour étudier l'éventualité d'un emprunt pour la lutte contre le SIDA.</p> <p>Les dons de l'IDA deviennent un nouvel instrument au service de la lutte contre le SIDA (septembre).</p>

<p>de la santé ou des finances, assistent à cette réunion. Trois séances traitent de la nécessité de faire face au problème du SIDA au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, l'une d'entre elle présidée par Peter Piot, directeur d'ONUSIDA (juin).</p>	<p>2003</p> <p>Diffusion lors de la Conférence de Nairobi sur le SIDA d'un document de recherche intitulé <i>Long-run Economic Costs of AIDS in South Africa</i>, dont les conclusions dramatiques accroissent l'urgence d'une intervention en Afrique du Sud.</p> <p>Publication d'une stratégie régionale pour l'Europe de l'Est et l'Asie centrale : <i>Averting AIDS crises in Eastern Europe and Central Asia</i>.</p> <p>Approbation de huit projets MAP pour l'Afrique financés par des dons IDA, dont le premier projet régional pour le corridor de transport Abidjan-Lagos.</p> <p>Approbation du premier projet SIDA en faveur du Pakistan, où l'épidémie est concentrée, et du troisième projet de lutte contre le SIDA en faveur du Brésil. Approbation de nouveaux projets SIDA/TB en faveur de la Russie, après de longues années de dialogue et de travaux d'analyse, et en faveur du Moldova.</p> <p>Approbation de prêts BIRD en faveur de deux nouveaux projets MAP dans les Caraïbes, un en faveur de Saint-Kitts-et-Nevis et l'autre en faveur de Trinité-et-Tobago.</p>	<p>2004</p> <p>Achèvement d'une importante étude sur la modélisation des coûts et des conséquences du traitement et de la prévention du VIH/SIDA en Inde, étude réalisée pour informer les autorités indiennes sur les options en matière de traitement.</p> <p>Le rapport de la Région Moyen-Orient et Afrique du Nord met en lumière les coûts de l'inaction face au VIH/SIDA.</p> <p>Publication par la Région Asie de l'Est et Pacifique d'une stratégie régionale, <i>Addressing HIV/AIDS in East Asia and the Pacific</i>.</p> <p>En fin d'exercice (juin 2004), cinq projets MAP africains étaient approuvés, dont un Programme d'accélération du traitement du SIDA (TAP) couvrant plusieurs pays, tous financés par des dons IDA.</p> <p>Approbation de trois nouveaux projets MAP en faveur des Caraïbes — projet nationaux au Guyana et à Saint-Vincent-et-les Grenadines, et un projet régional. Tous bénéficient d'un volet de don.</p> <p>La Banque mondiale, le GFATM, l'UNICEF et la Fondation Clinton s'entendent pour autoriser les pays soutenus par les trois institutions à bénéficier des prix négociés par la Fondation Clinton pour les médicaments ARV et les diagnostics (avril).</p> <p>Lors de la treizième Conférence internationale sur le SIDA, à Bangkok (juillet), Jean-Louis Sarbib, vice-président, Réseau du développement humain, participe à une discussion d'un groupe de haut niveau sur</p>
--	---	--

(Suite page suivante)

Année	Travaux d'analyse	Stratégie et action de l'institution	Prêts	Faits marquants à la Banque mondiale
2004 (Suite)			Approbation d'un projet de prévention et de lutte contre le SIDA et les IST au Bhoutan.	la responsabilité en matière de résultats pour l'aide apportée dans le domaine du VIH/SIDA.

a. Il n'y a eu aucune référence au SIDA dans les discours du président Clausen (1981-1986) ou les discours du président Preston (1991-1995) dans les Archives de la Banque mondiale.

b. « Bien que l'impact économique de la maladie ne soit pas encore complètement cerné dans sa totalité, il est évident que nous ne sommes pas confrontés à un scénario « apocalyptique » ».

c. Déclaration de J. Wolfensohn au Comité du développement, 17 avril 2000.

ANNEXE B3 : CALENDRIER DES ÉVÈNEMENTS LIÉS À L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DU SIDA

Événements		Technologie/ « pratiques optimales »	Épidémiologie
Année	Événements internationaux	Monde en développement	
1981	Monde industrialisé Les centres américains de lutte et de prévention contre les maladies (CDC) lancent le premier avertissement au sujet d'une forme rare de pneumonie observée dans la communauté des homosexuels, dont on déterminera par la suite qu'elle est liée au SIDA (1). Premier cas signalé de syndrome d'immunodéficience lié à l'homosexualité (GRID) en France (2). Le <i>New York Times</i> publie les premiers articles sur le SIDA (1).	Monde en développement	
1982	Les CDC des E.U instaurent formellement l'expression de « Syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) » (1). Création aux E.U de <i>Gay Men's Health Crisis (GMHC)</i> — premier prestataire communautaire de services liés au SIDA des États-Unis (1).	Premier cas de SIDA diagnostiqué au Brésil (3). La tuberculose (TB) est la principale cause de décès des malades du SIDA de Port-au-Prince, Haïti (2).	Cas de SIDA observés à la suite de transfusions sanguines, et transmission possible de la mère à l'enfant (PTME) (4). Les CDC des États-Unis identifient quatre facteurs de risque pour le SIDA : l'homosexualité masculine, la toxicomanie intraveineuse, l'origine haïtienne, l'hémophilie A (1).
1983	Début de la surveillance mondiale des cas de SIDA par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (4).	Rumeurs concernant des décès liés au « syndrome cachectique » à Lukunya, village de la frontière ougandaise (2). Peter Piot & des fonctionnaires des CDC de EU identifient 38 cas de SIDA à Kinshasa, Zaïre ; la moitié sont des femmes. Résultats	Cas de SIDA chez des enfants jugés à tort être attribuables à une transmission fortuite au sein du ménage (4). Les CDC des États-Unis ajoutent un cinquième facteur de risque : les partenaires sexuels féminins d'hommes infectés par le SIDA

<p>non acceptés par les revues pendant un an parce que les critiques refusent la possibilité d'une propagation hétérosexuelle — ne sont publiés qu'en juillet 1984 dans <i>The Lancet</i> (2).</p> <p>Décès inhabituels de patients observés dans les hôpitaux de Lusaka, Zambie (2).</p>	<p>Le Gouvernement du Zaïre approuve la mise en place du <i>Projet SIDA</i> (financé conjointement par l'Institut belge de médecine tropicale, les CDC des États-Unis et l'Institut national des maladies infectieuses des EU) afin d'entreprendre une étude systématique à long terme du VIH/SIDA : taux d'infection par le VIH à Kinshasa estimé à 4-8 % (7).</p> <p>Lien entre le VIH et la progression de la TB noté par les chercheurs du <i>Projet SIDA</i> (Zaïre) (2).</p> <p>Premier cas de SIDA diagnostiqué en Thaïlande, parmi des homosexuels revenant de l'étranger (8).</p>	<p>Isolation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (1).</p> <p>Les CDC des États-Unis déclarent que l'abstention de la consommation de drogues par voie intraveineuse et la diminution du partage des seringues devraient aussi être efficaces pour éviter la transmission du VIH (1).</p>
1984	<p>SIDA classé pour la première fois aux E.U. comme une « maladie à déclarer obligatoirement » (6).</p>	<p>13 143 cas de SIDA dans le monde signalés à l'OMS, chiffre cumulé pour la période 1979-1984 (9).</p>
1985	<p>Les banques du sang des États-Unis commencent à effectuer des examens sanguins systématiques pour dépister le VIH (1).</p> <p>Ryan White, adolescente américaine en Afrique, propagée par des singes, qui</p>	<p>Les États-Unis délivrent la licence de production commerciale pour le premier test sanguin du SIDA l'OMS (9).</p> <p>Les États-Unis identifient ces syndromes comme des cas de SIDA, sur la base de comparaisons avec les symptômes décrits dans des revues médicales des États-Unis</p>

(Suite page suivante)

Événements		Technologie/ « pratiques optimales »	Épidémiologie
Année	Événements internationaux	Monde industrialisé	Monde en développement
1985 (Suite)	conduisent à blâmer l'Afrique et à la « montrer du doigt » en tant que source de l'épidémie. Grande contrariété des dirigeants africains devant l'insinuation, et la résistance atteint les chercheurs étrangers (2).	la stigmatisation et la discrimination (1). L'acteur américain Rock Hudson meurt du SIDA (1). L'Allemagne distribue 27 millions de prospectus sur le SIDA et encourage l'utilisation des préservatifs (2).	Cas de SIDA confirmés par l'Hôpital militaire Walter Reed parmi les patients de l'hôpital à Lusaka (un an auparavant), en Zambie. Des chercheurs australiens signalent un cas de SIDA lié à l'allaitement (10).
1986	Le Président Reagan des E.U annonce pour la première fois le mot « SIDA » en public (1).	Le taux d'infection de la population de Kinshasa en 1985 est d'environ 1/3 de celui des homosexuels de San Francisco. Les principaux facteurs de risques identifiés sont les partenaires hétérosexuels multiples, les injections par seringues non stérilisées, et les voyages à l'étranger (2).	Le VIH-2, autre souche de VIH, est identifiée, prévalant en Afrique de l'Ouest (2). Le chef des services de santé des États-Unis diffuse un rapport sur le SIDA préconisant l'éducation et l'utilisation des préservatifs (1). Les premiers résultats des essais cliniques montrent que l'AZT (zidovudine) ralentit l'attaque du VIH (13).
1987	Lancement du Programme mondial de l'OMS sur le SIDA (PMS) (1). Le SIDA est la première maladie à faire l'objet d'un débat à l'Assemblée générale des Nations Unies. Adoption d'une résolution soutenant une action concertée du système des Nations Unies (14). L'Assemblée mondiale de la santé adopte la « Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA »	Le Sec. d'État britannique aux affaires sociales se rend aux États-Unis et serre la main d'un patient atteint du SIDA (4). L'Association ACT UP de lutte contre le SIDA, issue de la communauté homosexuelle est fondée aux États-Unis — en réaction au coût proposé de l'AZT (1). Le Princesse Diana ouvre le premier pavillon SIDA et serre la main à des patients atteints du SIDA (4).	L'OMS/GPA préconise de lancer des programmes nationaux de lutte contre le SIDA par l'éducation dans tous les pays et surtout des programmes de prévention de la transmission par la voie sexuelle, de prévenir la transmission parentérale en maintenant les produits sanguins à l'abri de toute contamination, de prévenir la toxicomanie intraveineuse et d'éduquer et de traiter les
1987	Lancement du Programme mondial de l'OMS sur le SIDA (PMS) (1). Le SIDA est la première maladie à faire l'objet d'un débat à l'Assemblée générale des Nations Unies. Adoption d'une résolution soutenant une action concertée du système des Nations Unies (14). L'Assemblée mondiale de la santé adopte la « Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA »	Le Président Kaunda de Zambie annonce que son fils est mort du SIDA (4). Création de l'AIDS Support Organization (TASO) en Ouganda (4). La Croix rouge ougandaise lance des activités de lutte contre le VIH/SIDA en travaillant avec un musicien de rock, Philly Lutaya — le premier Ougandais à annoncer publiquement qu'il est atteint du VIH.	54 741 nouveaux cas de SIDA dans le monde signalés à l'OMS (9). L'OMS/PMS développe Epimodel, programme logiciel de modélisation pour estimer les infections à VIH et le nombre des cas de SIDA du moment (17).

<p>proposée par le GPA, qui établit les principes des plans d'action locaux, nationaux et internationaux de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA (2).</p> <p>81 pays adoptent des lois visant les personnes atteintes du VIH ou d'autres groupes sociaux à haut risque (2).</p> <p>Troisième Conférence internationale sur le SIDA, à Washington — Les chercheurs américains et français dénoncent les politiques discriminatoires et irrationnelles des États-Unis et des gouvernements du monde entier (2).</p>	<p>Publication de <i>And the Band Played On: People, Politics and the AIDS Epidemic</i> par Randy Shilts — détaille la réaction des États-Unis face à l'épidémie du SIDA (1).</p> <p>Premier cas de SIDA diagnostiqué en Union soviétique (15).</p> <p>Le président Reagan des États-Unis prononce un premier discours important sur le SIDA, disant qu'on n'a pas assez insisté sur l'abstinence, et soulignant que « la médecine et la moralité enseignent les mêmes leçons » (2).</p>	<p>toxicomanes intraveineux, de veiller à ce que le matériel d'injection soit stérile, et de prévenir la transmission périnatale (16).</p> <p>Le Gouvernement des États-Unis approuve l'AZT en tant que premier médicament antirétroviral pour le traitement du SIDA (1).</p>
<p>1988</p> <p>La réunion du Sommet mondial des ministres de la santé à Londres pour examiner la stratégie courante de lutte contre le SIDA, « approuve la déclaration en 15 points du GPA préconisant l'ouverture et la franchise entre les gouvernements et les scientifiques, s'oppose à la discrimination fondée sur le SIDA, donne la primauté aux programmes nationaux d'éducation en tant que moyen de freiner la propagation de la maladie, et réaffirme le leadership mondial du GPA » (2).</p> <p>Mais beaucoup de représentants ignorent le message donnant la</p>	<p>Premier programme global d'échanges de seringues lancé aux États-Unis, à Tacoma, Washington (1).</p> <p>L'apparition du VIH dans des institutions médicales infecte plus de 300 nourrissons dans les régions de Kalmoukie et de Rostow, en Union soviétique (2).</p> <p>Assistance extérieure mondiale pour le VIH/SIDA estimée à quelque 60 millions de dollars (18).</p>	<p>75 975 nouveaux cas de SIDA dans le monde signalés à l'OMS (9).</p> <p>Le taux d'infection à VIH parmi les toxicomanes intraveineux de Bangkok, Thaïlande, bondit à 40 % (8).</p> <p>Taux d'infection à VIH parmi les professionnels du sexe à Addis Abeba, Éthiopie établi à 20 % (8).</p>

(Suite page suivante)

Événements						
Année	Événements internationaux	Monde industrialisé	Monde en développement	Technologie/ « pratiques optimales »	Épidémiologie	
1988 (Suite)	<p>préférence à l'éducation sur les mesures répressives pour combattre l'épidémie.</p> <p>Première journée annuelle mondiale du SIDA (1).</p> <p>Le PMS lie de plus en plus les questions des droits de l'homme et la propagation du VIH/SIDA (2).</p> <p>Halfdan Mahler démissionne de son poste de directeur général de l'OMS ; Hiroshi Nakajima le remplace.</p>					
1989			<p>Le Gouvernement des États-Unis crée la Commission nationale du SIDA (1).</p> <p>Des activistes du SIDA organisent plusieurs manifestations importantes afin de protester contre le coût élevé des médicaments pour traiter le SIDA aux États-Unis (1).</p>	<p>Taux d'infection à VIH parmi les professionnels du sexe à Chiang Mai, Thaïlande, établi à 44 % ; 0,5 % parmi les conscrits de l'armée (8).</p> <p>Programme pilote d'utilisation des « préservatifs 100 % » lancé à l'intention des professionnels du sexe dans une province de Thaïlande (8).</p>	<p>L'OMS publie une déclaration sur le lien entre le VIH/SIDA et la TB, deux épidémies en progression (19).</p>	<p>97 243 nouveaux cas de SIDA dans le monde signalés à l'OMS (9).</p>
1990	<p>Jonathan Mann démissionne de son poste de directeur de l'OMS/PMS (4). Michael Merson le remplace.</p> <p>Sixième Conférence internationale sur le SIDA aux États-Unis : les ONG boycottent la conférence pour protester contre la politique d'immigration des États-Unis (1).</p>				<p>Le Gouvernement des États-Unis approuve l'AZT pour le traitement du SIDA pédiatrique (1).</p>	<p>102 289 nouveaux cas de SIDA dans le monde signalés à l'OMS (9).</p>

<p>La Société internationale du SIDA annonce qu'elle n'organiserait pas de conférence dans un pays qui applique des restrictions sur les déplacements (4).</p>	<p>1991</p> <p>Magic Johnson, star du basket-ball aux États-Unis, annonce qu'il est séropositif au VIH (1).</p> <p>Anand, le nouveau Premier ministre de Thaïlande, lance le programme de prévention et de lutte contre le SIDA en tant que priorité nationale ; ce programme comporte une campagne d'information publique massive et un programme d'utilisation des préservatifs à 100 % parmi les professionnels du sexe (8).</p> <p>Les constructeurs de modèles de l'Imperial College (RU) prédisent que le SIDA induira une croissance démographique négative en Afrique (20).</p> <p>L'OMS élabore des directives pour la prise en charge clinique dans le monde signalés à 125 779 nouveaux cas de SIDA de l'infection à VIH chez les adultes (21).</p>	<p>1992</p> <p>L'OMS établit l'objectif prioritaire en matière de prévention : la mise à disposition de préservatifs (4).</p> <p>L'Assemblée mondiale de la santé (AMS) approuve la stratégie mondiale de prévention et de lutte contre le SIDA de l'OMS et demande aux États membres : d'intensifier la prévention et de renforcer l'engagement politique ; d'adopter la stratégie mondiale actualisée, qui fait une place par</p> <p>Publication de l'ouvrage <i>AIDS in Africa: Its Present and Future Impact</i> par Tony Barnett et Piers Blaikie — il prédit de graves conséquences économiques, la dissolution des ménages et des familles en Afrique de l'Est (25).</p> <p>Un « Rapport blanc » publié par le Département d'État américain prévoit qu'en Afrique subsaharienne, l'espérance de vie à la naissance sera réduite de 15 ans et les taux d'infection seront compris dans une fourchette de 10 à 30 % (24).</p> <p>Première utilisation réussie d'une thérapie associant plusieurs (deux) médicaments (26).</p> <p>Certains craignent que la TB n'augmente pas seulement chez les séropositifs au VIH, mais qu'elle accroisse aussi les risques de contagion parmi le reste de la population.</p> <p>149 799 nouveaux cas de SIDA dans le monde signalés à l'OMS (9).</p>
--	--	--

(Suite, page suivante)

Événements					
Année	Événements internationaux	Monde industrialisé	Monde en développement	Technologie/ « pratiques optimales »	Épidémiologie
1992 (Suite)	<p>titulaire aux interventions inté-ressant les femmes, les enfants et les adolescents ; d'intégrer la pré-vention et la lutte contre le SIDA aux activités MST ; d'améliorer la prévention de la transmission par le sang et les produits sanguins ; de mobiliser des ressources natio-nales en faveur d'une action mul-tisectorielle pour la prévention et l'atténuation de l'impact de la ma-ladie ; d'adopter des mesures pour lutter contre la discrimina-tion ; de surmonter la tentation de nier l'ampleur de l'épidémie ; et de former les professionnels de la santé aux soins à donner aux patients du SIDA (22). Publication de <i>AIDS in the World</i> (23).</p>				
1993			<p>Rudolf Nureyev, étoile de ballet russe, meurt du SIDA (1). La Russie adopte la première lé-gislation post-soviétique sur le SIDA (15). Le taux d'infection par le VIH parmi les conscrits de l'armée en Thaïlande bondit à 4 %, après avoir un niveau record de plus de 12 % l'année précédente parmi les conscrits thaïs du Nord (8).</p>	<p>Rumeurs concernant la transmis-sion d'un VIH résistant aux médi-caments (4).</p>	<p>308 353 nouveaux cas de SIDA dans le monde signalés à l'OMS (9).</p>
1994	<p>La Conférence internationale sur la population et le développement</p>		<p>utilisation des préservatifs parmi les professionnels du sexe</p>		<p>152 911 nouveaux cas de SIDA dans le monde signalés à l'OMS (9).</p>

(CIPD) au Caire, 5–13 septembre, approuve un plan d'action qui préconise : a) des programmes de santé génésique afin de prévenir, détecter et traiter les MST ; b) une formation spécialisée pour les prestataires de soin de santé, et en particulier pour les prestataires de planning familial, une formation spécialisée en prévention, détection et fourniture de conseils pour les MST, et notamment pour le VIH/SIDA ; c) l'incorporation dans tous les services de santé génésique d'activités d'information, d'éducation et de conseil en matière de comportements sexuels responsables et de prévention des MST et du VIH ; et d) une campagne de promotion en faveur de la production et de la distribution de préservatifs de haute qualité en tant qu'élément intégral de tous les services de santé génésique. « Toutes les organisations internationales concernées, et en particulier l'OMS, devraient augmenter sensiblement leurs achats » (23).

en Thaïlande atteint plus de 90 %, contre 14 % en 1988 ; les cas de MST signalés parmi les hommes tombent à environ 10 % des niveaux précédents (8). Les chercheurs montrent que l'incidence du VIH en Thaïlande parmi les jeunes conscrits diminue avec l'augmentation de l'utilisation des préservatifs et la diminution du recours aux professionnels du sexe (28). L'incidence du VIH diminue parmi les professionnels du sexe zairois à la suite d'une campagne de promotion ciblée des préservatifs et du traitement des MST (29). La durée médiane de survie à partir d'un taux de cellules T CD4 de 200 parmi les homosexuels de San Francisco est passé de 28 mois en 1983–1986 à 38 mois en 1988–1993, grâce surtout à la prévention et au traitement de la pneumonie à pneumocystis carinii (PPC). L'AZT n'avait pas d'effet sur la durée de survie (32). Un essai contrôlé randomisé en double aveugle montre qu'il n'y a pas de différence notable entre le résultat clinique ou la progression de la maladie du VIH parmi les séropositifs traités immédiatement avec l'AZT et les patients dont le traitement est différé (33). Les régimes antirétroviraux à deux médicaments ne sont que

Événements		Technologie/ « pratiques optimales »	Épidémiologie
Année	Événements internationaux	Monde en développement	Monde industrialisé
1994 (Suite)		d'une efficacité modérée pour la réduction de la morbidité, ils ajoutent moins d'une année de survie sans maladie et ils n'ont pas d'effet positif réel sur la durée de vie (34).	
1995	Septième Conférence internationale sur le SIDA portant sur les soins communautaires pour les personnes vivant avec le SIDA, à Durban, Afrique du Sud ; première fois qu'elle se tient en Afrique (4).	Les résultats de l'Enquête démographique et sanitaire de 1995 en Ouganda fait apparaître une diminution du pourcentage des jeunes adultes ayant eu des rapports sexuels, une augmentation de l'utilisation des préservatifs et une baisse du pourcentage des personnes ayant des partenaires occasionnels, ce qui pourrait expliquer la diminution de l'incidence du VIH dans le pays. Il est toutefois difficile de dire si ces changements peuvent être attribués à la politique de l'État ou à l'énorme mortalité liée au SIDA dans les foyers ougandais.	L'OMS estime à 4,7 millions les premières directives sur la prévention des infections opportunistes (1). Les résultats d'un essai contrôlé randomisé à Mwanza, Tanzanie, montrent que le traitement des MST symptomatiques réduit de plus de 40 % l'incidence du VIH (35). Des chercheurs présentent la preuve de l'efficacité des programmes de réduction des dangers pour maintenir la prévalence du VIH à un niveau faible parmi les toxicomanes par injection (36). La recherche tend à montrer que le traitement devrait être énergique et précoce pour les personnes infectées par le VIH, i.e., « frappez tôt et fort » (37). La FDA (États-Unis) approuve l'utilisation du saquinavir, premier médicament inhibiteur de la protéase, pour le traitement du VIH (38).
1996	Lancement du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA		Le Brésil lance la distribution des ARV à l'échelle nationale (1). Le Brésil lance la distribution des ARV à l'échelle nationale (1). Les résultats des essais cliniques ONUSIDA estime à trois millions les nouvelles infections.

<p>VIH/SIDA (ONUSIDA) avec six organisations coparrainantes (PNUD, UNESCO, FNUAP, UNICEF, Banque mondiale, OMS). Peter Piot est nommé directeur du programme (1).</p> <p>11^e Conférence internationale sur le SIDA à Vancouver, Canada, met l'accent sur l'efficacité du traitement HAART (1).</p> <p>Création de l'Initiative internationale de vaccination contre le SIDA (IAVI), lancée pour accélérer la mise au point d'un vaccin préventif contre le SIDA dans les pays en développement (1).</p> <p>Publication de <i>AIDS in the World</i> II (9).</p>	<p>L'efficacité d'une thérapie courte AZT pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant en Afrique est démontrée (40).</p> <p>Les chercheurs font état d'un changement dans les comportements sexuels et d'une diminution de l'infection à VIH parmi les jeunes gens de Thaïlande (41).</p> <p>Un essai en milieu communautaire de traitement massif de la population contre les MST effectué à Rakai, Ouganda, montre que le traitement réduit l'incidence des MST, mais pas celle du VIH (42). Ces résultats sont diamétralement opposés à ceux constatés à Mwanza, Tanzanie, et lancent un débat sur les conditions dans lesquelles la réduction des MST classiques fera baisser l'incidence du VIH.</p>	<p>Le revenu et aux pays à revenu intermédiaire s'est élevée à 300 millions de dollars (39).</p> <p>Le Gouvernement des États-Unis publie un projet de directives recommandant un traitement précoce et énergique basé sur une trithérapie des personnes infectées par le VIH — y compris les patients asymptomatiques, par ailleurs en bonne santé (45).</p> <p>Le coût annuel du traitement HAART par patient dans les pays occidentaux est de l'ordre de 20 000 dollars pour les médicaments, le suivi et les soins ambulatoires (45).</p>
<p>1997</p>	<p>Le Gouvernement des États-Unis publie un projet de directives recommandant un traitement précoce et énergique basé sur une trithérapie des personnes infectées par le VIH — y compris les patients asymptomatiques, par ailleurs en bonne santé (45).</p> <p>Le coût annuel du traitement HAART par patient dans les pays occidentaux est de l'ordre de 20 000 dollars pour les médicaments, le suivi et les soins ambulatoires (45).</p>	<p>Le Gouvernement des États-Unis publie un projet de directives recommandant un traitement précoce et énergique basé sur une trithérapie des personnes infectées par le VIH — y compris les patients asymptomatiques, par ailleurs en bonne santé (45).</p> <p>Le coût annuel du traitement HAART par patient dans les pays occidentaux est de l'ordre de 20 000 dollars pour les médicaments, le suivi et les soins ambulatoires (45).</p>

(Suite page suivante)

Événements			
Année	Événements internationaux	Monde industrialisé	Monde en développement
			Technologies/ « pratiques optimales »
			Épidémiologie
1997 (Suite)			Les spécialistes pensent que la durée de survie après l'infection est moins longue que dans les pays industrialisés — de sept ans peut-être — mais les éléments de preuve sont légers (46).
1998	<p>ONUSIDA publie son premier Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA (17).</p> <p>Douzième Conférence annuelle sur le SIDA, à Genève : Rumeurs de problèmes potentiels avec le traitement HAART, concernant en particulier les effets secondaires, l'adhésion au traitement, le niveau élevé des coûts, les souches résistantes.</p>	<p>Les 14 des plus importants bailleurs de fonds de l'OCDE/Co-mité d'aide au développement ont fourni 300 millions de dollars (18).</p>	<p>Lancement de Treatment Action Campaign (TAC) en Afrique du Sud (1).</p>
1999	<p>La Journée mondiale du SIDA met l'accent sur les jeunes de moins de 25 ans (4).</p>	<p>L'Afrique du Sud gagne le premier round de sa bataille contre les États-Unis et l'industrie pharmaceutique pour imposer une baisse du prix des médicaments (4).</p> <p>Le Président Moi du Kenya déclare le SIDA catastrophe naturelle (4).</p>	<p>Plusieurs rapports font état de l'échec croissant des traitements HAART et de ses effets secondaires (1).</p> <p>Prix de l'AZT réduits de 75 % après les résultats de l'essai de prévention de la transmission de la mère à l'enfant en Thaïlande (4).</p> <p>AIDSvax lance le premier essai à grande échelle du vaccin contre le SIDA (4).</p> <p>Les CDC des États-Unis publient des directives contenant une mise en garde au sujet des traitements trop précoces (48).</p>
1999			<p>Les essais du premier vaccin humain commencent dans un pays en développement, la Thaïlande (1).</p> <p>La névirapine jugée plus abordable et plus efficace pour réduire le nombre de décès enregistrés au cours de l'année ; et à 18,8 millions le nombre des décès imputables au SIDA depuis le début de l'épidémie (18).</p>

2000	<p>Annnonce des objectifs de développement pour le Millénaire, y compris celui concernant l'inversement de la tendance de la propagation du VIH/SIDA, du paludisme et de la TB (1).</p> <p>13^e Conférence internationale sur le SIDA, en Afrique du Sud, tenue pour la première fois dans un pays en développement (1).</p> <p>Réunion du Conseil de sécurité de l'ONU sur la question du SIDA.</p> <p>Le Gouvernement des États-Unis déclare officiellement que le SIDA est une menace pour la sécurité nationale (1).</p> <p>Les dirigeants du G8 reconnaissent qu'il faut mobiliser des ressources supplémentaires pour lutter contre le VIH/SIDA (1).</p> <p>Il ressort de certaines données d'observation que l'incidence du VIH progresse parmi la communauté homosexuelle de San Francisco et que les comportements à risque augmentent dans cette ville ainsi qu'à Sydney, Melbourne, Londres et New York (18).</p>	<p>Le Président Mbeki d'Afrique du Sud aurait consulté deux chercheurs « dissidents » pour discuter de leur thèse selon laquelle la cause du SIDA n'est pas le VIH (4).</p> <p>Le Botswana annonce que de nouvelles contributions des bailleurs de fonds permettront de financer des traitements ARV pour toutes les femmes enceintes et tous les enfants infectés par le VIH (4).</p>	<p>Résultats décevants d'études sur le nonoxynol-9 en tant que microbicide pour les femmes (4).</p>	<p>ONUSIDA annonce à la fin de l'année 2000 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5,3 millions de nouvelles infections au cours de l'année. • 36,1 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA. • 3,0 millions de décès imputables au SIDA au cours de l'année (50).
2001	<p>Le Sommet africain réuni au Nigéria demande de multiplier par dix les dépenses consacrées à la lutte contre le SIDA dans les pays en développement — « trésor de guerre » (1).</p> <p>Création du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) (4).</p> <p>Stephen Lewis nommé envoyé spécial de l'ONU pour le SIDA en Afrique (4).</p> <p>L'ONU convoque la première session de l'Assemblée générale consacrée au SIDA (1).</p>	<p>La société pharmaceutique indienne Cipla offre de mettre sur le marché des médicaments anti-SIDA à des prix réduits pour MSF (4).</p> <p>Trente-neuf sociétés pharmaceutiques retirent la plainte déposée contre l'Afrique du Sud parce qu'elle voulait baisser le prix des médicaments (4).</p> <p>Informations provenant de la Thaïlande indiquant que les nouvelles infections chutent avec l'utilisation généralisée des préservatifs.</p>	<p>ONUSIDA annonce à la fin de l'année 2001 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5,0 millions de nouvelles infections en cours d'année. • 40,0 millions de personnes vivant avec le SIDA. • 3,0 millions de décès imputables au SIDA au cours de l'année (51). 	<p>ONUSIDA annonce à la fin de l'année 2001 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5,0 millions de nouvelles infections en cours d'année. • 40,0 millions de personnes vivant avec le SIDA. • 3,0 millions de décès imputables au SIDA au cours de l'année (51).
2002	<p>L'Aide extérieure mise à disposition des pays en développement pour la lutte contre le SIDA s'élève à 1,7 milliard de dollars (39).</p>	<p>L'Afrique du Sud annonce la gratuité de la névirapine pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant (4).</p>	<p>L'OMS publie des directives pour mettre des ARV à disposition des pays dotés de peu de ressources, et notamment une liste de douze</p>	<p>ONUSIDA annonce à la fin de l'année 2002 (53) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5,0 millions de nouvelles infections au cours de l'année.

(Suite page suivante)

Événements				
Année	Événements internationaux	Monde industrialisé	Monde en développement	
			Technologie/ « pratiques optimales »	
			Épidémiologie	
2002 (Suite)			<p>médicaments essentiels pour le traitement du SIDA (4).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 42,0 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA . • 3,1 millions de décès imputables au SIDA au cours de l'année (53). 	
2003	<p>L'OMS déclare que l'impossibilité de fournir des traitements à près de six millions de personnes constitue une urgence sanitaire mondiale (4).</p> <p>L'OMS annonce l'initiative 3x5, dont le but est de fournir d'ici à 2005 des médicaments à trois millions de personnes des pays dotés de peu ressources (1).</p> <p>La Fondation Clinton obtient des réductions de prix pour les médicaments produits par des fabricants génériques (1).</p>	<p>Le Président Bush des États-Unis propose de consacrer 15 milliards de dollars à la lutte contre le SIDA en Afrique et aux Caraïbes pendant les cinq prochaines années (PEPFAR) (1).</p> <p>Le Sommet du G8 inclut un point spécial sur le SIDA (1).</p> <p>L'aide extérieure disponible pour le VIH/SIDA dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire a bondi, passant à 4,7 milliards de dollars (39).</p>	<p>L'Afrique du Sud annonce la fourniture gratuite d'ARV dans les hôpitaux publics (1).</p> <p>Le Président Poutine de Russie mentionne le SIDA dans un discours au Parlement (15).</p> <p>Pour la première fois, le Premier ministre chinois Wen serre les mains de patients atteints du SIDA (52).</p>	<p>Les essais du vaccin Vaxgen se révèlent sans effet sur le VIH (4).</p> <p>ONUSIDA ramène le nombre des personnes vivant avec le VIH/SIDA à 40,0 millions, mettant en avant des instruments améliorés, des données récentes, et les données d'un recensement des Nations Unies montrant que les populations de certains pays d'Afrique sont moins nombreuses qu'on ne le pensait (54).</p> <p>Selon les estimations d'ONUSIDA, à la fin de 2003, 38 millions de personnes (fourchette de 35 à 42 millions) vivent avec le VIH/SIDA, 4,8 millions de personnes ont été infectées et 2,9 millions sont mortes du SIDA au cours de l'année. Depuis le début de l'épidémie, 20 millions de décès sont imputables au SIDA (39).</p>
2004			<p>Le Gouvernement du Brésil conclut un accord avec les sociétés pharmaceutiques pour réduire d'un tiers le prix des médicaments anti-SIDA (4).</p>	<p>Selon les estimations d'ONUSIDA, à la fin de 2004, 39,4 millions de personnes (fourchette de 35,9 à 44,3 millions) vivent avec le VIH/SIDA, ; au cours de l'année, 3,1 millions sont mortes (fourchette de 2,8 à 3,5 millions) et 4,9 millions ont été infectées (fourchette de 4,3-6,4 millions) (55).</p>

Sources :

1. Site Web de la Kaiser Family Foundation (Hwww.kff.org/hiv/aid/time-line/H).
2. Garrett 1994.
3. OED 2004b.
4. Site Web AVERT (Hwww.avert.org/history/htmH).
5. CDC des États-Unis, 1983.
6. Selon les indications de Sepkowitz 2001.
7. Banque mondiale 1988 et documents relatifs aux projets du Zaïre
8. Banque mondiale 2000e.
9. Mann et Tarantola 1996.
10. Ziegler et al., 1985.
11. OED 2003.
12. Vaillancourt et al., 2004.
14. Résolution de l'Assemblée générale de l'ONU A/RES/42/8, 26 octobre 1987.
13. Fischl et al., 1987.
15. Twigg et Skolnik 2004.
16. Mann 1987.
17. ONUSIDA 1998.
18. ONUSIDA 2000a.
19. OMS/PMS, INF/89.4, « Déclaration sur le SIDA et la tuberculose ». Voir aussi Harries 1989.
20. Anderson et al., 1991.
21. OMS, « Guide pour la prise en charge clinique de l'infection au VIH chez l'adulte », WHO/GPA/IDS/HCS/91.6, Genève 1991.
22. Quarante cinquième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 4-14 mai 1992, OMS 45.35, Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA.
23. Programme d'action de la CIPD des Nations Unies. Section sur les maladies sexuellement transmissibles et l'infection par le VIH, « Actions. » <http://www.iisd.ca/Cairo/program/p07010.html>.
24. Gellman 2000.
25. Barnett and Blaikie 1992.
26. Delta Coordinating Committee 1996.
27. Horner and Moss 1991.
28. Carr et al., 1994.
29. Laga et al., 1994.
30. Connor et al., 1994.
31. Hessol et al., 1994.
32. Osmond et al., 1994.
33. Concorde Coordinating Committee 1994.
34. Selon les indications relevées dans Banque mondiale 2000e.
35. Grosskurth et al., 1995.
36. Des Jarlais et al., 1995.
37. Ho 1995.
38. Food and Drug Administration, *FDA approves first protease inhibitor drug for treatment of HIV*, communiqué de presse, 7 décembre 1995.
39. ONUSIDA 2004b.
40. Mansergh et al., 1996.
41. Nelson et al., 1996.
42. Wawer et al., 1996.
43. Voir par exemple, National Institutes of Health, *Study Confirms that Combination Treatment Using a Protease Inhibitor Can Delay HIV Disease Progression and Death*, communiqué de presse, 24 février 1997.
44. Mellors et al., 1996.
45. Banque mondiale 1997a, p. 179.
46. Banque mondiale 1997a, Encadré 1.2, p. 21.
47. UNAIDS data, as cited in World Bank 1997a.
48. CDC 1998.
49. ONUSIDA 1998.
50. ONUSIDA 2000a.
51. ONUSIDA 2001a.
52. « Le Premier ministre chinois rencontre des malades du SIDA » Agence France-Presse, 1^{er} décembre 2003.
53. ONUSIDA 2002b.
54. « Santé-ONU-SIDA, l'épidémie mondiale ne fléchit pas » Agence France-Presse, 25 novembre 2003.
55. ONUSIDA 2004a.

ANNEXE C1 : DONNÉES SUR LE PORTEFEUILLE DES PROJETS VIH/SIDA

1. Projets portant uniquement sur le SIDA et volets SIDA achevés au 30 juin 2004^a

Pays	Titre du projet	Date d'approbation	Date de clôture	Type ^b	Coût total du projet ^c (USD millions)	Montant engagé par la Banque (USD millions)		Dépenses actuelles sur le SIDA (USD millions)
						Total	SIDA	
Projets portant uniquement sur le SIDA								
Zaïre	National AIDS Control Program	8/9/1988	31/12/1994	CR	21,9	8,1	8,1	3,3
Inde	National AIDS Control	31/3/1992	31/3/1999	CR	99,6	84	84	84
Zimbabwe	STI Prevention & Care	17/6/1993	31/12/2000	CR	87,3	64,5	64,5	63,6
Brésil	AIDS and STD Control	9/11/1993	30/6/1998	PR	250,0	160	160	160
Ouganda	Sexually Transmitted Infections	12/4/1994	31/12/2002	CR	73,4	50	50	48,7
Kenya	Sexually Transmitted Infections	14/3/1995	30/6/2001	CR	65,5	40	40	37,1
Indonésie	HIV/AIDS and STD Prevention & Management	27/2/1996	30/9/1999	PR	35,2	24,8	24,8	4,5
Argentine	AIDS and STD Control	22/5/1997	31/12/2003	PR	30,0	15	15	15
Brésil	Second AIDS/STD	15/9/1998	30/6/2003	PR	286,5	165	165	161,5
Sous-total					949,4	949,4	611,4	611,4
Volets des projets								
Haiti	First Health & AIDS	16/1/1990	31/3/2001	CR	33,7	26,3	3,3 ^d	10,0 ^e
Ouganda	Costs of Adjustment (PAPSCA)	2/2/1990	30/9/1995	CR	37,1	28,1	3,3	3,5
Rwanda	Health and Population (y compris le supplément) ^f	19/6/1991	30/6/2002	CR	33,45	28,8	5,1	4,8
Burkina Faso	Population and AIDS Control	31/5/1994	30/9/2001	CR	34,5	26,3	12	11,2
Tchad	Population/AIDS Control	23/3/1995	31/12/2001	CR	27,2	20,4	12,9	12,7
Bulgarie	Health Sector Restructuring	9/4/1996	30/12/2001	PR	47,1	26	2,7	2,7 ^g
Sri Lanka	Health Services	19/12/1996	30/6/2002	CR	22,6	18,8	7,6	6,8 ^d
Cambodge	Disease Control & Health Development	24/12/1996	31/12/2002	CR	35,6	30,4	6,1	4,9
Guinée	Population & Reproductive Health	1/12/1998	31/12/2003	CR	12,0	11,3	2,1 ^d	2,1 ^g
Sous-total					283,25	216,4	55,1	58,7
Total					1 232,65	827,8	666,5	636,4

a. Projets portant uniquement sur le SIDA ou projet avec un volet SIDA supérieur à un million de dollars et au moins 10 % du coût total du projet.

b. Type: PR (prêt de la BIRD); CR (crédit de l'IDA); D (don de l'IDA); Panachage des ressources BIRD/IDA.

c. Les engagements de financement de la Banque, les fonds de contrepartie de l'emprunteur, et la contribution des autres bailleurs de fonds.

d. Loût total du volet SIDA, y compris les décaissements des prêts ou crédits et l'apport du gouvernement et/ou la contribution des autres bailleurs de fonds.

e. L'ensemble des volets tuberculose et SIDA

f. Comprend sept millions de dollars du supplément IDA approuvé le 21 décembre 2000. Le projet initial (après la restructuration) et le financement supplémentaire avaient attribués des ressources pour le SIDA.

g. Basé sur le montant de l'engagement; les décaissements actuels ne sont pas encore disponibles.

2. Portefeuille des projets en matière de lutte contre le SIDA de la Banque mondiale en cours au 30 juin 2004^a

Pays	Titre du projet	Dated' approbation	Dated ^e cloture	Type ^b	Coût total du projet ^c (USD millions)	Montant engagé par la Banque (USD millions)	
						Total	SIDA
Projets portant uniquement sur le SIDA							
Inde	Second National HIV/AIDS Control	15/6/1999	31/3/2006	CR	229,8	191	191
Bangladesh	HIV/AIDS Prevention	12/12/2000	30/6/2005	CR	52,6	40	40
Sri Lanka	National AIDS Prevention	22/12/2002	30/6/2008	D	20,9	12,6	12,6
Pakistan	HIV/AIDS Prevention	5/6/2003	31/12/2008	D/CR	47,8	37	37
Brésil	AIDS and STD Control III	26/6/2003	31/12/2006	PR	200,0	100	100
Bhoutan	HIV/AIDS and STI Prevention and Control	17/6/2004	31/12/2009	D	5,9	5,8	5,8
Volets des projets							
Guinée-Bissau	National Health Development	25/11/1997	31/12/2004	CR	66,1	11,7	2,9
Chine	Health IX	4/5/1999	30/6/2006	ML	93,9	60	20
Lesotho	Health Sector Reform	8/6/2000	30/6/2005	CR	20,4	6,5	2
Kenya	Decentralized Reproductive Health and HIV/AIDS (DARE)	12/12/2000	30/6/2005	CR	117,3	50	29,5
Tchad	Second Population and AIDS	12/7/2001	30/9/2006	CR	33,1	24,6	19,5
Honduras	Health System Reform	25/4/2002	31/7/2007	CR	31,0	27,1	6,8
Ukraine	Tuberculosis and HIV/AIDS Control	19/12/2002	30/6/2007	PR	77,0	60	32,2
Russie	TB/AIDS Control	3/4/2003	31/12/2008	PR	286,2	150	46,9
Moldova	TB/AIDS	10/6/2003	31/7/2008	D	5,7	5,5	5,5
Sous-total	15 projets/volets				1 287,7	781,8	551,7

(Suite page suivante)

2. Portefeuille des projets en matière de lutte contre le SIDA de la Banque mondiale en cours au 30 juin 2004^a
(Suite)

b) Projets du Programme plurinational de lutte contre le SIDA (MAP) en Afrique^a

Pays	Titre du projet	Date d'approbation	Date de clôture	Type ^b	Coût total du projet ^c (USD millions)	Montant engagé par la Banque (USD millions)	
						Total	SIDA
Projet portant uniquement sur le SIDA							
Éthiopie	Multisectoral HIV/AIDS	12/9/2000	30/12/2005	CR	63,4	59,7	59,7
Kenya	HIV/AIDS Project (umbrella)	12/9/2000	30/6/2005	CR	52,4	50	50
Ghana	AIDS Response Project (umbrella)	28/12/2000	30/6/2005	CR	27,8	25	25
Gambie	HIV/AIDS Rapid Response	16/1/2001	31/12/2005	CR	16,2	15	15
Ouganda	HIV/AIDS Control	18/1/2001	31/12/2006	CR	50,0	47,5	47,5
Cameroun	Multisectoral HIV/AIDS	21/1/2001	31/12/2005	CR	60,0	50	50
Burkina Faso	HIV/AIDS Disaster Relief	6/7/2001	31/12/2006	CR	23,5	22	22
Nigéria	HIV/AIDS Response	6/7/2001	30/6/2006	CR	96,3	90,3	90,3
Madagascar	Multisectoral STI/HIV	13/12/2001	31/12/2006	CR	21,0	20	20
RCA	HIV/AIDS	14/12/2001	30/6/2006	CR	18,0	17	17
Bénin	HIV/AIDS Multisectoral	4/1/2002	15/9/2006	CR	25,4	23	23
Sénégal	HIV/AIDS Prevention	7/2/2002	30/9/2007	CR	32,2	30	30
Sierra Leone	HIV/AIDS Response	26/3/2002	31/12/2006	CR	15,3	15	15
Cap-vert	HIV/AIDS	28/3/2002	31/12/2006	CR	9,6	9	9
Burundi	HIV/AIDS and Orphans	27/6/2002	31/12/2006	CR	36,7	36	36
Guinée	Multisectoral AIDS	19/12/2002	31/7/2008	D	22,3	20,3	20,3
Zambie	HIV/AIDS (ZANARA Project)	30/12/2002	28/2/2008	D	46,0	42	42
Mozambique	HIV/AIDS Response	28/3/2003	31/12/2008	D	64,0	55	55
Rwanda	Multi-Country HIV/AIDS	31/3/2003	30/10/2008	D	32,0	30,5	30,5
Niger	HIV/AIDS Prevention and Care	4/4/2003	30/6/2008	D	27,5	25	25
Mauritanie	HIV/AIDS Multi-sector Control	7/7/2003	31/3/2009	D	23,4	21	21
Tanzanie	Multisectoral AIDS	7/7/2003	30/9/2008	D	82,0	70	70
Malawi	Multi-sector AIDS Program	25/8/2003	31/12/2008	D	274,7d	35	35
Afrique de l'Ouest	HIV/AIDS Abidjan-Lagos	13/11/2003	1/7/2007	D	17,9	16,6	16,6
RD Congo	Multisectoral HIV/AIDS	16/4/2004	31/1/2011	D	102,4	102	102
Congo, Rép.	HIV/AIDS and Health	20/4/2004	30/6/2009	D	21,4	19	19
Guinée-Bissau	HIV/AIDS Global Mitigation Support	2/6/2004	31/12/2007	D	7,0	7	7
Mali	Multisectoral HIV/AIDS	17/6/2004	31/7/2009	D	28,0	25,5	25,5
Afrique	Regional HIV/AIDS Treatment Acceleration	17/6/2004	30/9/2007	D	61,5	59,8	59,8
Volets des projets							
Érythrée	HAMSET (VIH/paludisme/tuberculose/MST)	18/12/2000	31/3/2006	CR	50,0	40,0	13,9
Djibouti	HIV/AIDS, Malaria, and TB Control	29/5/2003	30/9/2008	D	15,0	12	9
Sous-total	31 projets/volets				1 422,9	1 090,2	1 061,1

2. Portefeuille des projets en matière de lutte contre le SIDA de la Banque mondiale en cours au 30 juin 2004^a (Suite)

c) Projets du Programme pluriannuel de lutte contre le SIDA (MAP) dans les Caraïbes^e

Pays	Titre du projet	Date d'approbation	Date de clôture	Type ^b	Coût total du projet ^c (USD millions)	Montant engagé par la Banque (USD millions)	
						Total	SIDA
Barbade	Caribbean APL AIDS Prevention	28/6/2001	31/12/2006	PR	23,6	15,2	15,2
République dominicaine	Caribbean APL AIDS Prevention	28/6/2001	31/12/2006	PR	30,0	25	25
Jamaïque	HIV/AIDS Prevention and Control	29/3/2002	15/12/2006	PR	16,5	15	15
Grenade	2nd Phase APL HIV/AIDS Prevention and Control	25/7/2002	30/6/2007	PR	7,2	6	6
Saint-Kitts-et-Nevis	HIV/AIDS Prevention and Control	10/1/2003	30/6/2008	PR	4,5	4	4
Trinité-et-Tobago	HIV/AIDS Prevention	27/6/2003	31/12/2008	PR	25,0	20	20
Caraïbes	Pan-Caribbean Partnership Against HIV/AIDS	25/3/2004	31/12/2007	D	9,9	9	9
Guyana	HIV/AIDS Prevention and Control	30/3/2004	30/6/2009	D	11,0	10	10
Saint-Vincent-et-les Grenadines	HIV/AIDS Prevention and Control	6/7/2004	30/6/2009	PR/D	8,8	7	7
Sous-total	9 projets				136,5	111,2	111,2
Total portefeuille en cours	55 projets				2 897,1	1 983,2	1 727,0

Source : World Bank Project Portal (*page web*) au 9 juillet 2004.

a. Projets portant uniquement sur le SIDA ou projet avec un volet SIDA supérieur à un million de dollars et au moins 10 % du coût total du projet.

b. Type: PR (prêt de la BIRD); CR (crédit de l'IDA); D (don de l'IDA); Panachage des ressources BIRD/IDA.

c. Comprend les engagements de financement de la Banque, les fonds de contrepartie de l'emprunteur, et la contribution des autres bailleurs de fonds.

d. Ce montant inclut la contribution des autres bailleurs de fonds et du Fonds mondial.

e. Tous sont les projets portant uniquement sur le SIDA.

3. Projets de la Banque mondiale avec les volets SIDA supérieur à \$1 million mais qui représentent moins de 10 % du coût total du projet, au 30 juin 2004

Pays	Titre du projet	Date d'approbation	Date de clôture	Type ^a	Statut	Montant engagé par la Banque (USD millions)		Dépenses actuelles sur le SIDA (USD millions)
						Total	SIDA	
Santé^b								
Brésil	Northeast Endemic Disease Control	31/3/1988	30/6/1996	PR	Achévé	109	6,6	7,4 ^c
Maroc	Health Sector Investment	20/2/1990	31/12/1998	PR	Achévé	104	8	8 ^d
Mali	Health/Population/Rural Water Supply	19/3/1991	31/12/1998	CR	Achévé	26,6	1,4	1,4 ^d
Madagascar	National Health Sector	28/5/1991	31/12/1999	CR	Achévé	31	2	2 ^d
Honduras	Nutrition and Health	5/1/1993	30/6/2001	CR	Achévé	25	2,2	2,2 ^d
Zambie	Health Sector Support	15/11/1994	30/6/2002	CR	Achévé	56	1,8	1,8 ^d
Cameroun	Health/Fertility/Nutrition	7/3/1995	30/6/2001	CR	Achévé	43	2	2 ^e
Bénin	Population and Health	30/5/1995	31/12/2002	CR	Achévé	27,8	1,2	1,2 ^d
Chine	Disease Prevention	12/12/1995	30/6/2004	CR	Achévé	100	5	5 ^d
Côte d'Ivoire	Integrated Health Services Development	27/6/1996	31/12/2004	CR	En cours	40	2,1	
Niger	Health Services Development	5/9/1996	31/12/2003	CR	Achévé	40	1,7	1,7 ^d
Érythrée	National Health Development	16/12/1997	31/12/2004	CR	En cours	18,3	1,7	
Gambie	Participatory Health Population and Nutrition	31/3/1998	30/6/2005	CR	En cours	18	1,5	
Bangladesh	Health and Population	30/6/1998	31/12/2004	CR	En cours	250	5,8	
Éthiopie	Health Sector Development	27/10/1998	6/6/2005	CR	En cours	100	2	
Inde	Maharashtra Health Systems Development	8/12/1998	31/3/2005	CR	En cours	134	1,3	
Inde	Uttar Pradesh Health Sector Development	25/4/2000	31/12/2005	CR	En cours	110	3	
Tchad	Health System Support	27/4/2000	31/12/2005	CR	En cours	41,5	1,9	
Tanzanie	Health Services Development	15/6/2000	31/12/2003	CR	Achévé	22	2	2 ^d
Bulgarie	Health Sector Reform	22/6/2000	30/9/2005	PR	En cours	63,3	3	
Mexique	Mexico III Basic Health Care	21/6/2001	30/6/2007	PR	En cours	350	18	
Venezuela	Caracas Metro Health	21/6/2001	31/12/2006	PR	En cours	30	1,6	
El Salvador	Earthquake Emergency Reconstruction and Health Services	4/12/2001	30/4/2007	PR	En cours	142,6	1,4	
Chine	Tuberculosis Control	21/3/2002	15/3/2010	PR	En cours	104	3,9	
Nigéria	Second Health Systems Development	6/6/2002	1/7/2007	CR	En cours	127	4	
Cambodge	Health Sector Support	19/12/2002	31/12/2007	CR/D	En cours	27	2	
Sous-total						2 140,1	87,1	34,7

Éducation									
Malawi	Secondary Education	24/3/1998	31/12/2004	CR	En cours	48,2	1,4		
Nigéria	Second Primary Education	11/5/2000	31/12/2004	CR	En cours	55	1,2		
Rwanda	Human Resources Development	6/6/2000	30/6/2006	CR	En cours	35	3,3		
Sous-total	3 projets					138,2	5,9		
Transport									
Kenya	Northern Corridor Transport Improvement	17/6/2004	31/12/2009	CR	En cours	276,5	4,4		
Sous-total	1 projet					276,5	4,4		
Protection social									
Pakistan	Social Action Program II	24/3/1998	30/6/2002	CR	Achévé	250	1,5	1,5 ^d	
Thaïlande	Social Investment Program	13/11/1998	30/4/2004	PR	Achévé	300	1,5	1,5 ^d	
Sous-total	2 projets					550,0	3,0	3	
Autres secteurs									
Éthiopie	Emergency Recovery	5/12/2000	31/12/2005	CR	En cours	555,0	3,0		
RD Congo	Emergency Early Recovery	31/7/2001	31/1/2005	CR	Achévé	50,0	8,0		
Sous-total	2 projets					605,0	11,0		
Total	34 projets					3 709,8	111,4		37,7

Source : WB Project Portal (web page) et Image Bank au 9 juillet 2004.

a. Type: PR (prêt de la BIRD); CR (crédit de l'IDA); D (don de l'IDA); Panachage des ressources BIRD/IDA.

b. Le second Projet d'appui à la santé du Ghana (USD 90 million) devrait financer les activités SIDA du ministère de la Santé. Néanmoins, le TTL n'a pas pu fournir les sommes allouées au VIH/SIDA. Cela pourrait excéder un million de dollars, mais aucune documentation n'est disponible.

c. Coût total du volet SIDA, qui comprend les décaissements de la Banque, les fonds de contrepartie de l'emprunteur, et la contribution des autres bailleurs de fonds.

d. Basé sur le montant de l'engagement ; les décaissements actuels ne sont pas encore disponibles.

e. Vingt-quatre millions de dollars million du crédit original ont été annulés. Chiffre basé sur l'engagement ; le montant du décaissement actuel n'est pas disponible.

4. Projets dans les secteurs autre que santé avec les engagements pour la lutte contre le SIDA dont le montant est inférieur à un million de dollars ou pas connu au 30 juin 2004^a

Pays	Titre du projet	Date d'approbation	Date de clôture	Type ^b	Statut	Montant engagé par la Banque (USD millions)	
						Total	SIDA
Education							
Madagascar	Education Sector Strategic Program	10/3/1998	30/3/2005	CR	En cours	65,00	
Éthiopie	Education Sector Development Program Support	26/5/1998	31/12/2006	CR	En cours	100,00	
Zambie	Basic Education Subsector Investment Program (BESSIP)	8/4/1999	30/6/2005	CR	En cours	40,00	
Sénégal	Quality Education for All	11/4/2000	31/12/2004	CR	En cours	50,00	0,10
Bénin	Labor Force Development	9/6/2000	30/6/2005	CR	En cours	5,00	
Zambie	Technical Education, Vocational and Entrepreneurial	14/6/2000	30/12/2006	CR	En cours	25,00	
Mali	Education Sector Expenditure Program	20/12/2000	31/12/2004	CR	En cours	45,00	
Mozambique	Higher Education	7/3/2001	31/5/2007	CR	En cours	60,00	
Guinée	Education for All Program (Phase I)	24/7/2001	31/12/2005	CR	En cours	70,00	
Burkina Faso	Basic Education Sector	22/1/2002	31/12/2006	CR	En cours	32,60	
Nigéria	Universal Basic Education	12/9/2002	30/6/2008	CR	En cours	101,00	
Tchad	Education Reform	18/3/2003	30/6/2007	CR	En cours	42,34	
Niger	Basic Education	17/7/2003	31/12/2007	CR	En cours	30,00	
Lesotho	Second Education Sector Development	17/7/2003	31/12/2007	CR	En cours	21,00	0,25
Ghana	Education Sector	9/3/2004	31/10/2009	CR	En cours	78,00	1,00
Sous-total						764,94	1,35
Protection sociale							
Cameroun	Social Dimensions of Adjustment (SDA)	24/5/1990	7/6/1994	PR	Achévé	35,7	
Zambie	Social Recovery	19/6/1991	31/7/1998	CR	Achévé	20,0	0,4
Rwanda	Food Security and Social Action	17/6/1992	31/12/2000	CR	Achévé	19,1	
Malawi	Second Social Action Fund	15/10/1998	30/11/2003	CR	Achévé	66,0	0,1
Brésil	Social Protection Special Sector Adjustment Loan	7/1/1999	30/6/1999	PR	Achévé	252,5	0,2
Zambie	Social Investment Fund	25/5/2000	31/12/2005	CR	En cours	64,7	
Zambie	Mine Township Services	20/6/2000	31/12/2004	CR	En cours	37,7	0,2
Tanzanie	Social Action Fund	22/8/2000	30/6/2005	CR	En cours	71,8	
Sénégal	Social Development Fund	20/12/2000	31/12/2005	CR	En cours	161,5	
Érythrée	Emergency Demobilization and Reintegration	16/5/2002	31/12/2005	CR	En cours	60,0	
Malawi	Third Social Action Fund	10/6/2002	31/12/2006	CR/D	En cours	78,1	

4. Projets dans les secteurs autre que santé avec les engagements pour la lutte contre le SIDA dont le montant est inférieur à un million de dollars ou pas connu au 30 juin 2004^a
 (Suite)

Sierra Leone	National Social Action	24/4/2003	31/12/2008	CR	En cours	42,0	
RD Congo	Emergency Demobilization, Reinsertion and Reintegration Program	25/5/2004	31/3/2008	GR	En cours	100,0	
Sous-total	13 projets					1 009,1	0,9
Transport							
Mozambique	First Roads and Coastal Shipping (ROCS)	2/6/1992	31/12/1999	CR	Achevé	74,30	
Éthiopie	Road Sector Development Program	15/1/1998	31/5/2005	CR	En cours	309,20	
Malawi	Roads Rehabilitation and Maintenance	10/6/1999	31/3/2005	CR	En cours	39,5	
Sénégal	National Rural Infrastructure	27/1/2000	30/6/2005	CR	En cours	42,9	
Sénégal	Urban Mobility Improvement Program	25/5/2000	31/12/2005	CR	En cours	103,0	
Djibouti	International Road Corridor Rehabilitation	22/6/2000	31/8/2005	CR	En cours	15,00	
Tchad	National Transport Program Support	26/10/2000	31/7/2006	CR	En cours	67,00	0,5
Ouganda	Second Phase of the Road Development Program	3/7/2001	30/6/2006	CR	En cours	64,52	
Mozambique	Roads and Bridges Management and Maintenance	19/7/2001	30/6/2005	CR	En cours	162	
Ghana	Road Sector Development Program	26/7/2001	30/6/2006	CR	En cours	220,00	
Djibouti	International Road Corridor Rehabilitation (supplément)	6/5/2003	n/a	CR	En cours	6,00	
Éthiopie	Second Road Sector Development Support Program	17/6/2003	30/6/2009	CR	En cours	127,00	
Cambodge	Provincial and Rural Infrastructure	11/9/2003	30/9/2007	CR	En cours	21,00	0,13
Madagascar	Transport Infrastructure Investment	8/12/2003	30/6/2008	CR	En cours	842,5	
Zambie	Road Rehabilitation and Maintenance	9/3/2004	30/6/2007	CR	En cours	50,00	
Burundi	Road Sector Development	18/3/2004	31/12/2009	CR	En cours	51,20	0,2
Sous-total	16 projets					2 195,1	0,33
Autres secteurs^c							
Cameroun	Petroleum Environmental Capacity	6/6/2000	31/12/2005	CR	En cours	5,77	
Mali	Agricultural Services and Producer Organizations	11/12/2001	31/12/2005	CR	En cours	43,5	1,0
Nigéria	Community Based Urban Development	6/6/2002	30/6/2009	CR	En cours	137,5	0,2
Tanzanie	Participatory Agricultural Development	27/5/2003	31/12/2008	CR	En cours	69,9	
Sous-total	4 projets					256,67	1,2
Total	48 projets					2 637,11	3,75

Source : World Bank Project Portal (page web) et Image Bank au 9 juillet 2004.

a. Cette liste de projets avec les petits volets SIDA est une sous-estimation du nombre total des petits volets SIDA dans les trois secteurs, parce qu'il est basé sur la mention formelle d'activités relatives au SIDA dans les Documents d'évaluation préalable. Au début de la réponse de la Banque à l'épidémie du SIDA ainsi que plus récemment, les gestionnaires du projet ont été encouragés à insérer dans les projets ou à restructurer les projets en cours en ajoutant des volets et des activités SIDA, dont la plupart ont été de petite taille. Puisqu'ils ont été rajoutés après l'approbation du projet, la documentation relative aux objectifs, décaissements, et résultats n'était pas facilement disponible dans aucun des secteurs, y compris le secteur de la santé (qui n'est pas représenté ici).

b. Type: PR (prêt de la BIRD); CR (crédit de l'IDA); D (don de l'IDA); Panachage des ressources BIRD/IDA.

c. L'OEED n'a pas effectué de recherche systématique de volet SIDA pour les secteurs autres que l'éducation, le transport et la protection sociale.

Annexe C2 : Notations de performance des projets achevés

ANNEXE C2 : NOTATIONS DE PERFORMANCE DES PROJETS ACHEVÉS
SUR LE SIDA

Notations de l'OED ^a							
Pays ^b	Titre du projet	Période du projet	Résultat du projet	Développement institutionnel	Durabilité	Performance de la Banque	Performance de l'emprunteur
Projets portant uniquement sur le SIDA							
RD Congo	National AIDS Control Program	1988-1994	I	N	NP	I	TI
Inde	National AIDS Control	1992-1999	S	S	P	S	S
Zimbabwe	STI Prevention and Care	1993-2000	MS	F	NP	I	I
Brésil	AIDS and STD Control	1993-1998	S	S	P	S	S
Ouganda	Sexually Transmitted Infections	1994-2002	MI	S	P	S	S
Kenya	Sexually Transmitted Infections	1995-2001	MS	S	P	S	S
Indonésie	HIV/AIDS and STD Prevention	1996-1999	I	N	NP	I	I
Argentine	AIDS and STD Control	1997-2003	MS	S	P	S	S
Brésil	Second AIDS and STD	1998-2003	S	S	TP	S	S
Volets SIDA							
Haiti	First Health and AIDS	1990-2001	I	F	NP	I	I
Ouganda	Costs of Adjustment (PAPSCA)	1990-1995	MS ^c	P	PC ^d	S	S
Burkina Faso	Population and AIDS Control	1994-2001	MI	F	P	S	S
Tchad	Population/AIDS Control	1995-2001	MS ^c	S	P ^e	S	S
Bulgarie	Health Sector Restructuring	1996-2001	TS	E	P	S	S
Sri Lanka	Health Services	1996-2002	S	F	P	S	S
Cambodge	Disease Control and Health Development	1996-2002	S	E	P ^c	S	S
Guinée	Population and Reproductive Health	1998-2003	I	F	NP	I	S
Rwanda	Health and Population (suppl) and Management	2000-2002	MS	N	NP	S	S

a. Explication de notations - Résultats, performance de la Banque et de l'emprunteur : TS (très satisfaits); S (satisfaits); MS (modérément satisfaits); MI (modérément insatisfaits); N (insatisfaits); TI (très insatisfaits); Développement institutionnel : E (élevé); S (substantiel); F (faible); P (partiel); N (négligeable). Durabilité : TP (très probable); P (probable); NP (non probable); PC (pas certain); PE (pas évaluable).

b. Les notations pour les projets en italiques sont basées sur les Rapports d'évaluation de performance des projets de l'OED entrepris sur le terrain. Les notations pour tous les autres projets sont basées sur une revue par l'OED des Rapports de fin d'exécution des projets, qui sont les documents rédigés par l'équipe d'exécution du projet (composée de la Banque et de l'emprunteur) qui inclut les notations proposées par l'équipe.

c. Quoique le projet en entier a été noté MS, le volet SIDA de ce projet a reçu un S comme notation dans le cadre du PPAR.

d. La durabilité des activités du volet SIDA de ce projet (qui comprennent principalement l'assistance aux veuves et orphelins) a été noté soit incertain soit non probable.

e. La notation de la durabilité du volet SIDA a été similaire à celle du projet en entier.

ANNEXE D : TRAITEMENT DU VIH/SIDA DANS LES STRATÉGIES D'AIDE-PAYS ET DOCUMENTS DE STRATÉGIE POUR LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ

Stratégies d'aide-pays

La Stratégie d'aide-pays (CAS) est un cadre de développement global, planifié et élaboré par la Banque en collaboration avec les autorités publiques et d'autres parties prenantes et conçu en fonction des besoins du pays concerné. La CAS est l'outil primordial utilisé par la direction générale et le Conseil des administrateurs de la Banque pour examiner et orienter les programmes-pays, et l'instrument qui sert à évaluer l'impact des actions de la Banque. Les CAS ont toujours été élaborées parallèlement à un projet. Jusqu'à l'exercice 94, les CAS n'étaient pas des documents à part entière, mais faisaient partie d'un grand chapitre de la documentation de projet qui était présentée au Conseil (« Le Mémoire et le Rapport du Président »). À partir de l'exercice 95, les CAS ont commencé à être élaborées sous forme de documents autonomes.

Échantillon

Toutes les CAS élaborées durant ces deux périodes ont été passées en revue dans le but

d'identifier le traitement qui y est réservé au SIDA pendant les exercices 94–95 (96 CAS concernant 84 pays) et les exercices 00–02 (49 CAS concernant 48 pays). Une liste de l'ensemble des CAS passées en revue figure à la pièce jointe n° 1.

Référence au VIH/SIDA

On a enregistré une augmentation significative du pourcentage de CAS contenant une référence au VIH/SIDA pendant cette période.

Une recherche électronique a été effectuée sur les termes « VIH » ou « SIDA » pour déterminer s'ils apparaissaient dans le corps du texte, les tableaux, les encadrés ou les annexes. Cette recherche a permis de constater qu'au cours des exercices 94–95, 27 CAS (28,1 %) et des exercices 00–02, 40 CAS (81,6 %) contenaient les termes VIH ou SIDA.

Les CAS ont été examinées afin de déterminer si le VIH/SIDA était identifié comme un problème majeur par le gouvernement, par la Banque, ou par les deux, à partir de l'évocation ou de l'analyse du SIDA dans le programme de

Tableau D.1 : Reconnaissance du VIH/SIDA comme un problème majeur

	Ex. 94–95	Ex. 00–02
Problème majeur pour la Banque	14 (14,6 %)	23 (46,9 %)
Problème majeur pour le gouvernement	7 (7,3 %)	17 (34,7 %)
Problème majeur pour les deux	4 (4,2 %) ^a	15 (30,6 %) ^b

a. Burkina Faso, Burundi, Kenya, Mali. Les pays suivants faisaient face à des épidémies généralisées, mais ne citaient pas dans la CAS le SIDA comme une priorité pour les pouvoirs publics ou pour la Banque : République du Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Guyana, Lesotho, Mozambique, Ouganda, Zimbabwe.

b. Arménie, Bangladesh, Belarus, Burkina Faso, Djibouti, Éthiopie, Guyana, Inde, Lettonie, Mauritanie, Mozambique, Pakistan, Tanzanie, Ouganda et Zambie. Dans aucun pays en butte à une épidémie généralisée, la CAS pour les exercices 00 à 02 ne citait pas le SIDA comme une priorité aussi bien pour la Banque que pour les autorités publiques.

développement du gouvernement et/ou dans la stratégie d'assistance proposée par la Banque pour le pays concerné (Tableau D.1)¹. Le SIDA est plus souvent reconnu comme un problème majeur par la Banque qu'il ne l'est par les pouvoirs publics. En outre, l'on constate une hausse sensible du pourcentage de CAS qui identifient le VIH/SIDA comme un problème majeur uniquement pour la Banque, uniquement pour le pays concerné ou pour les deux à la fois.

Taux de séroprévalence et place accordée au SIDA dans la CAS

Les pays ayant des taux de séroprévalence élevés ou se trouvant à un stade avancé de l'épidémie sont davantage portés à identifier le VIH/SIDA dans la CAS comme une priorité pour le gouvernement ou la Banque. Pendant les exercices 94-95, le VIH/SIDA est plus souvent identifié comme une priorité de la Banque qu'une priorité du gouvernement, quel que soit le stade atteint par l'épidémie. En revanche, pendant les exercices 00-02, il est identifié comme une priorité aussi bien par la Banque que par le gouvernement dans les pays ayant atteint le stade d'une épidémie généralisée, mais plus souvent comme une priorité de la Banque dans les pays se trouvant à des stades moins avancés.

Parmi les 35 pays qui ont élaboré des CAS au

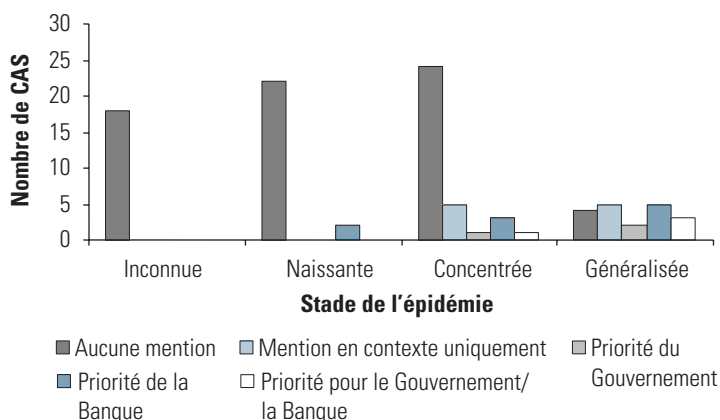
cours de ces deux périodes, presque la moitié (17) ont accordé une plus grande importance au SIDA pendant la dernière période. Ainsi, soit i) la CAS précédente ne faisait pas mention du SIDA ou n'évoquait qu'en passant la maladie, mais la dernière CAS en faisait une priorité pour le gouvernement et/ou pour la Banque, soit ii) seul le gouvernement ou la Banque accordait une place de choix au SIDA au cours de la première période, tandis que l'un et l'autre l'ont fait au cours de la deuxième période².

Lien entre les CAS et les prêts pour la lutte contre le SIDA

Vingt-sept des CAS passées en revue (18,6 %) proposaient un projet comportant soit une composante ou une sous-composante sur le VIH/SIDA.

- Dix-sept CAS proposaient un projet à part entière de lutte contre le SIDA ou un projet ayant une importante composante SIDA³. Dans 13 de ces CAS, le SIDA était identifié comme un enjeu crucial tant par le gouvernement que par la Banque.
- Dix CAS proposaient un projet comportant une sous-composante SIDA. Dans sept de ces CAS, le SIDA était identifié comme un enjeu crucial par la Banque, mais pas par le gouvernement.

Figure D.1 : Stade de l'épidémie et place qui lui est accordée dans la CAS, Ex. 94-95



Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)

Les DSRP décrivent les politiques et programmes macroéconomiques, structurels et sociaux adoptés par un pays en vue de promouvoir la croissance et faire reculer la pauvreté ainsi que les besoins de financement extérieurs qui s'y rattachent. Ils sont élaborés par les autorités publiques grâce à un processus participatif auquel sont associés la société civile et les partenaires de développement. La période examinée correspondait aux exercices 00-02 (13 DSRP complets). Tous les DSRP élaborés au cours de cette période ont été pris en compte dans l'examen effectué. (Pièce jointe n° 2.)

Douze des 13 DSRP (92,3 %) faisaient référence au VIH/SIDA. Neuf des 13 DSRP

(69,2 %) contenaient des actions stratégiques visant spécifiquement à traiter le problème du VIH/SIDA. Certains comprenaient également des indicateurs relatifs au VIH/SIDA et prévoyaient des affectations budgétaires. Les

pays se trouvant à des stades avancés de l'épidémie étaient plus enclins à incorporer dans le DSRP des actions stratégiques sur le VIH/SIDA.

Figure D.2 : Stade de l'épidémie et place qui lui est accordée dans la CAS, Ex 00-02

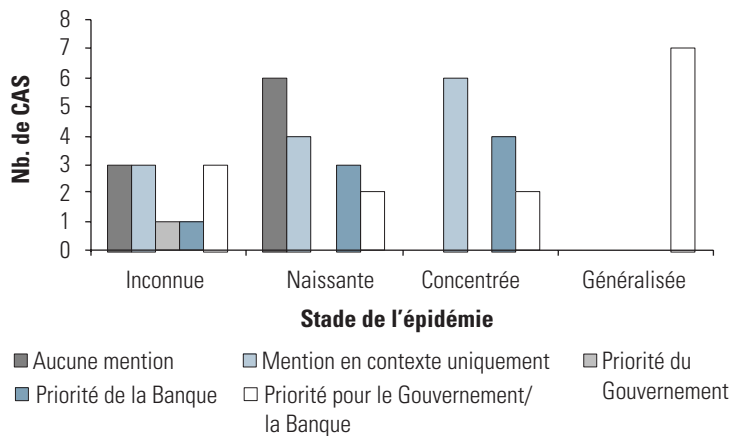
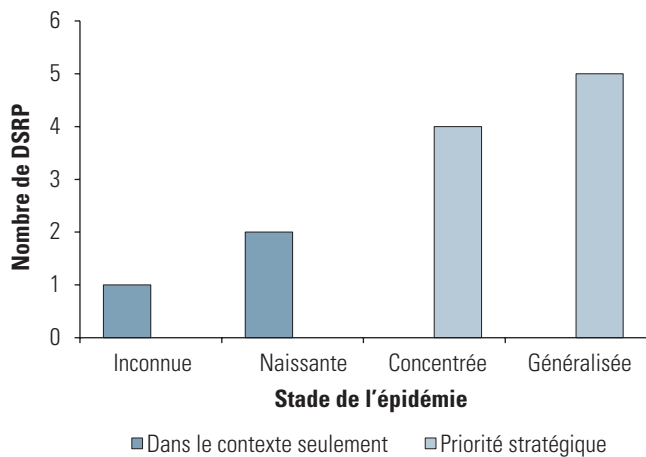


Figure D.3 : Stade de l'épidémie et place accordée au SIDA dans le DSRP, Ex. 00-02



Pièce jointe n° 1 : Stratégies d'aide-pays passées en revue											
	Ex. 94	Ex. 95	Ex. 00	Ex. 01	Ex. 02		Ex. 94	Ex. 95	Ex. 00	Ex. 01	Ex. 02
Afrique											
Bénin	x					Kazakhstan	x			x	
Burkina Faso	x			x		République kirghize	x				x
Burundi		x				Lettonie		x			
Cameroun	x					Lituanie		x			
Comores	x					Macédoine	x	x			
Congo, République du	x					Moldova	x				
Côte d'Ivoire	x					Pologne	x	x			
Éthiopie	x	x		x*		Roumanie	x			x	
Gabon	x					Russie	x	x			x
Ghana	x	x	x			République slovaque	x		x		
Guinée	x					Slovénie	x				
Kenya	x					Turquie				x	
Lesotho	x					Turkménistan				x	
Madagascar	x					Ukraine				x	
Malawi	x					Ouzbékistan		x			
Mali		x				Amerique latine et Caraïbes					
Mauritanie	x				x	Argentine	x	x		x	
Maurice	x				x	Barbade	x				
Mozambique	x		x			Belize				x	
Niger	x					Bolivie	x				
Ouganda	x	x			x	Bresil		x	x		x
Sao Tome-et-Principe					x	Chili		x			
Sénégal		x				Colombie	x				
Sierra Leone	x					République dominicaine		x			x
Swaziland		x				El Salvador	x				
Tanzanie	x		x			Guatemala		x			x
Togo		x				Guyana					
Zambie	x		x			Honduras	x		x		
Zimbabwe	x					Jamaïque				x	
						Mexique	x				x
						Nicaragua	x				

Pièce jointe n° 2 : Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté passés en revue			
	Ex. 00	Ex. 01	Ex. 02
Afrique			
Burkina Faso	x		
Gambie			X
Mauritanie		x	
Mozambique			X
Niger			X
Tanzanie		x	
Ouganda	x		
Zambie			X
Asie de l'Est et Pacifique			
Viet Nam			X
Europe de l'Est et Asie centrale			
Albanie			X
Amerique latine et Caraïbes			
Bolivie		x	
Honduras			X
Nicaragua			X

ANNEXE E : INVENTAIRE DES TRAVAUX D'ANALYSE DE LA BANQUE MONDIALE SUR LE SIDA

Contexte général

Il a été procédé à un inventaire des services hors-prêt de la Banque concernant le SIDA — aussi bien ceux menés à terme que ceux à l'étude — à la fin de l'exercice 04. Cet inventaire a pris en compte les études économiques et sectorielles (ESW) et d'autres produits : études, documents d'analyse ou de diffusion. Ces produits font ressortir une gamme d'activités variées, au nombre desquelles figurent les projets de recherche, les documents de stratégie et les documents de référence de projets. L'inventaire fournit les informations suivantes pour chaque produit (le cas échéant) : catégorie d'activité, identification du projet, titre, auteur, chef de projet de la Banque, date d'achèvement, pays, région, source de financement (budget de la Banque, fonds fiduciaire), unité de la Banque ayant initié l'activité.

Les premières activités de cet inventaire ont été exécutées par l'équipe Santé, Nutrition et Population de la Banque (HDNHE) et ont consisté à recueillir des informations à travers des questionnaires d'enquête et des demandes de renseignements envoyées à des services chargés des fonds fiduciaires administrés par la Banque. L'OED a assuré le suivi de ce travail grâce à des études plus approfondies par i) la consultation des publications et des bases de données existantes de documents de la Banque (intranet de la Banque, Business Warehouse, ImageBank), ii) les contributions des services compétents de la Banque et iii) la consultation des références bibliographiques tirés des Documents d'évaluation de projet.

L'inventaire, qui est affiché intégralement sur le site web des évaluations de l'OED (www.worldbank.org/oed/aids), est une liste

indicative des documents sur le VIH/SIDA produits par la Banque, plutôt qu'une liste définitive. Une certaine prudence s'impose pour les raisons suivantes : i) des doublons sont possibles car, certaines activités sont diffusées sous plusieurs formes et ii) l'OED considère que de nombreuses activités hors-prêt ne font pas l'objet de rapports. C'est particulièrement le cas avant la mise en œuvre du SAP pendant l'exercice 00. Par ailleurs, de nombreuses études sont classées dans la catégorie fourre-tout de « demande interne » et n'apparaissent pas comme des produits particuliers. Il est à noter, en particulier, que même si la catégorie ESW existait avant l'exercice 00, il n'existe aucune méthode permettant de retrouver systématiquement ces produits dans les systèmes d'information de la Banque.

Conclusions

Deux-cent-cinquante-quatre documents ont été recensés lors de l'inventaire (230 menés à terme à l'exercice 04 et d'autres à l'étude), à partir d'informations collectées jusqu'à la fin octobre 2004.

Travaux d'analyse. Études sectorielles et travaux de recherche. Depuis l'exercice 89, un nombre croissant de travaux de recherche et d'études sectorielles liés au VIH/SIDA ont été effectués au sein de la Banque. En ce qui concerne le traitement de la question du SIDA à l'échelon régional, l'Afrique subsaharienne enregistre de loin le plus grand nombre de produits. Certes, toutes les régions réalisent actuellement des travaux sur le SIDA, mais seule l'Afrique subsaharienne avait effectué des travaux sur la question avant l'exercice 96, en dehors des études portant sur plusieurs régions.

Produits « officiels » d'études économiques et sectorielles. Une recherche systématique a permis de trouver 19 études économiques et sectorielles pour les exercices 00 à 04. La plupart de ces études sont des évaluations de la situation du VIH/SIDA à l'échelon national ou sous-régional. D'autres portent sur des domaines sectoriels plus spécifiques, tels que la réduction de la pauvreté, le transport,

l'industrie manufacturière ou l'éducation. À l'exception de la Région Asie de l'Est et Pacifique, toutes les régions ont effectué des études économiques et sectorielles sur le SIDA pendant cette période (Tableau E.3). Encore une fois, la Région Afrique obtient de loin le plus grand nombre d'études économiques et sectorielles officielles.

Tableau E.1 : Études sectorielles de la Banque comparées aux travaux de recherche sur le SIDA, avant et depuis l'exercice 00

Région	Études sectorielles [dont ESW « officielles »]		Travaux de recherche		Total
	Avant Ex. 00	Depuis Ex.00	Avant Ex. 00	Depuis Ex. 00	
Afrique subsaharienne	23	61 [10]	19 ^c	14	117 ^d
Asie de l'Est et Pacifique	7	8 [0]	3	2	20
Europe de l'Est et Asie centrale		9 [2]	1	1	11
Amérique latine et Caraïbes	2	7 [3]	2	1	12
Moyen-Orient et Afrique du Nord		4 [1]	0	1	5
Asie du Sud	1	2 [1]	0	3	6
Plusieurs régions ^a	1	1 [0]	3	3	8
Mondial ^b	4	20 [2]	23	4	50
Total	38	112 [19]	51	29	229

a. Le produit porte sur plusieurs régions.

b. Le produit ne porte pas sur des régions spécifiques, mais peut plutôt s'appliquer à l'échelle mondiale.

c. Au titre des exercices antérieurs, on peut noter : *Tanzania AIDS Assessment and Planning Study* (1992) et *Uganda AIDS Crisis: Its Implications for Development* (1995). Les rapports finaux et les documents de base comprennent dix des 23 rapports d'études sectorielles publiés avant l'exercice 00.

d. Parmi les 33 produits de recherche pour l'Afrique subsaharienne, 14 découlaient d'un seul projet de recherche en Tanzanie.

Tableau E.2 : Travaux d'analyse sur le SIDA gérés par la Banque mondiale, par exercice

Activité	Exercice															
	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04
Recherche	1	1	1	2	7	3	1	0	0	31	2	7	7	4	8	4
Études sectorielles	1	3	5	2	5	1	1	3	4	4	8	8	16	45	18	25
Total	2	4	6	4	12	4	2	3	4	35 ^a	10	15	23	49	26	29

a. 21 produits constituent des études distinctes qui ont été rassemblées dans un ouvrage.

Tableau E.3 : Études économiques et sectorielles « officielles » financées par la Banque, par région et année d'achèvement, exercices 00 à 04

Exercice	AFR	EAP	ECA	LAC	MNA	SAR	À l'échelle mondiale	Total
2000	2							2
2001	4			1				5
2002	3		1	1	1			6
2003	1							1
2004			1	1		1	2	5
Total	10	0	2	3	1	1	2	19

Note : AFR = Afrique, EAP = Asie de l'Est et Pacifique, ECA = Europe de l'Est et Asie centrale, LAC = Amérique latine et Caraïbe, MNA = Moyen Orient et Afrique du Nord, SAR = Asie du Sud.

Figure E.1 : Évolution des travaux d'analyse par année d'achèvement

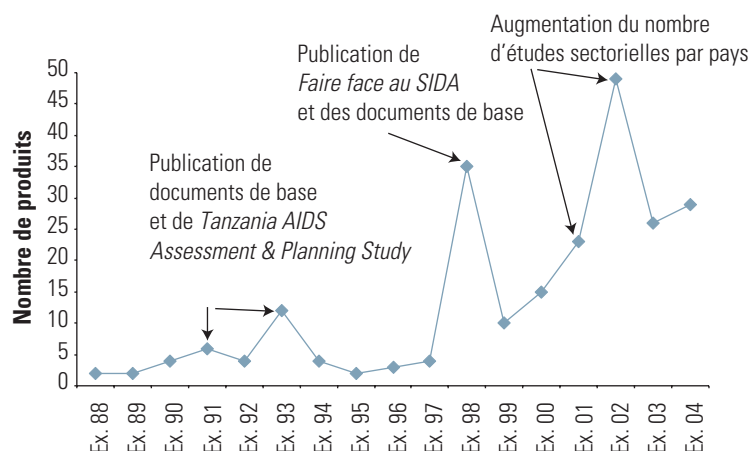
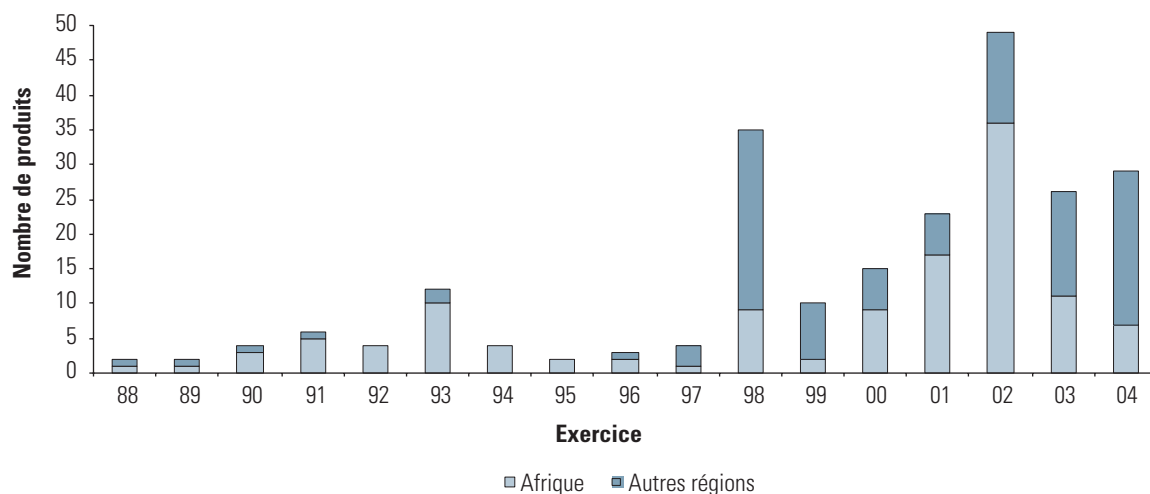


Figure E.2 : Nombre de travaux d'analyse par année d'achèvement : Comparaison entre les données pour l'Afrique et les autres régions (ou à l'échelle mondiale)



ANNEXE F : LES PUBLICS CONCERNÉS, LA QUALITÉ ET L'UTILITÉ DES TRAVAUX D'ANALYSE DE LA BANQUE SUR LE VIH/SIDA

Cette annexe présente les résultats des enquêtes sur les publics concernés, la qualité et l'utilité des travaux d'analyse de la Banque mondiale sur le VIH/SIDA, effectuées auprès de deux publics : 1) les participants à la 13^e Conférence internationale sur le SIDA et les MST (CISMA) qui s'est tenue à Nairobi, au Kenya du 21 au 26 septembre 2003 ; et 2) le personnel de la Banque travaillant dans les secteurs de la santé, nutrition et population (HNP) ; dans les secteurs de l'éducation et de la protection sociale interrogée lors du Forum sur le développement humain (DH) organisé du 17 au 19 novembre 2003 à l'Université de Maryland.

Les deux enquêtes visaient à : i) analyser l'audience des rapports produits par la Banque auprès de plusieurs publics clés et d'identifier les enseignements à tirer en vue de leur diffusion ; et ii) apprécier la qualité technique et l'utilité des travaux d'analyse de la Banque.

Quelques exemples et méthodologie utilisée

Pour ces deux enquêtes, l'on a eu recours à des questionnaires auto-administrés qui ont été distribués aux participants à ces rencontres dans leurs pochettes d'inscription. À la Conférence de Nairobi sur le SIDA, un questionnaire de deux pages a été rangé dans chacune des 6 000 pochettes d'inscription et 113 autres ont été distribués à des délégués n'ayant pas reçu de pochettes. 466 questionnaires au total ont été renvoyés, ce qui correspond à un taux de réponse estimé à 7,6 %¹. De la même manière, pour l'enquête auprès du personnel de la Banque, un bref questionnaire a été placé dans 800 pochettes d'inscription. Environ 550 à 650 personnes étaient effective-

ment inscrites. Au total 212 questionnaires ont été renvoyés, équivalant à un taux de réponse de 33 à 38 %. Une description complète de la méthodologie utilisée pour les deux enquêtes figure dans les documents de base élaborés pour cette étude et peut être obtenue sur demande.

L'enquête menée auprès des participants à la Conférence sur le SIDA organisée à Nairobi demandait des informations sur les caractéristiques démographiques des personnes interrogées, notamment leur âge, leur sexe, leur nationalité, leur niveau d'instruction, leur employeur, leur capacité à lire des documents techniques en Anglais et leur possibilité d'accès à l'Internet. L'enquête auprès du personnel de la Banque contenait des questions semblables, portant sur les caractéristiques démographiques ainsi que les affiliations professionnelles au sein de la Banque, et invitait les personnes interrogées à indiquer si elles étaient basées au siège ou travaillaient sur le terrain, la région à laquelle elles sont rattachées, leur secteur de rattachement principal, leur expérience professionnelle (économiste, spécialiste, membre du personnel administratif ou autres), si elles avaient occupé le poste de gestionnaire de tâche dans le cadre d'un projet de lutte contre le VIH/SIDA au sein de la Banque et si elles avaient fourni un appui technique ou réalisé des travaux d'analyse dans le cadre de projets et d'activités de lutte contre le VIH/SIDA à la Banque. Les enquêtes ont également permis de recueillir des informations sur les possibilités d'accès des personnes interrogées à Internet et sur l'utilisation du site web de la Banque sur le SIDA (www.worldbank.org/aids) et du site web du Réseau international sur l'économie du SIDA (IAEN) parrainé par la Banque (www.iaen.org).

Une liste de 12 rapports de la Banque sur le VIH/SIDA dans le monde ou en Afrique a été présentée aux personnes interrogées lors de la Conférence de Nairobi sur le SIDA. Les fonctionnaires de la Banque se sont vus soumettre une liste de 18 rapports mondiaux et régionaux et sept guides pratiques sur le VIH/SIDA. Les rapports qui ont sanctionné chacune des enquêtes sont énumérés à la Pièce jointe n° 1. À l'occasion de ces deux enquêtes, les personnes interrogées étaient invitées à répondre à la question de savoir si elles avaient entendu parler d'un rapport et si elles l'avaient lu. Si elles avaient lu un rapport, il leur était demandé d'en évaluer la qualité technique et l'utilité pour leurs travaux sur le VIH/SIDA.

Les résultats de la Conférence de Nairobi sur le SIDA

Caractéristiques de base. L'âge moyen des personnes interrogées était de 40 ans et la majorité d'entre elles était de sexe masculin (62 %) et originaire d'Afrique (85 %). Quarante-vingt-quatorze pour cent des personnes interrogées résidaient en Afrique. Les personnes interrogées avaient un niveau d'instruction élevé : 43 % d'entre elles étaient au moins titulaires d'un diplôme universitaire supérieur ; 27 % avaient obtenu une licence universitaire. En ce qui concerne l'emploi, environ un tiers (32 %) des personnes interrogées travaillaient pour une ONG ou CBO nationale ou locale, une sur cinq (21 %) travaillait dans l'administration, 17 % travaillaient pour une ONG internationale, 9 % pour une institution universitaire et 8 % pour un organisme bailleur de fonds ou les Nations Unies.

La plupart des personnes interrogées avaient rempli le questionnaire rédigé en Anglais (88 %). Parmi les personnes qui ont rempli le questionnaire rédigé en Français, 29 % ont déclaré pouvoir lire sans difficulté des documents techniques en Anglais et 59 % ont déclaré pouvoir les lire seulement avec quelque difficulté.

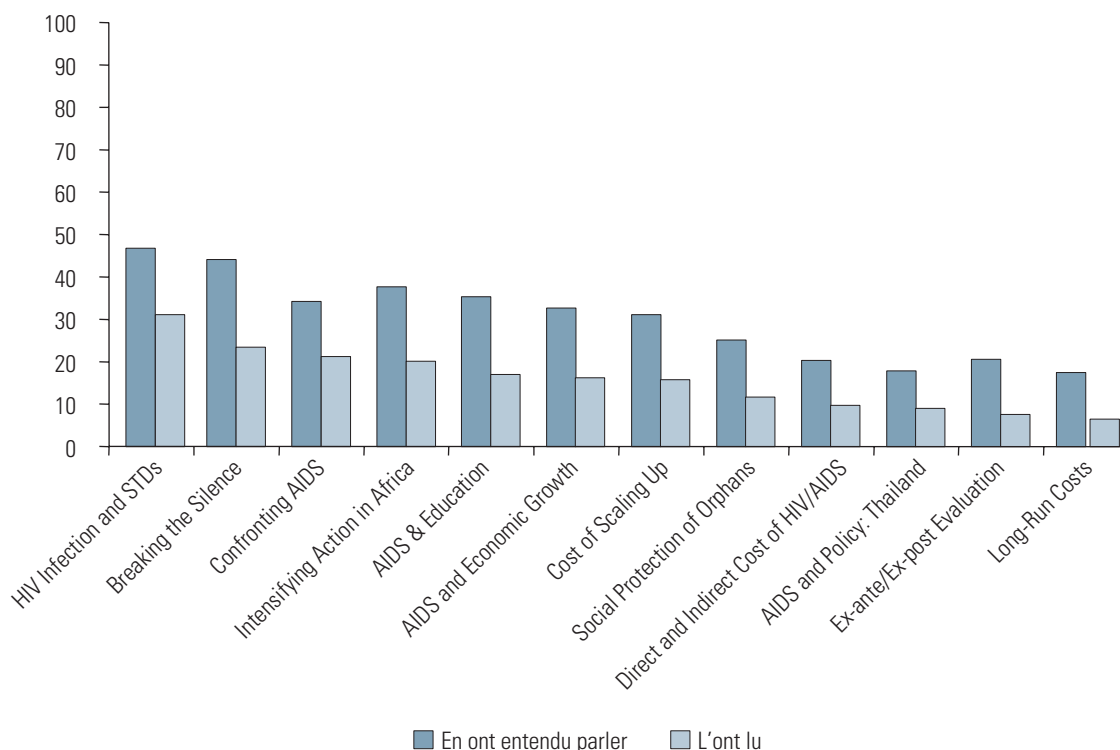
Degré de notoriété et audience des rapports. La figure F.1 présente le pourcentage de personnes interrogées qui avaient entendu parler

d'un rapport et lu chacun des rapports. Les rapports qui avaient le plus de notoriété étaient également ceux qui avaient la plus grande audience. Un quart des personnes interrogées n'avaient entendu parler d'aucun des rapports.

Un examen plus attentif des données par occupation professionnelle (Tableau F.2) révèle que les rapports n'ont pu réellement toucher celles des personnes interrogées travaillant dans l'administration, qui constituent probablement un des principaux publics, et un nombre encore plus réduit d'entre eux avaient lu les rapports. Pour neuf des 12 rapports, les bailleurs de fonds (bilatéraux, multilatéraux, Nations Unies) enregistraient le pourcentage le plus élevé de personnes interrogées qui avaient entendu parler du rapport, suivis des universitaires. Moins de la moitié des agents de l'administration avaient entendu parler de l'un des rapports. Pour onze des 12 rapports, soit les bailleurs de fonds soit les universitaires étaient les plus susceptibles d'avoir lu le rapport. Parmi les deux rapports d'orientation qui ont été lus par la majeure partie des personnes interrogées travaillant dans l'administration, *Breaking the Silence* a été publié dans *The Lancet*, une revue médicale internationale et « Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique » a été diffusé lors d'une précédente conférence sur le SIDA en Afrique organisée à Lusaka en Zambie². Ces deux rapports ont été publiés en 2000. Les personnes interrogées travaillant dans l'administration étaient les plus susceptibles d'avoir lu le document technique intitulé *HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases*, un chapitre du volume de référence intitulé *Disease Control Priorities in Developing Countries*, publié en 1993.

Près de 13 % des personnes interrogées ont rempli un questionnaire en français. Parmi les rapports publiés en français, le degré de notoriété des rapports était plus élevé parmi les personnes qui ont rempli le questionnaire en français (Tableau F.3). S'agissant des rapports publiés en anglais, ils ont enregistré un taux de notoriété largement inférieur parmi le public francophone. Cependant, l'audience des rapports auprès des francophones — même lorsque le rapport a été publié en

Figure F.1 : Conférence de Nairobi sur le SIDA : Pourcentage de personnes interrogées qui avaient entendu parler du rapport ou l'avaient lu



français — est inférieure de moitié à celle enregistrée auprès des anglophones. Ceci est peut-être révélateur des difficultés particulières qui empêchent la distribution ou l'accès à ces traductions ; c'est un problème qui mérite d'être étudié plus en profondeur.

Qualité technique et utilité. Dans le cadre de l'enquête, il était demandé aux personnes interrogées qui avaient lu un rapport d'estimer la qualité technique. Les notations possibles étaient : 1-Très faible ; 2-Faible ; 3-Moyenne ; 4-Haute ; 5-Très haute ; 6-Je ne sais pas. Il était également demandé aux personnes interrogées qui avaient lu le rapport d'apprécier son utilité pour leurs travaux sur le VIH/SIDA. Les notations possibles étaient : 1-Pas utile ; 2-Utile ; 3-Très utile ; 4-L'un des plus utiles. Les notations sur la qualité technique et l'utilité de chacun des rapports sont présentées au tableau F.4.

Pour l'ensemble des 12 rapports, plus de 60 % des personnes interrogées ont jugé « Haute » ou « Très haute » la qualité technique des rapports. Pour la moitié d'entre elles, 70 % ou plus ont jugé leur qualité technique « Haute » ou « Très haute ». La majorité des personnes interrogées ont estimé l'ensemble des 12 rapports « Très utile » ou « Un des plus utiles ». Pour cinq des rapports, au moins 70 % des personnes interrogées les ont trouvés « Très utiles » ou « Un des plus utiles ».

Utilisation de Internet. Quarante-vingt-dix pour cent des personnes interrogées avaient accès à Internet sous une forme ou une autre, mais seulement 58 % d'entre elles y avaient « régulièrement » accès (connexion à la maison et/ou au bureau). Les non Africains (94 %) avaient, plus souvent, régulièrement accès à Internet que les Africains (52 %). Les personnes interrogées qui travaillaient pour des

Tableau F.2 : Participants à la Conférence de Nairobi sur le SIDA : Personnes touchées par les travaux d'analyse de la Banque mondiale sur le VIH/SIDA^a

Rapport	Administration (n = 95)		Bailleur de fonds (n = 35)		Université (n = 40)		ONG nationale/ locale (n = 146)		ONG internationale (n = 78)		Autres (n = 62)		Total (n = 456)	
	Entendu parler	Lu	Entendu parler	Lu	Entendu parler	Lu	Entendu parler	Lu	Entendu parler	Lu	Entendu parler	Lu	Entendu parler	Lu
	Orientation													
Breaking the Silence: Setting realistic priorities for AIDS control in less-developed countries	43	20	52	30	53	36	50	26	38	18	31	18	44	24
Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique : Faire face à une crise de développement	41	19	50	39	38	15	36	17	32	22	37	21	38	20
AIDS & Education: A window of hope	36	16	47	29	28	13	39	18	30	14	31	16	35	17
Faire face au SIDA : Les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale	32	15	44	44	49	38	32	17	29	22	35	18	34	21
Social Protection of Africa's Orphans and Vulnerable Children: Issues and good practice	22	9	35	21	31	15	29	11	21	10	18	11	25	12
AIDS and Public Policy: lessons and challenges of success in Thailand	19	11	24	15	15	5	21	10	20	11	5	2	18	9
Technique														
HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases	48	28	51	34	43	38	45	28	51	40	43	26	47	31
Évaluation														
World Bank HIV/AIDS Interventions: Ex-ante and ex-post evaluation	18	4	33	15	23	5	25	11	13	5	15	5	21	8
Économique														
HIV/AIDS and Economic Growth: A global perspective	34	16	37	15	28	23	36	15	29	15	30	16	33	16
Cost of Scaling Up HIV Program Activities to a National Level in Sub-Saharan Africa	31	14	38	18	28	20	32	13	30	17	29	19	31	16
The Direct and Indirect Cost of HIV Infection in Developing Countries: The case of Zaire and Tanzania	21	10	26	12	28	18	17	6	19	8	19	13	20	10
The Long-run Economic Costs of AIDS: Theory and an application to South Africa	16	5	35	21	18	5	14	3	16	5	19	10	17	6

a. La taille de l'échantillon présentée est le maximum retenu pour chaque groupe dans tous les rapports.

Tableau F.3 : Participants à la Conférence de Nairobi sur le SIDA : Pourcentage des personnes ayant entendu parler du rapport ou qui l'ont lu — Écart entre anglophones et francophones^a

Rapport	Entendu parler du rapport		Lu le rapport	
	Anglais (n = 399)	Français (n = 58)	Anglais (n = 399)	Français (n = 58)
Publié en anglais et en français				
Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique : Faire face à une crise de développement	37	41	21	17
Faire face au SIDA : Les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale	34	38	22	14
Cost of Scaling Up HIV Program Activities to a National Level in Sub-Saharan Africa	31	34	16	14
Publié uniquement en Anglais				
HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases	49	28	33	18
Breaking the Silence: Setting realistic priorities for AIDS control in less-developed countries	46	29	25	16
AIDS & Education: A window of hope	38	20	19	2
HIV/AIDS and Economic Growth: A global perspective	36	12	18	5
Social Protection of Africa's Orphans and Vulnerable Children: Issues and good practice	25	25	12	8
The Direct and Indirect Cost of HIV Infection in Developing Countries: The case of Zaire and Tanzania	21	17	10	9
World Bank HIV/AIDS Interventions: Ex-ante and ex-post evaluation	21	14	8	4
AIDS and Public Policy: lessons and challenges of success in Thailand	19	12	9	9
The Long-run Economic Costs of AIDS: Theory and an application to South Africa	18	10	7	2

a. La taille de l'échantillon présentée est le maximum retenu pour chaque groupe dans toutes les publications.

organismes bailleurs de fonds étaient plus susceptibles d'avoir régulièrement accès à Internet (94 %), suivis par celles qui travaillaient pour des ONG internationales (80 %) et des universités (65 %). Les personnes travaillant pour des ONG/CBO nationales ou locales avaient le moins accès à Internet (42 %).

Trente-sept pour cent des personnes interrogées avaient visité au moins une fois le site web de la Banque sur le SIDA et 15 % d'entre elles avaient visité au moins une fois le site de l'IAEN. Les hommes et les non Africains étaient plus susceptibles d'avoir visité les deux sites que les femmes et les Africains. Les personnes interrogées travaillant pour des organismes bailleurs de fonds et des ONG internationales étaient plus susceptibles d'avoir visité les deux sites, en comparaison des personnes interrogées travaillant pour d'autres employeurs.

Résultats : Le personnel de la Banque rattaché aux services de développement humain

Caractéristiques de base. L'âge moyen des personnes interrogées était de 43 ans et 60 % d'entre elles étaient des femmes. Presque toutes les personnes interrogées étaient membres du personnel de la Banque (98 %). Parmi le personnel de la Banque, 69 % étaient basés au siège et 30 % travaillaient sur le terrain. Quarante-sept pour cent des personnes interrogées se sont identifiées comme des « Spécialistes », 22 % comme des « Économistes », 20 % se rangent dans la catégorie « Autres » (tels que les Responsables des opérations), et 11 % dans la catégorie « Administratif ». Quatorze pour cent des personnes interrogées (29 personnes) avaient été gestionnaires de tâche (TTL) d'un projet de lutte contre le VIH/SIDA (projet autonome ou

Tableau F.4 : Participants à la Conférence de Nairobi sur le SIDA : Qualité et utilité des travaux d'analyse

Rapport	Taille de l'échantillon	Qualité technique (évaluation en % haute ou très haute)	Utilité (évaluation en % très utile ou un des plus utiles)
The Long-run Economic Costs of AIDS: Theory and an application to South Africa	29	79	75
HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases	134	76	74
Breaking the Silence: Setting realistic priorities for AIDS control in less-developed countries	102	75	71
The Direct and Indirect Cost of HIV Infection in Developing Countries: The case of Zaire and Tanzania	43	72	67
Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique : Faire face à une crise de développement	91	71	67
Faire face au SIDA : Les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale	96	70	74
Cost of Scaling Up HIV Program Activities to a National Level in Sub-Saharan Africa	69	65	59
AIDS & Education: A window of hope	73	64	69
AIDS and Public Policy: lessons and challenges of success in Thailand	39	64	61
Social Protection of Africa's Orphans and Vulnerable Children: Issues and good practice	50	62	64
HIV/AIDS and Economic Growth: A global perspective	71	61	57
World Bank HIV/AIDS Interventions: Ex-ante and ex-post evaluation	33	61	72

composante d'un projet), tandis que 44 % avaient fourni un appui technique ou effectué des travaux d'analyse dans le cadre d'initiatives de lutte contre le VIH/SIDA au sein de la Banque.

Degré de notoriété et audience des rapports. La figure F.2 présente le pourcentage des personnes interrogées qui avaient entendu parler de chacun des rapports et qui les avaient lus. La figure F.3 présente les mêmes renseignements en ce qui concerne les guides pratiques. Les rapports qui ont enregistré les taux de notoriété les plus élevés n'étaient pas nécessairement les mêmes que ceux qui ont été les plus lus.

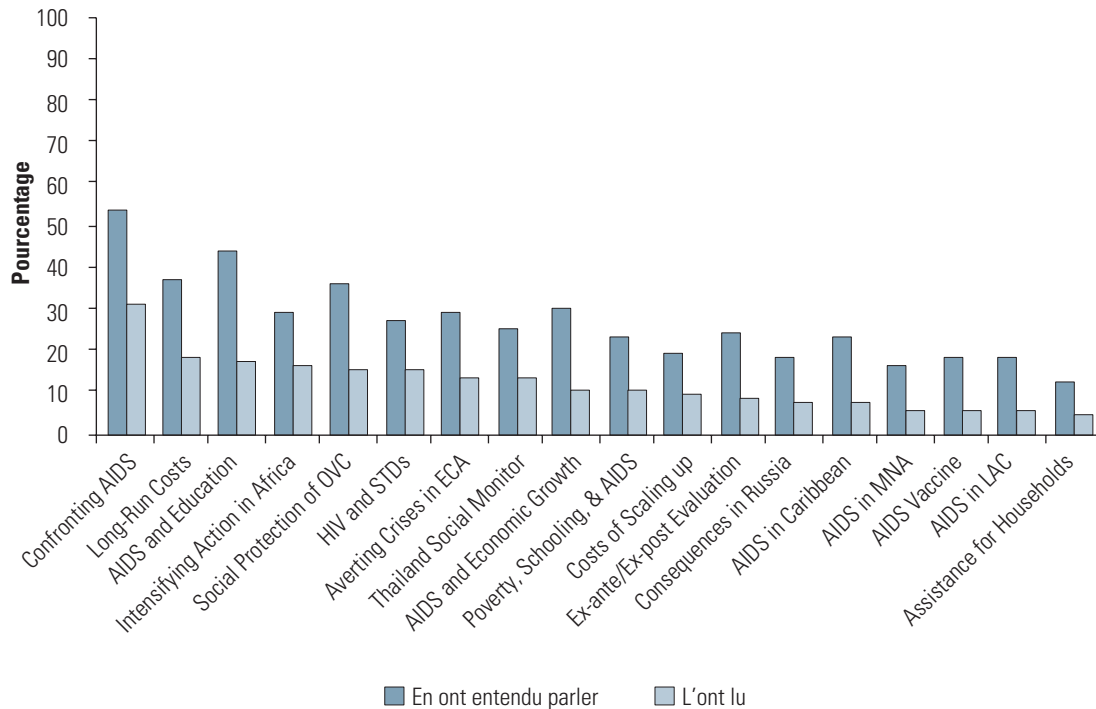
Une analyse complémentaire des données a permis de constater que le degré de notoriété des rapports était réparti de manière équilibrée entre le personnel du siège et le personnel de terrain, indépendamment du fait de savoir si le rapport avait une perspective mondiale ou portait spécifiquement sur une région. Cependant, les rapports relatifs à une région donnée étaient plus susceptibles d'être identi-

fiés et lus par les personnes rattachées à la région à laquelle se rapportait précisément le rapport.

En ce qui concerne tous les rapports et guides pratiques, ceux-ci ont enregistré des niveaux plus élevés parmi les chefs d'équipe des projets de lutte contre le VIH/SIDA et parmi les personnes ayant fourni un appui technique ou effectué des travaux d'analyse dans le cadre de projets et activités de lutte contre le VIH/SIDA que pour l'ensemble des membres du personnel de la Banque qui ont été interrogés. Là encore, parmi les chefs d'équipe de projet, moins de la moitié avaient lu la plupart des rapports, et moins d'un tiers avaient lu la plupart des guides pratiques (Tableau F.5).

Le niveau de notoriété le plus élevé a été enregistré parmi le personnel rattaché au secteur Santé, Nutrition et Population (HNP), qui était plus susceptible d'avoir lu un rapport (Tableau F.6). Parmi les rapports les plus lus par le personnel du secteur HNP, quatre portaient sur des secteurs autres que la HNP et étaient plus susceptibles d'être identifiés et lus par les

Figure F.2 : Personnel de la Banque rattaché aux services de développement humain : Pourcentage des personnes interrogées qui avaient entendu parler des rapports et les avaient lus



Note : MNA = Middle East and North Africa; LAC = Latin America and the Caribbean.

Figure F.3 : Personnel de la Banque rattaché aux services de développement humain : Pourcentage des personnes interrogées qui avaient entendu parler des guides pratiques et les avaient lus

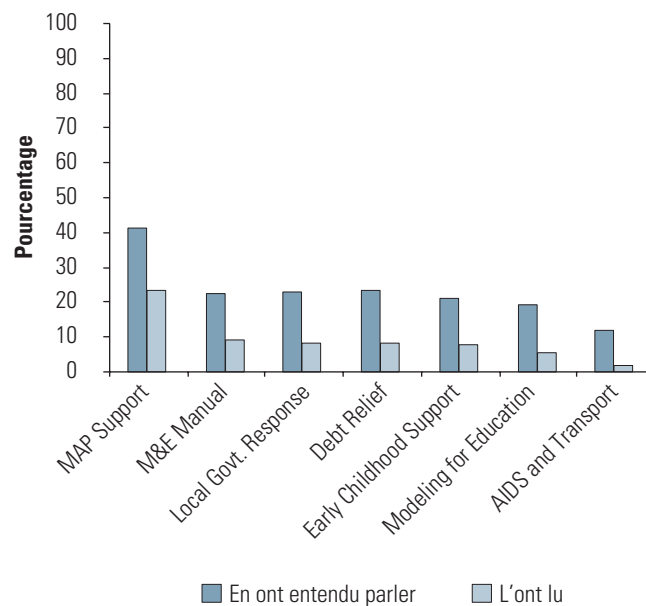


Tableau F.5 : Notoriété et audience des rapports auprès des chefs d'équipe de projets de lutte contre le SIDA de la Banque mondiale (n = 29)

Rapport ou guide pratique	% des personnes qui en ont entendu parler	% des personnes qui l'ont lu
Faire face au SIDA : Les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale	82	82
HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases	59	41
The Long-Run Economic Costs of AIDS: Theory & application to S. Africa	59	26
Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique : Faire face à une crise de développement	58	54
AIDS and Education: A window of hope	56	28
Costs of scaling up HIV program activities to a national level in Sub-Saharan Africa	52	37
Social protection of Africa's orphans & vulnerable children	52	37
Thailand's Response to AIDS: Building on Success, Confronting the Future	44	28
World Bank HIV/AIDS interventions: Ex-ante and Ex-post evaluation	40	29
Averting AIDS Crises in Eastern Europe and Central Asia	40	24
HIV/AIDS in the Caribbean: Issues and options	40	12
AIDS and Economic Growth	36	16
The Epidemiological Impact of an AIDS Vaccine in Developing Countries	36	8
HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The costs of inaction	33	19
HIV/AIDS in Latin America: The challenges ahead	33	15
Poverty, AIDS, and Children's Schooling: A targeting dilemma	31	19
The Economic Consequences of HIV/AIDS in the Russian Federation	27	23
Preparing and implementing MAP support to HIV/AIDS country programs in Africa:		
Guidelines and lessons learned	79	57
AIDS, Poverty Reduction, and Debt Relief	56	26
Local Government Responses to HIV/AIDS: A handbook	52	33
National AIDS Councils Monitoring and Evaluation Operations Manual	46	27
Operational Guidelines for Supporting Early Childhood Development in Multisectoral HIV/AIDS		
Programs in Africa	35	19
AIDS and Transport in Africa: A quick reference guide	35	9
Modeling the Impact of HIV/AIDS on Education Systems – a training manual	27	12

Tableau F.6 : Quels sont les rapports dont le personnel rattaché au secteur a entendu parler et lus ?

Rapport	Santé, nutrition et population (n = 85)		Éducation (n = 41)		Protection sociale (n = 29)	
	Entendu parler	Lu	Entendu parler	Lu	Entendu parler	Lu
Faire face au SIDA	65	52	45	14	34	14
HIV & STDs	45	31	16	7	3	0
AIDS and education	38	18	66	31	31	0
Modeling for education toolkit	21	6	30	9	7	0
Poverty, schooling & AIDS	17	2	30	16	21	14
Social protection of OVC in Africa ^a	29	14	38	7	59	41
Early childhood development toolkit	21	6	22	11	31	10

a. OVC : orphelins et enfants vulnérables.

Tableau F.7. Quels sont les rapports dont le personnel rattaché à la région a entendu parler et lus ?

Rapport	Afrique (n = 38)		Asie de l'Est (n = 25)		Asie du Sud (n = 17)		ECA (n = 31)	
	Entendu	Lu	Entendu	Lu	Entendu	Lu	Entendu	Lu
Non régional								
Faire face au SIDA	50	43	76	32	65	56	55	29
AIDS and education	53	20	35	8	44	29	31	4
HIV & STDs	42	22	29	17	41	28	23	10
Thailand's response to AIDS	17	9	48	32	59	33	26	7
Ex ante/Ex post evaluation	36	18	25	4	25	18	19	7
Poverty, AIDS and schooling	36	28	17	8	19	0	16	6
Régional								
Intensifier la lutte contre le SIDA en Afrique	62	46						
Social protection of Africa's OVC	63	38						
Costs of scaling up in Africa	42	26						
Averting an AIDS crisis in ECA							81	43
Consequences of AIDS in Russia							68	30

membres du personnel rattachés à ces secteurs. Dans chaque cas, seul un rapport sur le SIDA a été identifié par la moitié au moins du personnel dans chacun de ces secteurs.

Qualité technique et utilité. Le questionnaire invitait les agents de la Banque interrogés qui avaient lu un rapport ou guide pratique d'en apprécier la qualité technique d'après le barème suivant : 1-Très faible ; 2-Faible ; 3-Moyenne ; 4-Haute ; 5-Très haute; 6-Je ne sais pas. Les personnes interrogées étaient également invitées à donner leur appréciation sur l'utilité du rapport ou guide pratique pour leurs travaux sur le VIH/SIDA. Les notations possibles étaient : 1-Pas utile ; 2-Utile ; 3-Très utile ; 4-L'un des plus utiles. Le pourcentage du personnel rattaché aux services de développement humain qui jugeait « Haute » ou « Très haute » la qualité d'un rapport et « Très utile » ou « Un des plus utiles » l'utilité d'un rapport, est présenté au Tableau F.8.

Pour huit des dix rapports ou guides pratiques lus par au moins 20 personnes, la moitié des personnes interrogées ou plus

jugeaient la qualité « Haute » ou « Très haute ». Pour quatre de ces rapports, au moins 70 % des personnes interrogées jugeaient la qualité « Haute » ou « Très haute ». Pour presque tous les rapports, 85 % ou plus des personnes qui les ont lus trouvaient le rapport « Utile » ou mieux. Dans trois des dix cas, les personnes interrogées les jugeaient « Très utiles » ou « Un des plus utiles ».

Utilisation du site web. L'enquête a conclu que le site web de la Banque mondiale sur le SIDA avait été visité par 56 % de toutes les personnes interrogées au sein du personnel rattaché aux services de développement humain et par 77 % des personnes interrogées qui avaient fourni un appui à des travaux sur le VIH/SIDA. Le site web de l'IAEN avait été visité par 23 % de toutes les personnes interrogées et par 40 % des personnes qui avaient fourni un appui à des travaux sur le VIH/SIDA.

Qualité et utilité des rapports communs aux deux enquêtes

À une seule exception près, les participants à la Conférence de Nairobi sur le SIDA ont

Tableau F.8 : Personnel rattaché aux services de développement humain : Qualité et utilité des travaux d'analyse

Rapport ou guide pratique	Taille de l'échantillon	Qualité technique (notation en % haute ou très haute)	Utilité (notation en % très utile ou un des plus utiles)
Thailand's Response to AIDS	23	83	65
Faire face au SIDA	63	76	51
HIV and STDs	29	76	46
The long-run costs of AIDS	34	74	38
Averting an AIDS crisis in ECA	26	69	50
Social protection of orphans & vulnerable children	29	59	31
MAP support toolkit	45	56	48
AIDS and education: A window of hope	31	55	39
Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique	33	49	41
AIDS and economic growth	20	35	35

Note : Les résultats sont présentés seulement si au moins 20 personnes interrogées ont lu le rapport.

Tableau F.9 : Comparaison entre les notations de la qualité et de l'utilité des rapports données par les participants à la Conférence de Nairobi sur le SIDA et par le personnel de la Banque rattaché aux services de développement humain

Rapport	Participants à la Conférence de Nairobi sur le SIDA		Personnel DH de la Banque	
	Qualité technique (notation en % haute ou très haute)	Utilité (notation en % très utile ou un des plus utiles)	Qualité technique (notation en % haute ou très haute)	Utilité (notation en % très utile ou un des plus utiles)
The Long-run Economic Costs of AIDS: Theory and an application to South Africa	79	75	74	38
HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases	76	74	66	46
Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique : Faire face à une crise de développement	72	67	49	41
Faire face au SIDA : Priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale	70	74	76	51
AIDS & Education: A window of hope	64	69	55	39
HIV/AIDS and Economic Growth: A global perspective	61	57	35	35
Social Protection of Africa's Orphans and Vulnerable Children: Issues and good practice	62	64	59	31

généralement fourni, concernant la qualité technique des rapports, des notations qui étaient égales ou supérieures aux notations techniques données par les membres du personnel de la Banque (Tableau F.9). Les

participants interrogés à Nairobi étaient beaucoup plus enclins que ne l'étaient les membres du personnel de la Banque à déclarer que les rapports étaient « Très utiles » ou « Un des plus utiles ».

Pièce jointe n° 1. Rapports et guides pratiques utilisés dans les enquêtes

Tableau A.1 : Rapports utilisés pour l'enquête réalisée auprès des participants à la Conférence de Nairobi sur le SIDA

<i>Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique : Faire face à une crise de développement.</i> Banque mondiale, août 1999.
<i>Faire face au SIDA : Priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale.</i> Rapport d'étude stratégique de la Banque mondiale, Banque mondiale, 1997 et 1999 (rev.). Oxford Univ. Press, New York.
<i>Education and HIV/AIDS: A Window of Hope.</i> Banque mondiale, 2002.
<i>Social Protection of Africa's Orphans and Other Vulnerable Children: Issues and Good Practice.</i> K. Subbarao, A. Mattimore, K. Plangemann. Région Afrique : Document de travail sur le développement humain, 9 ^e édition, Banque mondiale, août 2001.
<i>Breaking the Silence: Setting Realistic Priorities for AIDS Control in Less-Developed Countries.</i> M. Ainsworth, W. Teokul. <i>The Lancet</i> , juillet 2000, 356(9223), pp. 55–60.
<i>AIDS and Public Policy: Lessons and Challenges of Success in Thailand.</i> M. Ainsworth, C. Beyrer, A. Soucat. <i>Health Policy</i> , avril 2003, vol. 64, n° 1, pp. 13 à 37.
<i>HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases.</i> M. Over, P. Piot, extrait de <i>Disease Control Priorities in Developing Countries</i> , D. Jamison et al., eds. pp. 455–527. Oxford University Press, New York, 1993.
<i>World Bank HIV/AIDS Interventions: Ex-ante and Ex-post Evaluation.</i> J. Dayton. Document de travail de la Banque mondiale n° 389, juin 1998.
<i>Costs of Scaling HIV Program Activities to a National Level in Sub-Saharan Africa: Methods and Estimates.</i> Banque mondiale, mars 2001.
<i>The Direct and Indirect Cost of HIV Infection in Developing Countries: The Case of Zaire and Tanzania.</i> M. Over, S. Bertozzi, J. Chin from <i>The Global Impact of AIDS</i> , A. Fleming, M. Carballo, D. Fitzsimmons, M. Bailey, J. Mann, eds. Alan R. Liss, New York, 1988.
<i>HIV/AIDS and Economic Growth: A Global Perspective.</i> R. Bonnel. <i>The South African Journal of Economics</i> , 2000, Vol. 68, n° 5, pp. 820 à 855.
<i>The Long-Run Economic Costs of AIDS: Theory and an Application to South Africa.</i> C. Bell, S. Devarajan, H. Gersbach. Rapport d'étude stratégique, n° 3152, octobre 2003.

Tableau A.2 : Rapports et guides pratiques utilisés pour l'enquête auprès du personnel de la Banque

Rapports
<i>Faire face au SIDA : Priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale.</i> Rapport d'étude stratégique de la Banque mondiale, Banque mondiale, 1997 et 1999 (rev.) Oxford Univ. Press, New York.
<i>Education and HIV/AIDS: A Window of Hope.</i> Banque mondiale, 2002.
<i>Social Protection of Africa's Orphans and Other Vulnerable Children: Issues and Good Practice.</i> K. Subbarao, A. Mattimore, K. Plangemann. Région Afrique : Document de travail sur le développement humain, 9 ^e édition, Banque mondiale, août 2001.
<i>Poverty, AIDS, and Children's Schooling: A Targeting Dilemma.</i> M. Ainsworth, D. Filmer. Rapport d'étude stratégique n° 2885, Banque mondiale, septembre 2002.
<i>Breaking the Silence: Setting Realistic Priorities for AIDS Control in Less-Developed Countries.</i> M. Ainsworth, W. Teokul. <i>The Lancet</i> , juillet 2000, 356(9223), pp. 55 à 60.

Tableau A.2 : Rapports et guides pratiques utilisés pour l'enquête auprès du personnel de la Banque

<p>Sources of Financial Assistance for Households Suffering an Adult Death. P. Mujinja, M. Lundberg, M. Over. <i>Rapport d'étude stratégique</i> n° 2508, Banque mondiale, décembre 2000.</p>
<p>The Long-Run Economic Costs of AIDS: Theory and an Application to South Africa. C. Bell, S. Devarajan, H. Gersbach. <i>Rapport d'étude stratégique</i>, n° 3152, Banque mondiale, octobre 2003.</p>
<p>HIV/AIDS and Economic Growth: A Global Perspective. R. Bonnel. <i>The South African Journal of Economics</i>, 2000, Vol. 68, no. 5, pp. 820 à 855.</p>
<p>The Epidemiological Impact of an HIV/AIDS Vaccine in Developing Countries. J. Stover, G. Garnett, S. Seitz, S. Forsythe. <i>Rapport d'étude stratégique</i> n° 2811, Banque mondiale, mars 2002.</p>
<p>World Bank HIV/AIDS Interventions: Ex-ante and Ex-post Evaluation. J. Dayton. <i>Document de travail de la Banque</i> n° 389, juin 1998.</p>
<p>HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases. M. Over, P. Piot, extrait de <i>Disease Control Priorities in Developing Countries</i>, D. Jamison et al., eds. pp. 455–527. Oxford University Press, New York, 1993.</p>
<p>Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique : Faire face à une crise de développement. Banque mondiale, août 1999.</p>
<p>Costs of Scaling HIV Program Activities to a National Level in Sub-Saharan Africa: Methods and Estimates. Banque mondiale, mars 2001.</p>
<p>Thailand's Response to AIDS: Building on Success, Confronting the Future. <i>Thailand Social Monitor</i>, Banque mondiale, novembre 2000.</p>
<p>Averting AIDS Crises in Eastern Europe and Central Asia: A Regional Support Strategy. Banque mondiale, 2003</p>
<p>The Economic Consequences of HIV/AIDS in the Russian Federation. C. Ruehl, Pokrovsky, Viniogradov. Banque mondiale, 2002.</p>
<p>HIV/AIDS in Latin America: The Challenges Ahead. A. Abreu, I. Noguera, K. Cowgill. <i>Rapport sur la santé, nutrition et population</i>, Banque mondiale, 2003.</p>
<p>HIV/AIDS in the Caribbean: Issues and Options. P. Marquez, V. Sierra, J. Gayle, R. Crown. Banque mondiale, juin 2000.</p>
<p>HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The Costs of Inaction. C. Jenkins, D. Robalino. Banque mondiale, 2003.</p>
<p>Guides pratiques</p>
<p>Preparing and Implementing MAP Support to HIV/AIDS Country Programs in Africa: The guidelines and lessons learned. Banque mondiale, juillet 2003.</p>
<p>National AIDS Councils Monitoring and Evaluation Operations Manual. Banque mondiale, ONUSIDA, 2002.</p>
<p>Operational Guidelines for Supporting Early Child Development in Multisectoral HIV/AIDS Programs in Africa. Banque mondiale, ONUSIDA, UNICEF, 2003.</p>
<p>AIDS, Poverty Reduction and Debt Relief: A Toolkit for Mainstreaming HIV/AIDS Programs into Development Instruments. O. Adeyi, R. Hecht, E. Njobvu, A. Soucat. Banque mondiale, ONUSIDA, mars 2001.</p>
<p>Modeling the Impact of HIV/AIDS on Education Systems – A Training Manual. Banque mondiale, ONUSIDA, juin 2002.</p>
<p>AIDS and Transport in Africa: A Quick Reference Guide. Banque mondiale, juillet 2003</p>
<p>Local Government Responses to HIV/AIDS: A Handbook. Banque mondiale, Cities Alliance, PNUD/UN Habitat, AMICAALL, septembre 2003.</p>

ANNEXE G : RÉSUMÉS DES ÉTUDES DE CAS

Brésil

Chris Beyrer, Varun Gauri et Denise Vaillancourt

Les objectifs de cette étude sont : a) d'évaluer l'impact de l'assistance de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA au Brésil par rapport au cas hypothétique où il n'y aurait eu aucune assistance de la Banque et b) d'en dégager des enseignements pour les activités futures de lutte contre le VIH/SIDA.

L'expérience des campagnes organisées par le passé contre le régime militaire et en faveur d'un accès plus étendu aux soins de santé a encouragé la société civile au Brésil à se mobiliser de manière résolue contre le SIDA au moment de l'apparition des premiers cas dans le pays en 1982. L'épidémie s'est d'abord répandue rapidement parmi les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (MSM) puis parmi les utilisateurs de drogues injectables (UDI), et une vague de transmission par voie hétérosexuelle s'est déclenchée. Plusieurs États, particulièrement l'État de São Paulo, ont été les premiers à mener la riposte contre la maladie. En 1989, les autorités fédérales ont mis en place un programme national, pris des mesures réglementant l'approvisionnement en sang et créé une commission nationale de lutte contre le SIDA composée de représentants de l'administration et d'institutions non gouvernementales.

La Banque mondiale a apporté une aide importante aux actions engagées au Brésil dans la lutte contre l'épidémie à travers deux projets d'une valeur totale de 550 millions de dollars (financés en partie par des prêts d'un montant de 325 millions de dollars octroyés par la

Banque) exécutés de 1993 à 2003. Un troisième projet, d'un montant de 200 millions de dollars, a été approuvé en juin 2003. En outre, le Northeast Endemic Disease Control Project a dégagé un financement de 7,4 millions de dollars pour la réalisation de campagnes médiatiques sur le VIH/SIDA, la mise en place du Programme national de lutte contre le SIDA et les MST, et la préparation du premier projet de lutte contre le SIDA. C'est le Brésil qui, le premier, a approché la Banque au début des années 90 afin de lui demander d'apporter son concours à son programme de lutte contre le VIH/SIDA, à une époque où la Banque n'avait pas de stratégie clairement définie pour le Brésil en matière de lutte contre le SIDA, et n'avait pas encore entamé de dialogue stratégique sur le SIDA avec les autorités publiques de ce pays. En 1993, au moment où démarrait le premier projet de lutte contre le SIDA, les actions de prévention ne s'étaient pas encore intensifiées, en dehors de quelques grandes métropoles, pas même au sein de certains groupes à haut risque. Le Brésil n'avait pas développé le réseau de laboratoires nécessaire pour appuyer ses programmes de dépistage et (notamment) de traitement. La Coordination nationale sur le VIH/SIDA et les MST était en pleine reconstitution, après avoir traversé une période difficile de 1990 à 1992, et de nombreux États et municipalités ne disposaient pas de programmes de lutte contre le VIH/SIDA. La stratégie d'assistance implicite de la Banque était axée sur les actions de prévention, le renforcement des institutions (notamment la surveillance, le suivi et l'évaluation), et la création de biens publics dans le but de promouvoir un traitement à moindre coût. Ces priorités étaient et demeurent encore pertinentes.

L'assistance fournie par la Banque mondiale a eu une grande efficacité dans certaines régions. Les partenariats avec les ONG et les organisations de services communautaires (CSO) ont mobilisé leurs efforts en matière de prévention à un moment crucial et considérablement élargi la couverture géographique et fonctionnelle du programme. L'assistance financière et technique fournie par la Banque a également permis d'appuyer la conception et l'exécution à l'échelon local des 27 plans d'action des États et les 150 plans d'action municipaux contre le VIH/SIDA, sous la supervision des cellules locales de coordination des actions de lutte contre les MST/VIH/SIDA, dont beaucoup avaient été mises sur pied avec le concours du projet. Les efforts déployés par la Banque pour aider le Brésil à développer la surveillance épidémiologique du VIH ont connu moins de succès car s'il est vrai qu'une énorme quantité de données sur la séroprévalence et les comportements à risque dans certains groupes clés de la population a pu être générée (femmes enceintes et recrues de l'armée), cela n'est intervenu qu'après 1997. La surveillance systématique du VIH continue de poser problème. De la même manière, ce n'est que pendant le déroulement du second projet qu'une stratégie globale pour le suivi et l'évaluation de l'impact du programme a été élaborée, dans le cadre de la préparation du troisième projet. La capacité d'utilisation des données épidémiologiques, des données sur les comportements et les programmes pour la prise des décisions relatives aux programmes et aux activités de coordination de la prévention reste peu développée au Brésil, particulièrement en dehors des principales métropoles. Le Brésil n'a pu réaliser les analyses sur le rapport coût-efficacité, qui étaient prévues dans le cadre du soutien de la Banque. En conséquence, l'on ne dispose pas de bases empiriques suffisantes pour établir un ordre de priorité entre les activités du programme et affecter les ressources humaines et financières. Bien qu'un dispositif ait été mis en place, dans le cadre des projets, en vue de la promotion des initiatives locales, ces dernières (comme beaucoup

d'initiatives menées dans le pays en matière de santé) n'étaient pas intégrées avec les autres programmes du secteur de la santé, exécutés à l'échelon local. Au Brésil, l'absence d'un cadre rationnel pour la décentralisation du secteur de la santé jusqu'à la fin des années 90 a freiné ces efforts.

À la fin 2003, un total de 310 310 cas de SIDA étaient signalés au Brésil depuis le déclenchement de l'épidémie et, d'après les estimations, 0,65 % de la population adulte était considérée comme vivant avec le VIH/SIDA. Une étude réalisée en 2002 sur les MSM au niveau des capitales de 10 États a conclu que 70 % de personnes avaient déclaré toujours utiliser des préservatifs avec chacun de leurs partenaires sexuels au cours des six mois précédents. Avant cette année-là, 160 programmes d'échange d'aiguilles et de seringues étaient en cours au Brésil. Une étude réalisée en 2001 sur 3 000 professionnels du sexe dans cinq villes a conclu que 74 % d'entre eux utilisaient systématiquement des préservatifs avec leurs clients. Le niveau de couverture des prisonniers au moyen d'une série d'actions générales d'éducation et de promotion des préservatifs atteindrait 65 % à l'échelle nationale. Les ventes annuelles de préservatifs masculins ont fait un bond, passant de 5 millions en 1985 à 395 millions en 2001. Le Brésil a adopté, en 1996, une loi garantissant l'accès universel et gratuit de tous les malades du SIDA aux médicaments antirétroviraux. En 2004, quelques 175 000 malades du SIDA étaient sous traitement curatif : 135 000 bénéficiaient d'un traitement aux ARV, tandis que 40 000 recevaient d'autres formes de soins. Le Brésil a mis en place un réseau national de laboratoires pour le suivi immunologique de la charge virale du VIH et des CD4/CD8 dans le but d'orienter les mesures thérapeutiques. Ces actions ont eu un effet très appréciable à divers niveaux : mortalité, morbidité, taux de survie après le diagnostic du SIDA, hospitalisations, taux des infections opportunistes et qualité de la vie.

L'engagement des pouvoirs publics dans la lutte contre le VIH/SIDA a précédé l'intervention de la Banque et il est quasiment certain que des programmes généraux de prévention

auraient été mis en place même en l'absence de projets. L'équipe d'évaluation a néanmoins identifié quatre domaines cruciaux dans lesquels l'intervention de la Banque a véritablement joué un rôle déterminant :

- les projets ont permis de sauvegarder les ressources destinées à la prévention pendant une période d'instabilité macroéconomique et financière durant laquelle l'on a enregistré une hausse spectaculaire de la demande de traitement du SIDA ; ils ont préservé les fonds affectés à la lutte contre le VIH/SIDA des interférences politiques à l'échelon local.
- Les mesures prises au niveau national pour contrer l'épidémie ont surtout porté sur la prévention du VIH parmi les groupes ayant des comportements à haut risque, notamment les groupes très marginalisés comme les utilisateurs de drogues injectables et les professionnels du sexe, en raison de la légitimité que confère le soutien de la Banque.
- Il est probable que des mesures comme la création et le soutien des cellules qui coordonnent la lutte contre le VIH/SIDA et les MST au niveau des États et des municipalités (dans l'ensemble des 27 États et 150 municipalités), l'élaboration et la mise en œuvre de propositions de programmes de travail à l'échelon local qui se traduiraient sous forme d'accords (contrats) formels entre ces cellules et le NASCP, le financement des charges de personnel et le cofinancement des autres coûts par l'administration locale ainsi que la formation du personnel d'exécution des programmes au niveau local sont intervenues plus tôt qu'elles ne l'auraient été sans l'assistance de la Banque. Le soutien de la Banque a permis de créer une capacité locale pour l'exécution des programmes et a fortement favorisé l'implication des autorités locales qui aura pour effet ultime de faciliter la décentralisation des programmes.
- La participation de la Banque a favorisé l'élaboration, dès le départ, de mécanismes permettant aux pouvoirs publics de financer les ONG en tant qu'agents d'exécution des programmes de lutte contre le SIDA. Elle a également permis d'améliorer l'efficacité et

l'efficacité du programme de prévention, de renforcer les moyens d'action des groupes marginalisés dont le rôle est primordial pour le succès du programme et d'élargir l'éventail des parties prenantes afin de renforcer l'engagement des autorités publiques.

Certes, il est probable que nombre des activités financées par les deux projets aient amélioré l'efficacité et l'efficacé du traitement et de la prise en charge, mais l'équipe ne peut nier le fait que ces activités auraient été entreprises par les autorités même en l'absence d'une intervention de la Banque. Malheureusement, compte tenu principalement du fait que les autorités ne parviennent pas à assurer une surveillance systématique du VIH et des comportements à risque — et de l'incapacité de la Banque de veiller à l'exécution de ces activités prévues dans le cadre des deux projets —, il est impossible d'évaluer l'impact des actions de prévention des pouvoirs publics ou de la contribution de la Banque à ces actions sur l'épidémie ou sur les comportements qui favorisent sa propagation. Peu d'études ont été réalisées en vue d'estimer le rapport coût-efficacité de l'une quelconque des interventions préventives innovantes parrainées par ces projets. Les efforts faits pour encourager le suivi et l'évaluation dans le cadre du programme de lutte contre le SIDA au Brésil constituent, pourrait-on dire, l'un des aspects pour lesquels l'assistance de la Banque a eu le moins d'impact.

L'évaluation a également fait ressortir les nombreuses leçons tirées de la collaboration entre la Banque et le Brésil dans le domaine de la lutte contre le SIDA : la nécessité de promouvoir l'engagement politique à toutes les étapes de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques ; le rôle que peut jouer la Banque pour conférer une légitimité à des programmes de prévention controversés ; la nécessité d'apporter une solution aux contraintes liées au système de santé, gage indispensable de la réussite des actions de lutte contre le SIDA ; les possibilités qui s'offrent à la Banque pour investir dans des biens publics qui améliorent l'efficacité du traitement ; la contribution

indispensable des ONG aux actions visant à toucher les groupes à haut risque, malgré l'impératif d'investir dans la capacité de mise en œuvre afin de garantir la réalisation de ces objectifs ; les préoccupations liées à la pérennité à long terme de l'intervention des ONG, qui est tributaire des projets financés par la Banque ; la nécessité d'inclure dans les projets des conditions liées à la préparation adéquate des projets ainsi que des éléments d'incitation pour encourager le suivi et l'évaluation des actions menées ; et les possibilités de collaboration avec les groupes à haut risque en cas d'épidémie concentrée, lorsque les interventions sont conçues par et avec les communautés menacées et dans le respect de leurs droits.

Éthiopie

Denise Vaillancourt, Sarbani Chakraborty et Taba Taba

La présente étude de cas vise à apprécier l'impact de l'assistance de la Banque mondiale (en matière de dialogue stratégique, de travaux d'analyse et de prêts) sur les interventions en matière de lutte contre le VIH/SIDA en Éthiopie et à tirer des leçons de cette expérience. Cette étude de cas repose sur un examen de documents publiés et non publiés sur le VIH/SIDA en Éthiopie ; sur des interviews structurées avec différentes parties prenantes représentant l'administration, la société civile, la Banque mondiale, les bailleurs de fonds et les organisations non gouvernementales, les organisations à base communautaire et à base confessionnelle ; sur des visites de terrain effectuées en août 2003 dans un nombre déterminé de régions de l'Éthiopie et sur l'analyse des données épidémiologiques et des données sur les comportements.

L'épidémie du SIDA

Les premiers cas d'infection à VIH en Éthiopie ont été signalés en 1984, tandis que les premiers cas de SIDA ont été enregistrés en 1986. La transmission par voie hétérosexuelle est le principal mode d'infection au VIH. Le VIH a enregistré une progression rapide parmi les

professionnels du sexe et les autres populations ayant des taux élevés de changement de partenaires sexuels. Dans sa seconde phase, le VIH est transmis aux partenaires sexuels issus des populations à haut risque, y compris les partenaires monogames et ceux qui ont des taux de changement de partenaires moins élevés. Dans les zones rurales en Éthiopie, l'épidémie s'est déclenchée au début des années 90. Au niveau national, le taux de prévalence du VIH parmi les adultes était estimé à 6,6 % en 2002 — 13,7 % dans les zones urbaines (15,6 % à Addis-Abeba) et 3,7 % dans les zones rurales. D'après les estimations, environ 219 400 Éthiopiens vivent avec le SIDA. L'épidémie de VIH/SIDA en Éthiopie est aujourd'hui une « épidémie généralisée », avec un taux moyen de prévalence du VIH au sein de la population générale de 5 % ou plus. Toutefois, cette épidémie présente une énorme hétérogénéité géographique, certaines régions se trouvant à un stade moins avancé.

Premières actions menées en Éthiopie

La première action entreprise en Éthiopie, qui a été lancée en 1987, était l'une des premières en Afrique. Placé sous la tutelle du Département chargé de la lutte contre le SIDA (DAC) au sein du ministère de la Santé, le programme de lutte contre le VIH/SIDA s'articulait autour d'un plan stratégique qui mettait l'accent sur la création de biens publics (surveillance, recherche, suivi, évaluation, capacité en laboratoires) et accordait la priorité aux interventions préventives à destination des groupes à haut risque et de la population générale. Pendant les premières années de sa mise en œuvre, le programme était décentralisé dans 14 régions, coopéraient avec les secteurs clés et finançaient les activités des ONG. La première intervention a été initiée sous le régime du Derg (1974-1991), à une époque où l'assistance des bailleurs de fonds bilatéraux pour la lutte contre le SIDA avait une ampleur réduite, étant donné que de nombreux bailleurs de fonds bilatéraux, mais pas tous, avaient retiré leur soutien au régime marxiste. Même si la Banque mondiale était présente depuis 1950 dans

d'autres secteurs en Éthiopie et bien que le premier projet dans le secteur de la santé ait été approuvé en 1985, elle n'a fourni aucun appui financier ou technique à ces premiers programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Outre les enveloppes budgétaires allouées sur les ressources publiques, le premier programme a bénéficié de l'appui technique et financier du Programme mondial sur le SIDA de l'Organisation mondiale de la santé (OMS/GPA).

Au début des années 90, avec le renversement du régime du Derg, le nouveau gouvernement s'est vu acculé par des priorités politiques et de développement concurrentes. La décentralisation rapide des ressources et l'autonomie de décision accordée aux régions nouvellement créées ont spectaculairement réduit la taille et les attributions des institutions au niveau fédéral. L'une des conséquences de ce bouleversement fut la fragilisation de l'action de lutte contre le VIH/SIDA au plan national. Les autorités se trouvaient face à un programme ambitieux et insuffisamment financé dont le but était d'améliorer et d'étendre les services de santé de base. S'il est vrai que le taux d'infection au VIH était généralement jugé élevé à ce moment-là — plus particulièrement à Addis-Abeba et dans les autres centres urbains — d'autres infections comme le paludisme causaient plus de maladies et de décès et sévissaient surtout dans les zones rurales, où réside plus de 80 % de la population. En 1996, une nouvelle stratégie à moyen terme de lutte contre le SIDA fut élaborée et une conférence nationale sur le thème "Breaking the Silence" — *Rompre le silence* — a été organisée, qui faisait suite à un plaidoyer et à un soutien fermes de l'ONUSIDA et d'autres bailleurs de fonds bilatéraux.

Début du dialogue de la Banque mondiale sur le VIH/SIDA, 1996–1999

En 1996, la Banque mondiale a initié un dialogue sur les secteurs sociaux avec les pouvoirs publics, qui s'appuie sur une analyse large et participative des secteurs sociaux publiée en 1998, marquant ainsi le début du dialogue de la Banque sur le VIH/SIDA. Le SIDA était l'une des nombreuses maladies dont la

charge de morbidité faisait l'objet d'une analyse et l'étude a établi des prévisions concernant les futurs cas d'infection au VIH et au SIDA. Le Rapport sur les secteurs sociaux a débouché sur des plans de développement décennaux pour les secteurs de la santé et de l'éducation, a servi de base à la conception d'opérations fondées sur une approche sectorielle (SWAP), et amélioré considérablement la coordination entre les bailleurs de fonds dans les secteurs sociaux, sous la direction de la Banque. Il a renforcé la crédibilité de la Banque et sa relation de travail avec les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds. Le Programme de développement du secteur de la santé (PDSS, 100 millions de dollars, Crédit n° 3140) a été approuvé par le Conseil en 1998 et est entré en vigueur en 1999. La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), notamment le VIH/SIDA, constitue l'un des neuf programmes inclus dans le programme décennal de développement du secteur de la santé. Le soutien financier de la Banque mondiale au PDSS était axé sur le renforcement et l'extension des services de santé de base, deux volets essentiels des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur de la santé. Le directeur-pays et le représentant résident de la Banque persistent à poser le problème du VIH/SIDA chaque fois qu'ils en ont l'occasion.

En 1999, la Banque mondiale a élaboré une nouvelle Stratégie régionale de lutte contre le SIDA pour l'Afrique intitulée *Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique* et créé une équipe de campagne anti-sida pour l'Afrique (ACTAfrica) afin d'orienter la Région dans la mise en œuvre de cette stratégie. L'intensification du dialogue en Éthiopie, grâce au soutien du vice-président régional pour l'Afrique et du président de la Banque mondiale, a abouti à la conclusion d'un accord pour la préparation rapide d'une opération de lutte contre le VIH/SIDA (le Projet multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA en Éthiopie (PMLVS, 59,7 millions de dollars, Crédit n° 3416)). Ce projet est l'un des deux premiers entrepris dans le cadre du Programme plurinational de lutte contre le SIDA (MAP) pour l'Afrique. En outre,

des composantes VIH/SIDA ont été intégrées dans des projets nouveaux ou restructurés dans d'autres secteurs (non liés à la santé).

Le Projet multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (PMLVS)

Pour que le PMLVS remplisse les critères d'admissibilité de la Banque, les autorités publiques ont créé au début de l'année 2000 un Conseil national de lutte contre le SIDA (CNLS) et un Secrétariat au Conseil national de lutte contre le SIDA (SCLNS) rattachés au cabinet du Premier ministre. Le PMLVS a affecté les fonds à quatre composantes : renforcement des capacités de l'administration et de la société civile ; élargissement de l'intervention multisectorielle des pouvoirs publics ; élargissement de l'intervention des ONG et des communautés, et coordination et gestion des projets. Quarante-quatre pour cent des fonds destinés aux projets (28,1 millions de dollars) ont été affectés aux activités des ONG et aux actions à base communautaire. Le CNLS assumait la responsabilité de la coordination des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, une mission confiée par le passé au ministère de la Santé. La préparation et la négociation du projet n'ont duré que six semaines car la direction de la Banque considérait que la crise du SIDA justifiait une action urgente et s'est donc engagée à solliciter l'approbation du Conseil avant la tenue des assemblées annuelles en septembre 2000. La préparation a été axée sur l'établissement de mécanismes d'exécution propres à assurer un acheminement rapide des fonds, et non sur le contenu de l'action contre le SIDA qui serait financée. Pendant la phase de préparation, le cadre stratégique quinquennal du gouvernement n'a pas été évalué sous les différents angles suivants : technique, économique, financier, social ou institutionnel. Les consultations avec les bailleurs de fonds et les ONG pendant la phase de préparation des projets ont été très limitées. Un certain nombre de tâches de préparation ont été reportées à la phase d'exécution du projet.

Le PMLVS est entré en vigueur au début de l'année 2001 et existe à présent depuis trois

ans. À la fin de l'année 2003 (six mois avant la date de clôture fixée initialement), moins de la moitié du crédit avait été décaissé. La date de clôture du projet a été prorogée de 18 mois, c'est-à-dire jusqu'en décembre 2005. Pour l'heure, l'action multisectorielle du secteur public a une ampleur réduite, aussi bien en ce qui concerne les fonds engagés et dépensés que pour la qualité des propositions soumises par les ministères. Le transfert de la coordination du programme de lutte contre le VIH/SIDA au CNLS a entraîné dans un premier temps la mise à l'écart du ministère de la Santé. Le PMLVS a financé d'importantes interventions en matière de santé (médicaments destinés au traitement des infections opportunistes, centres de conseils et dépistage volontaire, nouveaux sites de surveillance), mais celles-ci ne se sont pas encore traduites par une amélioration des services et des produits. La composante relative à l'action de la société civile et des communautés a poussé ces acteurs à agir. Les ONG ont préparé et lancé des projets, dont beaucoup étaient centrés sur les activités d'information, éducation et communication. On peut citer parmi les autres activités de prévention, la création et le soutien à des milliers de clubs anti-SIDA dans l'ensemble du pays, au profit des jeunes scolarisés et déscolarisés. Le nombre de conseils pour la lutte contre le VIH/SIDA créés au niveau local et de programmes de travail élaborés et financés dépassait les prévisions. La coordination de ces activités et leur mise en cohérence avec les besoins et les exigences des diverses régions et de multiples groupes cibles ne sont pas encore tout à fait satisfaisantes.

Impact de l'assistance de la Banque mondiale

Engagement des pouvoirs publics. L'assistance de la Banque mondiale a eu pour effet principal de donner une meilleure visibilité à l'enjeu de développement que constitue le SIDA ainsi que d'accroître les ressources à la disposition des pouvoirs publics et de la société civile pour combattre l'épidémie. Le Rapport de 1998 sur les secteurs sociaux et le dialogue qui a suivi n'ont pu convaincre les dirigeants des secteurs

sociaux de l'urgence que constituait l'épidémie de VIH/SIDA. Cependant, l'action déterminée des responsables de haut niveau de la Banque en 1999–2000 a abouti à l'ouverture d'un dialogue avec les plus hautes autorités gouvernementales. Les dépenses publiques affectées à la lutte contre le VIH/SIDA ont depuis augmenté grâce à des prêts-projet de même qu'au financement de contrepartie apporté par le nouveau Bureau pour la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA (BPLVS). Les enveloppes budgétaires dégagées à l'échelon régional sont consacrées au financement du personnel régional et des coûts de fonctionnement du Bureau.

Riposte au plan institutionnel. Les critères d'admissibilité fixés dans le cadre du PMLVS ont démultiplié les efforts de l'ONUSIDA et des autres partenaires pour créer une institution multisectorielle pour la coordination de la lutte contre le VIH/SIDA. Le PMLVS a appuyé la création et le fonctionnement du bureau du BPLVS fédéral et des onze BPLVS régionaux. Cependant, les nouvelles institutions ont été interprétées par le ministère de la Santé comme une remise en cause de la manière dont il dirige la lutte contre le VIH/SIDA et de sa capacité dans le domaine de la santé. C'est ainsi que le ministère de la Santé, qui est le ministère clé dans la lutte contre le VIH/SIDA, s'est désengagé. Cette situation se serait améliorée avec la récente désignation du ministre de la Santé comme président du bureau du CLNS. Les composantes VIH/SIDA de projets dans des secteurs autres que le secteur de la santé ont favorisé une adhésion plus grande et des interventions de meilleure qualité que ne l'ont fait les programmes de travail destinés au secteur public financés dans le cadre du PMLVS au niveau des ministères autres que la santé.

Le VIH/SIDA et le secteur de la santé. Les deux projets dans le secteur de la santé ont contribué au renforcement des capacités du système de santé pour la prévention et le traitement de nombreuses affections, notamment les MST, mais ont bénéficié d'un appui direct limité en

ce qui concerne les activités de lutte contre le VIH/SIDA. Le financement mis à disposition par l'IDA pour la lutte contre le VIH/SIDA n'a pas été pleinement mis à profit par le ministère de la Santé.

Choix stratégiques. La Banque mondiale n'a pas influencé de manière notable le contenu de la politique nationale adoptée en 1998 ni la stratégie pour la période 2000–2004. Le Rapport 1996–1998 sur les secteurs sociaux n'a pas analysé le plan à moyen terme pour la lutte contre le VIH/SIDA et le PMLVS s'est engagé à soutenir toute activité déjà inscrite dans le plan stratégique national sans engager une discussion sur les activités qui sont prioritaires pour le secteur public.

Collaboration avec la société civile. Le PMLVS a contribué à un changement notable du contexte de la participation des ONG et des organisations à base communautaire aux activités de lutte contre le VIH/SIDA en soutenant, à une échelle encore sans précédent, la conclusion de contrats entre le gouvernement et les ONG. À ce jour, il n'existe aucune évaluation systématique des projets exécutés par les ONG ou les communautés. Aussi leur impact est-il méconnu. Les lourdeurs liées aux mécanismes de décaissement et de reconstitution des fonds ont eu une incidence sur la disponibilité en temps voulu et les garanties d'accéder effectivement aux ressources financières destinées aux ONG, poussant ainsi les ONG les plus dynamiques à se tourner vers d'autres sources de financement, ce qui a pour conséquence d'abandonner les ressources du PMLVS entre les mains des ONG moins développées. Les capacités de la société civile ont été utilisées en partie et modestement renforcées grâce à l'expérimentation sur le terrain et à des activités de formation. Ceci étant, le renforcement des capacités demeure une priorité essentielle du projet.

Suivi et évaluation. La collaboration entre la Banque et les autres partenaires en vue de renforcer les capacités de surveillance, de suivi et d'évaluation n'a eu pour l'heure qu'un

impact modeste. Le PMLVS a investi dans l'accroissement du nombre de sites de surveillance dans les centres de soins prénataux, plus particulièrement dans les zones rurales. Il n'existe aucune surveillance systématique du VIH parmi les groupes à haut risque et les données sur les femmes enceintes ne sont pas régulièrement recueillies ou manquent encore de fiabilité. Il n'existait aucun cadre de suivi et d'évaluation au début du projet, les données de base disponibles étaient limitées au moment où le PMLVS a été élaboré et peu d'efforts ont été déployés pour établir un état des lieux approprié. Ce n'est qu'à la fin de la troisième année d'exécution du projet qu'un cadre de suivi et d'évaluation a été élaboré.

Impact sur les résultats. Les données disponibles démontrent que, si le degré de sensibilisation au VIH/SIDA atteignait déjà plus de 90 % en 2000, la connaissance des méthodes de prévention spécifiques en 2001–2002 était limitée (50 % des principales populations cibles déclarent connaître les trois principaux modes de prévention de l'infection au VIH) et les comportements à risque persistent encore malgré cela. Comme il n'existait aucune donnée de base concernant les nombreux indicateurs clés de résultats, il est impossible d'évaluer les changements qui seraient peut-être intervenus pendant le déroulement du projet jusqu'à cette date, encore moins de voir dans quelle mesure ces variations peuvent être attribuées au projet. L'essentiel des interventions préventives soutenues à ce jour portaient sur l'information, l'éducation et la communication, et ne visaient pas à modifier un comportement bien ciblé.

Constats et leçons

Le dialogue initié et le soutien fourni par la Banque ont été tardifs. L'institution a manqué l'occasion d'initier un dialogue sur le VIH/SIDA lors de la restructuration du projet Family Health en 1993 (33 millions de dollars, Crédit N° 1913), au moment où l'on disposait de suffisamment d'informations sur la progression de la maladie pour justifier une démarche plus

ferme. Lorsqu'elle a fini par initier un dialogue stratégique en 1998, la Banque a réussi à inscrire à l'ordre du jour le SIDA, au même titre que d'autres principales maladies infectieuses. Ceci étant, elle n'a pu convaincre le gouvernement de la dynamique et des conséquences de l'infection et de l'impérieuse nécessité de freiner toute propagation future. À force de persévérance, la direction de la Banque a pu finalement ouvrir un dialogue avec les instances supérieures de l'État. Les deux nouveaux canaux d'intervention de la Banque en appui à la lutte contre le VIH/SIDA — l'introduction de composantes VIH/SIDA dans les projets entrepris au niveaux des secteurs autres que la santé et le PMLVS — ont été créés très récemment à la faveur de la stratégie intensifiée adoptée par la Région Afrique.

De l'expérience de la Banque mondiale en Éthiopie, on peut tirer un certain nombre de leçons utiles pour les autres initiatives de lutte contre le VIH/SIDA.

- L'adoption d'institutions de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA afin de satisfaire aux critères d'admissibilité définis par la Banque ne garantit pas automatiquement un engagement fort et soutenu de la part de la multitude d'acteurs dont l'intervention est nécessaire à une action efficace.
- Le fait que la conception et l'exécution du projet soient axées en premier lieu sur le processus plutôt que sur les résultats compromet l'utilité et l'efficacité du soutien de la Banque.
- La création d'une institution multisectorielle ne favorise pas nécessairement une approche multisectorielle et, si elle n'est pas fondée sur une analyse des institutions locales, elle risque de marginaliser des acteurs incontournables comme le ministère de la Santé. Dans le cadre d'une approche multisectorielle, la prééminence du secteur de la santé en tant qu'animateur principal et agent d'exécution dans la lutte contre le VIH/SIDA ne fait aucun doute.
- L'affectation et le décaissement des ressources financières sont des conditions nécessaires, mais pas suffisantes pour une

participation efficace des ONG à la lutte contre le VIH/SIDA. Un certain nombre de facteurs peuvent compromettre la contribution des ONG, même lorsque le financement est accessible. Il s'agit notamment de l'absence d'une stratégie de renforcement des capacités fondée sur des études approfondies, du manque de connaissances de base sur le nombre et la couverture des populations ciblées, le suivi et l'évaluation inadéquats des activités des ONG, et l'absence de mécanismes viables de coordination des partenariats public-privé, tout en tenant compte de leurs avantages comparatifs.

- L'incapacité de définir les données de base essentielles et d'élaborer un cadre de suivi et d'évaluation pendant la conception du projet est une occasion manquée d'embrasser une approche ciblée et axée sur les résultats.

Indonésie

A. Edward Elmendorf, Eric R. Jensen et Elizabeth Pisani

Jusqu'à récemment, l'épidémie de VIH/SIDA n'avait qu'une ampleur très limitée en Indonésie. C'est en 1987 que le premier cas de VIH fut identifié chez un touriste homosexuel étranger à Bali. La surveillance sentinelle systématique des professionnels du sexe à Jakarta et Surabaya a débuté en 1988. En 1993/1994, la surveillance sentinelle a signalé le premier échantillon positif parmi les professionnels du sexe et les premiers échantillons sanguins séropositifs ont été identifiés chez des donneurs de sang. Le taux de prévalence était encore suffisamment faible en 1997, pour que les statistiques du ministère de la Santé fassent spécifiquement référence à un petit nombre de cas à Irian Jaya, en les mettant sur le compte « de pêcheurs thaïlandais qui avaient depuis quitté le pays » et cet ajustement plus ou moins léger expliquait une part considérable des cas de SIDA enregistrés à l'époque dans le pays.

Des projections concernant l'allure que pourrait prendre l'épidémie de VIH/SIDA ont été établies par des consultants et des chercheurs expatriés dès le début des années 90.

Elles ne se fondaient pas sur les données de surveillance existantes, mais reposaient largement sur l'expérience de l'Afrique subsaharienne et sur l'expérience thaïlandaise de la fin des années 80 et du début des années 90 et révélaient une accélération rapide de l'épidémie. Avec le recul, les modèles de projection étaient inadaptés à l'objectif auxquels ils avaient été employés en Indonésie. D'après les projections, les cas de VIH devaient passer à environ 500 000 en 2000 et à 700 000 en 2005, dans l'hypothèse où des efforts de prévention efficaces auraient été initiés au milieu des années 90. Au cas où les efforts fournis en matière de prévention connaîtraient moins de succès, le modèle prédisait une augmentation du nombre de cas, qui atteindrait près de 700 000 en 2000 et 1,2 million en 2005. Cette prévision s'est révélée très erronée, vu que la prévalence du VIH avait à peine augmenté pendant la majeure partie des années 90. L'épidémie du VIH et la recrudescence de la consommation de drogues injectables (UDI) sont apparues concomitamment. Avant 1997, la consommation de drogues injectables était un phénomène rare et a fortement contribué à l'aggravation de l'épidémie de VIH/SIDA. Si l'on fait abstraction de la part prise par ce facteur, les modèles de projection plus récents ne prédisent quasiment aucune épidémie en Indonésie.

Avant l'apparition de l'épidémie du SIDA et depuis son déclenchement, la Banque mondiale était engagée depuis longtemps, de manière active et avec beaucoup de succès, dans le secteur de la santé en Indonésie. Après avoir démarré par un projet sur la population en 1972, la Banque a financé 13 projets dans le domaine de la santé, de la nutrition et de la population avant d'intervenir dans la lutte contre le VIH/SIDA dans le pays en 1996. Néanmoins, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer les prestations et les résultats en matière de santé. Par rapport aux pays voisins, l'Indonésie affichait des taux élevés de mortalité infantile et maternelle tout au long des années 90 (y compris pendant la période qui a précédé la crise financière), et les données du PNUD indiquent que les indicateurs de santé en

Indonésie se sont améliorés à un rythme plus lent que ne le laissait suggérer le taux de croissance économique par habitant du pays.

Un prêt de la BIRD d'une valeur de 24,8 millions de dollars a été négocié en faveur du Projet de prévention et de gestion du VIH/SIDA et des MST financé par la Banque en janvier 1996. Le projet était destiné à soutenir les interventions sur les comportements et à financer l'appui aux laboratoires et au dépistage. Certains de ces objectifs ont été réalisés. À titre d'exemple, plus de tests de dépistage du VIH ont été effectués parmi les professionnels du sexe. Cependant, l'exécution du projet s'est heurtée dès le départ à des difficultés. Le Document d'évaluation de projet avait parfois prévu dans le budget des fonds substantiels pour des dépenses qui n'étaient nullement nécessaires dans la situation que connaissait l'Indonésie. Les clients des centres de soins prénataux bénéficiaient de conseils sur le VIH/SIDA nonobstant la prévalence du VIH qui était (et reste encore) presque nulle parmi les femmes mariées. Les laboratoires ont été équipés pour accélérer la réalisation des tests, dans l'hypothèse, peu fiable, où les obstacles aux approvisionnements étaient à l'origine des retards enregistrés au niveau des tests. Environ 20 % du prêt a été programmé pour l'achat des kits de dépistage que le gouvernement disposait déjà pendant la phase d'appréciation préalable. Nombre des problèmes découlaient des défaillances de la cellule de gestion du projet. Nombre d'entre eux résultaient de la conception inappropriée du projet, mais ces problèmes auraient pu être traités par une cellule de gestion de projet plus efficace en procédant à une reprogrammation de l'utilisation des fonds octroyés par la Banque. Les projections auraient dû faire l'objet d'un examen critique de la part de spécialistes en modélisation du VIH. Le fait que les résultats directs attendus ne se soient pas concrétisés a peut-être eu une incidence négative sur l'engagement politique pendant le déroulement du projet. Les insuffisances au niveau de la conception et, plus particulièrement, de la gestion du projet ont conduit à désigner celui-ci, deux ans seulement après le

début de son exécution prévue pour trois ans, comme un projet à problème dans le portefeuille de la Banque en Indonésie. Au moment de la crise financière survenue en Asie de l'Est en 1997 et en 1998, lorsque le portefeuille de la Banque a été restructuré, 80 % du montant du prêt a été annulé. Le projet de lutte contre le VIH/SIDA n'a pu réaliser ses objectifs de développement et a été jugé à juste titre par le personnel de la région EAP comme peu satisfaisant pendant la phase d'établissement du rapport d'achèvement de la mise en œuvre.

Dans le cadre du projet financé par la Banque, il était prévu que les interventions sur les comportements seraient exécutées dans une large mesure par les ONG. Il était nécessaire de leur accorder une exonération d'impôts. L'échec des négociations en vue de la conclusion d'un accord avec le ministère des Finances destiné à faciliter la participation des ONG a, à son tour, fait traîner ce processus en longueur. En fin de compte, certaines ONG sont intervenues dans le projet, mais nous avons trouvé peu d'éléments attestant que les ONG qui venaient de s'engager dans la lutte contre le VIH/SIDA au moment de leur intervention dans le projet ont continué à agir dans ce domaine. Pour un certain nombre d'observateurs, l'une des contributions majeures du projet aura été de faire accepter enfin l'idée et la pratique qui consiste pour le gouvernement à apporter un financement aux ONG pour la fourniture des services de santé. Le projet a peut-être aidé à mieux sensibiliser au problème du VIH/SIDA à un stade précoce de l'épidémie. Ceci étant, il l'a fait de manière alarmiste et il semble y avoir eu une période d'inertie, voire un retour du bâton, pendant l'exécution du projet.

À l'exception du prêt annulé, la Banque mondiale a entrepris peu d'activités exclusivement axées sur le VIH/SIDA en Indonésie. Depuis 1999, l'incidence de l'épidémie parmi les utilisateurs de drogues injectables (qui transmettent le virus à leurs partenaires sexuels) a contribué à mieux faire prendre conscience de l'urgence d'une action contre l'épidémie du VIH/SIDA. Ce regain d'intérêt

doit peu de choses sinon rien du tout aux activités de la Banque, car jusqu'à très récemment, la Banque s'est très peu impliquée dans le dialogue ou les programmes liés au SIDA, depuis la clôture du prêt pour la lutte contre le VIH/SIDA.

Tout bien considéré, l'impact de la Banque sur l'évolution de l'épidémie de VIH/SIDA en Indonésie a été minime. L'intervention la plus directe, le Projet de prévention et de gestion du VIH/SIDA et des MST, a enregistré très peu de résultats avant l'annulation de la majeure partie du prêt. En dehors de ce prêt, quelques contacts informels de haut niveau ont été engagés entre le personnel de la Banque et les autorités gouvernementales qui ont peut-être aidé à accroître la sensibilisation. Cependant, compte tenu de la nature de l'épidémie à l'époque, du manque d'informations sur le cours de celle-ci, et de l'absence avérée d'une réaction de la part du gouvernement, il est difficile d'attribuer à la Banque un impact quelconque sur cette base. Les mécanismes de financement des ONG sont en place, et la facilité d'associer à l'avenir la société civile dans les interventions financées par la Banque au niveau de la santé et la lutte contre le SIDA en Indonésie est peut-être un des résultats durables.

Le cas indonésien souligne la tension existant essentiellement entre l'intervention rapide (et à moindre coût) et l'ampleur de l'engagement. Cette tension a été accentuée par le peu d'empressement des autorités indonésiennes à concentrer les ressources sur la périphérie sociale, pendant la phase d'évaluation prospective, durant les premières étapes de l'exécution du projet et notamment, par le fait que les ressources sanitaires étaient tendues à l'extrême en raison de la crise financière. La réduction de l'engagement des pouvoirs publics s'explique peut-être par la nature du projet, au regard des besoins perçus par les parties prenantes. Dans un contexte où l'on sait peu de choses sur l'ampleur de l'épidémie et les comportements à l'origine de la propagation du VIH, comme c'était le cas en Indonésie du début au milieu des années 90, des interventions plus appropriées auraient

visé à accroître les capacités de suivi et de surveillance du secteur public de la santé et les études sur les comportements. Dès lors que l'on est parvenu à mieux cerner la nature de l'épidémie et les comportements ayant favorisé sa propagation, ces informations auraient pu être mises à profit pour engager une action de plaidoyer et un dialogue stratégique sur la base de données probantes, dans l'optique de créer un environnement propice à des interventions efficaces auprès des groupes exposés à l'infection au VIH.

Fédération de Russie

Judyth L. Twigg et Richard Skolnik

Le Département de l'évaluation des opérations (OED) de la Banque mondiale procède actuellement à une évaluation de l'impact, à ce jour, de l'action de la Banque mondiale en matière de lutte contre le VIH/SIDA. La Fédération de Russie a été choisie pour une étude de cas car c'est l'un des pays où l'épidémie de VIH/SIDA connaît la progression la plus rapide et où la Banque a considérablement investi dans l'assistance hors-prêt pour la lutte contre le VIH/SIDA et dans l'élaboration de projets. Cette étude a pour but de déterminer si la Banque a fait ou non ce qu'il fallait dans sa collaboration avec la Russie dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA ; si elle l'a bien fait ou non et si l'action de la Banque a eu le moindre impact sur la manière dont la Russie traite la question du VIH/SIDA, comparé à ce qu'elle aurait fait sans l'intervention de la Banque.

Cette évaluation était basée sur un examen de la documentation sur le VIH/SIDA à l'échelle mondiale et en Russie, sur l'examen des archives de la Banque mondiale et sur plus de quarante interviews avec une panoplie de parties prenantes en Russie, à la Banque, mais aussi parmi les partenaires de développement, les universitaires et les ONG. Le rapport examine le contexte de l'épidémie, les solutions apportées par les autorités publiques au problème du VIH/SIDA, et les actions menées par la Banque en faveur de la Russie dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA.

Elle évalue ensuite l'impact de l'assistance fournie par la Banque mondiale sur les actions menées à ce jour en Russie, par rapport à la situation qui aurait prévalu si la Banque n'était pas intervenue.

L'épidémie de VIH/SIDA

Le premier cas de SIDA signalé en Russie remonte à 1987 et le premier décès du SIDA date de 1988. Hormis la flambée d'infections pédiatriques survenue en 1989 dans les établissements de santé, dans un premier temps, le VIH s'est surtout propagé parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les mutations sociales profondes et sans précédent intervenues depuis l'effondrement de l'Union soviétique ont cependant fait de la Russie un terrain propice au développement de l'épidémie de VIH/SIDA. De 1987 à 2002, les taux d'infection à la syphilis, par exemple, sont passés de 4 à 144 pour 100 000 et ont culminé à 278 pour 100 000. Les nouveaux cas de VIH ont commencé à augmenter rapidement en 1996, la majorité de ces cas étant parmi les utilisateurs de drogues injectables (UDI). Le taux d'accroissement enregistré de 1999 à 2002 était parmi les plus élevés au monde. En octobre 2003, 255 350 personnes séropositives avaient été officiellement signalées en Russie depuis le déclenchement de l'épidémie, au nombre desquelles 817 étaient atteintes du SIDA et 4 065 étaient déjà mortes de causes liées au SIDA. Le chiffre réel de l'infection au VIH est peut-être trois à cinq fois plus élevé.

L'action des pouvoirs publics

Sous l'ère soviétique, il n'existait aucun programme national destiné à coordonner les activités liées à la lutte contre le VIH/SIDA. En 1993, après l'effondrement de l'Union soviétique, le Gouvernement russe a élaboré le « Programme fédéral pour la prévention de la propagation du SIDA dans la Fédération de Russie de 1993 à 1995 ». Dans la pratique, ce programme était pour l'essentiel orienté vers une approche médicale qui faisait primer l'épidémiologie et les sciences biomédicales sur la prévention, l'éducation, les services sociaux et l'assistance juridique aux personnes atteintes du VIH et du SIDA. En

août 1995, le parlement a adopté une loi fédérale contre le SIDA prévoyant des directives fédérales actualisées pour la prévention, la prise en charge et le soutien aux malades du VIH/SIDA. Toutes les actions de lutte contre le VIH et le SIDA dans le pays ont été ainsi pratiquement placées sous l'autorité et la supervision du gouvernement fédéral. La loi fédérale de 1998 sur les stupéfiants et les substances psychoactives prévoyait des sanctions contre toute consommation ou possession de drogue non prescrite par un médecin et interdisait la prescription de la méthadone comme thérapeutique de substitution à l'accoutumance aux opiacés. Il était facile de déduire des dispositions de la loi que les programmes de distribution d'aiguilles ou de seringues avaient un caractère illégal. Le gouvernement a créé un Centre fédéral pour la lutte contre le SIDA, 86 centres régionaux de lutte contre le SIDA et six centres territoriaux de lutte contre le SIDA. En outre, il existe un Centre fédéral pour la lutte contre le SIDA à St.-Petersbourg. Le réseau des centres régionaux de lutte contre le SIDA comprend plus de 1 000 laboratoires de dépistage et 500 bureaux pour les tests anonymes.

Les autorités politiques de haut niveau ont quasiment gardé le silence sur le VIH. Les premières actions entreprises par le gouvernement étaient dominées, à l'instar des autres IST, par le dépistage de masse et le suivi des contacts. La démarche préventive adoptée est très médicalisée et n'accorde pas une priorité aux personnes les plus susceptibles de contracter et de propager le VIH. Le gouvernement fédéral consacre moins de quatre millions de dollars à son programme fédéral de lutte contre le VIH/SIDA, dans un pays de 144 millions d'habitants. Il éprouve encore énormément de difficultés à traiter avec les groupes ayant des comportements à haut risque et nombre de procédures de l'administration en ce qui concerne le VIH et les IST stigmatisent les personnes atteintes de ces infections. Les malades du SIDA bénéficient très peu du traitement thérapeutique aux antirétroviraux et l'approche adoptée repose sur la combinaison de deux médicaments au lieu de trois.

L'action de la Banque mondiale

À partir du début des années 90, la Banque mondiale a pris conscience de la nécessité de veiller à ce que les pouvoirs publics mettent en place des filets de sécurité appropriés et un système de santé efficaces, susceptibles d'assurer la protection des plus démunis. Au milieu des années 90, une partie de la Stratégie d'aide-pays de la Banque consistait clairement à aider la Russie à trouver une solution aux problèmes de santé les plus pressants auxquels elle était confrontée et à traiter la tuberculose et le VIH. En réponse à une requête du gouvernement, la Banque s'est lancée, en 1999, avec le concours des ministères de la Santé et de la Justice, dans l'élaboration d'un projet de lutte contre la tuberculose, à laquelle est venu s'ajouter le VIH. L'OMS, le DFID, le CIDA, Soros/Open Society Institute, l'USAID, MSF et des ONG locales participaient déjà à des actions visant à aider la Russie à expérimenter de meilleures approches pour la lutte contre le VIH. La Banque a dans un premier temps collaboré étroitement avec ces groupes en vue de concevoir un projet qui étendrait l'échelle de leurs interventions et hisserait le programme de lutte contre le VIH/SIDA du gouvernement au niveau des meilleures pratiques internationales. L'OSI a grandement facilité les travaux de la Banque, en attirant l'attention sur le VIH et de la tuberculose en Russie, au plus haut niveau, en faisant de la réduction des méfaits liés au VIH une préoccupation majeure et en encourageant la Russie à envisager de nouvelles approches pour résoudre l'épineux problème de la réduction des ravages causés par la maladie. Le DFID a joué un rôle particulièrement utile en inspirant et en finançant plusieurs volets essentiels de la préparation des projets, des travaux d'analyse et du dialogue avec les hauts responsables.

Pendant quatre ans, la Banque a engagé un dialogue avec les hauts responsables et coparrainé la formation et des travaux d'analyse, parallèlement à la préparation du Projet de lutte contre la tuberculose et le SIDA. En 2000-2001, la réalisation des projets a été freinée en raison des inquiétudes exprimées par le gouvernement au sujet de l'approche

DOTS pour la lutte contre la tuberculose préconisée par la Banque et des règles faisant obligation aux fabricants locaux de médicaments contre la tuberculose de recourir à des appels à la concurrence internationale. Pendant cette pause de neuf mois, la Banque a, dans un premier temps, cherché à renouer le dialogue avec le gouvernement en évitant de donner au pays l'impression que la Banque l'incite à contracter des emprunts et en finançant des séminaires sur la santé publique. Elle s'est ensuite employée à préserver la dynamique qui s'était instaurée et à renforcer l'engagement dans la lutte contre le VIH/SIDA en élaborant, en collaboration avec un scientifique russe, un modèle de l'impact économique du VIH et en organisant une réunion de haut niveau sur les vaccins. Cette réunion s'est déroulée juste après l'approbation du projet par la Banque. En outre, la Banque a coopéré avec le gouvernement afin de tenir le projet loin du regard de la presse et d'adopter une approche à la lutte contre la tuberculose qui prenait en compte les efforts et les institutions propres de la Russie et s'appuyait sur ces derniers.

Le Projet de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA a été finalement négocié en décembre 2002, a été approuvé par le Conseil des administrateurs de la Banque en avril 2003 et est entré en vigueur en décembre 2003. Les objectifs de la composante VIH/SIDA de cette aide étaient d'aider le gouvernement à :

- i) améliorer sa stratégie nationale, ses politiques et protocoles en matière de lutte contre le VIH et les IST ;
- ii) promouvoir l'éducation publique sur le VIH et les IST ;
- iii) améliorer la surveillance, le suivi et l'évaluation ;
- iv) renforcer les laboratoires et la sécurité transfusionnelle ;
- v) prévenir la transmission de la mère à l'enfant ;
- et vi) entreprendre des programmes de prévention ciblés sur le VIH et les IST aussi bien au sein de la population civile que de la population carcérale.

Impact sur le développement de l'aide fournie par la Banque

Au plan de l'efficacité du développement, l'assistance fournie par la Banque à la Russie

en matière de lutte contre le VIH/SIDA est adaptée à la situation épidémiologique, aux institutions de la Russie ainsi qu'aux stratégies par pays et aux stratégies de la Banque en matière de santé de la Banque, même si une meilleure compréhension de l'emprunteur dès le départ, à travers une analyse institutionnelle, aurait permis d'améliorer la pertinence du dialogue préalable concernant la réalisation du projet. En outre, la Banque a évité la tendance à inclure un nombre trop important d'activités dans le Projet de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA et s'est concentrée sur les aspects qui permettraient d'éviter le maximum de cas de VIH si le projet était effectivement mis en œuvre. La Banque aurait pu réagir plus tôt contre l'épidémie du VIH, mais il faut reconnaître qu'elle a su intervenir dès qu'il est apparu clairement que la Russie faisait face à une épidémie qui évoluait rapidement.

La Banque a essayé, par ses concours, d'influencer le programme de la Russie en matière de lutte contre le VIH/SIDA de façon à le rendre plus efficace, plus rationnel et plus conforme aux nouvelles pratiques mondiales. Son dialogue stratégique, ses travaux d'analyse et les activités de préparation de projet ont été d'une grande utilité dans trois domaines : a) amélioration de l'efficacité et de la qualité technique de la riposte ; b) coopération avec le gouvernement afin de créer un instrument — le projet — destiné à élargir d'une manière systématique la couverture des interventions à l'échelon national ; et c) renforcement de l'engagement des plus hautes autorités nationales à traiter le problème du VIH/SIDA.

L'impact de l'assistance de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA

Le calendrier des événements liés au VIH/SIDA en Russie révèle certains liens temporels entre les activités de la Banque mondiale et les actions du gouvernement. Qui dit corrélation ne dit pas cependant causalité et il convient donc d'observer une certaine prudence en tirant des conclusions sur le rôle de la Banque. L'équipe d'évaluation considère que la Banque

a eu un impact sur l'engagement Gouvernement russe à lutter contre le VIH/SIDA essentiellement à trois niveaux :

- La qualité et la quantité d'informations dont disposent les autorités gouvernementales.
- La capacité et la volonté de certains groupes d'intérêt à exploiter ces informations.
- La façon d'aborder la question du VIH/SIDA.

En l'absence d'un engagement de la Banque mondiale dans la lutte contre le VIH/SIDA, l'approche du gouvernement aurait été moins ciblée sur les principaux déterminants de l'épidémie et moins en phase avec ce qui se fait de mieux au plan international dans les domaines clés. Le gouvernement aurait aussi accordé moins d'importance au renforcement des capacités, au renforcement des laboratoires et à la sécurisation des réserves de sang. En outre, le gouvernement n'aurait pas pris à temps les dispositions nécessaires en vue de transposer ses actions de lutte contre le VIH/SIDA à grande échelle. Au contraire, ce type d'action aurait souvent été mené localement et à petite échelle, sans tenir compte de la nécessité de combattre vigoureusement l'épidémie. La Banque mondiale a joué le rôle de facilitateur en assurant une meilleure coordination et en élargissant le champ des activités qui étaient déjà en cours d'exécution et en aidant à orienter la réflexion dans de nouvelles directions, afin de rapprocher davantage le programme du gouvernement des normes internationales en matière de prévention et de traitement.

Les leçons tirées

Cette étude de cas fait ressortir un certain nombre de leçons pour la Banque :

- Elle souligne la nécessité de comprendre le contexte du pays et d'ancrer rigoureusement la réalisation des projets dans ce contexte.
- Elle montre comment renforcer l'engagement des autorités publiques en réduisant la pression exercée sur elles pour contracter des emprunts et en collaborant avec les clients à travers des travaux d'analyse conjoints très utiles et l'établissement de contacts sélectifs de haut niveau avec les autorités de la Banque.

- Le projet approuvé illustre l'effet multiplicateur important que peut avoir une opération à échelle réduite dans des pays de grande superficie quant à l'amélioration possible de l'efficacité, de l'efficacité et de la couverture de la riposte contre l'épidémie.
- L'implication de la Banque dans la lutte contre le VIH/SIDA en Russie montre à quel point le dialogue sur les politiques et les projets, les travaux d'analyse et l'assistance technique peuvent aider à renforcer les capacités des pays à s'attaquer plus efficacement et plus rationnellement aux problèmes de santé.
- Enfin, d'importantes leçons se dégagent pour la Banque concernant la nécessité de mettre les compétences des chefs de projet en adéquation avec les responsabilités qu'imposent ces fonctions aux membres du personnel qui les assument. L'affectation de cadres de haut niveau à Moscou, conjuguée à la présence du très compétent personnel non spécialisé travaillant déjà sur les questions de santé, a peut-être réduit les problèmes dans ce domaine et a accéléré la réalisation des projets. L'affectation de cadres techniques de haut niveau à Moscou pendant la phase d'exécution pourrait également se révéler très utile.
- L'épidémie du SIDA est un problème à long terme en Russie ; aider effectivement le gouvernement à traiter ce problème exigera une certaine souplesse de la part de la Banque et prendra énormément de temps.

ANNEXE H : RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES AUTO-ADMINISTRÉS DU MAP

L'OED a utilisé un questionnaire auto-administré rempli par les chefs d'équipe de projet afin de recueillir des données de base sur la préparation et la mise en œuvre des 24 projets du programme MAP pour l'Afrique approuvés au 31 décembre 2003. Ce questionnaire a été envoyé à ceux qui étaient chefs d'équipe lors de la préparation des projets ainsi qu'à ceux qui occupent cette fonction actuellement. Au total, 32 chefs d'équipe ont rempli les questionnaires pour les 24 pays. Dans plusieurs cas en effet, le chef d'équipe en place était le même que lors de la préparation et, dans d'autres cas, un seul chef d'équipe couvrait plus d'un pays. Les questionnaires ont été

distribués au début du mois de juin 2004. Le taux de réponse était de 100 %, mais les chefs d'équipe ont parfois sauté une question ou n'ont pas répondu à toutes les questions, de sorte que la taille de l'échantillon n'est pas toujours de 24. Le tableau H.1 donne la liste des pays MAP I et MAP II couverts par l'enquête.

Formation professionnelle des chefs d'équipe

La formation professionnelle des chefs d'équipe des projets MAP qui ont participé à la préparation des projets est restée à peu près également partagée : le quart des projets environ étaient dirigés par des docteurs en médecine, et la moitié des projets par des chefs d'équipes (dont certains étaient médecins) qui avaient une certaine formation en santé publique (Tableau H.2). Mais, pendant la phase d'exécution 38 % seulement des projets avaient à leur tête un chef d'équipe ayant une formation en santé publique.

La même composition apparaît dans la cartographie sectorielle : environ 71 % des projets avaient, lors de leur préparation, des chefs d'équipe issus des secteurs Santé, nutrition et population (HNP) ; la proportion est un peu moindre (58 %) parmi les chefs d'équipe actuels. À peu près un projet sur cinq a été géré pendant la phase de préparation ou d'exécution par un chef d'équipe issu du Réseau Environnement économiquement et socialement durable (ESSD) (agriculture, développement rural et opérations en particulier). Globalement, 42 % des projets MAP en cours de préparation sont dirigés par des chefs d'équipe provenant d'un secteur autre que le secteur Santé, nutrition et population.

Tableau H.1 : Couverture géographique des questionnaires auto-administrés remplis par les chefs d'équipe de projet

MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)
Bénin	Burundi
Burkina Faso	Cap-Vert
Cameroun	Guinée
Érythrée	Malawi
Éthiopie	Mauritanie
Gambie	Mozambique
Ghana	Niger
Kenya	Rwanda
Madagascar	Sénégal
Nigéria	Sierra Leone
Ouganda	Tanzanie
République centrafricaine ^a	Zambie

a. Au moment où le questionnaire a été distribué, les prêts à la RCA avaient été déclarés improductifs, et l'entrée en vigueur du projet avait été reportée. Les réponses relatives à la conception concernent les activités antérieures à l'entrée en vigueur, dont certaines avaient été exécutées après l'approbation du projet et financées avec des fonds provenant d'autres sources.

Tableau H.2 : Caractéristiques des chefs d'équipe de projet

	Préparation			Mise en œuvre		
	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)	MAP I (n = 12)	MAP II (1) (n = 12)	MAP I & II (n = 24)
Formation : Pourcentage de projets dont les chefs d'équipe avaient une formation en ... ^a						
Médecine	25	25	25	25	33	29
Santé publique	58	50	54	33	42	38
Démographie	17	8	13	17	17	17
Économie	17	25	21	42	25	33
Cartographie du secteur : Pourcentage de projets ayant des chefs d'équipe issus de ... ^b						
HNP	75	67	71	58	58	58
Éducation		8	4		8	4
Protection sociale				17	17	13
ESSD	25	17	21	25	17	21
Infrastructure		8	4		9	4
Expérience antérieure, en nombre d'années : Moyenne [fourchette]						
VIH/SIDA	9,3 [3,18]	7,9 [2,20]	8,6	6,3 [1,18]	10,1 [2,20]	8,2
Banque	11,8 [6,27]	15,9 [7,28]	13,9	10,3 [5,16]	15,4 [4,29]	12,8
Gestion d'autres projets VIH/SIDA (%)	58	50	54	33	50	42

Source : Questionnaire auto-administré

Note : L'unité d'observation est le projet (et non l'individu) ; certains individus sont affectés à plus d'un projet.

a. Autres domaines de spécialisation : nutrition, études sur le développement, urbanisme, politique publique, sociologie, commerce et droit, relations internationales.

b. HNP (Santé, nutrition & population); ESSD (Développement écologiquement et socialement durable).

Les chefs d'équipe qui ont préparé des projets MAP I avaient à peu près neuf années d'expérience des problèmes posés par le VIH/SIDA, et ceux qui ont préparé des projets MAP II, environ huit ans¹. Lors des entretiens, les chefs d'équipe qui avaient participé à la préparation d'un projet MAP I et de 4 projets MAP II avaient tout au plus trois années d'expérience dans ce domaine. Parmi les chefs d'équipe en place lors de la préparation des projets, 54 % avaient déjà eu l'occasion de s'occuper d'un autre projet exclusivement axé sur le SIDA ou d'un projet comportant un important volet VIH/SIDA.

Les chefs d'équipe qui dirigent actuellement les projets MAP II ont une plus longue expérience de la problématique VIH/SIDA (dix ans) que les responsables des projets MAP I (six ans).

Toutefois, les chefs d'équipe actuellement chargés de trois projets MAP I et de quatre projets MAP II ont trois ans d'expérience ou moins du VIH/SIDA. Les chefs d'équipe actuels d'un tiers seulement des projets MAP I ont déjà géré un autre projet VIH/SIDA, contre la moitié des chefs d'équipe des projets MAP II.

Les chefs d'équipe des projets MAP I et MAP II avaient en moyenne une dizaine d'années d'expérience de la Banque ou davantage.

Le portefeuille SIDA de la Banque dans les pays africains couverts par le Programme MAP

Activités de prêt

D'après les indications fournies par les chefs d'équipe, sur ces 24 pays où étaient exécutés

Tableau H.3 : Volets SIDA dans des projets intéressant d'autres secteurs

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)
Pourcentage de pays ayant lancé au moins un projet dans un autre secteur avec un volet SIDA	75	92	83
Pourcentage avec un volet VIH/SIDA dans un projet d'éducation	58	66	66
Pourcentage avec un volet VIH/SIDA dans un projet de transport	50	50	50
Pourcentage avec un volet ou des activités VIH/SIDA dans un projet de développement mené par la communauté, de fonds social, ou d'action sociale	0	50	42
Moyenne [min, max ; total] des projets ayant un volet SIDA par pays	1,7 [0,4 ; 20]	2,4 [0,5 ; 26]	1,8 [0,5 ; 46]

Source : Questionnaire auto-administré

Note : Ce tableau inclut cinq projets dans les pays MAP I et six dans les pays MAP II pour lesquels le chef d'équipe avait signalé l'inclusion d'un volet SIDA, alors qu'il n'existe nulle mention du SIDA dans les documents d'évaluation. Si l'on exclut ces projets, cela ramène à 79 % le pourcentage des pays MAP qui avaient au moins un projet avec un volet SIDA dans un secteur autre que celui de la santé, et le nombre moyen est de 1,3 pour MAP I, 1,9 pour MAP II, et 1,6 pour MAP I & II. Les autres projets ayant un volet SIDA intéressaient le développement urbain (3) ; la démobilisation ou la réhabilitation d'urgence (2) ; l'agriculture (2) ; et l'infrastructure rurale (1).

Tableau H.4 : Pourcentage de projets à l'occasion desquels un dialogue sur le VIH/SIDA a été engagé avec le pays client

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)
Lors de la préparation	92	92	92
Depuis l'approbation	83	91 ^a	87 ^a

Source : Questionnaire auto-administré.

a. Sierra Leone non comprise.

des projets VIH/SIDA multisectoriels, 83 % avaient lancé aussi au moins un projet intéressant un autre secteur que celui de la santé (éducation, transport, ou protection sociale par exemple), qui comportait un volet VIH/SIDA (Tableau H.3). La proportion des pays où étaient exécutés des projets avec des volets VIH/SIDA dans d'autres secteurs a augmenté entre MAP I et MAP II (pour passer de 75 % à 92 %), de même que le nombre moyen de volets (qui est passé de 1,7 à 2,4).

Dialogue avec les autorités

Un dialogue avec les autorités a été engagé presque systématiquement, tant pour les projets MAP I que pour les projets MAP II pendant la phase de préparation et depuis l'approbation des projets (Tableau H.4).

Il y a toutefois des différences notables entre les pays MAP I et MAP II pour ce qui est du contenu du dialogue avec les autorités et entre la préparation et la mise en œuvre (Tableau H.5).

- Lors de la préparation, une attention extrêmement importante a été donnée au développement institutionnel et plus particulièrement à l'action multisectorielle et au rôle du ministère de la Santé (83 % des projets). Ces éléments ont continué d'être suivis de près, mais à un degré moindre pendant la phase de mise en œuvre (43 % des projets, les projets MAP I étant toutefois particulièrement suivis, avec 50 % des projets).
- Très peu d'attention a été apportée a) aux discussions stratégiques (seulement 17 % des projets), ou b) aux questions techniques

Tableau H.5 : Essence du dialogue avec les autorités pendant la préparation et la mise en œuvre des projets (pourcentage de projets)

Stage du cycle du projet	Sensibilisation/engagement politique		Stratégies	Développement institutionnel ^b	Suivi et évaluation	Interaction/coordination des bailleurs de fonds		
	N					Prévention	Traitement	
Préparation								
MAP I, total	12	25	17	75	0	17	8	8
MAP II, total	12	0	17	92	0	17	17	25
MAP I & II, total	24	13	17	83	0	17	13	17
Mise en œuvre								
MAP I, total	12	0	17	50	17	0	42	58
MAP II, total	11 ^a	0	9	17	9	17	9	55
MAP I & II, total	23 ^a	0	13	43	13	9	26	56

Source : Questionnaire auto-administré.

a. Sierra Leone non comprise.

b. Le développement institutionnel englobe les opérations multisectorielles SIDA, le cadre institutionnel et les interactions entre institutions, le rôle du secteur de la santé dans les opérations multisectorielles, le rôle et la mobilisation de la société civile, les questions fiduciaires, la réaction des populations locales, et les activités de suivi et d'évaluation.

(prévention, 13 % ; traitement, 17 %) pendant la préparation.

- Le sujet le plus couramment abordé dans le cadre du dialogue avec les autorités pendant l'exécution a été celui de la thérapie antirétrovirale — questions relatives à la politique à mener, questions techniques et questions touchant la mise en œuvre (56 % des projets), tant pour les projets MAP I que pour les projets MAP II.
- Le dialogue avec les autorités sur les questions techniques relatives à la prévention est resté très sommaire, tant pendant la préparation des projets que pendant leur exécution — un pays sur quatre seulement. Et pendant la phase d'exécution, les discussions touchant la prévention ont été bien plus limitées pour les projets MAP II (9 %, où le traitement ARV a été autorisé) que pour les projets MAP I (42 %, où le traitement ARV n'a pu être financé que rétroactivement).

Les questions institutionnelles ont donc occupé une place prépondérante dans le dialogue avec les autorités lors de la préparation des projets ; le dialogue sur les institutions s'est poursuivi dans la phase de mise en œuvre, mais il a été dominé par les discussions techniques sur la thérapie antirétrovirale tant pour les projets MAP I que pour les projets MAP II. Il y a

eu très peu de dialogue avec les autorités nationales sur la stratégie ou les aspects techniques de la prévention.

Travaux d'analyse

La proportion des projets pour lesquels des travaux d'analyse ont été effectués avant l'approbation a plus que doublé entre MAP I et MAP II, passant de 17 % à 42 % (Tableau H.6). Les pays MAP I n'ont pas rattrapé leur retard dans ce domaine après l'entrée en vigueur, le pourcentage de ceux qui ont effectué des travaux d'analyse étant relativement faible.

Les principaux thèmes traités dans le cadre des travaux d'analyse étaient les suivants :

- Analyse de la situation sur le front VIH/SIDA, mesures prises par les autorités, comportement à risque (quatre pays).
- Analyse de la situation des orphelins (trois pays).
- Impact macroéconomique et microéconomique du SIDA (deux pays).
- Analyse de l'offre de médicaments antirétroviraux et/ou modélisation (deux pays).
- Analyses des dépenses publiques au titre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et des médicaments antirétroviraux (deux pays).
- Cartographie des zones de propagation (un pays).

Tableau H.6 : Pourcentage des projets pour lesquels des travaux d'analyse ont été effectués

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)
Avant l'approbation	17	42	29
Depuis l'approbation	25	17	21

Source : Questionnaire auto-administré.

Note : Les enquêtes initiales ne sont pas comprises dans les « travaux d'analyse » (car ce ne sont pas des analyses, mais des enquêtes, qui sont mesurées dans une autre partie du questionnaire auto-administré) ; les évaluations des besoins, des bénéficiaires, des structures institutionnelles et des capacités des ONG (mesurées dans une autre partie du questionnaire auto-administré) ; et la préparation des stratégies nationales de lutte contre le SIDA.

- Étude des migrants (un pays).
- Manuel d'évaluation des besoins des enfants (un pays).

Préparation des projets

La proportion des projets qui ont bénéficié d'analyses institutionnelles et d'évaluations des capacités des ONG a augmenté dans le temps ; la proportion des projets comportant une évaluation des besoins a diminué (Tableau H.7)². En tout état de cause, les analyses de ce genre ne sont effectuées de manière systématique que pour deux tiers à trois quarts des projets.

À peu près 80 % de chefs d'équipe de projets intéressant les pays MAP I et MAP II ont déclaré que le temps imparti pour la préparation (soit en moyenne 7,8 mois pour les pays MAP I et 16,6 mois pour les pays MAP II³) était suffisant pour rallier l'adhésion des pays concernés aux projets. Toutefois, une proportion nettement plus faible des chefs d'équipe de projets MAP I qui étaient en place lors de la préparation ont déclaré avoir disposé d'un temps suffisant (58 %) ou d'un budget suffisant de la Banque (67 %) pour assurer la qualité de la conception. La proportion passe à trois quarts pour les

Tableau H.7 : Pourcentage de projets pour lesquels des évaluations préparatoires ont été effectuées

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)
Analyse institutionnelle	67	92	79
Analyse des parties prenantes	75	75	75
Évaluation des capacités des ONG	58	75	67
Évaluation des besoins	92	67	79

Source : Questionnaire auto-administré.

Tableau H.8 : Pourcentage de projets ayant disposé de ressources suffisantes pour atteindre les objectifs fixés

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)
Temps de préparation suffisant pour rallier l'adhésion des pays concernés aux projets	83	82 ^a	83
Temps de préparation suffisant pour assurer la qualité de la conception du projet	58	75	67
Dotations budgétaires suffisantes de la Banque au titre de la préparation visant à assurer la qualité de la conception du projet	67	75 ^a	71

Source : Questionnaire auto-administré.

a. Mauritanie non comprise.

projets MAP II, encore qu'un chef d'équipe sur quatre ait déclaré que les dotations fournies pour la préparation de ces projets MAP II étaient insuffisantes.

Mise en œuvre

Globalement, les trois quarts des chefs d'équipe de projets ont déclaré que les dotations budgétaires fournies par la Banque au titre de la supervision étaient suffisantes pour assurer une qualité minimale au niveau de la mise en œuvre (Tableau H.9). Le degré de satisfaction sur ce point est nettement plus faible pour les pays MAP II (58 % seulement) que pour les pays MAP I (92 %).

Un aspect du modèle MAP qui devait permettre d'accélérer la mise en œuvre des projets dans les pays ne disposant pas des

capacités voulues concernait l'instauration de mécanismes pour sous-traiter les fonctions de gestions essentielles — gestion financière, passation des marchés, gestion des ONG, et suivi et évaluation. Il a été demandé aux chefs d'équipe actuels des 24 projets MAP d'indiquer dans quelle mesure ces fonctions avaient été déléguées à d'autres intervenants — en tout ou partie ou pas du tout.

Selon les chefs d'équipe, la moitié à peu près des projets n'ont pas sous-traité la gestion financière ou la passation des marchés, et 70 % d'entre eux environ n'ont sous-traité ni la gestion des ONG ni les activités de suivi et d'évaluation (Tableau H.10). Les projets MAP II avaient davantage tendance à sous-traiter — au moins partiellement — la gestion financière, la

Tableau H.9 : Pourcentage de projets disposant d'une dotation budgétaire suffisante de la Banque pour la supervision

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)
Dotations budgétaires suffisantes de la Banque au titre de la supervision pour assurer une qualité minimale	92	58	75

Source : Questionnaire auto-administré, tel que rempli par les chefs d'équipe de projet.

Tableau H.10 : Proportion des projets MAP ayant sous-traité les principales fonctions de gestion (%)

Fonction		Sous-traitance totale	Sous-traitance partielle	Aucune sous-traitance
Gestion financière	MAP I	17	33	50
	MAP II	42	17	42
	MAP I & II	29	25	46
Passation des marchés	MAP I	0	25	75
	MAP II	33	33	33
	MAP I & II	17	29	54
Gestion des ONG	MAP I	25	0	75
	MAP II	8	25	67
	MAP I & II	17	13	71
Suivi et évaluation	MAP I	8	17	75
	MAP II	0	42	58
	MAP I & II	4	29	67

Source : Questionnaire auto-administré, tel que rempli par les chefs d'équipe de projet.

Note : Taille de l'échantillon : MAP I (12), MAP II (12), MAP I & II (24).

passation des marchés, et le suivi et l'évaluation que les projets MAP I. Toutefois, pour les deux programmes MAP, la proportion des projets qui avaient sous-traité la totalité de ces tâches oscille entre 4 et 29 %. Aucun des projets n'a sous-traité les quatre tâches, et sept d'entre eux n'en ont sous-traité aucune.

Parmi les chefs d'équipe des projets qui avaient sous-traité ces tâches en tout ou partie, entre 86 et 92 % ont déclaré que cela leur avait permis d'accélérer l'exécution du projet.

La raison la plus fréquemment citée par la moitié ou plus des chefs d'équipe pour ne pas sous-traiter la gestion financière, la passation des marchés, et la gestion des ONG/de la société civile était que le pays en question disposait des capacités voulues pour exécuter ces tâches et en particulier de mécanismes appropriés pour le faire (Tableau H.11). À l'inverse, les raisons les plus souvent avancées pour ne pas sous-traiter les fonctions de suivi et d'évaluation étaient la réticence du pays concerné (38 %), en particulier dans les cas où les autorités nationales souhaitaient se doter des capacités nécessaires, et l'absence d'un sous-traitant valable (25 %).

Interventions financées par le MAP

D'après les indications données par les chefs d'équipe de 18 des 24 projets étudiés (Figure H.1)⁴, les projets africains du programme MAP financent un grand nombre d'activités et d'interventions intéressant le secteur public. Ces activités, qui forment en général un sous-ensemble des activités financées dans plusieurs

secteurs, incluent la fourniture de biens publics, des interventions de prévention ciblées sur la population en général ou sur les groupes les plus susceptibles de propager le VIH, la fourniture de soins et de traitements, et l'appui apporté pour atténuer les conséquences du VIH/SIDA.

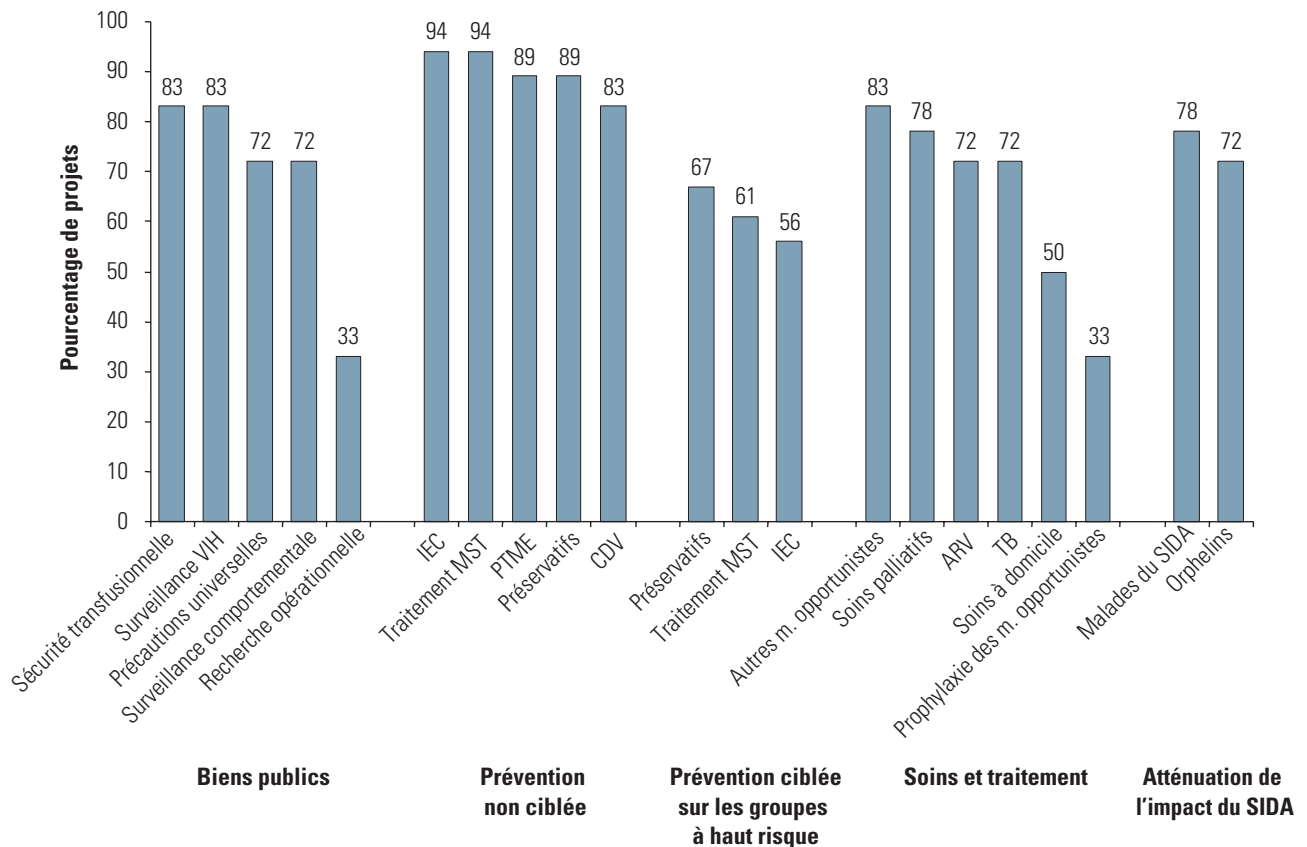
- Les interventions le plus souvent financées sont **l'information et les interventions préventives pour l'ensemble de la population**, telles que le traitement des MST, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), les préservatifs (en particulier via le marketing social) et les conseils et le dépistage volontaires (CDV) ; plus de 80 % des projets ont financé l'ensemble de ces interventions.
- Le financement de **biens publics**, tels que la sécurité transfusionnelle, la surveillance du VIH, les précautions universelles pour les agents de la santé et la surveillance comportementale apparaissent moins fréquemment. Un tiers seulement des projets comportent un financement pour la recherche opérationnelle.
- Les financements fournis pour plusieurs types **d'interventions axées sur les soins et les traitements** sont aussi importants que ceux fournis pour les biens publics. Ces interventions incluent le traitement de la TB et d'autres infections opportunistes, les soins palliatifs et le traitement antirétroviral. Toutefois, la moitié seulement des projets ont financé des soins à domicile pour les malades du SIDA et un tiers des projets seulement comportaient des fonds pour la prophylaxie

Tableau H.11 : Raisons invoquées pour ne pas sous-traiter les principales tâches de gestion (%)

Fonction de gestion	Moyens suffisants/ mécanismes existants	Absence de sous-traitants valables	Réticence des autorités nationales	Autres dispositions prises	Ne sait pas/ n'a pas donné de réponse
Gestion financière (n = 11)	64	0	18	9	9
Passation des marchés (n = 13)	54	8	8	15	15
ONG (n = 17)	53	6	24	12	6
Suivi et évaluation (n = 16)	19	25	38	13	6

Source : Questionnaire auto-administré.

Figure H.1 : Activités et interventions intéressant le secteur public qui ont été financées par les projets du programme MAP pour l'Afrique



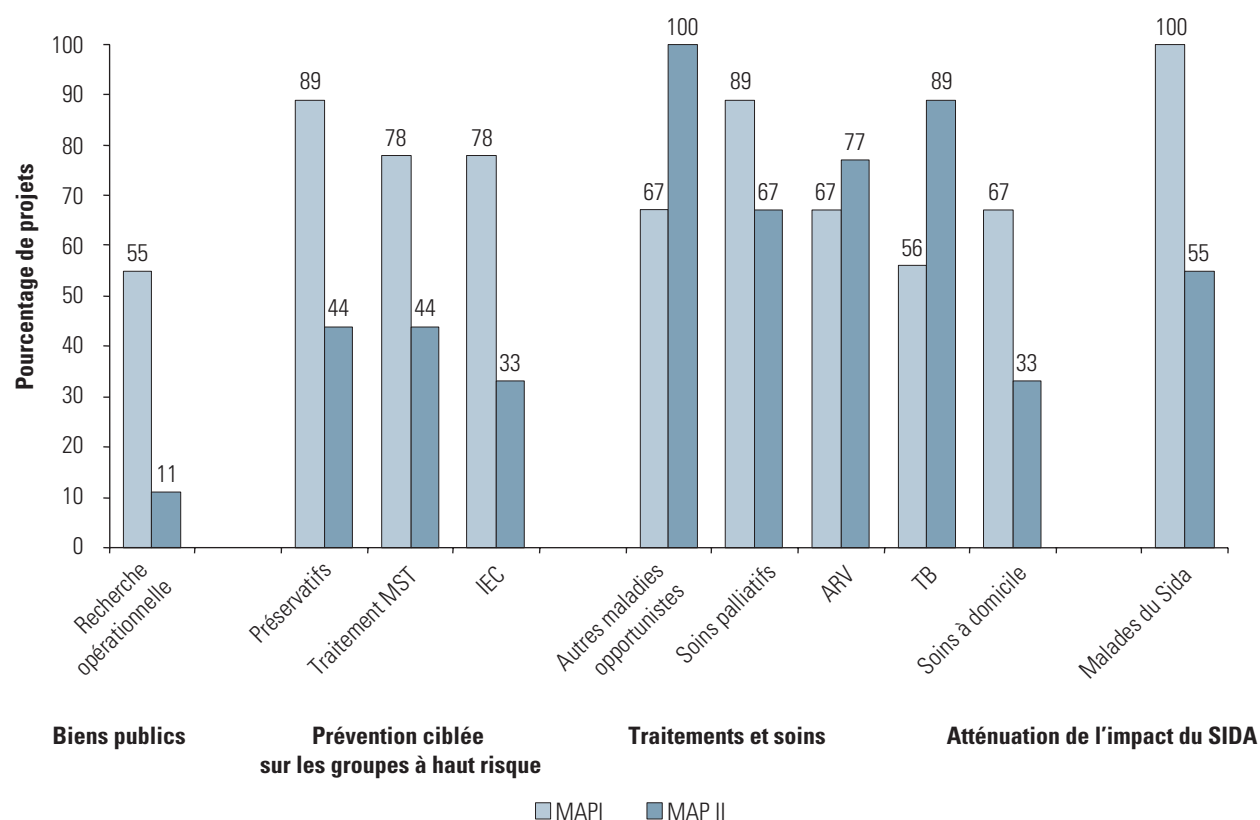
Source : Chefs d'équipe actuels, 18 projets MAP

Note : RCA, Ghana, Kenya, Malawi, Mauritanie et Sénégal non compris

de la TB et d'autres infections opportunistes parmi les groupes séropositifs.

- À peu près trois quarts des projets ont fourni des financements pour des programmes de soutien au secteur public visant à **atténuer l'impact du SIDA** parmi les malades du SIDA et les orphelins.
- Des **interventions préventives ciblées** sur les groupes à haut risque — ceux qui risquent le plus de contracter le VIH et de le transmettre à d'autres personnes, tels que les professionnels du sexe, les travailleurs des transports, les militaires et la police, et qui sont en tant que groupes les moins susceptibles de bénéficier d'un soutien — ont été financées par la moitié à deux tiers des projets environ.

Il y avait d'importantes différences dans les catégories d'activités financées par les projets MAP I et MAP II (Figure H.2). Les projets MAP I finançaient à peu près deux fois plus souvent que les projets MAP II la recherche opérationnelle pour le secteur public, la prévention ciblée sur les groupes à haut risque et les activités permettant d'atténuer l'impact du SIDA sur les patients infectés par le virus. Les projets MAP II finançaient nettement plus souvent que les projets MAP I le traitement de la tuberculose et d'autres infections opportunistes et un peu plus souvent le traitement antirétroviral des populations. Mais ils finançaient moins fréquemment les soins palliatifs et les soins à domicile des malades du SIDA.

Figure H.2 : Différences entre MAP I & MAP II concernant le financement d'activités intéressant le secteur public

Approche multisectorielle

Selon les indications des chefs d'équipe de projet, un très grand nombre de ministères ou de secteurs ont participé aux interventions multisectorielles nationales soutenues par les MAP — 16 ministères en moyenne dans chaque

pays, tant pour les pays MAP I que les pays MAP II (Tableau H.12). Dix des 24 projets étudiés soutenaient les interventions d'une vingtaine de ministères ou plus, et deux tiers des projets soutenaient les interventions d'une dizaine de ministères ou plus.

Tableau H.12 : Ministères participant officiellement à l'action multisectorielle financée par le MAP

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)
Ministères participant officiellement à l'action multisectorielle financée par le MAP :	17	16	16
moyenne [min,max]	[6,30]	[4,30]	[4,30]
Distribution des projets en fonction des ministères participants :			
Moins de 10	3	5	8
Entre 10 et 19	4	2	6
20 ou plus	5	5	10

Organisations non gouvernementales et organisations à base communautaire

Globalement, chaque projet a financé en moyenne 143 organisations non gouvernementales (ONG) différentes et 921 organisations à base communautaire au titre des composantes société civile ; le nombre des ONG et organisations à base communautaire financées par les projets MAP I est nettement plus important à ce jour que celles financées par les projets MAP II (Tableau H.13)⁵. Le nombre des organisations à base communautaire est à peu près six fois plus élevé en moyenne que celui des ONG, et varie entre

zéro et non moins de 6 700.

Suivi et évaluation

Enquêtes initiales

Les responsables de trois quarts des projets ont indiqué qu'une enquête initiale au moins avait été effectuée lors de la préparation et financée soit par la Banque soit par d'autres bailleurs de fonds (Tableau H.14).

Dans les trois quarts des pays MAP I et dans près des deux tiers des pays MAP II, les autorités avaient effectué des enquêtes nationales sur les comportements à risques/

Tableau H.13 : Nombre d'ONG et d'organisations à base communautaire par projet financées par le programme à ce jour

	MAP I		MAP II		MAP I & II	
	Moyenne [min,max]	n	Moyenne [min,max]	n ^d	Moyenne [min,max]	n ^d
Doubles comptages non compris ^a						
ONG	247 [5,700]	11 ^b	46 [0,120]	11	143 [0,700]	22 ^b
Organisations à base communautaires	1,674 [40,6 700]	10 ^{b, c}	157 [0,550]	11	872 [0,6 700]	21 ^{b, c}
Doubles comptages compris						
ONG	351 [5,1 500]	12	46 [0,120]	11	212 [0,1 500]	23
Organisations à base communautaires	1,659 [40,6 700]	11 ^c	157 [0,550]	11	944 [0,6 700]	22 ^c

Source : Questionnaire auto-administré.

a. Dans un pays, le chef d'équipe n'a pas pu compter séparément le nombre des ONG et des organisations à base communautaire et a donné un chiffre global de 1 500. Dans la partie supérieure du tableau, cette observation est exclue ; dans la partie inférieure, le chiffre 1 500 englobe à la fois les ONG et les organisations à base communautaire.

b. Kenya non compris

c. Nigéria non compris.

d. Mauritanie non comprise.

Tableau H.14 : Pourcentage de pays où des enquêtes initiales ont été effectuées pendant les phases de préparation et de mise en œuvre

Enquêtes initiales	Pendant la phase de préparation			Pendant la phase de mise en œuvre		
	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)
Nombre d'enquêtes	75	75	75			
→ financées par d'autres sources	33	67	50			
→ financées par le projet/la Banque	42	33	38	75	50	63

comportements sexuels, même si elles n'étaient pas financées par le MAP (Tableau H.15). Comme aucune information supplémentaire n'a été recueillie, nous ne savons pas dans quelle mesure les responsables interrogés ont inclus les enquêtes démographiques et sanitaires par opposition à celles qui visaient explicitement à étudier les comportements à risque, les connaissances sur la transmission et la prévention, et l'adoption de comportements préventifs. Plusieurs des pays MAP I avaient effectué une étude de ce genre, mais il y en avait quand même un sur quatre ne l'avait pas fait. Au moment de cette enquête, la plupart des projets MAP I étaient arrivés à mi-parcours ou avaient dépassé ce stade.

Évaluation des projets pilotes susceptibles d'être transposés à plus grande échelle.

Aussi bien pour MAP I que pour MAP II, dans 58 % des pays, les chefs d'équipe en fonction lors de la préparation des projets ont cité au moins une intervention pilote qui avait été évaluée dans le pays client et qui était susceptible d'être transposée à une plus grande échelle (Tableau H.16). Dans plus de la moitié de ces cas (huit projets sur 14), un projet pilote seulement a été cité. Pour cinq des 14 projets, au moins un des projets pilotes cités

était un projet type de développement mené par la communauté (CDD), qui n'avait pas nécessairement de rapport avec les interventions VIH/SIDA⁶. Il y avait en fait très peu d'interventions qui avaient été précédemment évaluées dans ces pays — dans 42 % des projets, il n'y avait eu aucune évaluation et, dans les 58 % restants, seulement entre une et trois évaluations pour chaque projet. L'OED n'a pas été en mesure d'établir la qualité de l'évaluation des interventions qui étaient citées.

Suivi

Les indicateurs de suivi décrits dans les documents d'évaluation des projets ont été révisés pour 42 % des projets MAP ; cela s'est produit plus souvent pour les pays MAP I (la moitié des projets) que pour les pays MAP II (le tiers des projets). L'examen à mi-parcours est une occasion particulièrement opportune pour le faire, mais aucun des pays MAP II n'avait atteint ce stade à la date de l'enquête.

Étant donné la façon dont le VIH se transmet des individus qui ont un comportement à très haut risque (ce sont souvent les premiers à être infectés) à leurs partenaires sexuels et à leurs enfants, de nombreux programmes nationaux de lutte contre le SIDA visent à modifier les comportements et indirectement les taux

Tableau H.15 : Pourcentage des pays qui ont effectué des enquêtes nationales sur les comportements à risque/comportements sexuels

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)
Enquêtes nationales sur les comportements à risque/comportements sexuels (même non financées par le MAP)	75	67	71

Source : Questionnaire auto-administré.

Tableau H.16 : Évaluation des projets pilotes des pays clients susceptibles d'être transposés

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)
Au moment de la préparation du projet	58	58	58
Depuis l'approbation des projets, y a-t-il un projet pilote quelconque qui a fait l'objet d'une évaluation formelle, même si elle n'a pas été faite dans le cadre du projet ?	25	8	17

d'infection parmi les « groupes à haut risque », définis dans le questionnaire comme « les populations les plus susceptibles de propager le VIH ». Les exemples incluent les professionnels du sexe, les travailleurs des transports, les militaires, la police, les prisonniers, les mineurs, etc. La prévention et la baisse des taux d'infection parmi ces groupes ne sont pas seulement révélateurs du succès des activités des projets qui les visent, mais elles ont de bonnes chances de faire baisser davantage les taux d'infection au sein de la population à plus faible risque.

D'après les chefs d'équipe actuellement en fonction, 58 % environ des pays collectent des données sur la prévalence du SIDA et 75 %, des éléments d'information sur les comportements d'au moins un groupe à haut risque (Tableau H.17). Le groupe pour lequel la probabilité d'un suivi dans les deux cas est la plus grande est celui des professionnels du sexe, suivi par les militaires et les travailleurs des transports. La proportion des pays qui assurent le suivi d'au moins un groupe à haut risque et le nombre des groupes suivis

étaient légèrement plus élevés dans les pays MAP II, où les catégories de groupes suivis étaient aussi plus diversifiées. Toutefois, dix pays n'assuraient aucun suivi du VIH et six n'effectuaient aucun suivi des comportements des groupes à haut risque.

Coordination des bailleurs de fonds

Il y a une différence sensible entre les projets MAP I et les projets MAP II en ce qui concerne le rôle de la Banque en tant que bailleur de fonds d'importance majeure pour le VIH/SIDA au moment de la préparation. D'après les chefs d'équipe de projet, la Banque était le principal donateur pour le VIH/SIDA dans trois quarts des pays MAP I, mais dans 17 % seulement des pays MAP II, où les concours financiers de la Banque étaient plus souvent d'importance relativement mineure (Tableau H.18a). Parmi les pays africains qui avaient mis en place auparavant des projets SIDA ou comportant un volet SIDA, beaucoup appartenaient au groupe MAP I : le Kenya et l'Ouganda (qui avaient monté des projets MST, et l'Ouganda avec le

Tableau H.17 : Pourcentage des pays assurant le suivi (financé ou non par le MAP) du VIH et des comportements parmi les groupes à haut risque, et nombre moyen [min, max] des groupes à haut risque faisant l'objet d'un suivi

	VIH			Comportement		
	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)
Au moins un groupe à haut risque	58	58	58	83	67	75
Professionnels du sexe	58	58	58	83	67	75
Militaires	25	33	29	25	42	33
Travailleurs des transports	17	33	25	42	25	33
Pêcheurs		17	8		17	8
Police		17	8		17	8
Prisonniers	8		4		8	4
Mineurs		17	8	8	17	13
Patients atteints de MST	8		4			
Patients atteints de TB		8	4			
Ouvriers d'usine				8		4
Personnes déplacées					8	4
Nombre moyen [min,max]	1,2	1,7	1,4	1,7	1,8	1,8
Nombre de groupes à haut risque	[0,3]	[0,4]	[0,4]	[0,4]	[0,4]	[0,4]

Programme de lutte contre la pauvreté et d'allègement des coûts sociaux de l'ajustement, PAPSCA) ; le Burkina Faso (avec un projet axé sur le SIDA et le contrôle démographique) ; et le Bénin, le Cameroun, l'Érythrée, l'Éthiopie, la Gambie, Madagascar, le Nigéria (avec des projets comportant des éléments SIDA).

Par contre, aucun des pays MAP II n'avait monté auparavant des projets exclusivement axés sur le SIDA avec le concours financier de la Banque, et quelques uns seulement avaient

monté des projets de santé comportant un volet SIDA (Niger, Tanzanie, Zambie). Cela signifiait que la Banque partait en fait d'un dialogue nettement plus sommaire sur le SIDA dans les pays MAP II.

Au fil du temps, d'autres bailleurs de fonds semblent avoir augmenté leur assistance aux pays MAP I où la Banque occupait auparavant une position de premier plan, alors que la Banque a renforcé sa présence par rapport aux autres donateurs dans les pays MAP II. C'est la raison pour laquelle les chefs d'équipe de

Tableau H.18a : Importance relative de la Banque en tant que bailleur de fonds pour le SIDA, et degré de consultation avec les autres donateurs au moment de la préparation des projets

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II ^a (n = 24)
Pourcentage de pays clients où la Banque ...			
... était le principal bailleur de fonds	75	17	48
... était l'un des principaux bailleurs de fonds	8	25	17
... était un donateur relativement mineur	8	42	22
... ne finançait pas d'activités axées sur le VIH/SIDA	8	8	9
... était l'un des donateurs mineurs	0	8	4
Pourcentage des projets pour lesquels la consultation était ...			
... très étroite	50	58	54
... étroite	17	42	29
... moyenne	33	0	17

Tableau H.18b : Importance relative de la Banque en tant que bailleur de fonds pour le SIDA, et degré de consultation avec les autres donateurs pendant la phase de mise en œuvre

	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II ^a (n = 24)
Pourcentage des pays clients où la Banque est actuellement ...			
... le principal bailleur de fonds	50	50	50
... l'un des principaux bailleurs de fonds	42	50	46
... un donateur relativement mineur	8	0	4
Pourcentage des projets pour lesquels la coordination est ...			
... très étroite	33	50	42
... étroite	33	25	29
... moyenne	25	25	25
... faible	8	0	4

Source: Questionnaire auto-administré.

projet ont indiqué, au moment de l'enquête, que la Banque était le principal bailleur de fonds pour le VIH/SIDA dans la moitié des pays MAP I et II, et qu'elle faisait partie des principaux donateurs dans la plupart des autres pays (Tableau H.18b).

Pour ce qui est de la coordination avec les autres bailleurs de fonds, elle a été jugée très étroite pendant la phase de préparation dans la moitié des pays et seulement moyenne dans un tiers des pays MAP I, mais au moment de MAP II, le degré de coordination lors de la préparation a été jugé élevé ou très élevé dans tous les pays. Cela peut aussi tenir au fait que la Banque occupait au départ une position moins dominante en matière d'assistance pour le VIH/SIDA dans les pays MAP II. En ce qui concerne la coordination pendant la phase de mise en œuvre, les chefs d'équipe l'ont jugée en moyenne un peu moins étroite avec les

autres donateurs des pays MAP I que pour MAP II. Ils ont toutefois qualifié d'étroite ou de très étroite la coordination dans les deux tiers des pays MAP I et les trois quarts des pays MAP II. L'OED n'a pas demandé aux représentants des autres bailleurs de fonds de ces pays de donner leurs avis sur la collaboration.

En ce qui concerne le changement dans l'engagement des autres partenaires au fil du temps, l'évolution la plus notable est l'introduction du Fonds mondial, qui n'a pas été cité comme bailleur de fonds pendant la préparation de l'un quelconque des 24 projets, mais sa présence a été mentionnée dans deux tiers des pays étudiés au moment où l'enquête a été effectuée, au milieu de 2004 (Tableau H.19).

Tableau H.19 : Nombre de pays clients où d'autres donateurs intervenaient au moment de la préparation des projets et interviennent à l'heure actuelle en faveur du SIDA

	Intervenaient au moment de la préparation des projets			Interviennent à l'heure actuelle		
	MAP I (n = 12)	MAP II (n = 12)	MAP I & II (n = 24)	MAP I (n = 12)	MAP II ^a (n = 12)	MAP I & II (n = 24)
Agences des Nations Unies	7	6	13	5	2	7
Allemagne	3		3	2	1	3
Banque africaine de développement				1		1
Belgique				1		1
Canada	2		2			
Danemark	1		1	1		1
États-Unis	7	8	15	7	5	12
Fonds mondial				7	9	16
France	4	4	8	4		4
Irlande				1		1
Italie				1		1
Norvège	0	1	1			
Pays-Bas	2		2	2		2
Royaume-Uni	4	1	5	3	1	4
UE	1	1	2	2	1	3

a. Sierra Leone non comprise.

ANNEXE I : ENQUÊTE AUPRÈS DES CHEFS D'ÉQUIPE DE PROJET — RÉCAPITULATIF DES RÉSULTATS

Vue d'ensemble de la méthodologie et de l'échantillon

Une enquête portant sur des questions ouvertes a été menée entre le 1^{er} juin et le 12 août 2004 auprès des chefs d'équipe actuels de 19 projets africains MAP en cours d'exécution — onze projets MAP I et huit projets MAP II. Cette enquête avait pour but de connaître l'opinion de ces responsables sur certains points fondamentaux de l'évaluation de l'OED sur le SIDA à la lumière des résultats obtenus à ce jour, et de recueillir des renseignements supplémentaires sur la conception et l'évolution future du MAP en tant qu'instrument. Les éléments d'information présentés ici se fondent sur les résultats des questionnaires auto-administrés analysés dans l'annexe H.

Les 19 projets et les 18 chefs d'équipe¹ de cette enquête incluaient tous les chefs d'équipe actuels des projets MAP I (en place au moment de l'interview), sauf celui de l'Éthiopie, qui n'était pas couvert parce que l'OED avait effectué une étude de cas dans ce pays.

MAP I (11 pays, 10 sondés)	MAP II (8 pays, 8 sondés)
Bénin	Burundi
Burkina Faso	Cap-Vert
Cameroun	Guinée
Érythrée	Mozambique
Gambie	Rwanda
Ghana	Sénégal
Kenya	Sierra Leone
Madagascar	Zambie
Nigéria	
Ouganda	
RCA	

L'enquête concernait les huit projets MAP II entrés en vigueur depuis au moins un an, à la mi-août 2004². La liste de ces pays est donnée ci-après. Dans quatre cas seulement (Bénin, RCA, Cap-Vert, Kenya) le chef d'équipe était le même que celui qui était en fonction lors de l'approbation du projet ; le projet RCA n'était pas encore entré en vigueur à la fin de l'exercice 04 parce que ses intérêts impayés n'étaient pas comptabilisés.

Problèmes au niveau de la conception

Quels ont été les principaux obstacles à la mise en place d'une réponse nationale efficace avant le MAP ?

Parmi les 16 pays qui ont répondu (neuf pays MAP I et sept pays MAP II), la contrainte la plus fréquemment citée est la **faiblesse des capacités du ministère de la Santé**, et en particulier le manque de solidité du système de santé et l'insuffisance de ses effectifs (neuf pays, soit la moitié de l'échantillon), suivie par le **manque de volonté politique**/refus de reconnaître le problème/stigmatisation dans six pays (Tableau I.1). Les chefs d'équipe de six pays ont cité l'absence d'activités dans d'autres secteurs ou d'institutions multisectorielles. Chose surprenante, les chefs d'équipe de quatre pays (le quart de l'échantillon) ont cité le **manque de ressources financières** parmi les problèmes qui se posaient ; dans un pays, le chef d'équipe a indiqué que la question du financement n'était pas une contrainte et un autre chef d'équipe a indiqué que la masse des ressources financières fournies par un grand nombre de bailleurs de fonds en faveur du VIH/SIDA poussait à l'extrême limite les capacités administratives du pays.

Tableau I.1 : Principales contraintes à la mise en place d'un projet VIH/SIDA lors de la préparation

Contraintes	Pourcentage de pays (n = 16)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Faibles capacités du ministère de la Santé, et notamment faiblesse du système de santé, insuffisance des agents de santé	56	3	6
Manque de volonté politique/refus de reconnaître le problème/stigmatisation	38	4	2
Manque de financement	25	2	2
Manque de coordination multisectorielle/faiblesse des institutions du ministère de la Santé (telles que CNLS)	19	1	2
Manque d'activités ou de coordination en dehors du ministère de la Santé, dans d'autres ministères	19	2	1
Manque de couverture des groupes à haut risque (HRG), nécessité d'élargir davantage des programmes pilotes	13	2	0
Troubles/conflits politiques	13	1	1
Manque de cadre stratégique pour la coordination des bailleurs de fonds	6	1	0
Absence de mécanisme opérationnel pour financer les entités n'appartenant pas au secteur public	6	1	0
Ne sait pas	13	2	1

Pour les neuf pays MAP I, la contrainte la plus fréquemment citée était le manque de volonté politique/le refus d'admettre le problème du SIDA/la stigmatisation, tandis que pour les pays MAP II, la majorité des chefs d'équipe ont cité le manque de capacités du ministère de la Santé comme un problème majeur. Le fait que les ressources financières n'aient pas été citées plus souvent comme la principale contrainte ne signifie pas pour autant qu'il y avait suffisamment de fonds pour lancer un programme, mais plutôt que d'autres problèmes étaient plus contraignants.

Y a-t-il une caractéristique particulière qui différencie ce projet MAP du modèle MAP ?

La caractéristique particulière la plus souvent citée par les chefs d'équipe au niveau du contenu des projets est le volet spécial du projet — pour des interventions ciblées (Burkina Faso), d'autres maladies transmissibles (Érythrée), les orphelins (Burundi), le secteur privé (Guinée) et les traitements (Rwanda) (Tableau I.2). Tous les pays MAP II pouvaient bénéficier d'un financement pour

les traitements antirétroviraux, mais deux pays MAP I offraient aussi ces traitements : le Bénin, pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant (PTME) et le Cameroun pour les traitements, avec un amendement à l'accord de crédit.

La conception du projet reflétait-elle la prise en compte de facteurs propres au pays concerné, ou de leçons tirées d'expériences antérieures dans le domaine de la santé/du SIDA dans le pays en question ?

Pour sept des 19 projets (37 %), les chefs d'équipe n'ont mentionné aucune caractéristique dénotant la prise en compte de leçons tirées d'expériences antérieures dans le pays (Tableau I.3a).

Les chefs d'équipe de 12 pays (sept MAP I, cinq MAP II) ont identifié des leçons tirées de projets précédents dont il avait été tenu compte dans la conception du projet, les plus importantes, citées pour sept pays (37 %), étant les leçons liées à **l'insuffisance des capacités de mise en œuvre ou à l'aptitude à coordonner** les opérations dans le secteur public en général ou au

Tableau I.2 : Caractéristiques particulières des projets

Caractéristiques particulières	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Volets spéciaux :	26	2	3
• Interventions ciblées			
• Tuberculose et paludisme			
• Orphelins			
• Secteur privé			
• Traitement			
ARV dans MAP I	11	2	0
Volets communautaires utilisant des mécanismes de développement mené par la communauté ou fonds social existants	11	1	1
Guichets ou volets pour différents niveaux du secteur public	11	1	1
Le MAP ne finance pas le ministère de la Santé	5	1	0
Le MAP ne finance que le ministère de la Santé	5	1	0
Pas de sous-traitance	5	0	1
Guichet séparé pour les organisations à base communautaire, accent sur la décentralisation	5	1	0
Davantage d'études préparatoires et de travaux analytiques que pour le modèle	5	0	1
Aucune	37	5	2

sein du ministère de la Santé. Dans deux pays, cela s'est traduit par la décision d'établir les secteurs prioritaires dans le cadre de l'action multisectorielle et, dans deux autres, par un recours plus important au secteur privé. Dans un cas, la cellule administrative du projet a été installée dans le ministère des Finances et, dans un autre, il a été décidé d'adopter une stratégie de mise en œuvre plus progressive afin d'éviter de peser trop lourdement sur des capacités restreintes. Dans un autre cas encore, il a été indiqué que les responsables de la conception du projet avaient tenu compte du fait que les capacités étaient limitées, mais aucun de ces mécanismes n'a été jugé efficace jusqu'à ce jour. Dans un autre pays par contre, *l'efficacité relativement bonne du ministère de la Santé et des administrations locales* avait été prise en ligne de compte lors de la conception du projet.

Dans quatre pays (21 %), les projets ont pu utiliser des mécanismes ou des *institutions* mis en place dans le cadre de projets de développement mené par la communauté, mais dans un cas, cela n'a pas très bien marché

pour des raisons politiques. Dans un de ces pays également, le projet a pu utiliser une centrale d'achat de médicaments créée dans le cadre d'un projet antérieur.

En dehors de ces leçons, les chefs d'équipe de cinq pays ont mentionné des *considérations propres aux pays concernés* qui n'avaient pas de rapport avec les projets antérieurs, mais qui avaient influé sur la conception des projets, notamment : le stade précoce de l'épidémie ; la complémentarité des activités avec un projet de santé en cours³ ; des volets adaptés à une administration décentralisée ; les importantes populations de réfugiés et d'orphelins ; la présence d'un secteur solide d'ONG ; et l'existence d'un programme de traitement antirétroviral en cours.

Thèmes de l'évaluation de l'OED

Approche stratégique

Le modèle MAP finance pratiquement toute activité incluse dans la stratégie

Tableau I.3a : Leçons tirées des projets antérieurs

Leçons tirées des projets antérieurs	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Insuffisance des capacités du ministère de la Santé, du secteur public (n = 7)	37		
Capacités insuffisantes pour superviser tous les secteurs/ministères ; priorité donnée aux ministères ayant déjà l'expérience de la Banque mondiale		1	1
Déficiência du ministère de la Santé, les résultats médiocres d'un projet précédent ont conduit à élargir le rôle du secteur privé		1	1
Cellule du projet installée dans le ministère des Finances en raison d'une expérience décevante avec le Min. de la Santé lors d'un projet de santé antérieur		0	1
Ayant disposé du temps voulu pour monter en puissance, le projet n'a pas pesé de façon excessive sur les capacités		0	1
Manque de capacités pour la planification et l'exécution ; solutions envisagées inefficaces		1	0
Institutions (n = 4)	21		
Succès antérieur avec les mécanismes de développement communautaire		2	2
Utilisation de la centrale nationale d'achats de médicaments créée lors d'un projet antérieur		0	1
Questions de fond (n = 2)	11		
Leçons tirées d'un projet IST antérieur, en particulier sur le plan de l'engagement des autorités nationales		1	0
Leçons tirées d'un projet de santé précédent sur les leçons pour les jeunes		0	1
Solides capacités de mise en œuvre (n = 1)	5		
Bonnes capacités de mise en œuvre au sein du ministère de la Santé et des administrations locales		1	0
Aucun/pas de réponse (n = 7)	37		
Aucune leçon tirée		1	3
Pas de réponse		3	0

Note : Le total est supérieur à 19 parce que certains pays ont donné plusieurs réponses.

Tableau I.3b : Caractéristiques des pays et conception du projet

Caractéristiques des pays	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Complémentarité avec un projet de santé en cours	1	0
La faible prévalence du SIDA dans le pays a conduit à mettre l'accent sur la prévention, l'information, l'éducation et la communication (IEC)	1	0
Composantes décentralisées	1	0
Populations importantes de réfugiés et d'orphelins	0	1
Solide secteur d'ONG	0	1
Programme de traitement ARV	0	1

nationale et celle-ci prend en général la forme d'une liste exhaustive de ce qui peut être fait. Comment se décident les activités à financer en priorité dans [nom du pays]. En quoi consistent les procédures d'établissement des priorités ?

Les chefs d'équipe de neuf pays (47 %) ont indiqué qu'il n'y avait pas réellement de procédures pour établir les priorités dans ces pays : tout ce qui est conforme à la stratégie nationale au sens large et/ou qui figure dans la liste des activités autorisées (ou ne figure pas

dans la liste de ce qui ne peut être financé) est financé (Tableau I.4)⁴. Dans quatre pays (22 %), un certain ordre des priorités est établi sur la base des divers volets du projet, comme par exemple les interventions ciblées, les orphelins, les traitements ou les interventions sur les lieux de travail. Dans deux pays, et pour le secteur public dans un troisième, les priorités des projets ont été définies en fonction des activités des autres bailleurs de fonds ainsi qu'en fonction de divers indicateurs. Dans quatre pays, le chef d'équipe a indiqué avoir

Tableau I.4 : Processus d'établissement des priorités

Processus	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Pas de processus d'établissement des priorités (n = 9)	47		
Il y a une liste de choses qui peuvent ou ne peuvent être financées, sinon pas de priorités établies. Ce qui est demandé est financé.		3	1
Pas de réelles procédures pour l'établissement des priorités par les autorités ; tout ce qui est conforme à la stratégie nationale au sens large est financé.		1	4
Priorités établies sur la base des volets du projet/du contenu du projet (n = 4)	21		
Priorité aux interventions ciblées		1	0
Priorité aux interventions sur les lieux de travail		1	0
Priorité aux orphelins		0	1
Priorité aux traitements		0	1
Priorités révélées par les décisions des autorités (n = 4)	21		
Priorité aux interventions ciblées		1	0
Priorité à la prévention		2	0
Priorité à la sensibilisation des populations/IEC		0	2
Autres principes guidant l'établissement des priorités (n = 9)	47		
Équilibre à établir entre prévention et traitements		0	1
Prise en considération de ce que financent les autres bailleurs de fonds		0	2
Couverture provinciale/géographique		2	0
Tous les groupes sont tenus d'établir leurs priorités dans leurs propres plans d'action.		2	1
Activités prioritaires basées sur les indicateurs, en collaboration avec d'autres bailleurs de fonds	1	0	
Pressions exercées par les chefs d'équipe au sujet du contenu des projets (n = 4)	21	2	2
Pas de réponse (n = 1)	5	1	0

Note : Le total est supérieur à 19 parce que certains pays ont donné plusieurs réponses.

Tableau I.5 : Attention systématique aux comportements à haut risque

Intervention/politique	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Problème systématiquement traité par le secteur public (n = 4)	21		
Importance majeure accordée par les autorités aux interventions ciblées sur les groupes à haut risque (GHR)		3	0
« Zones chaudes » identifiées dans le cadre d'opérations de cartographie et qui incluent les GHR et les activités les concernant. Ces activités sont prioritaires		1	0
Problème non systématiquement traité par le secteur public (n = 9)	47		
Problème traité par les ONG, mais aucune importance particulière ne lui est attachée		2	2
Un domaine auquel les ONG accordent une attention particulière		0	1
Les ONG, certains ministères, une demande de MAP pour un groupe (prisons), mais le CNLS ne traite pas systématiquement ce problème		3	1
Problème non traité (n = 5)	26		
Le Projet vise à identifier les HRG		0	1
Aucun élément du projet ne garantit que ce problème sera traité		1	3
S.O. (n = 1)	5	1	0

exercé des pressions pour inclure certaines activités prioritaires (modification du comportement, IEC pour les groupes à haut risque, activités du ministère de la Santé) ou pour opérer une certaine sélectivité.

Les chefs d'équipe ont parfois indiqué ce qui s'est révélé être la priorité réelle des autorités (quel que soit le processus — interventions ciblées, prévention, sensibilisation des populations) ou ont noté que les priorités étaient établies indépendamment par les différents niveaux de l'administration (trois pays).

Quelles sont, le cas échéant, les interventions qui sont financées pour réduire les risques de la transmission parmi les personnes qui ont un comportement à haut risque ? Y a-t-il dans le projet un élément quelconque qui garantisse que cette question sera traitée ?

Dans quatre pays seulement (22 %) — tous inclus dans MAP I — le problème posé par les comportements à plus haut risque est systématiquement traité par le secteur public (Tableau I.5) ; dans neuf

pays (50 %), il n'est traité que dans la mesure où les ONG gèrent ce genre d'activités ; dans cinq pays (28 %), rien dans le projet ne garantit que les comportements à haut risque soient systématiquement traités (sur les cinq pays, quatre sont inclus dans MAP II). Ainsi, dans la mesure où ces activités sont organisées, elles le sont davantage dans les pays MAP I. Elles sont en grande partie reléguées aux ONG et, dans les pays MAP II, il y a peu de chances que des dispositions aient été prises dans ce domaine.

Engagement des autorités

Il a été demandé aux personnes interrogées de caractériser le degré d'engagement des autorités à s'attaquer au VIH/SIDA avant le lancement du projet et — pour les projets en vigueur depuis au moins 12 mois —, on leur a demandé si l'engagement s'était renforcé, avait baissé ou était resté le même et, dans le cas où il avait changé, comment pouvait-il être caractérisé au moment de l'enquête. Les questions concernaient cinq niveaux de l'appareil de l'État : les plus hauts échelons ; le ministère de la Santé ;

d'autres secteurs ; le parlement/corps législatif ; et les bureaux locaux/régionaux. Les réponses se situaient sur une échelle à six points : très élevé, élevé, moyen, faible, inexistant, hostile. Il convient de noter que, dans la plupart des cas, les personnes interrogées n'étaient pas présentes lors de la préparation des projets.

Y avait-il une stratégie explicite dans le projet pour accroître l'engagement des autorités nationales ? Si oui, quelle était-il ?

Les chefs d'équipe pour un tiers des pays seulement (six) ont fait état d'une stratégie explicite pour accroître l'engagement des autorités, stratégie portant notamment sur des activités telles que la formation ou des voyages d'étude pour les responsables concernés, ou la sensibilisation en tant qu'objectif de l'Initiative à résultats rapides (Tableau I.6). Dans deux de ces cas, les stratégies consistaient simplement à élaborer un plan stratégique national en demandant à chaque secteur de préparer son propre programme — ce qui est assez courant dans tous les projets.

Stratégies :

Formation pour les parlementaires, les dirigeants :	2
IEC, voyages d'étude pour les fonctionnaires, les parlementaires, les personnalités religieuses :	1
Initiative à résultats rapides axée sur la sensibilisation du public :	1
Élaboration d'un plan stratégique national, création de comités, après l'approbation :	1
Principaux secteurs inclus dans le CNLS, préparation de programmes sectoriels ⁵	1

Si le projet est entré en vigueur depuis au moins 12 mois, dans quelle mesure l'engagement de ces différents groupes a-t-il augmenté ou baissé depuis le début du projet ?

D'après les chefs d'équipe, l'engagement des gouvernants aux **plus hauts échelons de l'État** a augmenté dans la moitié des pays et diminué dans un pays depuis le début du projet (Tableau I.7a). La volonté politique aux plus hauts échelons a surtout augmenté dans les pays MAP I (sur les huit pays en question, sept étaient des pays MAP I) ; selon les indications fournies, le degré d'engagement aux plus hauts échelons est resté inchangé dans la majorité des pays MAP II (cinq sur sept). Cela dénote un niveau d'engagement plus faible aux plus hauts échelons de l'État dans les pays MAP I avant le lancement du projet (engagement jugé très élevé dans deux pays sur onze pays, et élevé dans trois pays sur onze), par rapport aux pays MAP II (engagement jugé très élevé dans cinq pays sur 8 avant le lancement du projet).

Pour le *ministère de la Santé, les autres ministères et le parlement*, le degré d'engagement a semble-t-il augmenté dans à peu près la moitié des pays, et il n'y a guère de différence entre les pays MAP I et II. C'est au niveau des **administrations locales ou régionales** que l'engagement a augmenté dans le plus grand nombre de pays (dix sur 14), là aussi sans qu'on puisse établir une différenciation entre les pays MAP I et MAP II.

Quel est le degré d'engagement actuel des autorités ?

Le degré d'engagement aux échelons les plus

Tableau I.6 : Stratégie adoptée pour accroître l'engagement des autorités

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Oui	32	4	2
Non	58	6	5
S.O.	11	1	1

élevés de l'appareil de l'État (Président, Premier ministre) et parmi les responsables du ministère de la Santé a été jugé élevé ou très élevé par 14 des 17 chefs d'équipe (82 %) qui ont répondu (Tableau I.7b). Les deux tiers environ ont indiqué que le degré d'engagement des responsables des administrations locales/régionales était élevé ou très élevé. Dans la plupart des pays, l'engagement varie selon les ministères, il est élevé dans certains ministères, moyen dans d'autres. Les chefs d'équipe pour trois pays ont jugé moyen ou faible le degré d'engagement aux plus hauts échelons et au ministère de la Santé, et les chefs d'équipe pour quatre pays ont indiqué qu'il en allait de même pour les administrations locales et régionales. Dans un pays, l'engagement du parlement/corps législatif a été jugé inexistant.

Dans quelle mesure ces changements (ou l'atténuation d'un certain désintérêt) peuvent-ils être attribués à l'intervention de la Banque ?

Parmi les chefs d'équipe pour les 13 pays qui ont jugé que le degré d'engagement des autorités avait changé pendant les projets, sept ont entièrement attribué cette évolution à l'intervention de la Banque (dont cinq pays MAP II) et trois en partie (Tableau I.8). Dans trois cas, les chefs d'équipe ont affirmé que les changements n'étaient pas attribuables au projet, et deux d'entre eux ont indiqué qu'ils étaient attribuables à un changement d'équipe gouvernementale.

Action multisectorielle/Questions institutionnelles

Quelles étaient les principales institutions publiques qui participaient à

Tableau I.7a : Changement dans le degré d'engagement

Tendance	Échelons les plus élevés			Ministère de la Santé			Autres ministères			Parlement			Administrations locales		
	I #	II #	I & II %	I #	II #	I & II %	I #	II #	I & II %	I #	II #	I & II %	I #	II #	I & II %
En hausse	7	1	44	5	3	44	4	3	38	4	3	38	5	5	56
Inchangée	2	5	38	3	3	33	3	3	33	2	4	33	2	2	22
En baisse	0	1	6	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ne sait pas/S.O.	2	1	17	3	1	22	4	2	33	5	1	33	4	1	28

Tableau I.7b : Niveau actuel d'engagement

Niveau	Échelons les plus élevés			Ministère de la Santé			Autres ministères			Parlement			Administrations locales		
	I #	II #	I & II %	I #	II #	I & II %	I #	II #	I & II %	I #	II #	I & II %	I #	II #	I & II %
Très élevé	5	5	56	6	2	44	1	1	17	1	2	17	2	4	33
Élevé	3	1	22	2	4	33	4	2	56	5	3	44	4	2	33
Moyen	1	1	11	0	2	11	1	2	17	1	2	17	2	1	17
Faible	0	1	6	1	0	6	0	0	0	0	0	0	1	0	6
Inexistant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0	0
Hostile	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ne sait pas/S.O.	2	0	11	2	0	11	2	1	17	4	0	22	3	0	17

L'action multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA avant le projet MAP ?

Onze pays sur les 17 qui ont répondu (65 %), avaient déjà créé au sein du ministère de la Santé un département SIDA de niveau peu élevé (trois), de niveau moyen (cinq), de haut niveau (trois) (Tableau I.9). Deux s'étaient dotés d'un Conseil national de lutte contre le SIDA (CNLS) basé dans le ministère de la Santé, et trois disposaient d'un CNLS non rattaché à un ministère, qui relevait du Président ou du Cabinet du Premier ministre. Un seul pays n'avait instauré aucun dispositif institutionnel pour le SIDA avant le projet.

Les structures institutionnelles ont-elles changé ? Si oui, ont-elles été influencées***par les critères d'admissibilité du MAP ? Si oui, de quelle façon ?***

Dans les 13 cas où les structures institutionnelles ont changé, les chefs d'équipe ont attribué ce changement aux critères d'admissibilité du MAP et, dans une certaine mesure, aux recommandations de l'ONUSIDA. Dans deux pays où il y avait déjà un CNLS (et par conséquent aucun changement), les chefs d'équipe ne savaient pas exactement si la mise en place du Conseil était un résultat des activités ou des pressions de la Banque (telles qu'une visite du président Wolfensohn de la Banque) avant le projet (Tableau I.10a,b).

Commentaires :

Frictions entre le ministère de la Santé et le

Tableau I.8 : La Banque a-t-elle joué un rôle dans les changements intervenus ?

Réponse	Pourcentage de pays (n = 9)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Oui	39	2	5
En partie	17	3	0
Non	17	1	2
S.O. ou pas de réponse	28	4	1
Ne sait pas	6	1	0

Tableau I.9 : Institutions couvrant le SIDA avant le MAP

Dispositifs institutionnels	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Département de niveau moyen au ministère de la Santé ^a	26	4	1
Département de niveau élevé au ministère de la Santé	16	1	2
Cellule multisectorielle non rattachée à un ministère, mais relevant du Président ou du Premier ministre	16	1	2
Département de niveau peu élevé au ministère de la Santé	16	1	2
CNLS multisectoriel au ministère de la Santé	11	1	1
Aucun dispositif	5	1	0
Unité au ministère de la Santé plus unité multisectorielle en dehors du ministère de la Santé	0	0	0
Pas de réponse/S.O.	5	1	0
Ne sait pas	5	1	0

a. Cette option n'était pas présentée — elle avait été mentionnée par les enquêtes, mais elle s'est révélée la plus courante

CNLS (trois)

Le ministère de la Santé joue un rôle majeur au sein du CNLS (trois) :

- Le ministre de la Santé préside le CNLS.
- Le ministre de la Santé est le premier vice-président du CNLS, et le ministère des Affaires sociales est le second VP.
- Le ministre de la Santé est VP du CNLS, le Ministre du SIDA est rapporteur.

Le programme du ministère de la Santé fonctionne bien, avec/malgré le CNLS (quatre) :

- Le CNLS est une institution solide et crédible, qui a des liens complémentaires avec le Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) — le CNLS centre son action sur la prévention et le PNLS, sur le traitement.
- Le CNLS a permis de renforcer la coordination avec les bailleurs de fonds, la société civile et les administrations locales.
- Le programme SIDA du ministère de la Santé existe toujours ; c'est une source importante d'assistance technique, et beaucoup de ces activités sont encore centrées sur le secteur de la santé. Le CNLS a permis aux autres ministères et aux ONG de bénéficier d'une plus grande au-

tonomie pour définir le contenu de leurs activités et obtenir des financements.

- Le programme SIDA du ministère de la Santé existe toujours et un important volet Santé est exécuté dans le cadre de ce programme.

CNLS inefficace (un) :

- Le CNLS/Secrétariat du CNLS n'est pas très efficace et ne se réunit pas assez souvent.

D'autres problèmes notés au sujet du CNLS ou améliorations apportées (quatre) :

- A besoin d'attirer des agents plus qualifiés.
- Le nombre d'agents est passé de six à 20 après le MAP.
- Le CNLS est désormais doté d'un personnel plus spécialisé et plus compétent, et il pense davantage à élaborer des directives spécifiques et une stratégie de mise en œuvre pour des questions telles que les ARV.
- Au sein du ministère de la Santé, il y a un « coordonnateur national » pour le SIDA plus un représentant MAP, auquel se joindra éventuellement un représentant du Projet régional d'accélération du traitement du SIDA (TAP), tous deux devant rendre compte au coordonnateur national.

Tableau I.10a : Changement des structures institutionnelles depuis l'entrée en vigueur du MAP

Ont-elles changé?	Pourcentage		
	de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Oui	68	7	6
Non	16	2	1
S.O.	5	1	0
Pas de réponse/ne sait pas	11	1	1

Tableau I.10b : En quoi les institutions ont-elle changé ?

Changé en quoi ?	Pourcentage		
	de pays (n = 13)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
CNLS relevant du bureau du Président ou du Premier ministre	92	7	5
Création d'un ministère du SIDA, Secrétariat du CNLS rattaché à ce ministère	8	0	1

Réponse des ONG, des organisations à base communautaire et de la société civile

Avant le projet, dans quelle mesure le contexte général favorisait-il la mobilisation des ONG par les autorités pour les besoins de la lutte contre le VIH/SIDA ? Les autorités soutenaient-elles déjà les ONG ? Y avait-il déjà un mécanisme en place ? S'il n'y en avait pas, le projet a-t-il permis d'en instaurer un ?

Dans la moitié des pays à peu près (dix, soit 55 %), les autorités nationales finançaient déjà des ONG par le canal du ministère de la Santé, et/ou d'autres secteurs (Tableau I.11). Dans huit cas (44 %), l'État ne fournissait absolument aucun financement aux ONG ou aux organisations à base communautaire, même dans le seul cas où il existait bien des mécanismes sur papier, mais qui n'avaient jamais été utilisés. Dans les sept cas où l'État ne finançait pas les ONG auparavant et où il n'existait encore aucun mécanisme, les chefs d'équipe ont indiqué que le MAP avait permis d'instaurer des dispositifs pour soutenir ces organisations. Dans certains pays où l'État finançait déjà des ONG pour travailler sur le front du SIDA, le projet a permis de créer ou de renforcer les mécanismes de financement des organisations à base communautaire et de la société civile.

Dans quelle mesure existait-il des ONG locales/autochtones capables de concevoir, gérer et évaluer les programmes de VIH/SIDA ?

Dans onze des 19 pays (58 %), les chefs d'équipe ont indiqué qu'il existait peu (voire pas du tout) d'ONG locales capables de concevoir, de gérer et d'évaluer des programmes de VIH/SIDA (Tableau I.12).

Comment est déterminé le type d'intervention qui sera financé par telle ou telle ONG ou organisation à base communautaire ? Un ordre de priorité quelconque est-il établi ?

Sur les 12 pays pour lesquels des chefs d'équipe ont donné une réponse, aucune priorité n'est établie dans huit, et pratiquement toutes les propositions soumises sont approuvées si elles répondent aux critères et, dans deux autres, les propositions sont approuvées dans la mesure où elles figurent sur la longue liste des activités approuvées au titre du document d'évaluation du projet et où elles n'apparaissent pas dans la liste restreinte des activités qui ne peuvent être financées. En d'autres termes, il n'y a pas de priorités établies dans dix des 12 pays pour lesquels des réponses ont été données (53 % du total). Dans un cas, le chef d'équipe a déclaré que les priorités avaient été définies lors du

Tableau I.11 : L'environnement des ONG avant le MAP

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
L'État ne finançait ni les ONG ni les organisations à base communautaire	37	3	4
L'État finançait déjà les ONG pour leur travail sur le front du SIDA	26	3	2
L'État finançait déjà les ONG via le ministère de la Santé	16	1	2
L'État finançait les ONG du secteur de la santé ou d'autres secteurs, mais pas pour le SIDA.	11	2	0
Des mécanismes non fonctionnels existaient, mais n'étaient pas utilisés	5	1	0
Ne sait pas	5	1	0

Tableau I.12 : Importance relative des ONG compétentes locales

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Beaucoup/quelques unes	42	4	4
Peu/capacités autochtones restreintes	42	6	2
Pas d'ONG locales pour le SIDA	16	1	2

Tableau I.13 : Établissement des priorités pour les interventions des ONG

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Pas de priorités établies ; presque toutes les propositions sont acceptées.	42	4	4
Doit figurer sur la liste des activités du document du projet (ou ne pas apparaître sur la liste des activités exclues).	11	2	0
Priorités établies par district en fonction du programme de travail, du taux de prévalence, des groupes vulnérables.	5	1	0
Activités prioritaires définies lors du lancement du projet — recueillir des informations sur le VIH/SIDA ; renforcer l'engagement ; atténuer les conséquences du VIH/SIDA.	5	0	1
Pas de réponse.	37	4	3

Tableau I.14a : Succès dans l'accélération de l'acheminement des fonds à la société civile

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Oui	68	7	6
Pour les grandes ONG, mais moins pour les petites	5	1	0
Non	11	2	0
Trop tôt pour se prononcer	11	0	2
Pas de réponse	5	1	0

lancement du projet, mais il n'a pas indiqué si l'établissement des priorités avait été institutionnalisé. Les chefs d'équipe pour les sept pays qui n'ont pas répondu (37 %) ont en général donné des indications détaillées sur le processus d'approbation, mais n'ont pas abordé l'établis-

sement des priorités ou ils ont fourni des renseignements supplémentaires sur la logistique.

Les mécanismes de mise en œuvre/financement prévus par le projet ont-ils permis d'accélérer l'acheminement des fonds

vers la société civile ?

Pour la plupart des pays (13) la réponse était un oui sans restriction et, pour un autre pays, la réponse était oui pour les grandes ONG. Dans quatre cas, les mécanismes de financement n'avaient pas accéléré l'acheminement des fonds, ou il était trop tôt pour se prononcer (ces deux derniers pays étant tous deux des pays MAP II).

Quels sont les goulets d'étranglement éventuels ?

Sur les 18 projets, quatre seulement ont indiqué qu'il n'y avait pas de goulets d'étranglement (Tableau I.14b). Les problèmes prédominants étaient d'ordre **financier et administratif**, et affectaient huit projets (44 %, dont six des sept

projets MAP I signalant des goulets d'étranglement) — problèmes de trésorerie, décaissements trop centralisés, faibles capacités administratives, systèmes bancaires peu développés, lenteur du réapprovisionnement des comptes spéciaux, difficultés d'adaptation des procédures de la Banque aux besoins du projet. Le deuxième goulet d'étranglement le plus fréquent, cité par cinq pays (28 %), était la **faiblesse des capacités des ONG**.

Un troisième problème courant concernait les difficultés liées au **processus de sélection des ONG**, ou de leurs propositions — ingérences politiques, longueur et lourdeur des procédures d'examen, et manque de transparence (quatre pays, 22 %).

Tableau I.14b : Goulets d'étranglement pour le financement des ONG/organisations à base communautaire

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Aspects financiers et administratifs (n = 8)	42		
Comptes spéciaux et problèmes de trésorerie		1	0
Centralisation excessive des décaissements et faibles capacités administratives		1	0
Système bancaire peu développé à la périphérie		1	0
Lenteur du traitement des dossiers		1	0
Lenteur du réapprovisionnement du compte spécial à l'échelon central		1	0
Compte spécial non approvisionné		0	1
Adaptation des procédures de la Banque aux petites ONG		1	0
Agents non formés pour entrer les estimations de coût dans le SIG		0	1
Faibles capacités/résultats décevants des ONG (n = 5)	26		
Renforcement des capacités des petites ONG		1	0
Indicateurs de résultats – leur absence entraîne des retards dans l'approbation		1	0
Faible qualité des propositions des ONG ->révisions		0	1
Obtention de financements pour les ONG qualifiées		0	1
Résultats décevants		1	0
Processus de sélection (n = 4)	21		
Clarification du processus de sélection		1	0
Ingérence politique dans la sélection des sous-projets		0	1
Lenteur de l'examen des propositions par les entreprises sous-traitantes		0	1
L'approbation des propositions importantes qui doivent être agréées par le Secrétariat du CNLS prend beaucoup de temps		0	1
Pas de goulets d'étranglement (n = 4)	21	3	1

Note : Le total est supérieur à 19 parce que certains pays ont donné plusieurs réponses.

Le SIDA et le secteur de la santé

Quel est l'impact du MAP et des structures institutionnelles nationales sur l'engagement du ministère de la Santé ?

Dans la moitié des 8 pays MAP actifs, les chefs d'équipe ont noté un certain désengagement de la part du ministère de la Santé ou des tensions avec ce ministère du fait que les responsabilités avaient été confiées à un comité multisectoriel qui n'en dépendait pas. Dans cinq pays, le mécontentement ou les tensions initiales avaient été neutralisées

(Tableau I.15). Dans quatre pays, le désengagement ou les tensions sont toujours perceptibles, en raison de rivalités institutionnelles ou personnelles. Dans les autres pays, soit la moitié du lot, aucun désengagement n'a été signalé. Cela tenait dans certains cas au fait que le ministère de la Santé dirigeait toujours le programme national de lutte contre le SIDA, qu'un volet spécial du projet avait été conçu pour le Ministère, qu'il avait un rôle prééminent au CNLS, ou que le MAP n'avait pas d'impact sur le dispositif institutionnel du programme d'action.

Tableau I.15 : Degré de désengagement du ministère de la Santé imputable aux exigences institutionnelles du MAP

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Pas de désengagement (n = 9)	47		
Pas de désengagement		2	1
N'a pas modifié le dispositif institutionnel		2	0
Le ministère de la Santé dirige toujours les opérations, avec la participation d'autres secteurs		1	0
Adhésion totale du ministère de la Santé du fait que 1/3 des fonds MAP lui sont attribués.		0	1
Le ministère de la Santé a le plan d'action le plus important et il dirige le programme de traitement		0	1
Le ministère de la Santé est à la tête du CNLS		0	1
Désengagement initial surmonté (n = 5)	26		
Le ministère de la Santé était mécontent au départ, mais il est maintenant responsable des opérations de santé		2	2
Tensions liées au fait que les rôles respectifs du ministère de la Santé/CNLS n'étaient pas clairement définis, mais le Ministre est VP du CNLS.		1	0
Désengagement persistant (n = 4)	21		
Hostilité du ministère de la Santé, à la fois à cause du CNLS et parce qu'il n'a pas obtenu un autre projet de santé		1	0
Effet très négatif sur le ministère de la Santé, luttes intestines entre le Ministère et le CNLS, exacerbées par des différences ethniques, tant au niveau national qu'aux niveaux des États		1	0
Effets négatifs en raison du CNLS et de la création du ministère du SIDA		0	1
Effets négatifs en raison de la rivalité entre le ministre actuel de la Santé et l'ancien titulaire du portefeuille, qui préside maintenant le CNLS		0	1
Pas de commentaires formulés (n = 1)	5	1	0

Quelles ont été les dispositions prises, éventuellement, pour aplanir les tensions ou les problèmes avec le ministère de la Santé?

Les chefs d'équipe pour neuf pays ont indiqué qu'il y avait eu des tensions/problèmes avec le ministère de la Santé et huit d'entre eux ont proposé des solutions. En tête de liste figuraient des entretiens personnels avec le chef d'équipe ou la décision d'examiner toutes les activités touchant la santé directement avec le ministère de la Santé (cinq pays). Dans trois cas, un nouveau ministre de la santé, un nouveau directeur de la santé ou une nouvelle équipe gouvernementale a pris fonction, ce qui a résolu le problème. Dans trois pays, on a cherché à accroître les responsabilités du Ministère pour le projet, ou ses pouvoirs en créant un compte spécial pour lui ou simplement en lui donnant un droit de regard plus important (Tableau I.16.a)

Un compte spécial est-il ouvert au nom du ministère de la Santé ?

La plupart des ministères de la Santé ont des comptes auprès du CNLS et certains ont des comptes spéciaux liés à d'autres projets de santé. Mais, ce n'est que dans quatre pays que le ministère de la Santé a un compte spécial propre dans un programme MAP ; c'est vrai en particulier pour l'Érythrée, où l'action gouvernementale est dirigée à partir du ministère de la Santé. (À noter toutefois que les chefs

d'équipe de cinq pays n'ont pas donné de réponse ou ne savaient pas ; Tableau I.16.b)

S'il y a une opération de santé parallèle, quelle est la relation (formelle et informelle) entre les activités MAP et le projet de santé ? Y a-t-il une coordination ? Une complémentarité ?

Lors de l'interview, il n'y avait pas de projets sanitaires exécutés parallèlement dans sept pays ; dans un huitième pays, il y en avait un axé sur le SIDA et la santé génésique qui ne couvrait pas tout le système de santé⁶. Presque tous les autres pays (huit sur dix) ont fait état d'une bonne coordination grâce à des mesures telles que le partage des mêmes homologues, la supervision conjointe, le même chef d'équipe pour les deux opérations. Le chef d'équipe pour un pays a jugé que le MAP avait entraîné l'éviction de certains des programmes de santé régionaux financés par un programme d'action sectoriel, et un autre pays a indiqué qu'il y avait très peu de coordination entre les projets (Tableau I.17).

Suivi et évaluation

Les indicateurs retenus actuellement sont-ils différents de ceux décrits dans le document d'appréciation préalable du projet ? Si oui, en quoi sont-ils différents ?

Dans près de la moitié des pays ayant des projets en cours (huit, soit 44 %), certains des

Tableau I.16a : Solutions adoptées pour apaiser les tensions entre le ministère de la Santé et le CNLS

Solution	Nombre de pays
Entretiens personnels avec le chef d'équipe ; le chef d'équipe discute de toutes les activités de santé avec le ministère de la Santé	5
Nouveau directeur ou nouveau ministre de la Santé	2
Ouverture d'un compte spécial pour le ministère de la Santé, après l'examen à mi-parcours.	1
Nouvelle équipe gouvernementale et nouveau ministre de la Santé	1
Tentative faite pour faire fonctionner un Comité des traitements et justifier l'ouverture d'un compte spécial sur la base du volume des opérations.	1
Augmentation des responsabilités du ministère de la Santé pour les projets	1

Tableau I.16b : Comptes spéciaux pour le ministère de la Santé

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Oui	21	2	2
Non	53	6	4
Ne sait pas/S.O.	26	3	2

indicateurs des documents du projet avaient été abandonnés et de nouveaux indicateurs avaient été ajoutés. Dans trois pays, les indicateurs du documents du projet avaient été conservés, mais d'autres avaient été ajoutés et, dans sept pays, les indicateurs utilisés étaient les mêmes que ceux des documents du projet PAD (Tableau I.18).

Quels sont les mécanismes en place pour évaluer l'efficacité des interventions exécutées par les ONG et les organisations à base communautaire ?

Les chefs d'équipe ont indiqué qu'aucun des projets ne comportait de dispositions pour évaluer l'efficacité ou l'impact des interventions des ONG et des organisations à base communautaire. Parmi les chefs d'équipe de 17 pays qui ont répondu à cette question, un tiers environ (six, soit 35 %) ont indiqué qu'il n'existait aucun mécanisme du tout pour évaluer l'efficacité des interventions des ONG et des organisations à base communautaire. D'autres se contentaient de suivre les indicateurs de moyens et d'impact (huit pays, soit 47 %), ou soumettaient les projets à des audits

Tableau I.17 : Relations entre le MAP et des opérations de santé concurrentes

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Bonne coordination (n = 8)	42		
Les homologues pour les deux projets sont les mêmes		2	1
Les chefs d'équipe ou les équipes de la Banque sont les mêmes		2	0
Les projets sont supervisés ensemble		1	0
Programmes de travail partagés entre les projets et les activités du Fonds mondial		1	0
Financement des activités complémentaires		2	0
Les produits pharmaceutiques établissent le lien entre les projets de santé et les projets MAP. Le ministère de la Santé est chargé de l'examen des médicaments.		0	1
Éviction de certains projets de santé par le MAP (n = 1)	5		
Un programme d'action sectoriel finance des projets de santé de district ; éviction de certaines activités par le MAP, qui complète en général les projets de santé en finançant les traitements.		0	1
Très peu de coordination (n = 1)	5	1	0
Pas d'opération de santé concurrentes au moment de l'interview (n = 7)	37	4	3
Pas de réponse (n = 3)	16	1	2

Note : Le total est supérieur à 19 parce que les chefs d'équipe pour certains pays ont donné plusieurs réponses. SWAP = Programme d'action sectorielle

financiers ou des audits de gestion (quatre pays, soit 24 %). Certains effectuaient aussi des évaluations externes lors de l'examen à mi-parcours, ou des missions occasionnelles sur le terrain (Tableau I.19).

De quelle assistance technique le projet a-t-il bénéficié pour le suivi et l'évaluation ? Quelle a été l'utilité de cette assistance pour la mise en place et l'exécution des activités de suivi et d'évaluation pour ce projet ?

La plupart des projets ont bien bénéficié d'une assistance technique pour le suivi et l'évaluation, fournie souvent par des sources diverses. La GAMET (Équipe de suivi et d'évaluation de

la lutte contre le VIH/SIDA dans le monde) est la source la plus fréquemment citée, pour 15 pays (Tableau I.20a,b).

Quels sont les principaux points à traiter pour améliorer le suivi et l'évaluation dans ce pays et s'assurer que les résultats sont utilisés pour éclairer le jugement sur les décisions à prendre ?

Les chefs d'équipe pour deux pays seulement ont indiqué que le système de suivi et d'évaluation fonctionnait bien. Pour tous les autres pays, des problèmes sans nombre ont été cités, notamment : la nécessité de recueillir et de diffuser les données pertinentes pour les prises

Tableau I.18 : Indicateurs de suivi et d'évaluation recueillis

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Mêmes indicateurs que ceux des documents du projet	37	4	3
Autres indicateurs recueillis	16	2	1
Certains indicateurs modifiés (certains ajoutés, d'autres abandonnés)	42	4	4
Pas de réponse	5	1	0

Tableau I.19 : Mécanismes d'évaluation pour les ONG et les organisations à base communautaire

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Aucun (autre que, par exemple, les rapports d'achèvement) (n = 6)	32	4	3
Indicateurs (n = 8)	42		
Indicateurs de moyens/d'impact des projets uniquement		0	3
Rapports basés sur les indicateurs essentiels (difficile de dire s'il s'agit des indicateurs de moyens ou d'impact des projets)		3	2
Fiches d'évaluation		1	0
Audits externes (n = 4)	21		
Audits techniques par des consultants recrutés par le Conseil du CNLS		1	0
Audits de gestion et audits financiers		1	2
Évaluations externes (n = 5)	26		
Évaluation à l'occasion de l'examen à mi-parcours		2	1
Missions occasionnelles sur le terrain/missions de supervision		1	1
Pas de réponse ou S.O. (n = 2)	11	2	0

Note : Le total est supérieur à 19 parce que certains pays ont donné plusieurs réponses.

de décision à la périphérie ; la nécessité d'instituer un système d'incitations ; la nécessité d'axer davantage les activités de suivi et d'évaluation sur les résultats, par opposition aux moyens mis en œuvre ; la nécessité de renforcer les capacités de suivi et d'évaluation tant au niveau central qu'au niveau des unités décentralisées ; la tendance de chaque bailleur de fonds à avoir des batteries d'indicateurs différentes ; la nécessité de surveiller la qualité aussi bien que la couverture des services ; le manque d'évaluation de l'impact (Tableau I.21).

Impact

(Si le projet est actif depuis un an au moins), quelles sont les principales contraintes qui empêchent d'améliorer les programmes d'action nationaux de lutte contre le SIDA aujourd'hui ? Le programme MAP a-t-il eu un effet en atténuant l'une quelconque des contraintes initiales ? Lesquelles ?

La faiblesse des capacités d'exécution demeure la principale contrainte citée par les chefs d'équipe de six pays — qu'il s'agisse des capaci-

Tableau I.20a : Assistance technique pour le suivi et l'évaluation

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
GAMET	79	7	8
Consultants	21	4	0
Autres bailleurs de fonds	63		
ONUSIDA		3	1
Consultant/Mesure USAID		4	0
Autres bailleurs de fonds		2	0
CDC		0	2
Économie du développement ^a	5	1	0
Aucune	5	1	0
Pas de réponse/S.O.	5	1	0

a. Département Recherche de la Banque

Tableau I.20b : Commentaires sur l'assistance technique

Commentaire	Nombre de pays
La Gamet a été très utile	3
La Gamet a été utile, mais rendait compte à quelqu'un d'autre que le chef d'équipe ; l'expert en suivi et évaluation doit faire partie de l'équipe globale	1
La Gamet n'a pas été très utile	1
« Techniquement, ils sont utiles, mais il n'y a personne sur place pour appliquer les recommandations »	1
L'assistance technique pour le suivi et l'évaluation a été très utile, faisait partie du système global mis en place pour le suivi et l'évaluation	1
« Il y avait parfois trop à faire (pas forcément du fait de la Banque), le consultant de chaque bailleur suivant sa propre logique. Pas trop peu, juste pas coordonné »	1
« Résultats décevants » du consultant	1

Tableau I.21 : Commentaires sur les principaux points à traiter pour améliorer le suivi et l'évaluation

Commentaire	Nombre de pays
Le système de suivi et d'évaluation (S&E) dans son ensemble n'est pas opérationnel	4
Nécessité de fournir des incitations pour la collecte des données et de renforcer les capacités des provinces pour le S&E	2
Les données sont acheminées vers le centre, mais il n'y pas de directives ou de rétro-information au niveau local	1
Manque de pouvoir du CNLS sur tous les acteurs ; chaque donateur a ses propres indicateurs	3
Faibles capacités de la cellule de S&E du Secrétariat du CNLS, il faut davantage d'agents qualifiés	2
Chaque indicateur a besoin de son propre système de collecte, et le CNLS veut les rassembler tous au lieu de financer d'autres organismes pour le faire	1
Il faut un système de S&E pour l'ensemble du programme, et pas seulement pour le projet	1
Il faut surveiller la qualité des services et pas seulement la couverture des services	1
Les systèmes de S&E actuels sont conçus pour éclairer le jugement des décideurs nationaux, ce qui ne présente aucune utilité pour les responsables de l'exécution des opérations au niveau local	1
Il faut simplifier le système de S&E et l'adapter aux besoins des décideurs locaux pour en faire un outil de gestion	1
Évaluation trop fortement axée sur la production ; doit être centrée sur les résultats	3
Trop d'indicateurs ; nécessité d'obtenir un accord entre organismes/bailleurs de fonds	1
Il faut une bonne méthodologie pour l'évaluation d'impact et pour entrer les données dans le système pour qu'elles puissent être utilisées	1
Formation au système d'information géographique pour comprendre la couverture spatiale	1
Le système de S&E fonctionne bien pour le moment	2

tés du secteur de la santé, du CNLS, ou des ONG et de la société civile. Quatre pays ont indiqué que les ressources financières étaient une contrainte ; dans quatre autres pays par contre, les chefs d'équipe ont fait observer que l'afflux des financements était tel qu'il excédait la capacité d'absorption des pays concernés, qui ne disposaient que d'un réservoir de main-d'œuvre qualifiée limité pour l'exécution des opérations.

Quel est à ce jour l'impact positif et négatif de l'assistance fournie par la Banque à travers le MAP, par rapport au cas hypothétique où il n'y aurait eu ni MAP, ni assistance de la Banque ?

Il convient de garder à l'esprit que les pays MAP I en sont, pour la plupart, au stade de l'examen à mi-parcours ou quasiment au stade final, alors que de nombreux pays MAP II ne sont entrés en vigueur que depuis un an à peine. Les princi-

paux éléments cités par les chefs d'équipe, par rapport au cas hypothétique où il n'y aurait pas eu de programme MAP, sont une volonté politique plus affirmée de la part des autorités et une plus grande mobilisation des communautés (neuf pays, soit 50 %) ; une réelle prise de conscience que le VIH est un problème (huit pays, soit 44 %) ; des institutions plus solides et des moyens d'action plus importants, notamment des institutions multisectorielles (huit pays, soit 44 %) ; une influence sur les autres bailleurs de fonds en ce sens que la Banque a joué un rôle de catalyseur pour les financements ou amélioré la coordination entre les donateurs (six pays, soit 33 %) ; un accès plus large aux traitements/soins (cinq pays, soit 28 %, dont 4 pays MAP II) ; la production de biens publics tels que la réalisation d'enquêtes, la mise en place d'une surveillance, la production de rapports stratégiques (Tableau I.23). **Aucun chef d'équipe**

Tableau I.22 : Contraintes actuelles, qui entravent le programme de lutte contre le SIDA

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Faibles capacités de mise en œuvre (n = 6)	32		
Déficiences, faibles capacités de mise en œuvre du secteur de la santé		2	2
Nécessité de renforcer les capacités du CNLS (formation, main-d'œuvre, efficacité structurelle, spécialisation)		2	0
Manque de participation de la société civile		1	
Capacités des ONG		0	1
Argent – trop peu (n = 4)	21		
Manque de financements pour les ARV		2	0
Les fonds sont pratiquement épuisés, manque de crédits		0	2
Capacité d'absorption – trop d'argent au regard du personnel chargé de la mise œuvre (n = 4)		21	
Enjeux politiques liés à la masse des financements mis à disposition		2	0
Pénurie de ressources humaines/capacité d'absorption très restreinte		0	2
Problèmes institutionnels (n = 3)	16		
Isolement du ministère de la Santé ; relations tendues entre le ministère de la Santé et le ministère du SIDA, qui compromettront le programme de traitements		1	1
Problèmes institutionnels et structurels, au niveau fédéral, au niveau des États		1	0
Problèmes liés au Programme (n = 3)	16		
Renforcer le suivi et l'évaluation et axer le programme sur l'obtention des résultats		1	1
Améliorer le ciblage/axer davantage la réflexion sur la stratégie		1	1
Nécessité d'instaurer un système pour s'assurer que les interventions cruciales sont « transposées à plus grande échelle »		1	0
Problèmes liés aux traitements ARV (installations de santé, formation du personnel, fourniture de médicaments)		1	0
Manque de coordination (n = 2)	11		
Activités éparses, non coordonnées		1	0
Manque de coordination au sein de l'Administration et entre les bailleurs de fonds, il y a un tel afflux de fonds		0	1
Questions sociales (n = 1)	5		
Stigmatisation		1	0
Pas de réponse ou S.O. (n = 3)	16	2	1

Note : Le total est supérieur à 19 parce que certains pays ont donné plusieurs réponses.

n'a mentionné l'évolution positive des comportements, la diminution des nouveaux cas d'infection (par opposition à la prévalence du VIH), ou la baisse de la morbidité ou de la mortalité⁷. Les chefs d'équipe de trois pays ont évoqué les

effets négatifs — ressentiment d'autres bailleurs de fonds, antagonisme entre le ministère de la Santé et le CNLS, le manque de transparence au sein du CNLS.

À votre avis, le MAP est-il plus ou moins

efficace qu'un projet d'investissement type sur le VIH/SIDA préparé dans une situation sans urgence dans ce pays ?

La vaste majorité des chefs d'équipe ont déclaré que le MAP était efficace, ou bien plus efficace qu'un projet d'investissement VIH/SIDA type (12 pays), alors que deux chefs d'équipe ont jugé qu'il était aussi efficace et qu'un troisième ne savait pas exactement qu'elle était la différence entre un projet MAP et un projet d'investissement type. Un chef d'équipe a noté que, pendant la phase de préparation, le MAP était moins efficace parce que les responsables concernés s'en tenaient à un modèle et étaient peu disposés à l'adapter aux conditions locales, mais qu'il était plus efficace dans la phase de mise en œuvre parce qu'il était possible d'adapter le projet en modifiant l'accord de don de développement. À noter que quatre seulement des chefs d'équipe interrogés étaient en place lors de la préparation des projets, époque où l'on travaillait activement sur le « modèle » et les préparatifs d'urgence, de sorte que la plupart d'entre eux n'étaient peut-être pas aussi informés pour la phase de préparation, en particulier pour le premier MAP. Les principales raisons qui conduisent les chefs d'équipe à penser que les MAP sont plus efficaces tiennent au fait qu'ils permettent une stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA, soutiennent les communautés et offrent des possibilités d'adaptation (Tableau I.24).

Évolution future du MAP

Les nouveaux apports de ressources financières du Fonds mondial et du PEPFAR ont-ils influé sur le contenu du MAP ? Si oui, en quoi ?

Sur les 16 chefs d'équipe en fonction pour les 18 projets, sept (37 %) ont indiqué que ces nouvelles sources de financements n'avaient pas influé sur le contenu du MAP à ce jour (Tableau I.25). Dans certains de ces cas, elles financent des éléments que le MAP ne finance pas. L'autre moitié des chefs d'équipe (44 %) a estimé qu'elles avaient influé sur le contenu

du MAP (3) ou qu'elles le feraient une fois que les fonds commenceraient à arriver (cinq). Pour les projets dont le contenu avait déjà été modifié du fait des nouvelles ressources, il a été noté que la participation d'autres financiers avait réduit l'influence financière de la Banque et l'avait contrainte à recentrer ses activités en fonction de ses avantages comparatifs, que grâce à ces nouveaux apports, le financement des traitements pouvait être transféré à d'autres bailleurs de fonds, et que l'afflux important de fonds mettait en lumière la nécessité pour les autorités nationales et les bailleurs de fonds d'établir les priorités car la capacité d'absorption des pays était limitée.

Dans quelle mesure l'existence d'une masse plus importante de fonds a-t-elle influé sur la pertinence du MAP ? Sa démarche reste-t-elle pertinente ?

Il n'y avait en fait que deux réponses à cette question — démarche toujours pertinente (deux tiers des enquêtés) et pas de réponse (un tiers, Tableau I.26). Ceux qui ont confirmé la pertinence ont donné des raisons telles que l'ampleur des besoins, la démarche unique du MAP (centrée sur une action multisectorielle et l'utilisation des administrations locales et des ONG), et les préoccupations des autorités quant à la prévisibilité et à la pérennité des autres sources de financement (le Fonds mondial en particulier). Dans deux cas, les enquêtés ont observé que, si la démarche du MAP restait pertinente, les autres pourvoyeurs de fonds avaient surtout centré leur action sur les traitements et que le MAP devait recommencer à centrer fortement ses activités sur la prévention.

Quels sont les changements que vous apporteriez, le cas échéant, à la conception ou à la méthode d'approche de la Banque en matière d'assistance sur le front du VIH/SIDA dans ce pays pour les prochaines opérations de prêt ?

Un tiers des chefs d'équipe (4 pays MAP I, 2 pays MAP II) ont indiqué qu'il fallait modifier la

Tableau I.23 : Impact du MAP à ce jour

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Effets positifs			
Engagement, mobilisation (n = 9)	47		
Volonté politique plus affirmée		0	1
Mobilisation plus importante des communautés/de la société civile		4	3
Moyens d'action donnés aux administrations locales, aux responsables locaux de l'exécution des opérations, fourniture d'info., coordination ; décentralisation		2	2
Sensibilisation plus grande, acceptation du VIH en tant que problème		5	3
Institutions (n = 8)	42		
Activités multisectorielles		3	1
Institutions/capacités renforcées		1	3
Impact sur d'autres bailleurs de fonds (n = 6)	32		
Le MAP a incité d'autres donateurs à apporter leur contribution au programme		1	2
Amélioration de la coordination des bailleurs de fonds, utilisation d'un système unique de suivi et d'évaluation		1	3
Traitements (n = 5)	26		
Accès des pauvres aux ARV, accès plus large aux traitements		1	1
Mise en place d'un cadre institutionnel pour élargir l'accès aux traitements/soins		0	3
Biens publics (n = 4)	21		
Des données d'information plus importantes sur l'épidémie grâce aux enquêtes, aux activités de surveillance		1	1
Cadre stratégique révisé		1	1
Autres effets (n = 8)	42		
Stabilisation de la prévalence du VIH		2	0
Mobilisation d'une masse très importante de fonds		1	0
Davantage d'individus dépistés, informés de la situation		1	0
Les activités n'auraient pas atteint une telle ampleur		1	0
Financement de produits (d'autres financent essentiellement l'assistance technique)		1	0
Diminution de la stigmatisation		0	1
Meilleure gestion des déchets médicaux		0	1
Changement des comportements		0	0
Effets négatifs (n = 4)	21		
Ressentiment d'autres bailleurs de fonds		1	0
Pas d'impact sur la prévalence, les soins ou le comportement		1	0
Antagonisme entre le ministère de la Santé et le CNLS		0	1
Manque de transparence		0	1
Pas de réponse/S.O. (n = 2)	11	1	1

Note : Le total est supérieur à 19 parce que certains pays ont donné plusieurs réponses.

Tableau I.24 : Efficacité du MAP par rapport à un projet d'investissement type

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Bien plus efficace	11	2	0
Plus efficace	53	5	5
Aussi efficace	11	1	1
Moins efficace	0	0	0
Bien moins efficace	0	0	0
Ne sait pas — en quoi le MAP est-il différent ?	5	1	0
Moins efficace pendant la phase de préparation, parce que les responsables s'en tenaient au « modèle » et qu'ils étaient peu disposés à l'adapter aux réalités locales. Plus efficace pendant la phase de supervision parce qu'il est possible de l'adapter en amendant l'Accord de don de développement et que ACTafrica n'intervient pas dans la supervision.	5	0	1
Pas de données/S.O.	16	2	1

Tableau I.25 : Influence des autres financements sur le contenu du MAP

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Pas d'influence	37		
Pas d'influence		1	3
Pas d'influence, les autres financent des éléments que le MAP ne finance pas, ils complètent le MAP		2	1
Pas encore, parce que les fonds ne sont pas encore arrivés	26	3	2
Oui, ils ont eu de l'influence	21		
Financement des traitements transférés à d'autres bailleurs de fonds		1	0
Mettent en lumière la nécessité d'établir des priorités à cause des problèmes de capacités d'absorption		0	1
Ils ont amoindri l'influence financière de la Banque		1	0
Ils ont contraint la Banque à recentrer son action en fonction de ses avantages comparatifs		1	0
Pas de données — Pas d'autres financements	5	0	1
Ne sait pas	5	1	0
Pas de réponse	5	1	0

méthode d'approche générale de la Banque et faire une place plus grande à la prévention (puisque d'autres bailleurs de fonds finançaient les traitements), au dialogue avec les autorités et à la stratégie, et chercher davantage à travailler

avec les pays pour les aider à dégager leurs propres solutions (au lieu d'appliquer un modèle donné) (Tableau I.27). Cinq chefs d'équipe n'ont pas répondu à cette question. D'autres suggestions concernaient des

Tableau I.26 : Impact des autres sources de financement sur la pertinence du MAP

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Oui	63		
Toujours pertinent		3	3
Conditions du MAP jugées favorablement par rapport au Fonds mondial, à d'autres bailleurs de fonds		1	1
Le MAP maintient sa démarche multisectorielle, avec recours aux concours des administrations locales et des ONG		3	0
Les autorités nationales et les ONG doutent de la pérennité et de la prévisibilité du Fonds mondial et d'autres bailleurs de fonds		1	0
S.O.	5	0	1
Pas de réponse	32	3	3

problèmes particuliers aux pays, qui pouvaient être répartis en trois grandes catégories : financement (quatre, soit 22 %), problèmes multisectoriels (deux, soit 11 %), et interventions spécifiques (deux).

Les critères d'admissibilité pour le MAP étaient-ils utiles et appropriés ?

Près de la moitié (huit, soit 42 %) ont indiqué que les critères d'admissibilité étaient utiles et appropriés, mais presque autant de chefs d'équipe n'ont pas répondu à la question (sept, soit 37 %). Deux chefs d'équipe n'étaient pas d'accord, disant que la sous-traitance n'aurait pas dû être obligatoire dans tous les cas car ce n'était pas toujours la solution appropriée, et que les critères d'éligibilité n'auraient pas dû être imposés sans engager un dialogue ou fournir des explications. Deux chefs d'équipe ne savaient pas si les critères d'admissibilités étaient utiles ou appropriés (Tableau I.28).

Comment les modifier, le cas échéant, pour la prochaine série d'interventions ?

Seuls, les chefs d'équipe pour neuf pays ont répondu à cette question, dont deux ont indiqué qu'ils ne savaient pas exactement comment modifier les critères. Les commentaires des sept pays qui ont répondu sont donnés au Tableau I.29.

Combien de chefs d'équipe y a-t-il eu dans ce pays depuis la préparation (préparation comprise) ?

Quatre projets MAP seulement (trois projets MAP I et un projet MAP II) avaient conservé le même chef d'équipe depuis la préparation (Tableau I.30). C'est un nombre étonnamment faible pour les projets MAP II étant donné que la plupart d'entre eux ont été approuvés depuis peu. En fait, trois projets MAP II ont eu trois chefs d'équipe chacun en l'espace de deux ans, et un autre projet en a vu défiler quatre.

Si le chef d'équipe ne vient pas du secteur de la santé, quels sont les problèmes posés au niveau de la gestion de ce projet pour quelqu'un qui n'est pas issu de ce secteur ? Y a-t-il des avantages quelconques à confier la gestion d'un projet à quelqu'un qui n'est pas du secteur de la santé ?

Sept des chefs d'équipe interrogés (39 %) ne provenaient pas du secteur de la santé. Aucun n'a jugé qu'il avait eu des difficultés à gérer le projet. Six d'entre eux ont noté la participation importante de spécialistes de la santé. Un chef d'équipe non issu du secteur de la santé a l'avantage d'être plus crédible lorsqu'il s'agit de proposer une approche multisectorielle (deux réponses). Deux des chefs d'équipe ont

Tableau I.27 : Changements recommandés dans la conception ou la méthode d'approche de la Banque en matière d'assistance sur le front du VIH/SIDA pour les prochaines opérations de prêt, pays MAP

Réponse	Total – MAP I & II		Nombre de pays	
	Pourcentage	Nombre de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays n = 11)	MAP II (nombre de pays n = 8)
Méthode d'approche globale	37	6		
Accorder plus de place à la prévention/laisser les traitements à d'autres bailleurs de fonds			3	
S'attacher à élargir les interventions (ne pas les circonscrire au projet) ; mettre l'accent sur le dialogue avec les autorités, la stratégie, l'évaluation des résultats			1	1
Il faudrait changer d'approche — aider le pays à trouver sa propre solution en posant les bonnes questions, en partageant les expériences, en écoutant les parties prenantes à tous les niveaux, oublier le modèle.				1
Rallier davantage l'adhésion du pays dès le départ				1
Financement	21	4		
Accorder des dons et non pas des prêts			1	1
Mettre tous les financements en commun			1	
Réduire les conditions relatives à la contribution des homologues et des communautés (pour ces dernières, en particulier pour les interventions touchant la mobilisation et la sensibilisation de la population)				1
Aspects multisectoriels	11	2		
Revoir la composante concernant les ministères techniques — trop vertical, pas intégré			1	
Faire plus de place à l'exécution sectorielle de sous-projets au ministère des Transports, au ministère de la Santé etc., en utilisant des comptes spéciaux lorsqu'il y a déjà des opérations de la Banque dans le secteur				1
Interventions spécifiques	11	2		
Accroître l'assistance technique apportée au ministère de la Santé				1
Accroître le soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA avant qu'elles ne tombent malades, en leur donnant de la nourriture, etc.			1	
Autres réponses	5	1		
Si d'autres apports de ressources se matérialisent, recentrer l'action sur la composante communautaire			1	
Pas de réponse	26	5	3	2

indiqué qu'ils avaient pu apporter un appui technique pour les projets communautaires, ce qu'un collègue issu du secteur HNP n'aurait sans doute pas pu faire.

Y a-t-il d'autres observations ou questions que vous souhaiteriez faire ou poser pour cette évaluation ? (Nombre de chefs d'équipe)

Tableau I.28 : Les critères d'admissibilité étaient-ils utiles et appropriés ?

Réponse	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
Oui	42	4	4
Restriction — Sous-traitance ni utile, ni appropriée	5	0	1
Pas appropriés — Les critères auraient dû être proposés, et non pas imposés sans dialogue ou sans explication	5	0	1
Ne sait pas exactement	11	2	0
Pas de réponse	37	5	2

Tableau I.29 : Révisions suggérées pour les critères d'admissibilité

Commentaire	Nombre de pays
Un bon système de suivi et évaluation est nécessaire	3
Les critères devraient être adaptés au contexte du pays, et non pas appliqués comme des moules à biscuits	3
Il faudrait assouplir les procédures de passation des marchés de la Banque	1
La fourniture des ARV doit être « plus ouverte »	1
S'en tenir à la politique des « trois 1 »	1
Faire plus de place à la gestion du programme (par opposition à la sous-traitance)	1
Nécessité de fournir davantage de conseils techniques valables sur le VIH/SIDA	1
Nécessité d'élaborer des plans véritablement stratégiques, avec établissement des priorités	1

Tableau I.30 : Nombre de chefs d'équipe à ce jour

Nombre de chefs d'équipe	Pourcentage de pays (n = 19)	MAP I (nombre de pays)	MAP II (nombre de pays)
1	21	3	1
2	37	5	2
3	26	2	3
4	11	1	1
Question non posée	5	0	1

Questions à examiner

- Dans quelle mesure est-il important de donner des fonds à chaque ministère ? (un)
- Quels sont les arrangements institutionnels les plus efficaces et les plus efficaces pour le financement des ONG ? (un) Écrire une note établissant un bilan pour l'action communautaire (un)
- Quelle est la manière la plus efficace de transposer une intervention à plus grande échelle ? (un)
- Note sur la façon d'avoir un impact même lorsque les prêts d'un pays sont déclarés non productifs (un)
- Les MAP ne traitent pas correctement le problème des orphelins (un)

Enseignements et observations

- « Il n'y avait aucune notion de responsabilité de la part des conseillers du MAP pour le contenu », attention exclusivement portée sur les moyens. C'était « chaotique et irresponsable », en particulier à cause de la hâte imposée pour la préparation (deux).
- Il y a eu trop de précipitation — nous finançons maintenant des « communautés » de cinq personnes (un). Il n'aurait pas fallu exercer autant de pressions pour accélérer à ce point la préparation des projets MAP. En/au [nom du pays], ça n'a pas fait une grande différence parce qu'il y avait déjà eu un projet SIDA. Mais dans d'autres pays, cela s'est traduit par un certain désintérêt et une moindre participation de la société civile, et par l'impossibilité de traiter les problèmes de fraude et de corruption, et d'exploiter les données d'expérience des précédents projets de santé (1, citant 2 autres pays).
- « Il n'est pas possible de traiter le SIDA sans améliorer les systèmes de santé » Il faut revenir à cette priorité (deux).
- Beaucoup d'argent a été dépensé pour la formation et les ateliers, mais pas pour la mise en œuvre (un).
- Dans les petits pays, qui n'ont pas besoin de financement, il est peut-être plus judicieux de fournir une assistance technique (un).
- La grande masse d'argent fournie par le Fonds mondial fausse le dialogue avec les au-

torités, réduit le sentiment d'adhésion des pays et demande plus de temps à tous ceux qui sont sur le terrain. Lorsque vous savez que 75 % du budget du ministère de la Santé sont absorbés par les salaires, il est clair que les financements fournis pour le SIDA sont nettement plus importants que le budget de fonctionnement hors salaires du ministère de la Santé (un).

- Je ne comprends pas en quoi consiste « l'approche du MAP » (un).
- L'initiative à résultats rapides (RRI) est un processus qui part de la base, sans accord des hautes sphères pour modifier les règles ; la Banque ne peut déroger aux directives concernant les consultations de fournisseurs locaux lorsque l'horizon de temps est de trois mois. Le modèle Accelerating Results Together (ART), utilisé depuis 1992, permet aussi d'obtenir des résultats en 100 jours (un).

Recommandations

- Tous les chefs d'équipe devraient avoir deux semaines de formation sur le fond (un, chef d'équipe non issu du secteur de la santé).
- Il est plus qu'utile d'avoir un chef d'équipe sur le terrain (un).
- Le ministère de la Santé a encore besoin d'une assistance importante (un).
- Le prochain MAP doit rester simple (un).

ANNEXE J : ENQUÊTE AUPRÈS DES DIRECTEURS DES OPÉRATIONS DE LA BANQUE MONDIALE POUR LES PAYS AFRICAINS

L'OED a interviewé 16 directeurs des opérations (actuels ou anciens) chargés de 26 des 28 projets actifs du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA (MAP) pour l'Afrique. Lorsque c'était possible, le directeur des opérations actuel et celui qui était en fonction au moment de l'approbation du projet ont été interrogés. Dans de nombreux cas, il n'y avait pas eu de changement, et un directeur des opérations pouvait être chargé de un à quatre pays. Globalement, deux directeurs des opérations ont été interviewés pour sept pays, et un directeur unique pour 19 pays. Les interviews ont pris place entre juin et juillet 2004.

L'OED a posé dix questions ouvertes couvrant les thèmes suivants :

- Le dialogue avec les autorités nationales
- La pertinence de l'assistance apportée par la Banque (en particulier ses avantages comparatifs dans ce domaine, et la pertinence de la méthode d'approche du MAP dans le passé et actuellement)
- Le SIDA et l'allocation des ressources dans le portefeuille-pays
- L'efficacité de l'assistance de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA pendant tout le MAP.

Une dernière question permettait aux personnes interrogées d'évoquer d'autres questions qu'elles jugeaient utiles de soulever dans le cadre de l'évaluation de l'OED.

La présente annexe résume les réponses des directeurs des opérations. Dans de nombreux

cas, les réponses ne s'excluent pas mutuellement parce que l'enquête soulève plusieurs points dans une seule réponse. Lorsque c'est le cas, une note le mentionne au bas du Tableau. Les questions posées aux directeurs des opérations concernaient chacun des pays dont ils étaient responsables et, dans toute la mesure du possible, les réponses sont présentées tant au niveau des personnes interrogées (échantillon maximum de 16) qu'au niveau des pays observés (échantillon maximum de 26). Dans un petit nombre de cas toutefois, les réponses sont trop générales pour être attribuées à des pays en particulier, de sorte que les résultats ne sont donnés que pour l'échantillon des 16 directeurs des opérations.

Éléments d'appréciation : Participation des directeurs des opérations au dialogue avec les autorités nationales sur le VIH/SIDA

L'OED a demandé aux directeurs des opérations s'ils avaient participé à un dialogue quelconque avec les autorités nationales sur le VIH/SIDA et, si oui, quel en était le contenu, quels étaient les participants et dans quelle mesure le dialogue avait été fructueux. Les 15 directeurs qui ont donné une réponse représentaient 25 des 26 pays concernés par les projets MAP, et tous ont indiqué avoir participé dans une certaine mesure au dialogue engagé avec les autorités nationales (Tableau J.1). Dans la très grande majorité des cas, le dialogue portait sur la promotion du MAP en tant que concept, soit avec le pays soit auprès

Tableau J.1 : Participation des directeurs des opérations au dialogue engagé avec les autorités nationales au sujet de la politique de lutte contre le VIH/SIDA

Question	Directeurs des opérations (n = 15)		Pays (n = 25)	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Sensibilisation des opinions, le VIH par rapport à la stratégie nationale, promotion de la participation de l'État au MAP	11	73	16	64
Collaboration harmonieuse avec les partenaires de développement et réduction des tensions ou de la résistance suscitées par les projets MAP ^a	6	40	6	24
Solution des problèmes opérationnels	5	33	6	24
Tensions entre le ministère de la Santé et le CNLS ou d'autres organismes	4	27	5	20
Dialogue touchant la prévention du VIH/SIDA, les traitements et les soins, et notamment les ARV	3	20	5	20

Note : Les réponses ne s'excluent pas mutuellement.

a. Un directeur des opérations a indiqué que des bailleurs de fonds s'étaient activement opposés au MAP dans un des pays.

des bailleurs de fonds (ou les deux) — ce qu'ont fait les trois quarts des directeurs des opérations dans près des deux tiers des pays. Cinq des directeurs des opérations ont

mentionné la participation de dirigeants de la Banque mondiale (le Président ou le Vice-président de la Région Afrique) ou de responsables de haut niveau d'autres organismes

Tableau J.2 : Avantage comparatif de la Banque dans le domaine du VIH/SIDA

Réponse	Directeurs des opérations (n = 16)		Pays (n = 26)	
	Nombre	%	Nombre	%
Accès aux hauts fonctionnaires de l'État, pouvoir de convocation, aptitude à élaborer des plans d'action et à sensibiliser les opinions	14	88	17	65
Optique multisectorielle, aptitude à travailler à l'échelle nationale plutôt qu'à une échelle restreinte au plan géographique ou sectoriel, capacité à présenter le VIH comme un problème de développement	9	56	11	42
La Banque est en mesure de fournir des financements importants et de faciliter l'accès au savoir	6	40	12	46
Aptitude à contribuer à mettre en place des institutions et des procédures opérationnelles et à faciliter l'instauration de l'ordre et de la discipline dans les prises de décisions publiques	6	40	7	27
La Banque est en mesure d'agir rapidement et en souplesse	2	13	5	19
Disposition à prendre des risques	2	13	2	8
Engagement antérieur dans le secteur de la santé	1	6	1	4

Note : Les réponses ne s'excluent pas mutuellement.

baillleurs de fonds au dialogue dans cinq pays (non cités).

Dans un cinquième des pays, le directeur des opérations est intervenu pour apaiser les tensions que la création de nouvelles institutions dans le cadre du MAP avaient fait naître entre le ministère de la Santé et le Conseil national (entité plurisectorielle) de lutte contre le SIDA (CNLS). La participation des directeurs des opérations au dialogue sur les questions de fond, telles que l'importance relative de la prévention et les questions touchant la politique de traitements, a été relativement faible, ne concernant qu'un cinquième des pays et des directeurs.

Pertinence de l'assistance de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA

Avantage comparatif de la Banque dans ce domaine

Il a été demandé aux directeurs des opérations en quoi consistait à leurs yeux l'avantage comparatif ou la « valeur ajoutée » de la Banque sur le plan de la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays dont ils étaient/sont responsables. Une majorité écrasante (88 %), représentant approximativement deux tiers des pays, a indiqué que le principal avantage comparatif de la Banque résidait dans le fait qu'elle pouvait facilement avoir accès aux hauts fonctionnaires de l'État, qu'elle avait le pouvoir de convoquer d'autres responsables, qu'elle pouvait définir les plans d'action et sensibiliser les opinions (Tableau J.2). Plus de la moitié ont cité l'optique multisectorielle de l'institution, son aptitude à travailler à l'échelle nationale et à présenter le SIDA comme une question de développement. Au sujet des points forts de la Banque, d'autres ont souvent mentionné sa capacité à mobiliser des fonds et des compétences et à mettre en place des institutions et des procédures, ainsi que son aptitude à faciliter l'instauration de l'ordre et de la discipline dans les prises de décisions du secteur public.

Le MAP a-t-il tiré parti de ces avantages comparatifs ?

L'OED a demandé aux directeurs des opérations si le MAP avait tiré parti de ces

avantages comparatifs et s'ils voyaient des avantages ou des inconvénients intrinsèques dans les projets MAP par rapport à d'autres moyens de traiter le problème du SIDA dans le programme de travail et le portefeuille de prêts des pays. Il s'agissait fondamentalement d'une question en deux parties, et seuls trois directeurs des opérations ont répondu à la première partie : deux directeurs (chargés de six pays) ont estimé que le MAP tirait vraiment parti des avantages comparatifs de la Banque, et un autre (parlant d'un pays) a jugé que la préparation avait été bâclée et que les agents auraient dû effectuer des études sectorielles et utiliser celles qui existaient.

Les résultats de la deuxième partie de la question, qui concerne les avantages et les inconvénients de la formule MAP par rapport à d'autres façons de traiter le problème du VIH, sont indiqués au Tableau J.3. Un peu plus d'un tiers des directeurs des opérations ont ergoté sur la prémisse qui transparaissait dans la question, à savoir qu'il existe d'autres possibilités pour le programme MAP (autrement dit, pour eux, des solutions de remplacement) d'exploiter l'avantage comparatif de la Banque. Ils ont noté qu'il existe de nombreuses activités complémentaires qui pourraient être entreprises pour atteindre un objectif donné. Le quart des directeurs ont fait remarquer que le MAP est une activité fondée sur un horizon de temps court, mais qu'elle vise le long terme et que, dans ce cas, un soutien budgétaire fourni par le canal d'une opération sectorielle ou d'un PRSC comportant un volet SIDA est une option plus appropriée. Enfin, le quart des enquêtés ont donné un récapitulatif de ce qu'ils pensaient être les avantages et les inconvénients de la méthode d'approche du MAP (sans la comparer avec d'autres solutions possibles).

Impact de l'augmentation de l'aide des bailleurs de fonds sur la pertinence du MAP

L'OED a demandé aux directeurs des opérations en quoi l'existence de nouvelles sources internationales de financement pour le VIH/SIDA (le Fonds mondial, l'initiative PEPFAR des États-Unis, les fondations et les bailleurs de

Tableau J.3 : Avantages et inconvénients des projets MAP par rapport à d'autres solutions possibles

Réponse	Directeurs des opérations (n = 16)	
	Nombre	%
Le MAP et d'autres instruments et les études sectorielles sont complémentaires, et non des substituts ; il faut travailler avec des objectifs et des problèmes en ligne de mire plutôt qu'en fonction de secteurs ou d'instruments	6	38
À terme, l'approche sectorielle (SWAP) assortie d'un soutien budgétaire pour le VIH serait la meilleure solution	4	25
Avantages du MAP :		
• Grande visibilité		
• Il faut reconfigurer l'ensemble du portefeuille dans l'optique du VIH		
• Les procédures de passation de marché sont mieux adaptées et plus rapides		
• La rapidité de la préparation répondait à l'urgence du problème VIH	4	25
Inconvénients du MAP :		
• L'urgence qui a caractérisé la préparation a soulevé des problèmes ; il aurait fallu qu'elle soit basée sur des études sectorielles, ce qui n'a pas été le cas		
• Le MAP n'est pas une solution à long terme		
• Les pays n'ont pas assez adhéré au MAP, ce qui a terni les relations avec les partenaires de développement	4	25
Pas de réponse	3	19

Note : Les réponses ne s'excluent pas mutuellement.

fonds bilatéraux) avait affecté la pertinence du MAP et l'allocation des ressources de la Banque en faveur du VIH/SIDA (si tant est que cela soit le cas). La capacité d'absorption des pays est-elle encore suffisante pour utiliser les ressources de manière efficiente ? La Banque devrait-elle consolider ou adapter son approche et, si oui, comment ?

Près des deux tiers des directeurs des opérations ont estimé que la stratégie de la Banque serait modifiée ou devrait l'être, indiquant à ce sujet la possibilité qui était offerte d'améliorer les institutions et l'efficacité de l'utilisation des ressources, la nécessité de compléter le financement des antirétroviraux par des investissements dans le système de la santé, et le besoin encore plus impératif d'harmoniser les procédures appliquées par les différents bailleurs de fonds (Tableau J.4). Un directeur seulement sur quatre a jugé qu'aucun changement ne s'imposait.

Allocation des ressources au sein du portefeuille-pays

Dotations en faveur du SIDA par rapport à d'autres priorités

L'OED a demandé aux directeurs des opérations si le niveau actuel des financements alloués au VIH/SIDA dans leurs pays était trop important, trop faible ou à peu près correct par rapport à d'autres problèmes de développement. S'ils jugeaient le niveau trop élevé ou trop faible, ils devaient fournir des explications.

Trois quarts des directeurs des opérations, représentant à peu près deux tiers des pays, ont jugé que le niveau des dotations actuelles était à peu près correct, tandis qu'un quart des directeurs ont jugé que les financements risquaient d'être excessifs au regard de la capacité d'absorption des pays ou par rapport à d'autres priorités (Tableau J.5). À ce sujet,

Tableau J.4 : Impact de l'augmentation de l'aide des bailleurs de fonds sur la pertinence du MAP

Réponse	Directeurs des opérations (n=16)		Commentaires des directeurs des opérations
	Nombre	%	
Il faudrait modifier les stratégies et les politiques de la Banque	10	63	La Banque devrait réduire les financements et centrer son attention sur les institutions, l'examen fiduciaire, d'autres compétences, et l'utilisation judicieuse des ressources. La Banque doit veiller à exploiter les synergies entre elle et le GFATM. La Banque doit harmoniser les politiques et les procédures avec d'autres bailleurs de fonds. Si d'autres décident de financer des médicaments, ils auront besoin de l'appui de la Banque pour soutenir le système de santé, apporter un soutien complémentaire.
Il n'est pas nécessaire de changer la méthode d'approche de la Banque	4	25	Même avec l'arrivée d'autres bailleurs de fonds, il manquera toujours des ressources pour financer les traitements. Le fait que le Fonds mondial n'ait pas élaboré de cadre d'action est une raison pour rester engagé.
Pas de réponse	2	13	
<i>Commentaires supplémentaires</i>			
La capacité d'absorption est toujours restreinte et c'est un réel problème ; les nouvelles ressources financières vont l'exacerber	6	38	9 pays
Les décaissements opérés sur les ressources supplémentaires restent en fait peu importants	4	25	11 pays
La Banque peut jouer un rôle de facilitateur pour l'utilisation des fonds du GFATM, comme elle l'a déjà montré	4	25	5 pays
Les institutions internationales favorisent les pays anglophones de sorte qu'il y aura toujours des besoins non pourvus dans les pays francophones	1	6	

Note : Les réponses s'excluent mutuellement. Les « commentaires supplémentaires » ne s'excluent pas mutuellement.

quelques directeurs ont noté que le niveau de financement n'a aucune importance si la capacité d'absorption est une contrainte insurmontable. Aucun des directeurs n'a dit que les ressources consacrées au VIH/SIDA dans leur pays étaient insuffisantes.

Additionnalité des ressources du MAP

Au moment où le MAP a été proposé, il était entendu aussi que les ressources allouées par l'IDA à la lutte contre le VIH viendraient s'ajouter aux allocations de l'Association par pays, et que par conséquent le montant des

Tableau J.5 : Allocations en faveur du VIH/SIDA dans le portefeuille-pays par rapport à d'autres utilisations possibles

Réponse	Directeurs des opérations (n = 16) ^a		Pays (n = 26) ^a	
	Nombre	%	Nombre	%
Niveau correct	11	69	16	62
Le financement risque d'être excessif au regard de la capacité d'absorption ou d'autres priorités	4	25	6	23
Que les financements soient trop importants ou non n'est pas la question ; la capacité d'absorption est la principale question à prendre en considération	2	13	3	12
N'a pas répondu à la question	2	13	4	15
<i>Commentaires supplémentaires</i>				
La capacité institutionnelle/capacité d'absorption et l'aptitude à utiliser les fonds disponibles sont une source de préoccupations	8	50	9	35
Des fonds supplémentaires seront nécessaires (en particulier si le financement des ARV devient un problème)	2	13	3	12

Note : Le total des réponses concernant les directeurs des opérations et les pays dépasse respectivement 16 et 26 (et donc plus de 100 %) parce que certains directeurs n'ont pas donné la même réponse pour les deux pays ou plus dont ils étaient responsables, et que certains pays avaient eu des directeurs différents dans le temps, qui ne partageaient pas le même point de vue. Les réponses ne s'excluent pas mutuellement.

dotations allouées à d'autres programmes n'en serait pas affecté. On a demandé aux directeurs des opérations si, d'après ce qu'ils savaient, les ressources consacrées au MAP venaient s'ajouter aux allocations de l'IDA à chaque pays,

et d'apporter des preuves à l'appui de leurs dires.

Trois directeurs seulement, responsables de trois pays aussi, ont confirmé « l'additionnalité » des ressources allouées au MAP. Quarante-

Tableau J.6 : Les financements du MAP sont-ils des financements additionnels à ceux de l'IDA?

Réponse	Directeurs des opérations (n = 16)		Pays (n = 26)	
	Nombre	%	Nombre	%
Non, les financements du MAP ne sont pas additionnels	7	44	9	39
Ne sait pas	6	38	7	30
Un directeur des opérations a dit qu'ils n'étaient pas additionnels ; les autres ne savaient pas			3	13
Un directeur des opérations a dit qu'ils étaient additionnels ; les autres ne savaient pas			1	4
Oui, ils étaient additionnels, ou ils ont facilité l'obtention de financements additionnels à l'ensemble du programme d'action pour le pays	3	19	3	13
<i>Commentaires supplémentaires :</i>				
Cela n'avait aucune importance car il n'y avait pas de contrainte au niveau des financements de l'IDA	6	38	11	48

Note : Le nombre des pays est supérieur à 23 parce que, pour deux pays, plus d'un directeur a répondu et que les réponses différaient.

quatre pour cent des directeurs ont dit qu'ils étaient sûrs que les ressources du MAP n'étaient pas additionnelles et plus d'un tiers des directeurs (38 %) ont dit qu'ils n'en étaient pas certains (Tableau J.6). Quoi qu'il en soit, il semble que, dans bien des cas, la question de l'additionnalité ne se soit jamais posée car les ressources de l'IDA étaient suffisantes pour faire face aux besoins du MAP (commentaires spontanés de 38 % des directeurs des opérations, liés à la capacité d'absorption). L'un d'eux a observé que ce n'était pas l'argent, mais plutôt la disponibilité du personnel et les budgets préparation/supervision qui étaient une réelle contrainte.

Le MAP et les prêts au secteur de la santé

Au sujet de l'allocation des ressources à l'intérieur de l'enveloppe IDA, il a été demandé aux directeurs des opérations s'ils avaient une raison quelconque de penser que les prêts liés au MAP ou à d'autres activités VIH/SIDA avaient entraîné « l'éviction » de prêts en faveur de la santé dans les pays dont ils étaient responsables. Une majorité écrasante des directeurs (93 %, responsables de 88 % des pays étudiés)

a soutenu que les prêts liés au MAP n'avaient eu aucune impact préjudiciable sur les fonds disponibles pour les projets de santé (Tableau J.7). De fait, un tiers d'entre eux ont noté que, dans cinq pays, le MAP et d'autres opérations de santé coexistaient et complétaient les activités MAP. Mais plusieurs ont noté que, si les ressources financières mises à disposition par la Banque ne soulevaient aucun problème, les projets MAP pouvaient conduire à priver les opérations ou les activités du secteur de la santé du temps qu'auraient dû leur consacrer certains agents ou cadres de la Banque, et à leur « souffler » des agents de santé locaux.

Efficacité de l'assistance dispensée par la Banque sur le front du VIH/SIDA par le biais du MAP

Principaux résultats de l'assistance de la Banque à ce jour dans le domaine du VIH/SIDA

L'OED a demandé aux directeurs des opérations quel est, à leur avis, l'essentiel du bilan de l'action menée à ce jour par la Banque pour lutter contre le VIH/SIDA dans les pays dont ils sont responsables, *par rapport au cas*

Tableau J.7 : Les prêts liés au MAP ou au VIH/SIDA entraînent-ils l'éviction de prêts en faveur du secteur de la santé ?

Réponse	Directeurs des opérations (n = 16)		Pays (n = 26)	
	Nombre	%	Nombre	%
Non, pas de phénomène d'éviction au détriment de la santé	14	93	23	88
Oui, il y a éviction au détriment de la santé	1	7	2	8
N'est pas sûr	1	7	2	8
<i>Commentaires supplémentaires de ceux qui estiment qu'il n'y a pas d'éviction :</i>				
Les prêts en faveur du MAP et de la santé sont parallèles et se complètent	5	33	5 ^a	19
Les agents et les cadres de la Banque n'ont pas assez de temps disponible pour se partager entre la santé et le SIDA ; c'est une contrainte	2	13	3	12
Les projets MAP privent peut-être le système de santé de certains agents	1	7	3	12

Note : Les réponses des directeurs des opérations s'excluent mutuellement. Le total des pays dépasse 26 (et donc 100 %) parce que deux pays avaient à des moments donnés des directeurs des opérations différents qui ne partagent pas le même point de vue (l'un estimant qu'il y avait éviction et l'autre pas).

a. Au moins 5 pays (19 %), et peut-être non moins de 8 (31 %). (Le directeur des opérations a cité « plusieurs » de ses pays.)

*hypothétique où elle ne serait pas intervenue sur ce front*¹. Il leur a également demandé de mentionner les domaines où ils auraient éventuellement rencontré des problèmes. Pour l'interprétation des réponses à ces questions, il est important de garder à l'esprit que certains des projets MAP II n'ont été approuvés que depuis peu et que les projets MAP I sont en général opérationnels depuis bien plus longtemps. C'est la raison pour laquelle les résultats des pays MAP I et MAP II sont examinés séparément.

Presque tous les résultats cités concernent la mise en œuvre et les résultats intermédiaires. La sensibilisation au problème du SIDA et une volonté politique plus affirmée ont été mentionnées pour plus de la moitié des pays MAP I et des pays MAP II, 71 % pour l'ensemble des pays étudiés, et les améliorations de l'action de la société civile (mobilisation des ONG et renforcement de leurs capacités) ont été citées par environ un enquêté sur quatre pour les deux phases du MAP (Tableau J.8). Les

directeurs des opérations de la moitié environ des pays MAP II ont cité comme un résultat d'importance majeure l'amélioration de la coordination et de l'harmonisation entre bailleurs de fonds, et en particulier le fait que les projets MAP avaient attiré des ressources d'autres donateurs. Les directeurs des opérations pour un pays sur quatre ont mentionné l'expansion des services. Dans trois pays — tous des pays MAP I —, les directeurs ont indiqué que la prévalence du VIH était sans doute plus faible qu'elle ne l'aurait été en l'absence de projet. Ils n'ont généralement pas fourni d'éléments de preuves à l'appui de leurs dires².

Il est à noter qu'aucun des directeurs des opérations n'a parlé de l'incidence que l'aide de la Banque dans la lutte contre le SIDA aurait eu sur les changements de comportement — tels que l'augmentation de l'utilisation des préservatifs, la diminution du nombre des partenaires sexuels occasionnels ou commerciaux, ou la tendance à différer les premiers

Tableau J.8 : Principaux résultats de l'assistance de la Banque dans le domaine du VIH/SIDA à ce jour

Réponse	MAP I (n = 11)		MAP II (n = 13)		Total (n = 24)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Plus grande sensibilisation au problème du VIH et volonté politique plus affirmée	9	82	8	62	17	71
Amélioration de la coordination et de l'harmonisation entre les bailleurs de fonds ; le projet a attiré des ressources d'autres donateurs	0	0	7	54	7	29
Amélioration de l'action de la société civile/ONG	3	27	3	23	6	25
Réduction de la prévalence du VIH par rapport à l'hypothèse « sans projet »	3	27	0	0	3	13
Crédibilité institutionnelle et technique de la Banque établies auprès des bailleurs de fonds	0	0	2	15	2	8
Cadre institutionnel du MAP établi au niveau des pays	1	9	0	0	1	4
Autres résultats	1	9	5	38	6	25
Expansion des activités de distribution des préservatifs, des activités de CDV et des interventions ciblées sur les orphelins						
Améliorations apportées pour les transfusions sanguines						
Promotion de l'accès aux traitements						

Note : Les réponses ne s'excluent pas mutuellement. La vidéoconférence a été écourtée pour un directeur des opérations représentant deux pays, de sorte qu'aucune réponse n'est disponible.

rapports sexuels. Le comportement est la courroie de transmission par laquelle le programme permet d'influer sur la propagation du VIH et d'en réduire l'incidence. Cela ne signifie aucunement que les comportements

n'ont pas changé, mais cela pourrait toutefois indiquer : a) que les personnes interrogées ne font pas le rapport entre la modification des comportements et « l'impact » du programme ; b) qu'il n'existe pas de données de base et de

Tableau J.9 : Efficacité du MAP par rapport à un projet d'investissement type

Réponse	Directeurs des opérations (n = 16)		Observations
	Nombre	%	
Le MAP est plus efficace	3	19	Théoriquement plus efficace en raison de l'importance accordée aux résultats, de l'intensité de la supervision et de l'importance des ressources consacrées à ces activités. Impact remarquable du MAP. Dimension multisectorielle, détermination du Président et de la société civile face aux contraintes de mise en œuvre du secteur public. Possibilité de lancer des opérations régionales couvrant plusieurs pays.
Le MAP reste moins efficace/ inconvenients importants	3	19	Le MAP ignore les réalités locales (insistance de la Banque pour que le VIH ne soit pas traité comme une question de santé, et installation d'une entité multisectorielle au sein de la Présidence, malgré la forte opposition des responsables locaux) Le MAP s'est aliéné des partenaires parmi les bailleurs de fonds et les agences des Nations Unies Pour avoir mis trop « l'accent sur les décaissements et adopté une approche directive, nous avons perdu de la crédibilité et nous sommes passés à côté des véritables priorités ...il aurait été préférable de consacrer des ressources aux priorités essentielles »
Aussi efficace	3	19	Les deux types de projets souffrent de problèmes opérationnels analogues, tels que le manque de fonds de contrepartie « Quant à l'approche du modèle, elle n'a pas vraiment permis d'accélérer quoi que ce soit » « Le MAP a souffert tout autant que d'autres projets ...les problèmes tenaient au manque de préparation et à sa dépendance à l'égard d'un cadre institutionnel qui restait à créer » « Le principal, c'est de dépasser l'instrument ... et d'arriver à définir correctement le problème »
Chacun a ses avantages et ses inconvenients	1	6	Le MAP a permis d'alléger les règles de passation de marché de la Banque et constituent « une forme extrême des projets de développement menés par la communauté », « l'évolution est inévitable ». Ils invitent à abuser des indemnités journalières.
Ne voit pas la différence entre le MAP et un projet d'investissement type	4	25	
Pas de réponse	2	13	

Note : Les réponses s'excluent mutuellement.

données tendanciennes qui permettraient de se former une opinion ; ou c) que les directeurs des opérations concernés n'ont pas de connaissances précises sur la question.

Les problèmes mentionnés au niveau de la mise en œuvre de l'assistance de la Banque dans le domaine du VIH/SIDA et de l'impact de cette assistance concernaient six pays :

- La faible qualité des sous-projets et la lenteur de l'élaboration des plans d'action en dehors du ministère de la Santé.
- L'insuffisance des capacités, tant au sein des pays clients qu'au sein de la Banque.

Les problèmes spécifiques au MAP qui ont été notés sont les suivants :

- Il ne se passe pas encore grand chose sur le terrain. « C'est un problème propre au MAP » (au sujet de deux pays MAP I).
- La Banque a travaillé dans la précipitation pour préparer le MAP en trois mois, puis il a fallu neuf mois pour qu'il entre en vigueur. Elle a de ce fait « forcé le mouvement et elle en a payé le prix » tandis que, pour les projets SIDA non MAP, les gens ont travaillé « d'une manière méthodique et crédible ».
- « Le ministère de la Santé était très jaloux de ses prérogatives, nous avons eu des empoignades homériques avec le Ministre. Il existe un risque réel que l'enthousiasme et l'engagement des fonctionnaires les plus directement concernés ne soit pas ce qu'ils devraient être ».

L'entrée en vigueur du MAP par rapport à un projet d'investissement type

L'OED a demandé aux directeurs des opérations si le MAP était un instrument plus/moins efficace qu'un projet d'investissement type pour enrayer l'épidémie du VIH/SIDA. Le constat surprenant qui a été fait à cette occasion était qu'un directeur sur quatre ne voyait pas la différence entre ces deux types d'opérations (Tableau J.9). Parmi ceux qui ont répondu à la question, les réponses se partageaient également entre plus efficace, moins efficace ou aussi efficace. Au nombre des

avantages du MAP, les directeurs des opérations ont cité sa dimension multisectorielle, l'engagement du Président et de la société civile, la culture des résultats, la supervision plus étroite des ressources et l'aptitude à lancer des opérations régionales. Parmi les éléments que les directeurs ont mentionné comme un facteur de moindre efficacité du MAP par rapport à un projet d'investissement, il convient de citer le manque de préparation du projet et le fait que l'approche du modèle MAP ignorait les réalités et les priorités locales.

Dons et influence de la Banque sur l'emprunteur

L'OED a demandé aux directeurs des opérations en quoi le passage des crédits IDA (pendant MAP I) aux dons en faveur du SIDA (pendant MAP II) avait changé les relations de la Banque avec l'emprunteur ou son influence sur l'emprunteur, ou modifié l'adhésion de l'emprunteur au programme et sa responsabilité, si tant est qu'il y ait eu des changements sur ces différents plans. La moitié des directeurs des opérations ont estimé que le passage des crédits aux dons avait changé l'influence de la Banque — en ce qu'il avait augmenté de façon générale son engagement — et les autres ont répondu qu'ils ne voyaient aucun changement, ou que la question ne s'était pas posée pour eux, ou encore qu'il était trop tôt pour se prononcer. Très peu ont formulé des observations au sujet de l'incidence sur la responsabilité et l'adhésion de l'emprunteur ; deux directeurs ont indiqué que rien n'avait changé du côté de l'emprunteur, et un troisième a établi une distinction entre l'incidence sur l'adhésion du pays, et sur l'adhésion des autorités nationales (Tableau J.10).

Autres questions soulevées par les directeurs des opérations

En conclusion, il a été demandé aux directeurs des opérations s'ils souhaitaient mentionner d'autres questions ou faire état d'autres opinions au sujet des projets MAP ou, plus généralement, au sujet de l'assistance dans le domaine du SIDA au niveau des pays dont ils étaient responsables. Les questions soulevées

Tableau J.10 : Impact des crédits IDA sur l'influence de la Banque, et sur la responsabilité et l'adhésion de l'emprunteur

Réponse	Directeurs des opérations (n = 16)		Pays (n = 26)	
	Nombre	%	Nombre	%
A modifié les relations	8	50	11	42
Aucun changement dans les relations	4	25	9	35
Les dons par opposition aux crédits ne posent pas problème, la question ne s'est pas posée, il est trop tôt pour se prononcer	4	25	6	23
<i>Commentaires supplémentaires de ceux qui estiment que les relations ont changé</i>				
Cela augmentera l'influence de la Banque	3	19	6	23
Cela a grandement facilité l'intervention de la Banque dans le domaine du SIDA	1	6	2	7
Le ministère des Finances s'inquiète de ce que les dons permettront à la Banque d'exercer plus facilement des pressions pour faire passer son propre programme d'action	1	6	1	4
A facilité les interventions dans des domaines transnationaux	1	6	1	4
N'a pas réduit l'adhésion ou la responsabilité des autorités nationales (un directeur observant en outre que les dons impliquent un apport de fonds de contrepartie)	2	13	4	15
Les dons pourraient accroître l'adhésion des pays, mais pas nécessairement celle de l'emprunteur étant donné que les dons peuvent être transmis plus rapidement à la société civile	1	6	1	4

Note : Les réponses s'excluent mutuellement ; les commentaires supplémentaires ne s'excluent pas mutuellement.

par les directeurs des opérations portaient notamment sur les points suivants :

- *Responsabilité.* 1) Il y a un risque que la Banque ne fournisse trop de financement sans contrôle suffisant dans le cadre des opérations du MAP. Dans un pays, le ministère de la Santé aurait dit qu'il fallait saisir les « bonnes occasions », décaisser les fonds et éviter les questions de « responsabilité ». Il y a un problème d'utilisation optimale des ressources et un problème d'application du principe de responsabilité. 2) La question de la responsabilité demeure un problème et les coûts augmentent ; de véritables problèmes se posent lorsqu'il s'agit de transposer des interventions à une plus grande échelle sans augmenter les coûts.
- *Coordination des bailleurs de fonds et situation internationale.* 1) « A mon avis, la situation internationale sur le front du VIH a

quelque chose de déroutant. Les acteurs sont trop nombreux. Si nous pouvions donner aux pays des directives institutionnelles plus larges qui auraient l'aval de la direction et des institutions internationales concernées, ce serait très utile pour nos pays ». 2) Les questions touchant la coordination, l'harmonisation et la simplification des procédures des bailleurs de fonds doivent être soulevées au niveau des directions, aux sièges des bailleurs de fonds, et pas seulement au niveau des pays ou des agents d'exécution. 3) La Banque devrait pouvoir réduire ses interventions dans le domaine du SIDA au fil du temps et passer le flambeau au Fonds mondial, encore qu'il serait peut-être prématuré de le faire maintenant. Si le MAP empêche le Fonds mondial de mobiliser des

fonds auprès de la communauté des donateurs, il faut que la Banque se retire.

- *Le multisectoriel dans la pratique.* La longueur de la préparation pour le [pays x] tenait au « poids trop lourd du bagage multisectoriel ». « Ce genre de choses prend des mois ou des années à préparer dans les administrations ». Les décaissements sont lents. Le message selon lequel le VIH est un problème de développement est un message important, mais nous devrions travailler avec les autorités nationales, et élargir ensuite l'intervention dans la phase de mise en œuvre ».
- *Contraintes liées à la capacité d'absorption.* Ces contraintes sont primordiales dans de nombreux pays étant donné que des masses de fonds encore plus importantes sont allouées pour le VIH/SIDA.
- *Suivi et évaluation.* Nous devons promouvoir et organiser le suivi et l'évaluation en

temps réel, pour aller au-delà des activités formelles, à long terme.

- *Tentation de suffisance.* Comment éviter la tentation de suffisance au sein de la Banque et parmi les pays clients, maintenant que le VIH fait partie du paysage ?
- *Nouveaux instruments.* Que se passera-t-il lorsque le VIH/SIDA sera inclus dans les PRSC ? Quelle sera ou quelle devrait être la base sectorielle des chefs d'équipe de projet ?
- *Ressources allouées à la supervision.* Selon un directeur des opérations, puisque les projets MAP ne sont pas plus complexes que la moyenne des projets et qu'ils n'impliquent pas plus « d'apprentissage par la pratique » que les autres projets, leur supervision n'a pas besoin des ressources supplémentaires allouées à ce titre par le MAP³.

Appendice : Pays couverts par l'enquête

MAP I (12 pays)	MAP II (16 pays)
Bénin	Burundi
Burkina Faso	Cap-Vert
Cameroun	Congo, Rép. dém.
RCA	Congo, Rép.
Érythrée	Guinée-Bissau
Éthiopie	Malawi
Gambie	Mali
Ghana	Mauritanie
Kenya	Niger
Madagascar	Rwanda
Nigéria	Sénégal
Ouganda	Sierra Leone
	Tanzanie
	Zambie

ANNEXE K : RAPPORT DU PANEL CONSULTATIF EXTÉRIEUR

Le Panel consultatif extérieur se félicite de cette évaluation détaillée de l'action de la Banque mondiale en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Nous observons que, bien que l'intervention de la Banque dans ce domaine remonte à 1986, l'assistance fournie par l'institution a considérablement augmenté après 1998. De ce fait, lorsque cette évaluation opportune et importante a été effectuée, moins de sept ans s'étaient écoulés depuis l'augmentation de l'aide financière de la Banque et du nombre de pays bénéficiant d'un appui dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Étant donné qu'il est encore trop tôt, il n'est pas étonnant que l'on ait du mal à évaluer le véritable impact de l'assistance de la Banque à l'échelon des pays, tout particulièrement par rapport à l'objectif ultime de réduire l'incidence du VIH et d'atténuer l'impact de l'épidémie. Le rapport présente cependant des observations et des recommandations importantes ; si ces recommandations sont intégralement mises en œuvre, l'aptitude de la Banque à démontrer l'impact futur de son action sera sensiblement renforcée.

Bien que la Banque mondiale n'ait pas toujours été considérée comme un acteur clé de l'aide au développement dans le domaine de la santé, elle figure parmi les principaux bailleurs de fonds qui soutiennent les activités de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays en développement. Les stratégies et les interventions de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA ont manifestement évolué au fil du temps et il est essentiel qu'elles continuent à progresser à mesure que la communauté internationale en apprend davantage sur les approches qui donnent de bons résultats et que le profil de l'épidémie et la riposte interna-

tionale continuent d'évoluer. Nous espérons que ce rapport aidera à stimuler le dialogue au sein de la Banque. Compte tenu du nouveau rôle de chef de file joué par l'institution, c'est une occasion importante d'utiliser les recommandations de l'évaluation pour renforcer l'action de la Banque mondiale.

Les membres du Panel tiennent à souligner qu'à leur avis, l'évaluation est rigoureuse et qu'ils approuvent ses conclusions dans l'ensemble. C'est dans ce contexte qu'ils font les observations suivantes.

La recommandation peut-être la plus importante et la plus convaincante est absente de cette évaluation — le travail n'est pas achevé. Le Panel est fermement convaincu que la Banque mondiale doit maintenir son engagement de faire de la lutte contre le VIH/SIDA une priorité fondamentale de sa stratégie de réduction de la pauvreté. Nonobstant la participation accrue d'autres acteurs (le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Gouvernement américain, le secteur privé, etc.), la Banque mondiale continue d'avoir ses propres atouts dans la lutte contre le SIDA et un rôle crucial à jouer en tant que co-organisateur des efforts avec l'ONUSIDA.

Le Panel estime que la Banque mondiale devrait adopter une stratégie globale de lutte contre le VIH/SIDA, ce qu'elle n'a pas fait jusqu'à présent, malgré les différentes stratégies régionales et sectorielles mises en œuvre. Le fait que la Banque mondiale n'ait pas de stratégie globale à l'échelle de l'institution reflète un manque de vision. Nous estimons important de formuler et mettre en place une telle stratégie afin de hiérarchiser les activités à l'échelon mondial et national. Cette stratégie

devrait s'appuyer sur les leçons tirées de l'évaluation et de l'évolution de l'épidémie, en tenant compte de la nécessité d'investir dans des mesures d'atténuation rigoureuses et soutenues au sein des pays les plus durement touchés, ainsi que des incertitudes et des risques associés à l'apparition de nouveaux foyers de l'épidémie dans d'autres régions du monde. La nouvelle stratégie doit reposer sur une analyse prospective qui tire les leçons du passé. En particulier, la Banque mondiale doit collaborer avec les pays pour aider à intégrer la prévention, la prise en charge et l'atténuation des effets du VIH dans des structures politiquement, financièrement et institutionnellement durables, telles que le système national de santé, le système éducatif, le système de protection sociale, etc. Le VIH sera présent pendant encore au moins une autre génération.

Le Panel note que l'évaluation a permis de constater que certaines des actions menées dans le cadre des projets de la Banque « ne touchent pas les personnes ayant les comportements à haut risque », ce qui probablement « a réduit l'efficacité et l'impact de l'assistance ». C'est pourquoi le Panel est d'avis que la Banque devrait essayer d'encourager et d'aider les autorités publiques à hiérarchiser les « biens publics » et « les mesures de prévention chez les personnes les plus susceptibles de propager le VIH ». Nous avons cependant deux mises en garde.

Non sans raison, les termes de référence de l'évaluation étaient limités à l'impact des investissements dans la lutte contre le VIH sur le VIH/SIDA. Il n'est cependant pas déraisonnable de supposer que les analyses coûts-avantages des différentes stratégies d'intervention, et par conséquent la sélection des priorités appropriées, pourraient être entièrement différentes si l'on tenait compte d'autres avantages potentiels, comme par exemple la réalisation d'autres objectifs de santé sexuelle et génésique, le contrôle de la tuberculose ou le renforcement des systèmes de santé. C'est pourquoi nous recommandons que la Banque mondiale aide les pouvoirs publics à établir un ordre de priorité et de succession des activités, en mettant l'accent sur

celles qui ont le plus de chances de produire l'impact le plus large et le plus sensible sur l'épidémie, mais qu'elle n'utilise pas ce raisonnement pour exclure l'intégration du VIH dans d'autres programmes de santé, tout particulièrement ceux qui portent sur la santé sexuelle et génésique et la lutte contre les maladies infectieuses, pour autant que ces programmes globaux s'avèrent économiquement efficaces.

D'autre part, l'échelonnement nécessaire des interventions les plus efficaces ou les plus rationnelles risque de conduire à manquer des occasions d'investir dans des interventions relativement aisées, rapides et appropriées, qui pourraient également aider à obtenir ou maintenir l'appui politique en faveur d'un programme national de lutte contre le SIDA. De même, les interventions les plus efficaces à court terme ne sont pas nécessairement les plus durables. Par exemple, il pourrait être politiquement plus approprié de combiner des interventions importantes mais controversées (telles que la prévention ciblée du VIH parmi les utilisateurs de drogues ou les travailleurs du sexe) avec d'autres programmes qui bénéficient d'une aide publique plus importante, comme l'éducation sur le VIH dans les écoles ou les services de conseils et dépistage volontaire, de prise en charge et d'appui. Cela ne diminue cependant en rien la nécessité de centrer les interventions de la Banque mondiale sur les groupes les plus susceptibles de contracter le VIH. Nous estimons également que la Banque doit reconnaître les réalités politiques et les nouvelles notions de « bonnes pratiques » pour envisager un large éventail d'investissements : le message selon lequel un bon programme soutenu et impulsé au niveau local est nettement supérieur à un programme uniquement soutenu par des étrangers et des « experts » reste valable.

Le Panel souscrit entièrement à la deuxième recommandation de l'évaluation concernant le renforcement des institutions nationales, notamment dans le secteur de la santé. Il convient cependant d'insister sur les besoins d'atténuation des pays les plus touchés, tout particulièrement ceux qui ont un nombre important et grandissant d'orphelins. Dans

certains cas, le secteur de la santé peut et doit répondre à ces besoins (ce qui comprend la fourniture de services de prise en charge et de traitement). Dans de nombreux autres cas, d'autres secteurs doivent prendre l'initiative, tels que les secteurs de la protection sociale et de l'éducation. L'évaluation ne met pas clairement en évidence les avantages des services techniques et des programmes spécialisés dans la lutte contre le SIDA (tels que le programme MAP), par rapport à des prêts sectoriels (éducation, protection sociale, etc.), pour faire face aux problèmes d'atténuation. Le plus important, toutefois, est que la Banque mondiale reconnaisse et réponde aux besoins et problèmes particuliers des pays les plus touchés par le SIDA, et qu'elle intensifie ses travaux d'analyse et ses opérations dans les pays pour faire face à ces besoins. D'autre part, étant donné que la Banque est particulièrement bien placée pour mobiliser l'engagement politique et l'action des différents ministères, il est important qu'elle continue à rechercher toutes les possibilités de *prévention* du VIH dans d'autres secteurs que celui de la santé : l'éducation, le développement de l'infrastructure de transport et l'armée sont les domaines d'intervention les plus évidents.

À un niveau plus détaillé, nous constatons que l'évaluation cite un certain nombre de conclusions importantes sans indiquer clairement la voie à suivre. Nous sommes frappés par le fait que l'évaluation indique à plusieurs reprises, en particulier dans l'examen du programme MAP mais aussi ailleurs, que le manque de capacités est l'un des principaux obstacles qui réduisent les chances de succès, sans toutefois recommander un moyen précis d'éliminer ces obstacles. Étant donné que c'est la condition sine qua non de programmes concluants, c'est un domaine dans lequel la Banque pourrait élaborer des modèles pouvant être reproduits. Vu l'action multisectorielle de la Banque mondiale, elle pourrait faire une contribution significative dans ce domaine. L'évaluation présente des éléments attestant de la qualité des travaux d'analyse, mais aussi de l'incapacité à diffuser et utiliser ces travaux pour promouvoir d'autres recherches. Nous ne

sommes pas surpris par cette conclusion, mais nous aimerions que des recommandations plus concrètes soient faites sur la façon dont la Banque aurait pu mener des actions plus efficaces dans le passé, et comment elle pourrait être plus efficace à l'avenir. De même, l'évaluation cite des exemples de partenariats novateurs et concluants avec les ONG et la société civile (au Cambodge et au Brésil, par exemple) et des éléments attestant de la volonté de prendre des risques pour promouvoir ces partenariats, comme dans le programme MAP. La capacité de la Banque à tirer les leçons de ses échecs et de ses succès avec les ONG semble cependant limitée, et elle n'a pas de stratégie globale ou d'aide-pays clairement définie pour analyser ou promouvoir les relations entre l'État et la société civile. Enfin, l'évaluation mentionne des exemples de participation utile et novatrice de la Banque à des partenariats public-privé (comme l'Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA), mais là encore il ne semble pas qu'elle suive une logique bien définie pour hiérarchiser ces efforts. Notre propos n'est pas de critiquer les résultats passés ni les conclusions de l'évaluation — la Banque (comme les autres acteurs) a redressé le tir au fur et à mesure. Il est cependant indispensable de définir la voie à suivre pour combler ces lacunes particulières à l'aide de stratégies explicites et de nouvelles méthodes de travail.

L'évaluation note à juste titre que la Banque mondiale s'est écartée de ses méthodes traditionnelles de planification et d'établissement des priorités pour définir son action dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA. Bien que le Panel partage la conclusion des évaluateurs selon laquelle la Banque s'est parfois trop éloignée de son modèle opérationnel, nous félicitons également les services de la Banque travaillant sur le VIH/SIDA pour s'être montrés prêts à innover, à s'adapter et à prendre des initiatives alors qu'ils ne disposaient pas encore de données fiables sur ce qui est réalisable. Il est certainement préférable d'avoir mis sur plusieurs stratégies, dont certaines se sont avérées concluantes, plutôt que d'avoir attendu de disposer de données probantes et

d'une analyse approfondie avant d'intervenir. Ceci dit, nous approuvons dans leurs grandes lignes deux des recommandations connexes des évaluateurs : les travaux réalisés jusqu'à présent n'ont pas suffisamment investi dans l'apprentissage et l'évaluation systématiques, et les travaux futurs doivent s'appuyer sur les éléments d'information disponibles et continuer à améliorer l'état des connaissances.

Nous suggérons que la Banque mondiale définisse ses priorités en tant que chef de file

des interventions viables à long terme. Cela signifie qu'il faut accorder plus d'importance à l'infrastructure, à l'intégration des programmes, au renforcement du système de santé dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA et aux stratégies clés d'atténuation à long terme en dehors du secteur de la santé. Du moins pour l'instant, d'autres bailleurs de fonds sont mieux placés pour s'occuper des interventions d'urgence, rôle dont s'est chargée la Banque dans le passé.

Helene D. Gayle, médecin, maîtrise de santé publique, directrice du programme VIH, Tuberculose et Santé génésique
Fondation Bill et Melinda Gates,
Seattle, USA

Jeffrey O'Malley, maîtrise ès lettres,
directeur-pays,
Programme pour la technologie appropriée
en matière de santé (Program for Appropriate
Technology in Health - PATH),
New Delhi, Inde

Mechai Viravaidya, *Senateur*, Parlement
de la Thaïlande, fondateur et président du
Conseil d'administration,
Association pour la population et
le développement communautaire,
Thaïlande

Note : Le quatrième membre du Panel consultatif extérieur, M^{me} Mary Muduuli (Ouganda), a fait des suggestions très utiles durant la préparation du présent rapport, mais elle a dû se retirer du Panel avant la finalisation du rapport d'évaluation et n'a donc pu participer à l'exposé.

ANNEXE L : RÉPONSE DE LA DIRECTION

La direction a le plaisir de faire part de ses commentaires sur ce rapport du département de l'évaluation des opérations (OED), qui présente une vue d'ensemble très utile des travaux de la Banque mondiale sur le VIH/SIDA et une chronologie des événements clés intervenus au sein de la Banque et à l'extérieur. Le rapport a pour objectif d'évaluer « l'impact sur le développement de l'assistance de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA, par rapport au scénario fictif "sans assistance" », en examinant « les activités de concertation, les travaux d'analyse et les opérations de prêt ». Il décrit deux phases dans les activités de la Banque pour faire face au VIH/SIDA : les projets et les travaux d'analyse menés entre 1985 et 1997, et l'accroissement considérable, du point de vue de la direction, de l'effort d'innovation depuis 1998. Le rapport résume les évaluations de projets antérieurs. D'autre part, bien que (comme indiqué dans le rapport) aucun des projets réalisés dans le cadre du programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (MAP) ne soit achevé, le rapport évalue leur conception sur la base de l'interprétation des données disponibles par l'OED. Il mentionne, sans les évaluer, les importantes mesures déjà prises par la direction pour faire face à plusieurs des problèmes soulevés. (Certaines de ces mesures sont mentionnées à la fin de la présente note dans le Bilan de l'action engagée par la direction.)

Champ d'application des commentaires.

La direction se félicite de l'ampleur des travaux couverts par ce rapport. La direction considère qu'il est important de déterminer dans quelle mesure les premiers projets de lutte contre le VIH/SIDA ont contribué à renforcer la volonté

politique de lutter contre ce fléau, à améliorer l'efficacité et la portée des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, et à renforcer les institutions et les capacités nationales ; la direction reconnaît également que la réponse initiale de la Banque a été limitée au sein de ses services, par rapport à l'échelle et à l'impact de l'épidémie. S'agissant du programme MAP, il est rassurant de constater que nombre des observations et recommandations de l'OED rejoignent les conclusions des trois examens effectués par la direction (en 2001 et 2002, ainsi que le « Bilan intérimaire » indépendant de 2004, qui a été communiqué au Conseil et est résumé à l'encadré L.1). La direction souhaite toutefois présenter ses commentaires sur quelques aspects particuliers du rapport : les difficultés méthodologiques soulevées par l'examen de l'OED, les enseignements tirés de l'expérience et le traitement de l'assistance de la Banque, la position du rapport sur le rôle des ministères de la Santé, le ciblage des groupes à haut risque dans les efforts de prévention durant les épidémies généralisées, le rôle des communautés ainsi que le suivi et l'évaluation.

Problèmes clés

La présente section présente les commentaires de la direction sur six points qu'elle estime préoccupants dans le rapport de l'OED.

A. Méthodologie et base de données

En raison de la période couverte, le rapport ne tient pas compte de l'évolution majeure intervenue dans l'assistance de la Banque. D'autre part, la direction tient à mentionner deux problèmes de méthodologie.

- Dans son examen du programme MAP, l'OED

Encadré L.1 : Bilan intérimaire du programme MAP

Au cours de l'automne 2003, dans le cadre de ses responsabilités de supervision du programme MAP, ACTAfrica a fait réaliser un examen du programme dans son ensemble. Une équipe composée de trois membres des services de la Banque, deux consultants principal et trois personnes extérieures à la Banque (représentants de l'ONUSIDA, d'un important organisme d'aide bilatérale à la lutte contre le VIH/SIDA et une importante ONG internationale) a passé en revue tous les documents du programme MAP, interviewé les chefs d'équipes de projets MAP et des membres de ACTAfrica, visité un échantillon relativement représentatif de six pays participant au programme MAP et recueilli les commentaires de plus

de 300 représentants des pouvoirs publics, des bailleurs de fonds et des parties prenantes. L'équipe a soumis un rapport préliminaire à ACTAfrica pour commentaires puis rédigé un projet de rapport final faisant état de la réponse de la direction. Comme préalablement convenu, la direction n'a pas corrigé le rapport, à l'exception de quelques erreurs factuelles et précisions. Le rapport a été présenté à l'équipe de direction régionale Afrique en mai 2004 et aux administrateurs en août 2004 avant d'être rendu public. Chaque fois que possible, ses conclusions et recommandations sont prises en considération dans les projets MAP en cours et ont directement aidé à concevoir la deuxième génération de projets MAP.

évalue un vaste programme de la Banque à un stade précoce de l'exécution¹. Le programme MAP a considérablement évolué durant les deux années qui se sont écoulées depuis que l'OED a entamé cet examen. Il n'est donc pas surprenant que certaines conclusions du rapport ne tiennent pas compte des réalisations et activités récentes. En particulier, le Bilan intérimaire de 2004 souligne la nécessité d'une planification stratégique plus rigoureuse, d'une plus grande collaboration avec le secteur de la santé, d'un meilleur ciblage des groupes vulnérables et d'un suivi-évaluation plus approfondi. Bien qu'elle se félicite que les observations et recommandations de l'OED rejoignent pour la plupart les conclusions de ses propres examens et consultations, la direction estime que le rapport aurait dû davantage mettre en avant les efforts intensifs déployés pour résoudre ces problèmes, qui figurent également parmi les domaines d'intervention prioritaires dans

l'ébauche du programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA².

- Notant que l'OED a utilisé dans une grande mesure des examens existants de projets antérieurs de lutte contre le SIDA, des documents relatifs au MAP et des entretiens avec les chefs d'équipes de projets et les directeurs-pays, la direction mentionne deux problèmes liés à la base de données employées. L'OED n'a effectué qu'un voyage d'étude dans un pays (l'Éthiopie) bénéficiant d'un projet MAP. La direction reconnaît que le choix des projets était limité par le calendrier de l'examen ; cependant, l'Éthiopie étant le premier pays où le programme MAP a été mis en œuvre, c'est à bien des égards le moins représentatif du fait que le programme a continué à évoluer depuis son lancement. Ce projet est également l'un de ceux qui ont posé le plus de problèmes

1. L'OED note que son examen du programme MAP couvre tous les projets MAP en cours jusqu'à la fin de l'exercice 04. Des entretiens ont été organisés avec les chefs d'équipes de projets et les directeurs-pays des projets MAP durant l'été 2004 (c'est-à-dire durant l'exercice 05).

2. L'OED note que son évaluation ne cadre pas avec la conclusion du Bilan intérimaire, selon laquelle « les objectifs, l'approche et la conception du programme MAP sont appropriés dans l'ensemble » (l'évaluation conclut que plusieurs hypothèses clés utilisées pour concevoir le programme MAP ne sont pas fondées et identifie un certain nombre de risques importants qui ont été ignorés).

d'exécution. Il a certes permis de tirer des leçons pour les opérations suivantes, mais bon nombre des caractéristiques des projets MAP en sont absentes.

- Vu l'importance du programme MAP pour stimuler une action plus vaste contre le VIH/SIDA, il est plutôt surprenant que, sauf en Éthiopie, l'OED n'ait consulté aucun acteur national concerné par le programme MAP (y compris les pouvoirs publics) ni des membres de la communauté des bailleurs de fonds ou de la société civile.
- Compte tenu du rôle central du comportement sexuel dans l'épidémie du VIH/SIDA, et de la complexité de sa dynamique socioculturelle, le rapport de l'OED aurait pu faire une plus grande place à l'analyse du développement social, sociopsychologique et communautaire.

B. Enseignements de l'expérience acquise et aide à l'exécution

L'évaluation sommaire des neuf projets de lutte contre le VIH/SIDA « de première génération » achevés et de neuf composantes est positive dans l'ensemble, notant qu'ils ont contribué à renforcer la volonté politique de lutter contre le VIH/SIDA, à accroître l'efficacité et l'envergure des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, et à renforcer les institutions et les capacités nationales. La direction concède que ces efforts méritent d'être reconnus. La comparaison favorable des premiers projets de lutte contre le SIDA avec tous les projets de santé, de nutrition et de population n'est cependant pas une source de réconfort car il existe peu de preuves directes — en dehors des pays où les taux de prévalence sont sensiblement inférieurs à la moyenne africaine de l'efficacité des premiers projets de lutte contre le SIDA pour prévenir les infections³.

Travaux d'analyse. Il aurait été utile d'inclure dans le rapport des critères de comparaison ou des points de référence pour interpréter les résultats des enquêtes réalisées auprès des membres des services de la Banque et des dirigeants africains sur les principaux documents de la Banque consacrés au SIDA. La

direction regrette que l'on n'ait pas mieux tiré parti de ces enquêtes pour trouver des moyens de mieux communiquer les rapports de la Banque aux bénéficiaires visés.

Appui à l'exécution du programme MAP.

L'OED a tendance à examiner le programme MAP comme s'il s'agissait d'une simple liste de projets traditionnels. L'utilisation de documents de projet pour établir le rapport, en particulier la focalisation sur les « risques et obstacles » au tout début du programme, donne une image excessivement statique du programme MAP. En réalité, les projets MAP sont plus dynamiques que les opérations traditionnellement financées par la Banque et permettent donc d'évaluer les nouveaux risques, de tirer des enseignements et de faire des modifications. À cet égard, le programme MAP a une plus grande portée que chaque projet individuel. Il inclut également le programme plus vaste d'aide à l'exécution et d'apprentissage plurinationnel mené par ACTAfrica et le programme mondial VIH/SIDA. De fait, nombre des aspects clés de la conception et de l'exécution du programme MAP ont été mis au point au fil de l'expérience et ont été intégrés aux autres opérations MAP prévues et en cours. Par exemple, même si le document original du programme MAP n'identifie pas la faiblesse du suivi et de l'évaluation comme un risque, ou le manque de capacités comme un obstacle, la Banque a en fait reconnu ces priori-

3. L'OED note qu'il ne dispose pas d'éléments d'information suffisants pour évaluer l'impact des prêts de la Banque sur l'incidence du VIH en raison des lacunes dans les données nécessaires. Il existe cependant de nombreuses preuves indirectes, telles que le changement des comportements ou l'amélioration du savoir, attestant de l'influence probable de l'aide de la Banque sur les nouvelles infections au Burkina Faso, au Cambodge, en Inde, au Kenya et au Tchad (voir le chapitre 3 « Réalisations et impacts » et l'encadré 3.5). Ce sont tous des pays à faible revenu lourdement touchés par l'épidémie du SIDA. La direction note les taux de prévalence relativement faibles dans la plupart des pays cités par l'OED, par rapport à la moyenne en Afrique subsaharienne.

tés dès le départ et a déployé des efforts et consacré des ressources considérables pour combler les lacunes dans ces deux domaines traditionnellement faibles. En particulier, les projets MAP ont bénéficié des mesures suivantes :

- Appui direct de spécialistes, y compris des spécialistes du suivi et de l'évaluation, fournis par ACTAfrica et le programme mondial VIH/SIDA.
- Visites dans les pays par les équipes d'appui technique pour éliminer les obstacles qui freinent l'exécution.
- Ateliers à l'intention des chefs d'équipes de projet et des spécialistes nationaux du secteur public et de la société civile sur les moyens de tirer et diffuser les leçons du succès.
- Directives et manuels sur la gestion financière, le suivi et l'évaluation, et la passation des marchés.
- Recours à l'équipe d'accélération de l'exécution (EAE), qui comprend les responsables de tous les départements centraux de la Banque et est chargée d'éliminer les obstacles internes à l'instruction et à l'exécution rapides des projets de lutte contre le VIH/SIDA.
- Les différents examens du programme MAP.

Intervention rapide. Ce type d'appui et cette souplesse ont permis à la Banque d'identifier et de résoudre les problèmes dès le début. Par exemple, comme le note à juste titre le rapport de l'OED, les projets MAP ont souvent souffert de nombreux retards d'exécution, attribuables en partie à la négligence des facteurs institutionnels. Lorsque ce problème a été identifié dans les examens du programme MAP, la direction a décidé en 2002 qu'elle n'approuverait aucun autre projet MAP avant que les problèmes institutionnels ne soient réglés. En conséquence, davantage de temps a été consacré à la préparation et la période entre l'approbation et l'entrée en vigueur s'est trouvée réduite. De même, les décaissements ont été lents au départ pour de nombreux projets MAP, mais l'attention concertée accordée aux obstacles communs a permis

d'accélérer l'exécution et les ambitieux calendriers de décaissements fixés sont respectés de très près.

Efforts d'aide à l'exécution. La Banque entend également prendre des mesures plus importantes. L'EAE a été mise en place en janvier 2003 pour améliorer l'exécution du programme MAP et des autres projets de lutte contre le VIH/SIDA dans tous les services de la Banque. L'équipe d'accélération de l'exécution a) a facilité l'adoption de modifications et d'exceptions aux politiques et procédures de la Banque ; b) a fourni rapidement aux équipes de projet des conseils sur la manière de régler les problèmes de préparation et d'exécution individuels et systémiques ; et c) a travaillé avec le programme mondial VIH/SIDA et ACTAfrica pour partager les connaissances et renforcer les capacités de préparation et d'exécution (y compris dans les domaines fiduciaires) en facilitant le partage du savoir entre les services de la Banque et leurs homologues nationaux.

De même, l'équipe chargée de l'éducation dans la région Afrique a lancé en 2002, avec ACTAfrica et le HDNED, une initiative visant à « accélérer l'action du secteur de l'éducation face au VIH/SIDA » en partageant l'information entre les équipes d'éducation des clients, en fournissant une assistance technique et en facilitant l'accès des clients aux ressources du secteur de l'éducation et du programme MAP pour promouvoir l'action du secteur de l'éducation. Plus de 33 ministères de l'Éducation, ainsi que les équipes des ministères de la Santé et les commissions nationales pour la lutte contre le SIDA, ont participé à ce programme. Une évaluation a montré que les pays qui participent activement à cet effort ont plus de chances d'obtenir l'appui du secteur de l'éducation et du programme MAP.

Conclusion. En résumé, la Banque dispose de mécanismes solides pour identifier et régler les problèmes qui se posent durant l'exécution des projets MAP. Bien que la direction partage le point de vue de l'OED que l'exécution peut encore être améliorée, elle estime qu'aucun programme ne bénéficie d'un effort comparable de la Banque.

C. Rôle des ministères de la Santé et du secteur de la santé

Pour être admis à bénéficier des projets MAP, les pays doivent avoir un organe de coordination multisectorielle de haut niveau. Le rapport de l'OED indique que cette obligation a aliéné les ministères de la Santé dans certains pays, que ces ministères doivent jouer un rôle plus prépondérant en tant qu'organisme chef de file évident, et qu'il n'existe pas d'exemple d'intervention efficace qui ne fasse pas appel au secteur de la santé et ne soit pas dirigée par ce secteur. Ceci étant, le rapport note également que « la détermination à combattre le SIDA doit être plus largement enracinée dans l'ensemble des secteurs politiques et institutionnels, plutôt que de bénéficier du soutien d'un chef d'État ou d'un ministre de la Santé donné ». L'OED réfute l'hypothèse avancée par le programme MAP selon laquelle « la focalisation sur le secteur de la santé en tant que principal acteur » est l'une des raisons qui explique l'échec de l'effort initial de lutte contre le SIDA, et réfute la conclusion selon laquelle « la trop grande importance accordée au secteur de la santé a été l'une des raisons du manque de succès ».

Rôle des ministères de la Santé. La direction reconnaît que les ministères de la Santé ont un rôle central à jouer dans la lutte contre le VIH/SIDA et que leurs capacités et leurs responsabilités doivent être élargies. Aucun aspect des interventions multisectorielles n'est censé remplacer les fonctions que les ministères de la Santé sont les seuls à pouvoir assumer. La nécessité d'obtenir l'entière adhésion du secteur de la santé est une recommandation fondamentale du second examen du programme MAP et un objectif explicite des projets MAP de deuxième génération (« MAP2 »). Cette nécessité est également soulignée dans le manuel *Warriors* (Brown, Ayvalikli et Mohammad 2004). L'enquête de l'OED auprès des chefs d'équipes de projet témoigne des progrès accomplis dans ce domaine : dans les 18 pays pour lesquels les chefs d'équipe ont répondu aux questions à ce sujet, ils ne mentionnent aucun problème dans neuf pays, ils signalent des problèmes initiaux

dans cinq pays qui ont été ultérieurement réglés, et ils indiquent que des problèmes de désengagement du ministère de la Santé persistent dans seulement quatre pays (Annexe I, Tableau I.15 ; à noter également que dans un de ces quatre pays, les problèmes sont d'origine personnelle)⁴. À l'Annexe I, Tableau I.17, pour les dix pays inclus dans le programme MAP et des projets de santé, un seul chef d'équipe signale une « faible » coordination avec le ministère de la Santé et un seul mentionne « un léger effet d'éviction » des activités prévues par le ministère de la Santé par les activités du programme MAP, tandis que huit font état d'une bonne coordination. D'autre part, quelles que soient les frictions institutionnelles, il ne semble pas qu'elles aient entravé les activités d'exécution du ministère de la Santé : pour tous les projets MAP, les ministères ont reçu environ la moitié des ressources MAP affectées au secteur public et ils devraient disposer de plus de 60 % de ces ressources d'ici la fin des projets.

Au-delà du secteur de la santé. Parallèlement, selon les spécialistes du VIH/SIDA présents sur le terrain, il semble que l'importance excessive initialement accordée au secteur de la santé a contribué aux mauvais résultats à plusieurs égards. Tout d'abord, les ministères de la Santé sont rarement assez influents pour rallier l'adhésion politique au plus haut niveau, demander aux autres ministères d'agir ou soutenir efficacement les interventions communautaires.

4. L'OED note que parmi les pays n'ayant pas signalé le désengagement du ministère de la Santé figurent plusieurs pays dans lesquels ce ministère dirige encore le programme national de lutte contre le SIDA, où une composante spéciale a été créée pour ce ministère, où ce dernier joue un rôle de chef de file de la Commission nationale pour la lutte contre le SIDA, ou dans lesquels le cadre institutionnel n'a pas été affecté. Le Bilan intérimaire du programme MAP (2004) indique que « lorsque les ressources du ministère de la Santé sont considérées comme partie intégrante du programme multisectoriel ... et non comme une composante spéciale gérée par le ministère, les résultats sont généralement mauvais ».

Bien qu'ils jouent naturellement un rôle technique dans la surveillance, le traitement et de nombreuses interventions clés, ils n'ont aucun avantage particulier à coordonner les autres organismes publics. Il semble logique que les interventions multisectorielles nécessaires pourraient être mieux coordonnées par un organisme multisectoriel de haut niveau chargé de la lutte contre le SIDA que par le ministère de la Santé. De fait, les deux premiers pays qui ont réussi à freiner la propagation du VIH, l'Ouganda et la Thaïlande, avaient des organes de coordination de haut niveau présidés par un haut dirigeant politique et ont encouragé des interventions multisectorielles allant bien au-delà du secteur de la santé (bien que ce dernier ait naturellement joué un rôle important)⁵. Ensuite, comme l'illustre l'encadré L.2 et le démontre l'expérience de l'Ouganda, le rôle excessif joué par les ministères de la Santé a dans certains cas « professionnalisé » le SIDA et découragé l'intervention des chefs communautaires et religieux. Troisièmement, il y a des exemples qui montrent que la prépondérance du secteur de la santé a créé une dépendance excessive à l'égard des interventions sanitaires. Lorsque le secteur de la santé dirigeait les interventions contre le SIDA, de nombreux programmes, y compris plusieurs projets financés par la Banque, accordaient une place prépondérante au traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) pour enrayer la transmission du VIH (sans insister sur la modification des comportements sexuels). Bien qu'une étude ait indiqué que le traitement des IST réduit la transmission du VIH, plusieurs études plus récentes infirment ce résultat,

5. L'OED note que les examens internes du programme MAP et un examen externe de l'expérience en Ouganda et au Sénégal ont mis en évidence des problèmes significatifs dans le fonctionnement des instances multisectorielles chargées de la lutte contre le SIDA (voir l'encadré 4.6 de ce rapport et Putzel 2004). La direction précise qu'elle ne considère pas que cet article publié dans une revue répond aux normes d'un examen.

soulignant clairement les dangers liés à une intervention étroite du secteur de la santé fondée sur des preuves scientifiques potentiellement imparfaites. La direction pense au contraire que la baisse du taux de transmission du VIH en Ouganda est due à la mobilisation générale et au changement des comportements ; des études publiées sur cette question le confirment (Low-Beer et Stoneburner 2003). D'autre part, les interventions des services de santé, telles que la distribution de préservatifs et les services de dépistage et de conseil volontaire, ne se sont intensifiées que plus tard, comme l'indique la figure L.1⁶.

Conclusion. L'expérience de l'Ouganda, le premier pays africain à être parvenu à maîtriser l'épidémie, illustre clairement les dangers d'une intervention technocentrique limitée au secteur de la santé, face à une maladie qui ne peut être vaincue que par un changement en profondeur des normes culturelles, sociales et sexuelles. Cette leçon ne s'applique pas uniquement à l'Afrique. Dans de vastes régions de l'Europe centrale et orientale et de l'Asie du Sud, du Sud-est et de l'Est, il est clair aujourd'hui que les ministères chargés du système juridique, de la justice, de la police, des prisons et des affaires sociales ont un rôle important à jouer pour créer un environnement qui incite les utilisateurs de drogues injectables, les détenus et les travailleurs du sexe les groupes les plus vulnérables à l'infection par le VIH dans ces régions à se prémunir efficacement contre le SIDA. Aussi important que soit le secteur de la santé, on peut dire sans exagérer que l'évolution

6. L'OED note que, d'après le PPAR publié sur le projet de lutte contre les IST en Ouganda (Rapport n° 32600), bien que certains comportements aient changé dans ce pays, il est difficile de savoir dans quelle mesure cela est attribuable à l'action des pouvoirs publics. Le rapport note que d'autres facteurs pourraient avoir également joué un rôle important (forte mortalité liée au SIDA et expérience personnelle des souffrances et des décès dus à cette maladie).

Encadré L.2 : Nécessité d'une intervention multisectorielle

De plus en plus de travaux scientifiques sont consacrés à l'analyse des dangers d'une intervention impulsée par le secteur de la santé^a. Un témoignage très personnel et émouvant d'un des chefs de file intellectuels de la lutte contre le VIH/SIDA, Daniel Low-Beer, souligne la nécessité d'une action plus vaste :

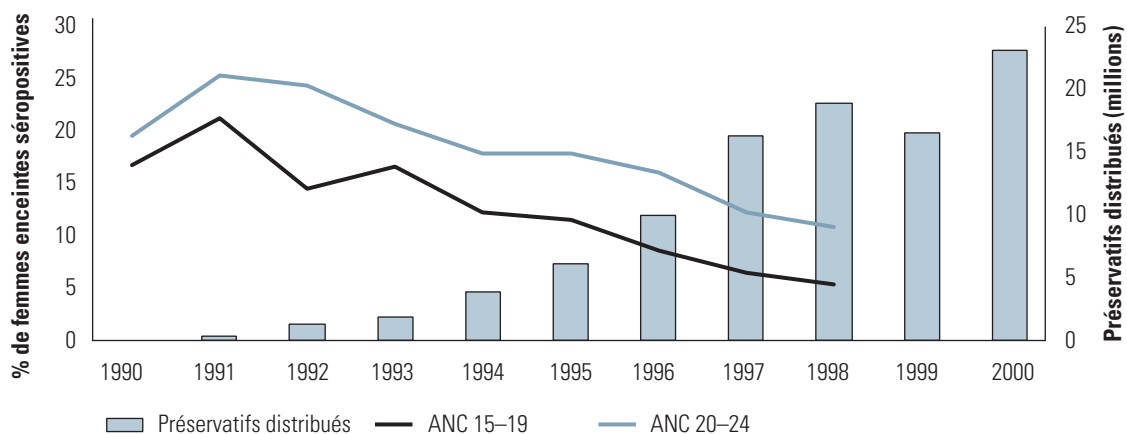
Mon voyage récent au Botswana m'a laissé entrevoir l'avenir d'un programme mondial de lutte contre le SIDA élargi à grands frais — et cet avenir m'a fait peur. J'ai visité une communauté rurale isolée où toutes les interventions ont été élargies à plus grande échelle — traitement antirétroviral systématique, prévention de la transmission mère-enfant, dispensaires conviviaux, traitement des IST, services de dépistage et de conseil volontaire, et même l'approche ABC (*Abstain, Be faithful, Use condoms* — s'abstenir, être fidèle, utiliser des préservatifs). Et pourtant le taux d'infection par le VIH se

maintient à 25 %, alors que le Botswana dépense dix fois plus que l'Ouganda depuis 1991. J'ai demandé à l'agent de santé local s'il abordait de front le problème du SIDA avec les patients qui venaient le voir. Il m'a répondu que lors d'un stage de six semaines qu'il a affectué et qui portait sur les services de conseil, on lui avait conseillé de ne pas le faire. Il avait une liste de problèmes médicaux à cocher sur une feuille de papier qui ne mentionnait pas le SIDA. Seulement deux malades du SIDA sur dix demandaient un test de dépistage et recevaient un traitement. Je lui ai demandé si le chef de village intervenait, et il m'a répondu que celui-ci ne s'estimait pas qualifié pour parler du SIDA. À propos des services religieux, personne ne mentionne le SIDA lors des enterrements. Le SIDA n'a pas encore franchi le stade de la prise de conscience, de l'éducation et du conseil pour atteindre un centre de gravité plus bas, entre les visières et le cœur du changement de comportement^b.

^a Par exemple, Allen et Heald 2004.

^b Daniel Low-Beer, Financial Times, 28 novembre 2003.

Figure L.1 : Évolution de la distribution de préservatifs et de la séroprévalence en Ouganda, 1990–2000



Source : Stoneburner et Low-Beer 2002

Note : ANC = Femmes fréquentant les dispensaires prénatals

de l'épidémie dans une bonne partie de l'Europe et de l'Asie dépend au moins autant de ces autres ministères que du ministère de la Santé.

D. Toucher les groupes à haut risque

Le rapport de l'OED mentionne à de nombreuses reprises qu'il est important, et

économique par rapport au coût, d'atteindre les groupes à haut risque. Il insiste également sur la nécessité de définir les mesures de prévention prioritaires pour ces groupes, même dans les épidémies généralisées, tout en reconnaissant le rôle que peuvent jouer, aux stades ultérieurs de l'épidémie, des « mesures supplémentaires de prévention et de sensibilisation dans l'ensemble de la population » et, lorsque l'épidémie est bien avancée, la prise en charge et le traitement des personnes vivant avec le VIH/SIDA, conjugués à des programmes et des politiques d'assistance aux personnes et aux familles touchées (Encadré 3.1). Le rapport de l'OED conclut que peu de projets MAP portent systématiquement sur les comportements les plus risqués.

Dynamique de la transmission. Tous les spécialistes du SIDA s'accordent à penser qu'il faut d'abord centrer les efforts sur les individus qui affichent les comportements les plus risqués. Mais le problème est plus complexe lorsque l'épidémie est généralisée que lorsqu'elle est concentrée. Certains observateurs affirment que les interventions auprès des groupes à haut risque sont toujours plus efficaces par rapport au coût. Mais comme indiqué dans le *Rapport sur le développement dans le monde 1993*, le coût-efficacité de la prévention diminue à mesure que les taux de prévalence augmentent (par. 2.9), et les mesures qui se sont avérées économiquement efficaces dans une situation ne sont pas nécessairement transférables à d'autres situations (Encadré 3.1). Qui plus est, même s'il est toujours théoriquement plus efficace et économique de cibler les interventions sur les groupes à haut risque, l'impact du ciblage sur l'épidémie est d'autant plus limité que la proportion de nouvelles infections dans ces groupes est faible⁷. Pour comprendre la dynamique de transmission *propre* à chaque situation, il faut d'abord poser la question de savoir quelle est la proportion d'infections par le VIH dans chaque population et, en particulier, quelle proportion d'infections est attribuable aux groupes à haut risque.

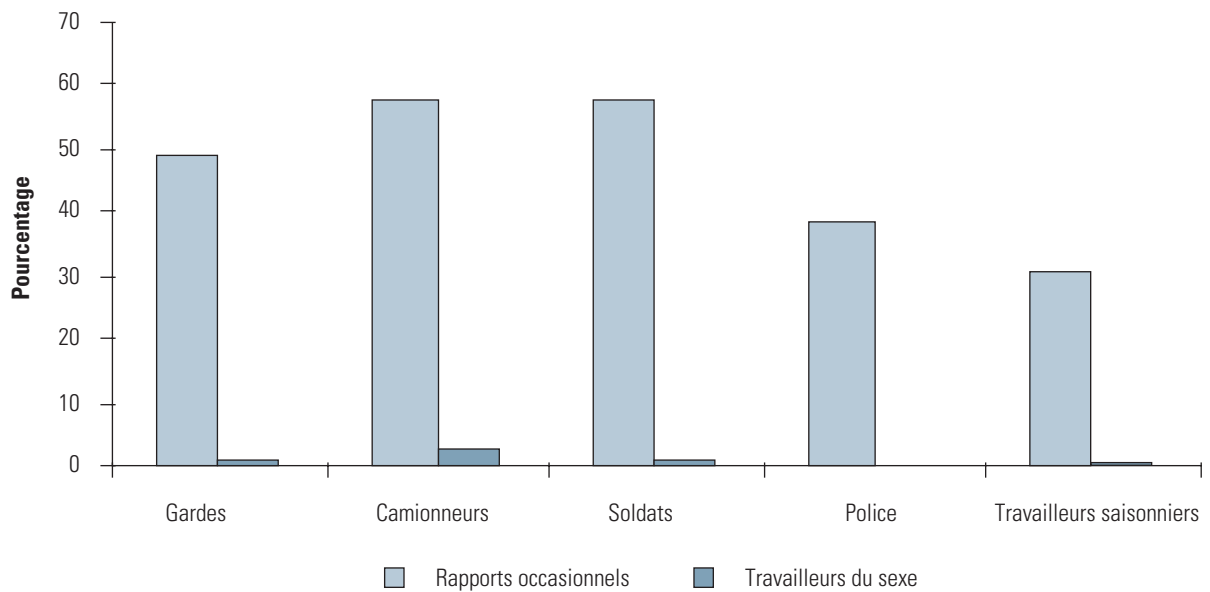
Différents modèles. Les données et les modèles comportementaux et biologiques pour plusieurs pays africains donnent à penser que les groupes à risque traditionnels pourraient constituer une source d'infection relativement limitée dans les épidémies généralisées en Afrique australe ; en Afrique de l'Est, où les épidémies mixtes sont prédominantes, les infections touchent pratiquement à part égale les groupes à risque traditionnels et l'ensemble de la population ; et en Afrique de l'Ouest, les travailleurs du sexe et leurs clients jouent indubitablement un rôle majeur dans la transmission du VIH. Au Swaziland, par exemple, comme le montre la figure L.2, les données comportementales sur l'épidémie généralisée suggèrent que la plupart des nouvelles infections sont plus souvent dues aux rapports sexuels occasionnels qu'aux travailleurs du sexe (les données sur le Lesotho sont comparables). Ces résultats sont corroborés par d'autres études cartographiques et démographiques dans de nombreux pays d'Afrique australe, qui indiquent qu'il y a très peu de travailleurs du sexe. Ils concordent également avec deux études récentes qui ont permis d'estimer la contribution des relations sexuelles à haut risque à la transmission du VIH au Zimbabwe et en Zambie (Cowan et al., 2005 ; Shields cité dans Cassalls 2005) : au Zimbabwe, seulement 11 % des infections chez les hommes adultes sont imputables aux travailleurs du sexe ; et en Zambie, les groupes à haut risque traditionnels tels que les travailleurs du sexe, les camionneurs et les soldats ne représentent que 2 % environ des nouvelles infections chez les adultes, avec 97 % des nouvelles infections dans la population générale, parmi des groupes non considérés à haut risque (Figure L.3).

7. L'OED note que son évaluation ne conclut pas et n'implique pas qu'il est toujours plus efficace par rapport au coût de cibler les interventions sur les groupes à haut risque, pas plus qu'il ne recommande de centrer les programmes sur les groupes à haut risque dans les épidémies généralisées.

Ciblage approprié. Les nombreuses et importantes initiatives de lutte contre le SIDA axées sur les travailleurs du sexe au Swaziland, au

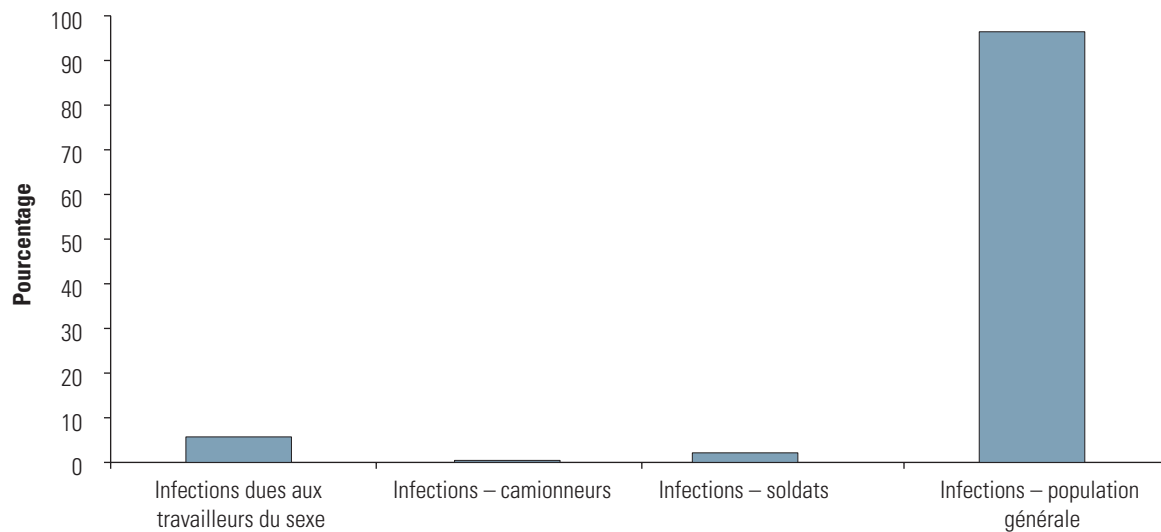
Lesotho et dans d'autres pays d'Afrique australe visaient des comportements rares et il est donc peu probable qu'elles contribuent de manière

Figure L.2 : Partenaires sexuels au Swaziland



Source : Family Health International, Enquête sur la surveillance des comportements, 2002

Figure L.3 : Nouvelles infections au VIH en Zambie, 2004



significative à réduire la transmission du VIH. Les données et les modèles épidémiologiques concernant les épidémies généralisées en Afrique australe donnent à penser qu'une intervention sur le modèle ougandais, centrée sur la modification radicale des normes sexuelles et l'adoption de comportements sexuels moins risqués par l'ensemble de la population, pourrait être cruciale. Ce n'est pas le fait du hasard que les mesures de lutte contre le SIDA prises en Ouganda durant la phase décisive, à la fin des années 80, lorsque le taux d'incidence a commencé à diminuer, mettaient l'accent sur le changement des comportements dans l'ensemble de la population, sans cibler spécifiquement les groupes à haut risque (Green 2003). Rien ne porte à croire que la concentration des efforts sur les groupes à haut risque a permis de freiner la propagation de l'épidémie où que ce soit⁸. De fait, les données disponibles en Ouganda et dans certaines villes et régions de l'Éthiopie, du Kenya et du Rwanda montrent que la baisse des taux de prévalence et d'incidence du VIH est principalement attribuable à la réduction marquée du nombre de partenaires sexuels des hommes dans la population générale⁹.

Utilité pour le programme MAP. Vu que la plus grande partie de la population des pays participant au programme MAP et la plupart des ressources du programme se trouvent dans des pays en proie à des épidémies généralisées,

ces résultats sont particulièrement utiles pour le programme MAP¹⁰. La direction estime que la position de l'OED ne tient pas compte du fait que la dynamique de la transmission du VIH dans différents contextes et interventions efficaces dans les épidémies généralisées est aujourd'hui mieux comprise. Bien que le programme MAP doive certes accorder une plus grande importance à l'étude des schémas de transmission et modifier les interventions en conséquence, le recentrage sur la modification des normes sexuelles par une mobilisation sociale et communautaire à grande échelle cadre avec ces travaux d'analyse et ces éléments d'information — bien plus que les programmes ciblés sur des groupes à risque étroitement définis¹¹.

Qui peut atteindre les groupes à haut risque ?

Le rapport note que, dans bon nombre de projets achevés, les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations communautaires ont énormément contribué à élargir l'accès aux services préventifs et curatifs parmi les groupes à haut risque, mais il ajoute que « les ONG ne sont pas toujours mieux placées que l'administration pour travailler avec ces groupes » et cite un exemple en Indonésie où certains organismes publics ont des contacts réguliers avec les travailleurs du sexe. Cependant, même en Indonésie, une grande partie du travail le plus important

8. L'OED note qu'il ne suggère pas dans son rapport de centrer les programmes sur les groupes à haut risque dans les épidémies généralisées, mais plutôt de veiller à inclure ces groupes.

9. Bien que l'OED reconnaisse que l'incidence du VIH a reculé en Ouganda, il note que l'article de Shelton et al., (2004) cité par la direction n'aborde pas les changements intervenus dans la situation du VIH au Kenya ni au Rwanda, et mentionne uniquement les études confirmant la baisse de la prévalence du VIH en Éthiopie. Comme indiqué à l'encadré 3.4 du rapport de l'OED, l'évolution des taux de *prévalence* du VIH n'est pas un indicateur significatif du succès des efforts de prévention dans les épidémies bien avancées.

10. L'OED note que les deux tiers des pays participant au programme MAP pour l'Afrique ont un taux de séroprévalence inférieur à 5 % dans la population générale.

11. Les enseignements tirés d'autres mesures de promotion de la santé et de changement des comportements illustrent bien l'importance de modifier les normes sociales dans la population avant d'introduire des interventions plus spécifiques et plus ciblées. Par exemple, les études sur le renoncement au tabac soulignent la nécessité de modifier les normes sociales en général avant de lancer des campagnes axées sur le changement des comportements. Voir également Cassalls 2005 et Pisani, Garnett et Grassly 2003.

auprès des utilisateurs de drogues injectables et des détenus, qui ont un taux de séroprevalence beaucoup plus élevé que les travailleurs du sexe, est effectué par les ONG. En Thaïlande, les autorités ont également joué un rôle important dans la prévention du SIDA chez les travailleurs du sexe, mais elles ont eu moins de succès avec les utilisateurs de drogues injectables. Dans la plupart des pays, les administrations publiques n'ont ni les compétences ni les moyens nécessaires pour atteindre les travailleurs du sexe, les utilisateurs de drogues injectables, les détenus et les hommes ayant des rapports homosexuels. Ces groupes ont tendance à éviter de nombreux organismes publics (et les craignent parfois). Qui plus est, ce sont souvent les institutions du secteur structuré, comme les centres de santé et les écoles, qui ont le plus de difficultés à surmonter les tabous et les barrières sociales qui empêchent d'aborder les questions socialement délicates qui entourent le SIDA (Campbell 2003).

Une stratégie adaptée au contexte. La question est donc de trouver le meilleur moyen d'atteindre les groupes et les régions à haut risque, dans différents contextes. Par exemple, en Afrique la plupart des travailleurs du sexe ne travaillent pas dans des établissements ou des quartiers de prostituées clairement identifiés, où ils seraient relativement faciles à localiser et à atteindre dans le cadre d'interventions à grande échelle. Les programmes lancés par les pouvoirs publics pour promouvoir l'utilisation systématique de préservatifs dans les établissements de prostitution, qui ont aidé à enrayer la propagation du VIH en Thaïlande et, dans une moindre mesure, au Cambodge, sont beaucoup plus difficiles à introduire en Afrique, en Inde ou dans les pays où la prostitution est très répandue et largement informelle. Un moyen d'atteindre une population très dispersée de travailleurs du sexe occasionnels et extérieurs au secteur structuré, ainsi que les hommes sexuellement très actifs et la plupart des hommes qui ont des rapports avec d'autres hommes sans se considérer comme homosexuels, est de mener des campagnes de

prévention auprès de l'ensemble de la population, de sorte que ces individus ne sont pas obligés de s'identifier. Vu l'importance des comportements à haut risque dans la propagation de l'épidémie, il est essentiel de toucher le plus grand nombre possible de personnes qui adoptent ces comportements. Le rapport de l'OED pèse le pour et le contre des pouvoirs publics et des ONG à cet égard, mais les deux ont à l'évidence un rôle à jouer pour assurer une couverture complète.

L'approche PLACE. L'OED analyse l'approche PLACE, qui demande aux gens où se rendent les autres pour trouver de nouveaux partenaires sexuels et établit une liste et des cartes des endroits où l'on pourrait concentrer les efforts. C'est une nouvelle initiative intéressante mais quelques mises en garde s'imposent. À Andhra Pradesh et en Afrique de l'Ouest, par exemple, il est peu probable que les taux de changement de partenaires et les taux d'incidence des IST et du VIH soient aussi élevés chez les groupes visés par l'approche PLACE que les niveaux confirmés chez les travailleurs du sexe. Les études PLACE réalisées en Asie centrale exagèrent l'importance de la transmission sexuelle et détournent l'attention — pourtant cruciale — des utilisateurs de drogues injectables. Il n'existe également pas de preuves rigoureuses de l'efficacité des interventions basées sur l'approche PLACE, ni de données fiables sur la taille des populations identifiées par cette méthode. La position de l'OED sur l'efficacité possible de l'approche est trop catégorique pour une méthode non éprouvée.

Conclusion. La direction reconnaît que le programme MAP doit en faire davantage pour aider à mieux comprendre la dynamique de la transmission à l'échelle nationale, comme le font les opérations MAP en cours. Mais le principe du programme reste entièrement valable, à savoir que chaque intervention contre le SIDA doit être maîtrisée par le pays concerné et fondée sur une bonne appréciation du caractère distinctif de chaque épidémie. Comme le note le rapport de l'OED, on reste confronté à « une grande incertitude et à des informations

en constante évolution sur cette maladie entièrement nouvelle ». De nouvelles études mettent en question certains articles de foi et recherches antérieures qui éclairent à l'occasion les hypothèses formulées et les jugements portés dans le rapport de l'OED.

E. Le rôle des communautés et de la société civile

Le rapport de l'OED contient plusieurs commentaires sur le rôle des ONG, des organisations communautaires et autres groupes de la société civile — rôle qui est prioritaire dans le programme MAP et d'autres projets de lutte contre le SIDA. Par exemple, l'OED affirme que « l'on dispose de très peu de données concernant les conditions dans lesquelles la prestation des services par les ONG présente un meilleur rapport coût-efficacité que les services assurés par les structures publiques » ; « les communautés ne savent peut-être pas quelle est « la meilleure solution » à adopter... et il peut arriver qu'elles choisissent (les interventions) qui ont une efficacité limitée... et pour lesquelles elles n'ont pas la compétence technique nécessaire » ; « on n'a pu trouver aucun élément attestant que les interventions de lutte contre le SIDA menées par les communautés sont systématiquement plus efficaces ou ont un meilleur rapport coût-efficacité que celles mises en œuvre par les ONG, les pouvoirs publics, voire par le secteur privé ». Le rapport appelle également à définir plus précisément le rôle des différentes entités non gouvernementales, afin de mettre l'accent sur celles qui ont « l'expertise » voulue pour mettre en œuvre des « activités qui ont un impact direct sur l'épidémie » (pp. 53, 64). La direction ne trouve aucun élément dans le rapport de l'OED attestant que l'action de la société civile pose des « risques substantiels » et soulève quatre questions à cet égard.

1. Le rôle limité des interventions formelles

La direction estime qu'on ne peut adopter toutes les conclusions de l'OED que si l'on peut montrer qu'il y a des interventions qui ont fait leurs preuves pour réduire les infections par le VIH dans les pays touchés par une épidémie généralisée où de nombreux projets

MAP sont mis en œuvre. La direction ne pense pas que les données de l'expérience confirment cette hypothèse. L'expérience nationale de l'Ouganda, l'exemple le plus positif, souligne l'importance primordiale de l'engagement politique, de la participation communautaire et d'un changement en profondeur des normes et des comportements. Au contraire, il s'avère que les interventions spécifiques dans les épidémies généralisées ont donné des résultats extrêmement faibles : bon nombre des projets de lutte contre le SIDA de première génération financés par la Banque étaient des projets de lutte contre les IST et étaient inspirés par un seul essai dans ce domaine réalisé à Mwanza, en Tanzanie, en 1992 (Grosskurth et al., 1995). Quelques années plus tard, trois essais à grande échelle ont montré que le traitement des IST n'avait aucun effet sur la transmission du VIH (Wawer et al., 1995 ; Kamali et al., 2003). De même, les services de dépistage et de conseil volontaire sont généralement considérés comme un moyen de prévention prioritaire. Ces services sont à l'évidence une plate-forme de traitement importante, mais la seule expérimentation rigoureuse de cette approche n'a pas permis de prouver que le dépistage et le conseil volontaires avaient un impact sur les IST ou les marqueurs du VIH, et une récente méta-analyse a montré qu'il y avait peu de raisons de penser que ces services réduisent la transmission du VIH (Weinhardt et al., 1999 ; Wolitski et al., 1997). D'après une étude récente sur la santé sexuelle des adolescents réalisée à Mwanza, en Tanzanie, les mesures intensives prises dans les secteurs de l'éducation et de la santé ne réduisent pas le nombre de grossesses, d'IST ou d'infections par le VIH chez les adolescents, et l'étude conclut que l'incapacité à impliquer la communauté dans son ensemble et à modifier les normes et les comportements sexuels chez les hommes plus âgés, comme l'Ouganda est parvenu à le faire, pourrait être l'une des principales raisons pour lesquelles cet essai n'a pas produit un impact biologique (Obasi 2003). Campbell tire la même conclusion de son évaluation rigoureuse des raisons pour lesquelles une

intervention intensive et soigneusement conçue auprès des travailleurs du sexe et de leurs clients en Afrique du Sud avait eu un effet aussi limité sur les infections nouvelles (Campbell 2003). Ces résultats mettent en garde contre l'importance excessive accordée aux interventions formelles et soulignent le rôle primordial de la participation communautaire et des changements normatifs qui sont au cœur des projets MAP.

2. Le rôle des communautés et des institutions

La direction estime que le rapport n'accorde pas suffisamment de poids au rôle central des communautés et de leurs institutions dans la création d'un environnement favorable au changement de comportement. Les communautés ont un rôle unique que nulle autre entité ne peut jouer, et qui n'est pas basé sur des interventions. La plupart des déterminants du comportement sexuel sont profondément ancrés dans les normes culturelles, les croyances, les rôles et les pratiques qui sont établis, maintenus, respectés et modifiés au niveau local ; ils ne peuvent être influencés par les seuls pouvoirs publics. La stigmatisation et le silence, en particulier, ne peuvent être surmontés que si la société civile contribue à un processus profondément participatif de démarginalisation et de diffusion sociale. Dans ce domaine du changement social, les « méthodes optimales » ne sont pas une question d'expertise technique, mais de connaissance locale et de participation locale. Par définition, ce changement peut être encouragé, mais non imposé, de l'extérieur. Telle est la conclusion d'experts éminents dans le domaine du VIH/SIDA :

La probabilité que les individus adoptent des comportements de promotion de la santé est influencée par... la mesure dans laquelle ils vivent dans un environnement social favorable [Campbell 2000].

Les individus ne peuvent changer leur comportement en vase clos ; ils sont profondément influencés par leurs relations sociales et les normes collectives.

Leurs perceptions du risque sont déterminées et alimentées par leur entourage et le contexte social dans lequel ils vivent.

Les comportements doivent être soutenus et renforcés par le système de valeurs de la société dans laquelle [les individus] vivent. [Ray et al., 1998.]

Environnement favorable. Les interventions techniques les mieux conçues sont inefficaces si l'environnement social n'est pas favorable. Dans les programmes de traitement à travers le monde, par exemple, il est fréquent qu'une proportion significative des personnes séropositives refusent de suivre un traitement antirétroviral, même s'il est gratuit. Littéralement, ces individus préfèrent mourir plutôt que vivre dans la honte ou l'isolement auxquels ils s'exposeraient en admettant qu'ils sont séropositifs. Les théories les plus marquantes sur l'évolution des comportements admettent l'importance de l'influence exercée par la communauté. Par exemple, selon la théorie de la diffusion sociale (qui découle de la théorie de la diffusion de l'innovation dans le domaine de l'agriculture), les individus ont davantage tendance à être influencés positivement par les témoignages et l'expérience de voisins et amis proches en qui ils ont confiance que par des spécialistes extérieurs. C'est pourquoi il est essentiel de travailler avec eux, dans le cadre de leurs communautés (Encadré L.3).

Le modèle MAP. Nombre des mécanismes d'évolution des normes sociales sont imprévisibles, organiques et souvent indescriptibles. C'est pourquoi le programme MAP a adopté un modèle de soutien social qui est impulsé par la demande. La direction est consciente que cette approche pose un problème de suivi et considère que les projets MAP devraient faire une plus grande place aux évaluations d'impact locales. Mais faire face aux incertitudes est un défi sans précédent qui fait partie intégrante de la lutte contre le SIDA, tâche impérative pour la Banque. Comme l'ont récemment déclaré les principaux organismes techniques travaillant sur le SIDA, « tous les éléments d'une interven-

Encadré L.3 : L'expérience de l'Ouganda

En Ouganda, la communication sociale au niveau communautaire a aidé à surmonter le déni, à promouvoir les perceptions personnelles des risques, à encourager la proximité personnelle avec l'épidémie, et donc à modifier les normes collectives et à réduire la transmission du VIH. Les activités se déroulaient sous l'égide des chefs politiques, religieux et communautaires locaux qui encourageaient le changement au niveau non seulement des actions individuelles mais aussi des normes collectives, et créaient un environnement favorable et protecteur bien avant que ce concept ne soit accepté. La participation des groupes confessionnels mérite d'être notée : les fondateurs et dirigeants de la Commission ougandaise sur la

lutte contre le SIDA étaient des évêques catholiques et anglicans. Tout ceci a été accompli sans l'intervention à grande échelle d'organismes spécialisés, et la plupart des résultats positifs enregistrés dans le pays sont apparus avant la mise en place de services structurés de lutte contre le VIH. En conséquence, même aujourd'hui, les études montrent qu'il existe en Ouganda une ouverture d'esprit à l'égard du SIDA beaucoup plus grande que dans les pays voisins, où les gens sont pourtant aussi susceptibles de connaître quelqu'un qui est mort du SIDA. Cette évolution culturelle a eu un effet cumulatif direct sur l'épidémie beaucoup plus sensible que toute intervention spécifique.

tion nationale ne peuvent être aisément mesurés. Pour de nombreux éléments, comme l'élimination des tabous et la protection des droits humains, les indicateurs ne sont pas encore au point ». (USAID et al., 2004).

3. Concurrence avec les services gouvernementaux

L'OED indique dans son rapport qu'il n'a trouvé aucun élément attestant que les interventions de lutte contre le SIDA menées par les communautés sont systématiquement plus efficaces ou ont un meilleur rapport coût-efficacité que celles mises en œuvre par les ONG, les pouvoirs publics ou le secteur privé. La direction estime que l'expérience internationale dans des villes aussi différentes que San Francisco, Rio et Rakai montre que les communautés jouent un rôle vital en complétant les initiatives de l'État (McKusick, Horstman et Coates 1985). Aucun gouvernement ne peut à lui seul répondre à tous les besoins de prévention, de traitement et d'assistance des personnes affectées par le VIH, tout particulièrement dans les pays touchés par une épidémie généralisée. Même dans les pays à revenu intermédiaire, les ménages et les communautés fournissent la plus grande partie des soins et de l'assistance. Bien que certains services soient trop techniques pour être assurés en dehors des institutions spécialisées,

de nombreux aspects élémentaires des interventions de lutte contre le VIH/SIDA sont à la portée des petites organisations, moyennant une supervision adéquate.

Exemple. Dans le projet pilote de Poni au Burkina Faso, par exemple, le rapport de l'OED ne cite pas les conclusions d'une évaluation selon laquelle plus de 60 % des habitants des 500 villages de cette province ont suivi un apprentissage face-à-face sur le VIH/SIDA et plus de 2 000 personnes ont été formées. En revanche, le projet de santé génésique précédent avait formé moins de cent personnes dans la capitale de la province et prévoyait de couvrir pas plus de vingt villages. L'utilisation des mécanismes communautaires a permis d'accroître considérablement cette couverture par rapport aux projets de santé traditionnels¹². Il est généralement admis que la couverture est représentative de l'exécution générale du programme et constitue une condition préalable du changement des comportements.

4. Mobilisation communautaire

Le rapport de l'OED sous-estime l'ampleur du travail accompli pour préparer et guider la mobilisation communautaire et pour évaluer et documenter les résultats. Le rapport *Rural Workers' Contribution to the Fight against AIDS: A Framework for District and*

Community Action (Institut tropical royal et al., 2001) a jeté les bases du processus de mobilisation communautaire en présentant les objectifs, les coûts et les leçons tirées de dix ans d'expérience en Tanzanie et ailleurs. Il a été examiné lors d'un atelier animé par un organisme international sur la participation qui a réuni 400 participants représentant 30 pays. Les participants se sont rendus dans des communautés qui avaient pris des mesures de prévention du SIDA, ont passé en revue le rapport et s'en sont inspirés pour formuler une stratégie de mobilisation communautaire contre le SIDA. Ils ont ensuite évalué le coût-efficacité de l'action communautaire par rapport à l'action des ONG, des pouvoirs publics et du secteur privé. Plusieurs autres rapports ont également évalué l'impact de la mobilisation communautaire, de même que le *bilan intérimaire du programme MAP*, de nombreuses missions de supervision et des missions d'appui technique (voir par exemple, Delion, Peters et Bloome 2004)¹³.

Résultats. L'action menée par les communautés et les résultats concrets obtenus commencent à se faire sentir. Les communautés sont de plus en plus nombreuses à effectuer des analyses de la situation, en utilisant des cartes communautaires pour déterminer les zones touchées par l'épidémie et réfléchir aux facteurs sur lesquelles les communautés ont une influence. Ces mesures ont conduit à fermer des maisons de passe et des bars situés près des établissements d'enseignement secondaire au Bénin, à amender les lois en vigueur dans les villages de façon à punir les hommes qui forcent les jeunes filles à avoir des

rapports sexuels en Tanzanie, et à organiser des collectes hebdomadaires de vivres au marché pour venir en aide aux malades chroniques. Voici le témoignage d'un villageois :

Avant [le programme MAP] personne ne parlait vraiment du SIDA, en dehors des réunions d'information. Aujourd'hui tout le monde en parle, en famille, à l'école, dans les magasins, etc. Avant, personne n'osait se faire tester, mais maintenant beaucoup de gens le font, c'est entré dans les mœurs. Avant, personne ne savait exactement ce qu'il fallait faire face au SIDA, maintenant beaucoup de familles ont des personnes vivant avec le SIDA et il y a de nombreuses associations de PVS.

Mesurer les résultats. Des instruments et des indicateurs simples sont utilisés pour mesurer les résultats, et des outils de suivi et d'évaluation ont été développés pour évaluer les résultats et tenir systématiquement compte des leçons tirées dans les opérations. Par exemple, on utilise des « fiches d'évaluation » au Bénin et au Cameroun. Grâce à ces évaluations, de nombreuses communautés ont entièrement révisé leurs plans d'action communautaire.

F. Suivi et évaluation

Le rapport de l'OED indique que « nonobstant les méthodes de suivi novatrices expérimentées dans plusieurs pays, les antécédents du programme MAP pour l'Afrique dans l'application d'un suivi et d'une évaluation rigoureux visant à améliorer « l'apprentissage par la pratique » sont globalement peu

12. L'OED note que le *coût-efficacité* du projet pilote de Poni n'a pas été rigoureusement évalué. Il ressort d'une évaluation extérieure intérimaire que même si le projet a eu un bon effet de sensibilisation, il pourrait être plus coûteux et moins viable que d'autres variantes (CCISD 2001). L'OED se demande également s'il est approprié de subordonner les transferts de fonds à la mobilisation communautaire.

13. L'OED note que le document de travail n° 79 cité plus haut (Delion, Peters et Bloome 2004) indique également que « malgré les progrès mesurables enregistrés par les communautés, tels que le nombre de personnes testées, ... et le nombre de personnes traitées, il importe de développer des instruments permettant de comparer l'impact de l'action locale entre différentes communautés et régions, et d'effectuer une analyse coût-efficacité » (p. 16).

convaincants, tout comme c'est le cas de ses antécédents en matière de suivi et d'évaluation du portefeuille des projets de lutte contre le VIH/SIDA achevés ». La direction reconnaît qu'il faut améliorer le suivi et l'évaluation du programme MAP mais tient à attirer l'attention sur deux autres points : a) le rapport ne fait pas état des efforts intensifs déployés en vue d'améliorer le suivi et l'évaluation qui commencent à produire des résultats concrets, bien qu'il s'agisse d'un processus lent et difficile ; et b) on ne peut pas supposer que l'apprentissage par la pratique ne peut avoir lieu en l'absence d'un suivi et d'une évaluation systématique, car le programme MAP était censé fournir des fonds limités à un nombre considérable d'acteurs dotés de capacités latentes afin de leur permettre d'apprendre sur le tas, en exécutant leurs propres petits projets.

L'approche du programme MAP. Compte tenu de son expérience des faiblesses du suivi et de l'évaluation dans les projets réalisés en Afrique, y compris les précédents projets antérieurs de santé et de lutte contre le SIDA, la Banque a décidé dès la première année de l'exécution du programme MAP d'aider les chefs d'équipes de projet et leurs homologues nationaux a) en élaborant un manuel opérationnel pour le suivi et l'évaluation du programme (la version préliminaire, établie en 2001, a été révisée par l'ensemble des parties prenantes et des partenaires techniques, et la version finale a été publiée en 2002) ; et b) en créant au sein de ses propres services des capacités spéciales d'aide aux pays pour le suivi et l'évaluation. L'une des premières mesures prises dans le cadre du programme mondial VIH/SIDA a été la création d'une Équipe de suivi et d'évaluation de la lutte contre le SIDA (GAMET). Début 2003, l'équipe avait trois membres à temps complet payés par la Banque

14. L'équipe GAMET a sa propre rubrique budgétaire dans le budget-plan de travail de l'ONUSIDA, qui sera porté de 2,1 millions de dollars en 2004/2005 à 3,66 millions de dollars en 2006/2007.

et 15 consultants en suivi et évaluation sur le terrain¹⁴, qui aident les pays participant au programme MAP ainsi que d'autres pays à établir et gérer des systèmes de suivi et d'évaluation du programme. En avril 2005, les consultants de l'équipe GAMET avaient effectué 115 visites dans 33 pays, dont près de 75 % sont situés en Afrique, pour fournir une aide en matière de suivi et d'évaluation. Bien qu'il ait fallu quelque temps avant de pouvoir constater des résultats concrets sur le terrain, la dernière évaluation des cadres de suivi et d'évaluation dans les pays participant au programme MAP (voir l'Annexe A) donne une image beaucoup plus encourageante que le rapport de l'OED.

Harmonisation et suivi-évaluation. La mise en place dans un pays d'un seul système de suivi et d'évaluation du programme soutenu par tous les bailleurs de fonds, au lieu de plusieurs systèmes séparés, est l'un des « Trois principes directeurs », une vaste initiative d'harmonisation menée par l'ONUSIDA que la Banque a aidé à lancer en septembre 2003, et qui a été unanimement adoptée par les principaux bailleurs de fonds à Washington, en avril 2004¹⁵. La Banque a renforcé cette approche en adoptant des critères plus rigoureux de participation au programme MAP en ce qui concerne le suivi et l'évaluation des projets MAP de deuxième génération.

15. Le 25 avril 2004, l'ONUSIDA, le Royaume-Uni et les États-Unis ont coparrainé une réunion de haut niveau au cours de laquelle les principaux bailleurs de fonds ont réaffirmé leur volonté de renforcer l'action nationale menée par les pays touchés par le SIDA. Ils ont approuvé les « **Trois principes directeurs** » afin d'assurer l'utilisation la plus efficace et la plus efficiente possible des ressources et pour encourager une action rapide et une gestion axée sur les résultats : **un** cadre d'action contre le VIH/SIDA dans lequel intégrer la coordination des activités de tous les partenaires ; **un** organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA à représentation large et multisectorielle ; **un** système de suivi et d'évaluation à l'échelon des pays. Accessible sur le site www.unaids.org.

Conclusions. Les leçons tirées à ce jour sont qu'il faut du temps et une action polyvalente spéciale (que la Banque a soutenue) pour mettre en place un système de suivi et d'évaluation. Et il faut encore plus de temps pour s'assurer que le suivi donne lieu à une évaluation qui influe sur les décisions concernant le programme. Il faut également des incitations pour garantir que le suivi et l'évaluation soient considérés comme des éléments aussi indispensables qu'une gestion financière et une information rigoureuses. C'est un problème de longue date pour les projets financés par la Banque, qui est mentionné dans de nombreuses autres évaluations de l'OED, et il sera intéressant de voir quelles sont les conclusions des futures évaluations de l'OED sur les projets MAP achevés, et quelles leçons générales peuvent être tirées des efforts de GAMET. La direction apprécierait de recevoir des suggestions plus spécifiques de l'OED sur les moyens d'améliorer le suivi et l'évaluation.

Recommandations de l'OED

La direction approuve les principes et les objectifs globaux qui sous-tendent la plupart

des recommandations de l'OED, et a du reste déjà entrepris de mettre en œuvre certaines de ces recommandations. Par exemple, l'une des priorités du programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA en cours de préparation est d'accorder un plus grand soutien à la planification et la définition des priorités stratégiques, à l'exécution ainsi qu'au suivi et à l'évaluation. La direction note cependant des problèmes dans les recommandations de l'OED : a) certaines sont relativement générales et radicales ; b) elles portent sur des problèmes avec lesquels la Banque se débat depuis longtemps et qui sont intrinsèquement très difficiles à résoudre ; c) elles requièrent une action concertée avec les autres bailleurs de fonds et ne peuvent être mises en œuvre unilatéralement par la Banque ; et d) elles ne se prêtent pas à des solutions rapides imposées d'en haut et passent par le renforcement des capacités nationales, un processus long et lent. Le Bilan ci-joint de l'action engagée par la direction décrit en détail les mesures prises par la direction en réponse aux recommandations de l'OED.

Annexe L : État d'avancement du suivi et de l'évaluation de GAMET, par pays, avril 2005

Pays	Classification	Cadre de suivi et d'évaluation (S&E)	Plan de S&E	Plan chiffré/ budget S&E	Personnel des CNLS chargé du S&E	Personnel d'exécution du S&E	AT au S&E à l'échelon national	Groupe de travail technique/ groupe de travail S&E	Surveillance biologique dans les CCP	Surveillance-comportements	Surveillance-Centres de santé	Suivi des activités du programme	Recherche sur l'évaluation	Base de décision
Angola	3													
Bénin														
Burkina Faso	2	OUI	OUI	OUI	OUI	INT	INT	OUI	NON	INT	OUI	OUI	OUI	NON
Burundi	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI
Cap-Vert	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Rép. centrafricaine	3	OUI	NON	NON	OUI	N/D	N/D	OUI	NON	N/D	N/D	NON	NON	NON
Congo Brazzaville	2	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	NON
Côte d'Ivoire	2	OUI	OUI	OUI	OUI	INT	INT	OUI	NON	OUI	INT	INT	INT	NON
RDC	3	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	NON
Éthiopie	1/2	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NA	OUI	INT	OUI	OUI	INT	OUI	INT
Gambie	2	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON
Guinée-Bissau	3	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON
Guinée	2	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	INT	OUI	OUI	OUI	NON	NON
Kenya	2	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	NON
Lesotho	3	NON	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON	NON	NON
Madagascar	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	N/D	OUI	OUI	OUI
Malawi	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI
Mali	3	INT	NON	NON	OUI	INT	OUI	OUI	NON	OUI	INT	NON	N/D	NON
Mauritanie	2	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	N/D	N/D	N/D	N/D
Mozambique	2	OUI	NON	NON	OUI	INT	NON	OUI	INT	OUI	NON	INT	NON	NON

(Suite page suivante)

Annexe L : État d'avancement du suivi et de l'évaluation de GAMET, par pays, avril 2005

Pays	Classification	Cadre de suivi et d'évaluation (S&E)	Plan de suivi et d'évaluation	Plan chiffré/ budget suivi et évaluation	Personnel d'exécution du suivi et de l'évaluation	Personnel des CNLS chargé de l'évaluation S&E	Personnel chargé de l'évaluation S&E	Groupe de travail technique/ groupe de travail S&E	Surveillance dans les CCP	Surveillance-comportements	Surveillance-Centres de santé	Suivi des activités du programme	Recherche sur l'évaluation	Base de décision
		Document écrit présent aux parties prenantes : Plan conceptuel	Plan opérationnel/graphique et responsabilités mentionnées	Personnel des CNLS à l'échelon central	Services décentralisés	AT locale fournie par le groupe de travail technique ou un consultant	Base de données indicateurs nationaux : Données déjà traitées, impact	Données déjà traitées	Données déjà traitées	Données déjà traitées	Données déjà traitées	Données déjà traitées	Données déjà traitées	Données déjà traitées
Namibie	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	INT	OUI	NON
Niger	3	INT	INT	NON	OUI	OUI	NON	INT	OUI	OUI	N/D	NON	NON	NON
Nigéria	2	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	INT	NON	OUI	NON
Rwanda	1	OUI	OUI	OUI	INT	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
Sénégal	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON
Sierra Leone	2	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON
Swaziland	2	INT	INT	NON	INT	INT	NON	OUI	OUI	OUI	NON	INT	NON	NON
Tanzanie	2	OUI	OUI	OUI	NON	INT	NON	OUI	OUI	INT	NON	INT	NON	NON
Togo	3	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON
Ouganda	2	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	INT	OUI	OUI
Zambie	3	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	INT	NON	NON
ARCAN	2	OUI	OUI	OUI	OUI	N/A	NON	N/A	N/A	N/A	N/A	INT	NON	NON
GLIA	2	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	PILOTE	NON	INT	NON	NON
IGAD	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	ACHEVÉ	NA	NA	NA	NON
LACP	2	OUI	N/D	INT	OUI	OUI	N/D	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
TAP	3	OUI	NON	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	OUI	OUI	N/D

1 = accompli dans l'ensemble : document-cadre, base de données remplie, système de suivi du programme opérationnel et en service

2 = accompli en partie : cadre national adopté, base de données définie et partiellement établie, indicateurs convenus, système pas entièrement opérationnel

3 = non accompli

INT = en transition, N/D = pas de données à jour, ARCAN = Réseau régional africain de renforcement des capacités, GLIA = Initiative des Grands Lacs sur le SIDA, IGAD = Autorité intergouvernementale sur le développement, LACP = Partenariat panarabien contre le SIDA, TAP = Projet régional d'accélération du traitement du SIDA

Bilan de l'action engagée par la direction

Recommandation de l'OED	Réponse de la direction
<p>Pour l'ensemble des programmes d'assistance de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA</p> <p>1. Aider les autorités publiques à adopter une approche plus stratégique et sélective et accorder la priorité aux actions qui auront le plus grand impact sur l'épidémie. En particulier, la Banque devrait veiller à ce que les biens publics et la prévention parmi les personnes les plus susceptibles de propager le VIH soient suffisamment soutenus.</p> <p>a) La Banque doit aider les pouvoirs publics à définir les priorités et mettre en séquence les activités susceptibles d'avoir le plus grand impact, en y associant les secteurs et les agents d'exécution en fonction de leur compétence particulière et leur capacité à collaborer à la réalisation de résultats épidémiologiques spécifiques. Les coûts, le rapport coût-efficacité, l'impact, l'équité, les besoins en ressources humaines et la pérennité des stratégies alternatives de prévention, de traitement et d'atténuation doivent être évalués.</p> <p>b) les projets réalisés dans les pays, quel que soit le stade de l'épidémie, doivent viser à établir systématiquement une cartographie des comportements à haut risque, à surveiller l'évolution du VIH et des comportements parmi les groupes de population les plus susceptibles de contracter et de propager le VIH, à assurer une large diffusion de l'information et à étendre les interventions préventives à ces groupes ainsi qu'à adopter des mesures permettant de réduire la stigmatisation et les obstacles juridiques à la prévention et à la prise en charge parmi les groupes marginalisés. Une évaluation pays par pays des résultats enregistrés dans ces différents domaines et l'élaboration d'un plan d'action destiné à améliorer la performance permettrait de satisfaire à cette recommandation.</p> <p>c) La Banque coopérera, dans les pays à forte prévalence, avec les pouvoirs publics et d'autres partenaires en vue d'évaluer les coûts, les bénéfices, l'accessibilité, la pérennité ainsi que les implications en termes d'équité des différents types de traitement destinés aux malades du SIDA, autant d'éléments qui serviront de base pour la prise de décisions rationnelles en ce qui concerne l'affectation des ressources destinées à la santé. Ceci doit constituer une priorité, même si les</p>	<p>1. La direction estime que les mesures recommandées par l'OED doivent, et seront prises conjointement avec les partenaires. Pour produire un impact tangible, l'appui aux programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA doit être coordonné et harmonisé avec les principaux partenaires. Tel que stipulé dans les « Trois principes directeurs », l'une des priorités du Programme mondial d'action pour la lutte contre le VIH/SIDA (GHAPA) est de mener un effort intensif, en collaboration avec les partenaires, y compris l'équipe du programme mondial (GTT), pour aider les autorités publiques à adopter une approche plus stratégique et sélective, à renforcer leurs capacités de collecte et d'analyse des données sur les comportements et la situation du VIH dans les groupes clés, et à hiérarchiser les actions sur la base des données épidémiologiques et programmatiques. Le rapport final de la GTT présente une série de mesures spécifiques (et responsabilités) pour aider les pays à formuler des « plans de lutte contre le SIDA hiérarchisés, qui orientent la mise en œuvre, améliorent le contrôle, mettent l'accent sur les résultats... et reposent sur des plans de développement et des processus de planification plus globaux ». Le Programme mondial VIH/SIDA et l'ONUSIDA collaboreront avec les autres principaux partenaires pour mettre en place un mécanisme de planification stratégique d'ici septembre 2005 de façon à aider les pays à formuler des plans nationaux stratégiques hiérarchisés. L'amélioration de la surveillance des comportements nécessite un effort international concerté dans lequel la Banque joue un rôle prépondérant. L'amélioration de la surveillance biologique et comportementale fait partie intégrante d'un bon système national de suivi et d'évaluation et, en collaboration avec ses partenaires, la Banque aide les pays à renforcer leurs capacités dans ce domaine afin qu'ils puissent identifier et maîtriser les facteurs connus de transmission du VIH. (C'est la base même du programme de travail de l'équipe GAMET du Programme mondial VIH/SIDA. L'état d'avancement des travaux dans chaque pays est résumé à l'Annexe A.) Des travaux d'analyse ont été réalisés en Afrique pour éclairer les décisions concernant l'affectation des ressources, dans le cadre de plusieurs investissements nationaux pour la lutte contre le SIDA et de deux projets régionaux (le réseau régional africain de renforcement des capacités de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH/SIDA, et le programme d'action en ma-</p>

Recommandation de l'OED	Réponse de la direction
<p>ressources de la Banque ne seront pas consacrées au financement de cette prise en charge. Une enquête sur la prévalence du VIH ciblée sur la population est essentielle pour cerner l'ampleur et la répartition de la demande de traitement et pour concevoir des stratégies rationnelles de traitement et de prise en charge dans les pays à faible revenu durement frappés par l'épidémie.</p>	<p>tière de traitement). En Asie, des études ont été effectuées en Inde et en Thaïlande et d'autres sont prévues en Chine. Le GHAPA prévoit de financer des travaux de recherche dans plusieurs autres pays. La direction ne partage pas l'opinion qu'une enquête sur la prévalence du VIH ciblée sur la population est essentielle : i) les données sur la séroprévalence ne fournissent aucune information sur le stade de l'infection chez les patients et leur admissibilité au traitement ; ii) ces données mesureraient la demande potentielle et non la demande réelle, qui est modifiée par l'accessibilité et le coût, les critères cliniques d'admissibilité, la tolérance physiologique aux médicaments et l'engagement à suivre le traitement prescrit.</p> <p>De fait, des mécanismes sont déjà en place à l'échelon national et international pour suivre, sous l'égide du GHAPA, de la GTT et de l'ONUSIDA, les progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies nationales. La Banque s'engage à continuer d'utiliser ces mécanismes et à veiller à ce que les rapports pertinents de ces organismes soient communiqués en temps utile aux Administrateurs au cours des trois prochaines années.</p>
<p>2. Renforcer les institutions nationales pour gérer et mettre en œuvre les actions de lutte à long terme, notamment dans le secteur de la santé.</p> <p>a) Il est nécessaire, dans le cadre de l'assistance fournie par la Banque, d'opérer une distinction entre les institutions et les stratégies destinées à l'engagement politique (mobilisation) et celles qui ont pour but d'assurer la mise en œuvre effective des activités sur le terrain. Ces deux objectifs se sont révélés essentiels, mais l'expérience démontre qu'une institution n'est peut-être pas à même de remplir à elle seule ces deux objectifs de manière efficace.</p> <p>b) Il convient d'envisager, dans le cadre de l'assistance fournie par la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA, des stratégies en vue de susciter, amplifier et pérenniser l'engagement politique dans des contextes particuliers.</p> <p>c) Il est nécessaire de recourir davantage à l'analyse institutionnelle et politique afin d'améliorer l'utilité et l'efficacité des institutions nationales et infranationales (notamment des institutions multisectorielles et celles relevant du ministère de la Santé) en fonction des capacités locales,</p>	<p>2. Le renforcement des institutions est une tâche ardue et de longue haleine avec laquelle la Banque et de nombreux partenaires du développement se débattent. Les efforts de la Banque pour renforcer le secteur de la santé sont beaucoup plus vastes que l'action qu'elle mène dans le domaine de la lutte contre le SIDA, mais il est déjà d'usage courant d'inclure dans les projets de lutte contre le VIH/SIDA des volets visant à renforcer les capacités du secteur de la santé au niveau de la prestation des services (à moins que cela ne fasse déjà partie d'un projet complémentaire de santé, nutrition et population) et à renforcer la capacité de l'organisme national chargé de la lutte contre le VIH/SIDA. La direction ne partage pas l'opinion selon laquelle l'exécution et la mobilisation doivent être séparées. En fait, une bonne exécution est souvent l'un des meilleurs moyens d'assurer la mobilisation.</p> <p>Par exemple, lorsque les communautés reçoivent des fonds pour organiser la prise en charge des orphelins du SIDA, elles doivent à la fois se mobiliser et mettre en œuvre une « action sur le terrain ». L'élargissement de l'en-</p>

Recommandation de l'OED	Réponse de la direction
<p>des réalités politiques et du stade de l'épidémie.</p>	<p>gagement politique est un objectif majeur dans de nombreux pays, tout particulièrement dans la première phase du programme MAP. L'OED note que c'est là un accomplissement notable du MAP, en Afrique et ailleurs. De même, des travaux d'analyse institutionnelle et politique sont déjà en cours dans de nombreuses régions et dans les pays participant au programme MAP.</p> <p>L'appui au renforcement des institutions nationales est une activité menée en partenariat étroit. La direction utilisera le processus de gouvernance de l'ONUSIDA pour rendre compte des progrès réalisés dans le renforcement des institutions et communiquera en temps utile les rapports pertinents aux Administrateurs au cours des trois prochaines années.</p>
<p>3. Améliorer les données d'information à l'échelon local pour la prise de décision. La Banque devrait aider à faire en sorte que la conception et la gestion de l'assistance fournie aux pays en matière de lutte contre le VIH/SIDA s'appuient sur des données pertinentes et à jour générées au plan local et sur des travaux d'analyse rigoureux.</p> <p>a) La Banque devrait initier immédiatement (dans les six prochains mois) un inventaire et une évaluation approfondis du stade d'exécution des activités de suivi et d'évaluation en cours et de la disponibilité et de la comparabilité dans le temps des données relatives aux ressources, aux résultats et aux réalisations qui sont nécessaires pour apprécier l'efficacité des programmes dans l'ensemble des pays où sont entrepris des projets autonomes et des composantes importantes de lutte contre le VIH/SIDA. Cette évaluation devrait servir de base à un plan d'action assorti de délais précis dans le souci de donner plus d'attrait au suivi et à l'évaluation dans le cadre de l'assistance de la Banque aux actions de lutte contre le VIH/SIDA, tout en définissant des objectifs clairs pour l'amélioration du suivi et l'évaluation périodiques, dans l'optique d'améliorer l'efficacité des programmes.</p> <p>b) Les projets en cours et ceux en phase de planification doivent identifier au préalable un programme de recherche et de travaux d'analyse sur commande portant sur les aspects prioritaires du programme de lutte contre le SIDA.</p> <p>c) Les interventions programmatiques pilotes doivent faire</p>	<p>3. Améliorer le suivi et l'évaluation à l'échelon national pour éclairer les décisions est un objectif clé des « Trois principes directeurs » (la Banque a décidé à cet égard avec les autres bailleurs de fonds et les clients qu'il y aurait un seul système de suivi et d'évaluation dans chaque pays pour tous les bailleurs de fonds) et la clé de voûte des activités du Programme mondial VIH/SIDA, dans le cadre de son partenariat avec l'ONUSIDA et les autres acteurs clés. L'équipe GAMET du programme mondial fournit un appui soutenu sur le terrain pour développer les capacités et les systèmes de suivi et d'évaluation et les travaux sont en cours dans la plupart des régions et des pays. L'Annexe I récapitule l'état d'avancement de la mise en place des systèmes de suivi et d'évaluation dans les pays les plus durement touchés. Les projets répliques MAP comprennent déjà des règles strictes en matière de suivi et d'évaluation. La direction note qu'un tel niveau d'appui pour renforcer le suivi et l'évaluation est sans précédent dans un portefeuille de la Banque (fait remarquable compte tenu des vastes difficultés posées par le suivi et l'évaluation des projets de la Banque) et escompte que cet effort portera ses fruits, mais cela prendra du temps¹⁶. En ce qui concerne les travaux de recherche et d'analyse, il y a encore beaucoup à faire, mais il n'est pas possible ni nécessaire de les identifier tous à l'avance. Il est essentiel d'aider les pays à identifier et revoir leurs propres</p> <p>16. L'OED note qu'il ne recommande pas que tous les travaux de recherche soient préalablement identifiés ni que les pays ne participent pas au processus d'identification préalable.</p>

Recommandation de l'OED	Réponse de la direction
<p>l'objet d'une évaluation indépendante avant leur reproduction ou leur extension ; celles qui ont été portées à une échelle plus grande sans aucune évaluation doivent être évaluées dans les 12 prochains mois, faute de quoi leur financement serait interrompu.</p> <p>d) La Banque doit devenir une « banque du savoir sur le SIDA » en gérant un fichier central des travaux d'analyse sur le SIDA parrainés ou gérés par la Banque, y compris des évaluations. Cette base de données devra être exhaustive, à jour et accessible au personnel, aux clients, aux chercheurs et au grand public ; en mettant au point un mécanisme pour assurer une diffusion systématique des résultats des travaux d'analyse de la Banque sur le SIDA auprès des publics internes comme externes ; en traduisant les principaux documents qui sanctionneront ces travaux ; et en investissant dans des travaux d'analyse et des études prioritaires portant sur plusieurs pays, qui constituent un bien public international.</p>	<p>priorités en matière de recherche. Il sera plus difficile de veiller à ce que les travaux de recherche et d'analyse prévus soient effectivement mis en œuvre. Des travaux supplémentaires de recherche et d'analyse des questions prioritaires sont inclus dans la version préliminaire du GHAPA. S'agissant de l'évaluation indépendante des interventions pilotes, il importe de considérer le coût, l'efficacité et la faisabilité. La direction convient que les interventions à grande échelle doivent faire l'objet d'une évaluation, mais sans que ce soit une condition de financement des opérations prioritaires.</p> <p>La direction s'engage à poursuivre d'importants efforts, en étroite collaboration avec les principaux bailleurs de fonds, pour aider les pays à renforcer le suivi et l'évaluation. En ce qui concerne la base de données de la Banque, un spécialiste senior en la matière a été recruté par le Programme mondial VIH/SIDA. Les mesures prévues par la direction pour améliorer les connaissances sont décrites dans la version préliminaire du GHAPA et le développement de cette base de données est inscrit au programme de travail du Programme mondial VIH/SIDA pour l'exercice 06. La direction rendra compte de l'état d'avancement des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation et des mesures prises en ce qui concerne la base de données dans la prochaine mise à jour du GHAPA.</p>
<p>Pour le programme MAP pour l'Afrique</p> <p>4. Le programme MAP pour l'Afrique est conçu pour réduire les risques liés à l'engagement politique et à l'exécution des projets, mais il y a très peu de mécanismes structurels pour assurer l'efficacité et l'efficacé. On peut réduire ces risques à travers les mesures suivantes (en plus des recommandations formulées ci-dessus qui s'appliquent à tous les projets) :</p> <p>a) La préparation d'un projet MAP devrait normalement inclure une évaluation technique et économique exhaustive des plans stratégiques nationaux et de la politique publique en matière de lutte contre le SIDA et un inventaire des activités des autres donateurs. Lorsque les plans stratégiques nationaux ne suffisent pas pour hiérarchiser et échelonner les activités, la Banque doit engager des discussions stratégiques avec ses clients, en s'inspirant des études analytiques, pour identifier les priorités programmatiques correspondant au stade atteint par l'épidémie, les contraintes liées aux capacités et le</p>	<p>Conformément aux recommandations du <i>Bilan intérimaire du programme MAP</i> effectué en 2004, la préparation des projets et les examens conjoints périodiques des projets MAP incluent déjà des évaluations des plans nationaux de lutte contre le VIH/SIDA et tiennent compte de l'appui fourni par les autres bailleurs de fonds. Le programme d'action du Programme mondial VIH/SIDA et les activités décrites en détail dans le rapport final de la GTT accordent la priorité au renforcement de la planification stratégique ainsi qu'à l'harmonisation, l'alignement et la coordination de l'action des bailleurs de fonds, et dressent la liste des actions spécifiques à mener (et des responsabilités), en indiquant le processus et le calendrier de suivi des résultats. Comme mentionné plus haut, la direction ne juge pas nécessaire d'opérer une stricte distinction entre la mobilisation et l'exécution. Bien qu'une évaluation plus approfondie des résultats soit de rigueur, la direction n'est pas d'accord avec la sous-recommandation concernant une « rigoureuse évaluation » des milliers d'activités menées dans le cadre du développe-</p>

Recommandation de l'OED	Réponse de la direction
<p>contexte local. Les projets complémentaires doivent être structurés afin d'assurer que ces activités prioritaires, notamment les biens publics et la prévention chez les personnes ayant des comportements à haut risque soient poursuivies.</p> <p>b) Les objectifs de la participation des différentes couches de la société civile à des activités spécifiques doivent être clairement définis, afin qu'on puisse faire la distinction entre les acteurs qui sont associés à la mobilisation politique et ceux qui possèdent une expertise et un avantage comparatif dans l'exécution d'activités ayant un impact direct sur l'épidémie. Comme le recommande l'OED dans son évaluation du développement communautaire, les résultats des activités en cours de lutte contre le SIDA entreprises dans le cadre du développement mené par les communautés devraient être rigoureusement évalués, notamment leur efficacité dans le changement des comportements ou l'atténuation de l'impact, avant que ces activités ne soient renouvelées. Dans le même élan, il conviendrait d'évaluer la complémentarité ou la concurrence entre les activités de lutte contre le SIDA axées sur le développement mené par les communautés et l'action décentralisée du secteur public.</p> <p>c) La Banque devrait axer l'appui à la mise en œuvre des actions de lutte sur les secteurs offrant des activités potentiellement capables d'avoir le plus grand impact sur l'épidémie et qui bénéficient d'un atout particulier dans la mise en œuvre des actions tels que le ministère de la Santé, l'armée, l'éducation, le transport et autres, en fonction du pays — et assurer la disponibilité de ressources pour la supervision de leurs activités. Les objectifs de l'action multisectorielle contre le SIDA, en particulier en matière de mobilisation politique et de mise en œuvre, ainsi que les acteurs clés doivent être plus clairement définis par rapport à chacun des objectifs. Une évaluation, pays par pays, concernant la relation entre l'appui du MAP aux ministères d'exécution et les activités de lutte contre le SIDA dans l'assistance aux secteurs autres que celui de la santé et, leur efficacité relative doit être effectuée dans l'optique d'améliorer la complémentarité et d'assurer une utilisation judicieuse des ressources affectées à la supervision.</p>	<p>ment de proximité, ce qui n'est ni réalisable ni financièrement abordable. Après l'expérience des premiers projets MAP et le Bilan intérimaire de 2004, un recentrage a déjà été opéré sur les secteurs clés susceptibles d'avoir le plus grand impact sur l'épidémie (ce qui est également pris en compte dans le GHAPA). Il est par exemple crucial d'intervenir dans le secteur de l'éducation, qui fait l'objet d'un effort soutenu au niveau du HDNED et du Programme mondial VIH/SIDA.</p> <p>Dans le cadre du programme MAP, la direction reconnaît la nécessité d'effectuer une analyse rigoureuse des plans stratégiques nationaux — en tenant compte de l'appui fourni par les autres bailleurs de fonds — et, comme mentionné plus haut, elle a déjà pris des mesures dans ce sens. Elle fournit également un appui aux secteurs clés et fera le point de la situation dans le contexte de la mise à jour du programme MAP.</p>

ANNEXE M : SYNTHÈSE DU PRÉSIDENT : COMITÉ SUR L'EFFICACITÉ DU DÉVELOPPEMENT (CODE)

Le 20 juillet 2005, le Comité sur l'efficacité du développement (CODE) a examiné le rapport intitulé « *Améliorer l'efficacité de l'assistance en matière de lutte contre le VIH/SIDA : S'engager sur des résultats — Une évaluation de l'assistance de la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA réalisée par l'OED* », le projet de Réponse de la direction, et l'*Exposé du Panel consultatif extérieur*.

Contexte général. Le rapport est le résultat de la première évaluation globale de l'OED sur l'assistance de la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA. L'objectif de l'évaluation était d'apprécier l'impact sur le développement de l'assistance fournie par la Banque au niveau des pays en matière de lutte contre le VIH/SIDA et d'identifier les leçons pouvant permettre d'améliorer les initiatives en cours et les actions futures. L'évaluation a porté sur l'assistance globale fournie à un pays dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, notamment le dialogue sur les politiques, les travaux d'analyse et les opérations de prêt. En juin 2004, la Banque avait engagé environ 2,5 milliards de dollars sous forme de crédits, de dons et de prêts en faveur de 62 pays pour l'exécution de 106 projets. Le rapport comprend également une évaluation des hypothèses, de la conception et des risques liés au Programme plurinational de lutte contre le SIDA en Afrique (MAP) qui est en cours d'exécution. Les projets MAP représentent deux tiers des projets en cours ainsi que la moitié des engagements en cours au titre de la lutte contre le VIH/SIDA. Il rompt avec les projets d'investissement traditionnels qui composent le portefeuille des projets achevés de lutte contre le VIH/SIDA et avec le portefeuille de projets en cours dans d'autres

régions ; il accorde une attention particulière au continent le plus affecté par l'épidémie et témoigne de l'engagement à plus long terme de la Banque. L'évaluation s'est inspiré d'autres rapports d'évaluation et a été enrichi par la récente évaluation de l'OED sur les programmes mondiaux.

Observations et recommandations de l'OED.

L'OED a souligné deux points : i) il faut reconnaître à la Banque le mérite d'avoir aidé à renforcer l'engagement en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA, à inciter les pouvoirs publics à mener une action plus rapide ou de manière ciblée et à moindre coût, à renforcer l'engagement politique et à encourager les autorités publiques à s'assurer le soutien des ONG à l'exécution des programmes publics de lutte contre le VIH/SIDA, et la Banque devrait maintenir son appui aux pays ; et ii) la Banque devait faire un pas supplémentaire en « s'engageant sur des résultats concrets » en aidant les pays à faire un usage plus judicieux des ressources afin d'améliorer les effets directs de l'assistance à la lutte contre le VIH/SIDA, grâce à un renforcement du suivi et de l'évaluation (S&E). Il a clarifié plusieurs aspects du rapport : i) l'OED a évalué la conception du MAP à partir des données d'information relatives aux projets achevés et en puisant dans d'autres sources, mais n'a pas procédé à une évaluation de l'efficacité des projets MAP, dont aucun n'était jusque-là arrivé à terme ; ii) le rapport a appuyé l'idée d'une intervention multisectorielle basée sur des priorités, et n'a pas préconisé que les ministères de la Santé contrôlent les investissements consentis au niveau national dans le cadre de l'assistance à la lutte contre le VIH/SIDA dans tous les pays ; iii) le

rapport a cité la participation des communautés comme étant un acquis important, mais a aussi relevé la nécessité de mieux suivre et évaluer son utilité pour générer des résultats concrets et de mieux définir les objectifs de la collaboration avec différentes composantes de la société civile ; et iv) les recommandations de l'OED concernant la prévention du VIH parmi les individus ayant les comportements les plus à risque se voulaient un complément, plutôt qu'un substitut à l'assistance à l'ensemble de la population en situation d'épidémie généralisée. L'OED a également souligné que le rapport portait sur l'ensemble de l'assistance fournie par la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA, et pas seulement sur l'Afrique. Les recommandations relatives à l'ensemble de l'assistance de la Banque sont, entre autres : i) aider les autorités publiques à adopter une approche plus stratégique et sélective et accorder la priorité aux actions qui auront le plus grand impact sur l'épidémie, y compris en veillant à soutenir la création de biens publics et la prévention parmi les personnes les plus susceptibles de propager le VIH ; ii) renforcer les institutions nationales chargées de gérer et mettre en œuvre les actions de lutte à long terme, notamment dans le secteur de la santé et ; iii) améliorer les données d'expérience à l'échelon local pour la prise de décision en encourageant l'évaluation des activités entrant dans le cadre des programmes et des travaux d'analyse rigoureux.

Réponse de la direction. La direction a favorablement accueilli le rapport et a manifesté son accord sur la plupart des points soulevés ainsi que l'orientation générale des recommandations. Elle a observé que nombre de problèmes posés étaient en train d'être traités, notamment les problèmes concernant le MAP, qui avaient fait l'objet d'un examen à l'interne. Elle s'est montrée favorable à l'intérêt particulier accordé par l'OED à la nécessité de renforcer davantage l'efficacité et l'efficacé de l'appui de la Banque pour améliorer les résultats, tout en insistant sur le fait que la Banque n'est pas la seule institution qui fournit une assistance dans ce domaine. La direction a

reconnu les limites identifiées par l'OED, qui sont également ressorties dans sa revue interne, telles que la nécessité de contribuer à une meilleure planification stratégique à l'échelon national et la hiérarchisation plus rigoureuse de l'assistance et la nécessité de contribuer au renforcement du suivi et de l'évaluation. Elle a souligné par ailleurs que l'amélioration du suivi et de l'évaluation nécessitait une action concertée de la part des partenaires nationaux et internationaux et pas seulement de la Banque. Deux points de divergence sont apparus. Le premier porte sur le rôle des communautés et de la société civile. Sur ce sujet, la direction a estimé que l'action de celle-ci doit faire partie intégrante et compléter celle des pouvoirs publics. Le deuxième point d'achoppement concerne l'intérêt particulier accordé au secteur de la santé par rapport à l'approche multisectorielle, un domaine où la direction a souligné la nécessité de renforcer ce secteur et de coopérer simultanément avec d'autres secteurs.

Conclusions générales et étapes suivantes.

Le Comité s'est félicité du rapport d'évaluation et il s'en est suivi un débat riche sur les difficultés de faire face au VIH/SIDA. Les membres ont réaffirmé le rôle de la Banque et des autres partenaires de développement dans les actions destinées à apporter une réponse au problème complexe et pressant du VIH/SIDA, qui menace de compromettre les progrès accomplis vers le développement. Compte tenu de la complexité du VIH/SIDA, les membres ont insisté sur la nécessité d'adopter des mesures hardies, innovantes et flexibles et ont confirmé une fois de plus la nécessité d'une approche multisectorielle. Certains membres ont jugé l'évaluation de l'OED utile pour l'ouverture d'un débat fondamental et de fond visant à clarifier le rôle de la Banque. Un large consensus s'est dégagé sur nombre de recommandations, à l'exception de celles liées aux interventions à base communautaire et aux groupes à haut risque, comme expliqué ci-après. Plusieurs membres ont posé des questions concernant la méthodologie d'évaluation et se sont préoccupés du ton de ce rapport. Ils ont également formulé des observations

sur les aspects qui aurait pu retenir davantage l'attention de l'OED ou qu'il aurait pu mieux prendre en compte dans son analyse. Les membres se sont montrés favorables à la teneur du Projet de réponse de la direction (MR) et reconnu les récents efforts déployés pour renforcer l'assistance de la Banque, en particulier ceux entrepris par le Programme plurinational de lutte contre le SIDA en Afrique (MAP) à travers plusieurs revues autocritiques internes, notamment le Bilan intérimaire 2004 du MAP.

Les observations des intervenants ont tourné autour des thèmes suivants : appropriation et engagement au niveau du pays ; approche multisectorielle et rôle du ministère de la Santé ; ciblage de l'assistance ; approche de développement communautaire et participation de la société civile ; suivi et évaluation et alignement sur les initiatives et partenariats mondiaux. Le Comité a généralement soutenu la proposition faite par le Panel consultatif extérieur pour l'élaboration d'une stratégie destinée à orienter l'assistance globale de la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA.

Les principales questions suivantes ont été posées pendant la réunion :

Importance de l'appropriation et de l'engagement au niveau national. L'importance d'un large engagement au niveau national a été soulignée, notamment de la part des pouvoirs publics et des communautés locales ainsi que des stratégies par pays pour une intervention efficace contre le VIH/SIDA, y compris pour la mise en œuvre du MAP. Un accord s'est dégagé autour de la recommandation de l'OED selon laquelle la Banque devrait aider les autorités publiques à élaborer des stratégies judicieuses et suffisamment hiérarchisées, qui recueillent une large adhésion au plan national, ce qui devrait servir de base à un appui coordonné des bailleurs de fonds. Des questions ont été posées sur la manière dont la Banque favorise l'intégration des problèmes liés à la lutte contre le VIH/SIDA dans la conception des plans de développement, des stratégies de réduction de la pauvreté et des processus d'affectation du budget et la façon dont elle intègre celles-ci dans la stratégie

d'assistance-pays. D'autres ont insisté sur la nécessité d'accorder la priorité au renforcement des capacités des administrations, des communautés locales et des ONG pour s'attaquer à la maladie.

Soutien à l'approche multisectorielle. Les membres et les intervenants ont insisté sur le fait que le VIH/SIDA requiert une action intégrée et multisectorielle. Plusieurs membres ont fait des observations sur la complexité d'une approche multisectorielle qui nécessitait un engagement politique sans faille, un leadership fort et la définition claire des rôles des différentes parties prenantes sur le terrain, y compris celui des ministères de la Santé. Si certains intervenants se sont déclarés d'accord avec le rapport de l'OED sur le fait que les ministères de la Santé ont un rôle indispensable à jouer et le secteur de la santé avait généralement besoin d'être renforcé, d'autres partageaient les points de vue de la direction et s'opposaient à l'idée suggérée implicitement par le rapport, à savoir que les ministères de la Santé devraient contrôler l'investissement consenti au niveau national en matière de VIH/SIDA ou que l'assistance dont bénéficie la lutte contre le VIH/SIDA est intervenue aux dépens du développement du secteur de la santé en général. D'autres intervenants ont également souligné l'importance de vastes partenariats au niveau des pays et les rôles d'exécution selon le contexte du pays. Un membre a jugé que le rapport avait été mal interprété, estimant que dans certains cas, les ministères de la Santé pourraient contribuer davantage à la coordination des activités multisectorielles exécutées par différentes parties prenantes. Certains intervenants ont également fait des observations sur les avantages potentiels des approches régionales et ont illustré leur propos à travers quelques exemples, notamment celui du projet Lagos-Abidjan. Faisant sienne l'approche multisectorielle, l'OED a estimé qu'une telle démarche, qui s'appuie sur les ministères de la Santé, avait réussi à convaincre les ministères clés de participer aux actions menées lorsqu'il existait un engagement politique fort. Il a également

indiqué que les dispositifs de mise en œuvre devraient être adaptés selon les pays et a réitéré la recommandation énoncée dans le rapport, à savoir que la Banque devrait axer ses efforts sur la mise en œuvre des activités dans les secteurs susceptibles d'avoir le plus grand impact sur l'épidémie et ayant un certain avantage à cet égard. La direction a indiqué que la communauté internationale du développement considérait le VIH/SIDA comme un problème de développement au sens large, qui ne pouvait être traité en se concentrant sur un secteur. Renforcer le secteur de la santé demeure un enjeu important.

Cibler l'assistance. Certains intervenants ont exprimé leur préoccupation concernant la recommandation de l'OED suggérant que les groupes à haut risque et les comportements à haut risque soient ciblés. Ils ont dit partager les opinions de la direction concernant la complexité du mode de transmission et des risques, tandis que d'autres ont souligné le désaccord entre l'OED et la direction concernant la principale cause des infections. Un membre a déclaré que l'assistance doit être ciblée prioritairement vers les femmes et les jeunes. Les membres ont souligné la nécessité d'une évaluation plus rigoureuse et plus nuancée, y compris une évaluation de la dynamique culturelle et sociale, pour une meilleure compréhension et pour soutenir une stratégie propre au pays. L'OED a précisé qu'il ne propose pas que l'assistance de la Banque ne cible que les groupes et les comportements à haut risque aux dépens d'autres types de soutien nécessaires en situation d'épidémie généralisée. Il a indiqué que les données d'information collectées indiquaient que l'information et les services de prévention ne touchaient pas les groupes à haut risque, d'où la nécessité d'agir à ce niveau.

Rôle des communautés. Plusieurs intervenants ont rejeté les recommandations relatives aux interventions à base communautaire et appuyé la réponse de la direction ; nombre d'intervenants ont estimé que les actions à base communautaire et l'implication de la société

civile étaient importantes. Un membre a réservé son jugement sur le fait de savoir si les conclusions de l'évaluation sur le développement communautaire (CD) étaient applicables au VIH/SIDA ou si un plaidoyer particulier pouvait être mené en faveur du rôle des communautés locales dans une action efficace contre le VIH/SIDA. L'OED a expliqué que le rapport sur le VIH/SIDA était favorable à l'intervention des communautés et de la société civile, et reconnu les efforts déployés par la Banque pour encourager les pouvoirs publics à coopérer avec les ONG et les communautés afin de mettre en œuvre des interventions nationales contre le VIH/SIDA. Dans le même temps, l'OED a réitéré que le suivi et l'évaluation des activités à l'échelon communautaire laissent à désirer et l'on dispose jusqu'ici de peu d'informations sur leur efficacité. Ainsi, il a recommandé que les objectifs de la collaboration avec différentes composantes de la société civile soient clairement définis et que les résultats de l'assistance pour la lutte contre le VIH/SIDA selon le principe du DC soient évalués de manière plus rigoureuse pour cerner leur contribution aux résultats.

Accélérer la recherche et le suivi et l'évaluation. Le Comité a soutenu les recommandations concernant le suivi et l'évaluation et considère que la Banque devrait appuyer le renforcement des capacités locales dans ce domaine, en coopérant avec d'autres partenaires. Différentes observations spécifiques ont été faites concernant la base de recherche, le suivi et l'évaluation : l'importance de concilier les efforts avec l'urgence que représente le problème du VIH/SIDA et la nécessité de mener une action rapide et d'obtenir de résultats immédiats ; l'évaluation des facteurs sous-jacents doit tenir compte des dimensions liées au genre ; le défi de la définition de critères et d'indicateurs de résultats clairs, et la nécessité d'améliorer les données ; la nécessité d'établir de vastes partenariats ; et l'importance du suivi et de l'évaluation, la communication des travaux de recherche et l'expérience de la Banque en matière d'apprentissage. Des questions ont été posées sur

l'expérience accumulée dans le suivi et l'évaluation approfondis des projets MAP et sur le rôle joué par l'Équipe de suivi et d'évaluation de la lutte contre le SIDA (GAMET) dans la recherche de solutions aux insuffisances constatées dans le domaine du suivi et de l'évaluation. La direction a fourni des précisions sur les mesures extraordinaires prises par la Banque pour renforcer le suivi et l'évaluation et, par l'entremise du GAMET, la collaboration avec les partenaires pour élaborer des manuels et des systèmes permettant d'évaluer les progrès réalisés par les pays et en mobilisant les experts internationaux pour fournir un appui au niveau des pays. L'OED a salué ces efforts, mais a noté qu'il était trop tôt pour déterminer leur efficacité et qu'elles seront évaluées à l'avenir dans le contexte des différentes opérations par pays.

Nécessité d'établir des liens avec les autres initiatives mondiales. Nombre d'intervenants ont observé que la Banque n'intervenait pas de manière isolée, et que le rapport de l'OED et le MR doivent être mis en rapport avec les initiatives mondiales et à des partenariats plus élargis, et des efforts d'harmonisation et d'alignement. Ils ont affirmé que l'assistance de la Banque devait s'inscrire dans le cadre des engagements de la Banque en faveur de recommandations convenues et classées par priorité du Groupe spécial mondial (GTT) dirigé par l'ONUSIDA et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) et le principe des « Trois 1 »¹. La direction a insisté sur le fait que l'assistance de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA représentait seulement une partie de l'assistance fournie par la communauté internationale pour la lutte contre le VIH/SIDA et a formulé des observations sur son appui coordonné et complémentaire dans le cadre des recommandations du GTT, du GFATM et des « Trois 1 ». Elle a insisté sur le caractère crucial du GTT et sur les efforts concertés à l'échelle mondiale pour traduire la vision des « Trois 1 » en actes concrets. L'OED a précisé que cette évaluation portait surtout sur l'assistance fournie par la

Banque au niveau des pays et était complétée par la récente évaluation de l'OED sur le soutien de la Banque aux programmes mondiaux, (y compris la santé), qui traitait des problèmes de coordination avec les partenaires mondiaux. Elle a noté que les conclusions et les recommandations de ce rapport cadrent avec celles formulées pour les programmes mondiaux.

Encourager l'adoption d'une stratégie devant régir l'assistance de la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA. Certains intervenants ont soutenu la proposition du Panel consultatif extérieur en faveur d'une stratégie de la Banque visant à orienter son assistance en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

Observations liées à l'évaluation de l'OED. Certains intervenants ont fait des observations sur la méthode d'évaluation et ont relevé que l'évaluation de l'OED aurait pu saluer davantage les mesures prises récemment pour améliorer l'assistance de la Banque, en particulier du MAP ; ils ont examiné la collaboration avec les autres parties prenantes, notamment le rôle du secteur privé et la dynamique du genre ; et ils ont fourni une recommandation opérationnelle plus concrète. Répondant aux questions de certains membres sur la manière dont les évaluations autocritiques internes de la Banque, notamment le Bilan provisoire 2004 du MAP, avaient été examinées, l'OED a répondu qu'il avait pris en compte leurs constats dans son évaluation. Sur la question de savoir comment l'OED a formulé les recommandations, le Directeur général par intérim chargé de l'évaluation des opérations a fait observer qu'elles ont été élaborées de façon à offrir une certaine flexibilité à la direction pour apporter un remède aux problèmes soulevés.

Chander Moban Vasudev, Président

NOTES

Chapitre 1

1. Y compris les décaissements effectués à ce jour au titre de projets portant uniquement sur le SIDA en cours et menés à terme, et les décaissements au titre des volets ou activités achevés de lutte contre le SIDA ou dont le montant est supérieur à 1 million de dollars. Parmi ces projets, la figure 1.1 présente ceux pour lesquels le SIDA représentait au moins 10 % du montant total de l'engagement de la Banque.

2. La Banque mondiale a débuté ses opérations de prêts en faveur de programmes de population (planification familiale) au début des années 70. Il a fallu attendre le *Document de politique sectorielle de la santé pour 1980* pour que la Banque s'engage à consentir des prêts directs au secteur de la santé (Johnston et Stout 1999).

3. Entre 1950 et 1990, l'espérance de vie dans les pays en développement a augmenté, passant de 40 à 63 ans, en grande partie à cause des progrès économiques et des investissements réalisés dans les services sociaux (Banque mondiale 1997a). En 1996, l'espérance de vie au Zimbabwe était inférieure de 22 ans à ce qu'elle aurait été en l'absence du SIDA et l'espérance de vie en Afrique du Sud était inférieure de 7 ans. Pour des éléments d'appréciation de l'impact du SIDA sur la mortalité en Afrique, se reporter aux articles rédigés par Boerma et al., 1998, Timaeus 1998 et par Stover et Way 1998.

4. En effet, presque toutes les sociétés ont réagi dans un premier temps aux indices concernant la propagation du VIH en proclamant qu'une infection qui se propageait de cette manière ne pouvait avoir été déclenchée au niveau local (Mann et al., 1992, Mann et Tarantola 1996, Banque mondiale 1997a). Une fois convaincues de l'existence d'une menace, la première réaction des autorités officielles a le plus souvent été de prendre des mesures légales discriminatoires au lieu d'adopter des interventions de santé publique mettant l'accent sur l'éducation et la

modification des comportements. Pour un recueil d'exemples précis concernant le refus d'admettre l'évidence, le manque d'engagement politique et les mesures répressives prises par les pays, quelque soit leur stade de développement, se reporter à Garrett (1994).

5. L'examen réalisé par l'OED sur l'ONUSIDA (Lele et al., 2004) reposait largement sur l'analyse tirée du document *Five-Year Evaluation of UNAIDS* (Poate et al., 2002).

6. L'OED procède actuellement à une évaluation de l'assistance fournie par la Banque dans l'enseignement primaire. Les évaluations ont porté par exemple sur les fonds sociaux (Carvalho et al., 2002), le développement social (Parker 2004) et le genre (Gopal et al., 2001).

7. L'unique bilan effectué auparavant concernant l'efficacité de l'aide fournie par la Banque dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA était une étude sur dossier réalisée par Dayton (1998) et portant sur des projets réalisés jusqu'au milieu de l'année 1997. À cette époque, seuls 8 projets avaient été menés à terme, dont un seulement était un projet portant uniquement sur le SIDA (SIDA Zaïre), et seulement 1 avait été évalué par l'OED.

Chapitre 2

1. Le montant intégral d'un prêt, crédit ou don approuvé à la figure 2.1 est attribué à l'année d'approbation du projet, mais les ressources correspondant à chacun de ces engagements ont été décaissées sur la durée de vie du projet. Une liste des projets et volets de lutte contre le SIDA de plus de 1 million de dollars est fournie à l'Annexe C-1.

2. La Figure 2.2 est basée sur l'inventaire des travaux d'analyse résumés à l'Annexe E et affichés sur le site web pour les évaluations (www.world-bank.org/oed/aids). Eu égard aux conventions sur les déclarations irrégulières et aux oublis prévisibles

de la part des personnes interrogées, l'inventaire fournit une liste indicative et non définitive des travaux d'analyse de la Banque (Chapitre 3).

3. Ce n'est qu'en 1994 que l'on a abouti au constat que la durée médiane entre l'infection et l'apparition du SIDA est de l'ordre de 10 ans (Hessol et al., 1994). Lorsque le rapport *AIDS in the World II* fut publié en 1996, l'opinion générale était que la période d'incubation dans les pays en développement était beaucoup plus courte (Mulder 1996). L'on a découvert plus tard que ce n'était pas le cas. Les caractéristiques telles que la période d'incubation et le caractère infectieux sont cruciales dans la modélisation de la propagation épidémiologique du VIH et de son impact sur la mortalité, dont découlent les estimations de l'impact.

4. Le traitement amélioré des maladies sexuellement transmissibles (MST) habituelles était une recommandation programmatique majeure pour la prévention du VIH et un aspect qui a bénéficié d'importants investissements de la part de la Banque. Cependant, les résultats des essais contrôlés randomisés concernant l'impact du traitement des MST sur l'incidence du VIH différaient selon le site de l'étude. Un essai randomisé en milieu communautaire réalisé à Mwanza en Tanzanie a abouti au constat qu'un meilleur traitement des MST symptomatiques par le biais du système de santé réduisait l'incidence du VIH de plus de 40 % (Grosskurth et al., 1995). Trois ans plus tard, un essai randomisé de traitement de la population entière contre les MST dans le district de Rakai en Ouganda, n'a eu aucun effet sur l'incidence du VIH (Wawer et al., 1998). De nombreuses explications ont été avancées pour justifier les résultats divergents (le stade de l'épidémie, les niveaux de base du comportement sexuel et la prévalence des MST et bien d'autres (Hitchcock et Fransen 1999 ; Grosskurth et al., 2000 ; Orroth et al., 2003 ; White et al., 2004 ; Korenromp et al., 2005)). Le traitement des MST figure toujours dans le portefeuille de la prévention, mais d'autres approches gagnent aujourd'hui en importance.

5. Mann, Tarantola et Netter 1992. Le virus d'immunodéficience humaine n'a été isolé qu'en 1984 et les premiers tests sanguins visant à détecter le VIH ont été brevetés en vue d'une production aux États-Unis en 1985 (Annexe C-3).

6. À la fin de l'exercice 85, seuls 18 projets de santé avaient été approuvés à l'échelle de la Banque,

dont 7 étaient localisés en Afrique subsaharienne. Aucun n'était encore achevé. À la fin de l'exercice 89, 45 projets de santé au total avaient été approuvés (22 en Afrique), dont seulement 5 étaient achevés (aucun en Afrique) (OED 1998).

7. Tel que rapporté dans Banque mondiale 1988 ; l'OED n'a pu retrouver les documents originaux de 1986.

8. « Nous appuyerons l'action menée par l'Organisation mondiale de la santé à l'échelle mondiale pour combattre le SIDA, une maladie qui pourrait avoir de graves conséquences sur certains pays en Afrique » (Conable 1987).

9. Les entretiens indiquent que la première de ces stratégies a été révisée par le « Conseil du Président » sous l'administration du président Conable, mais n'a jamais été officiellement adoptée par la haute direction de la Banque. Elle a été distribuée cependant sous forme de document de travail, et a servi de guide pour la Région Afrique. La stratégie de 1996 a été parachevée au moment où la Région Afrique subissait une réorganisation qui a conduit à la dissolution du département technique, qui coordonnait l'action contre le SIDA. Elle est devenue un rapport officiel de la Banque, mais les personnes interrogées ont signalé qu'il n'a pas été diffusé par le nouveau coordinateur de la lutte contre le SIDA pour l'Afrique, qui a pris l'initiative de l'élaboration d'une nouvelle stratégie en 1998.

10. Au cours des deux premières années, elle était financée par les Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies et par la suite, la Banque a pu créer un nouveau poste.

11. La CAS définit un programme sélectif de la Banque qui est lié à la stratégie de développement de chaque pays et basé sur l'avantage comparatif dont bénéficie le Groupe de la Banque sur les activités des autres bailleurs de fonds. Tout procède de la vision qu'a le pays de son propre développement, telle que définie dans un Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) ou autre processus national. La CAS comprend un diagnostic détaillé des défis de développement auxquels se trouve confronté le pays, notamment l'incidence, les tendances et les causes de la pauvreté et est élaborée en consultation avec les autorités du pays, les organisations de la société civile, les partenaires de développement et d'autres parties prenantes. La CAS identifie les domaines où l'assistance fournie

par le Groupe de la Banque peut avoir le plus grand impact sur la réduction de la pauvreté. Il définit également un cadre composé d'objectifs et d'indicateurs destinés à suivre la performance du Groupe de la Banque par rapport aux résultats escomptés et fait l'objet d'une révision environ tous les trois ans.

12. Lamboray et Elmendorf 1992, Banque mondiale 1995 et les entretiens réalisés pour cette évaluation. Cependant, au moins un pays bénéficiant d'un engagement politique relativement important (la Thaïlande) a décliné une offre de prêt d'assistance pour la lutte contre le VIH/SIDA de la part de la Banque mondiale en 1988, préférant financer presque entièrement son très efficace programme de prévention du SIDA sur des ressources intérieures.

13. Au moment de l'approbation du STIP du Kenya, l'engagement des autorités publiques était jugé suffisamment ferme : trois projets de la Banque étaient en cours dans les domaines de la santé et de la population et le STIP a été complété par les activités de nombreux partenaires, notamment le Royaume Uni, l'Allemagne, le Canada, la Belgique et les États-Unis. Néanmoins, l'ampleur de l'engagement manifesté par les autorités en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA a été surestimée ; les activités de projet entreprises en collaboration avec les autres bailleurs de fonds ont permis effectivement de renforcer cet engagement au terme du projet.

14. Le ministre de la Santé du Zaïre a fait preuve d'un engagement ferme, contrairement aux autres secteurs de l'administration.

15. L'OED n'a pu documenter ces initiatives ou l'efficacité de ces composantes ajoutées aux projets de santé après l'approbation du projet : elles n'ont pas été consignées dans les documents conceptuels/d'orientation et, compte tenu de leur ampleur généralement réduite, étaient rarement mentionnées dans les rapports d'achèvement de projet.

16. L'analyse de la charge de la maladie prend en compte la charge de morbidité actuelle des personnes atteintes du SIDA. Ce type d'analyse ne prend pas en compte le fait que le VIH est une infection dont la charge ne se manifeste pas pendant plusieurs années et qui peut être prévenue à très moindre coût en prenant des mesures rapides, au moment où la charge est faible.

17. Le rapport présente quelques recommandations sur le SIDA sous la forme d'un encadré, ap-

pelant à une intervention publique de la part des gouvernements africains pour engager des actions de prévention. La priorité est donnée à une éducation publique ciblée de manière minutieuse et des campagnes de promotion des préservatifs pour la détection et le traitement des autres MST. Le rapport préconise une action urgente pour trouver un remède aux besoins du nombre croissant des malades du SIDA.

18. L'information publique sur la prévention, la promotion de l'utilisation des préservatifs, la réduction de la transmission du VIH par voie sanguine, l'intégration des services de prévention du SIDA et des MST, les tests de dépistage volontaire et anonyme ainsi que la surveillance de la santé publique.

19. Le SIDA n'est évoqué qu'une seule fois dans le corps du document, au moment de l'examen des partenariats mondiaux avec l'ONUSIDA et l'appui à la recherche d'un vaccin contre le SIDA. On retrouve la mention du VIH/SIDA comme problème de santé publique dans l'Annexe C intitulé *Services essentiels en matière de santé, de nutrition et de population*, dans un bref chapitre sur les maladies transmissibles réémergentes ou nouvelles. Constatant les « menaces accrues » que présentent la tuberculose, le paludisme et le SIDA, l'annexe indique que les « mesures de prévention et de traitement doivent être adaptés pour suivre ces tendances » (Banque mondiale 1997b, p. 64).

20. L'ONUSIDA a vu le jour en janvier 1996, remplaçant le PMS. Les autres organismes parrainants étaient l'OMS, le PNUD, le FNUAP, l'UNICEF et l'UNESCO.

21. Banque mondiale 1997a. La Commission européenne et l'ONUSIDA ont apporté leur concours et leur contribution à la préparation du rapport.

22. *Faire face au SIDA (Confronting AIDS)* a été lancé par le Vice-président principal et économiste en chef de la Banque, Joseph Stiglitz, qui a souligné plus tard au cours du même mois lors d'un discours devant le Parlement européen l'impérieuse nécessité de traiter le SIDA dans les pays en développement. Selon le département des Affaires extérieures de la Banque, le rapport a bénéficié d'une large diffusion et d'une couverture médiatique considérable à la fin de l'année 1997 (division des relations avec les média 1997).

23. Il priait les délégués de « prononcer avec

force et de façon directe le terme « SIDA » et « prévention du SIDA » : le SIDA « doit être placé en première ligne et nous devons insister sur la prévention » (Wolfensohn 1998).

24. Dans ce discours, il a indiqué que les bailleurs de fonds peuvent contribuer à faire en sorte que le SIDA demeure une préoccupation essentielle pour les pouvoirs publics, aider à compléter les ressources des pays, « à diffuser largement les dernières informations... et favoriser le partage des expériences entre les pays, » et faciliter la création de biens publics internationaux, comme l'évaluation et la recherche de vaccins (Madavo 1998). En affirmant que la Banque n'a pas fait assez, il a évoqué le problème de la demande qui se pose à la Banque – « Étant donné que nos ressources sont constitués des prêts octroyés aux États, nous ne pouvons initier seuls des programmes. Les autorités publiques doivent d'abord solliciter notre soutien. » Les entretiens réalisés pour cette évaluation indiquent qu'un colloque organisé en janvier 1998 marquait un tournant dans les actions visant à amener le vice-président de la Région Afrique, récemment nommé, à mener un plaidoyer de haut niveau. Ce colloque mettait en évidence la baisse spectaculaire de l'espérance de vie dans les pays les plus sévèrement touchés par l'épidémie. Suite à cette réunion, l'équipe régionale de direction composée des responsables issus de tous les secteurs a été chargée de se pencher sur l'épidémie.

25. Les règles régissant l'approbation des opérations individuelles entreprises par la suite dans les limites de l'enveloppe de financement sont basées sur les procédures du Conseil des administrateurs relatives aux Prêts-programmes évolutifs (PPE). Les opérations individuelles dans les limites de l'enveloppe affectée au MAP sont techniquement classées dans la catégorie des PPE, mais elles ne sont pas individuellement des prêts-programmes évolutifs et dans la pratique, ressemblent aux projets d'investissement classiques.

26. Dans le cadre de la prochaine reconstitution de l'IDA (IDA-14), les dons ne seront plus ciblés vers la lutte contre le VIH/SIDA. Au contraire, tout le soutien apporté par la Banque aux pays les plus durement touchés par le problème de l'endettement (dont la plupart se situent en Afrique subsaharienne) sera consenti sous forme de dons, tandis que dans les pays à faible revenu moins endettés, la Banque of-

fira des financements à des conditions très souples.

27. À l'exception du projet PAPSCA en Ouganda, qui comprend des activités visant à atténuer l'impact du SIDA et de la guerre sur les veuves et les orphelins.

28. Les projets sont classés selon le stade de l'épidémie au moment de l'approbation du projet. Il y a 9 projets dans 8 pays qui ne pouvaient être classés dans aucune catégorie à cause de la disponibilité insuffisante de données et sont donc classés « inconnus » : Bhoutan et Sierra Leone (L'ONUSIDA ne fournit aucune donnée) ; Cap-Vert, Grenade, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Vincent-et-le Grenadines (non cités dans l'annexe épidémiologique de l'ONUSIDA 2004) ; et Moldova (la prévalence au sein de la population est estimée par l'ONUSIDA à 0,2 %, sans être étayée par des données probantes concernant les niveaux d'infection soit dans les groupes à haut risque ou à faible risque). Ceci souligne l'analyse faite plus haut concernant le contexte d'incertitude dans lequel les décisions sont prises.

29. Les projets de la Banque soutiennent en premier lieu le traitement des infections opportunistes (IO) dont souffrent les malades du SIDA. Ce sont des infections qui sont contrôlées par des systèmes immunitaires fonctionnant de manière convenable, mais qui peuvent provoquer la mort chez les personnes dont les systèmes immunitaires sont détruits. L'IO la plus courante dans les pays en développement est la tuberculose. Avant l'introduction de la thérapie antirétrovirale hautement active, qui attaque directement le VIH, l'espérance de vie des malades du SIDA dans les pays à haut revenu avait déjà augmenté d'environ 18 mois en raison des actions vigoureuses menées en matière de traitement et de prévention des IO. Même les malades bénéficiant d'un traitement à la thérapie antirétrovirale hyperactive contractent des infections opportunistes en cas d'échec du traitement et le traitement de la plupart de ces infections est moins onéreux.

30. Le relevé complet des notes attribuées à chacun des projets achevés (résultat, pérennité, impact sur le développement institutionnel, performance de la Banque, performance du pays emprunteur) figurent à l'Annexe C-2.

31. Les évaluations des réalisations présentées à la figure 3.3 pour les projets réalisés au Tchad, au Cambodge et en Ouganda (PAPSCA) sont basées sur

une évaluation sur le terrain de leurs volets SIDA et non sur l'ensemble du projet.

32. Le projet sur les IST au Zimbabwe ne visait pas d'objectifs institutionnels.

Chapitre 3

1. Dans le contexte de l'épidémie du SIDA, les biens publics incluent des mesures comme la fourniture d'informations, l'évaluation et la recherche opérationnelle, la surveillance épidémiologique et la surveillance des comportements, la sécurité transfusionnelle et l'adoption des précautions universelles visant à prévenir l'infection dans le système de santé.

2. Les fonds de contrepartie apportés par les autorités indiennes à l'achèvement du projet s'élevaient à 29,3 millions de dollars, près du double des 15,6 millions de dollars convenus dans l'accord de crédit.

3. Dans ce cas, les prêts de la Banque ont aidé à sauvegarder les dépenses de prévention pendant une période de crise financière (OED 2004b, p. 29).

4. Le Brésil ciblait déjà certains groupes ayant des comportements à haut risque, mais la présence de la Banque favorisait ce travail et conférait une légitimité à des activités controversées (Beyrer et al., 2004).

5. Dans un premier temps, les Cellules de lutte contre le SIDA des États (State AIDS Control Cells) étaient rattachées aux ministères de la Santé des États, mais à la fin du premier projet, s'inspirant de l'expérience de l'État de Tamil Nadu, la plupart étaient devenues des SACS semi-autonomes. L'autonomie de la SACS a énormément contribué à faciliter les décaissements : aux termes de la loi indienne, les associations peuvent recevoir et décaisser des fonds sans se soumettre au processus normal d'approbation du gouvernement. Du personnel clé a été détaché des ministères centraux, tandis que des agents techniques supplémentaires pouvaient être engagés sur une base contractuelle.

6. Avant le début du projet, le programme national de lutte contre le SIDA occupait une position peu élevée au sein du ministère de la Santé, ne disposait pratiquement d'aucun financement et était marginalisé. La plupart des activités de lutte contre le SIDA étaient financées par les bailleurs de fonds, en dehors du gouvernement (OED 2004a).

7. Outre le ministère de la Santé, le projet finançait six ministères (Défense ; Administration lo-

cale ; Genre, Travail et développement social ; Éducation ; Justice ; Agriculture) et le département de l'Information au sein du Cabinet du Président.

8. Les évaluations des activités de lutte contre le SIDA des secteurs autres que la santé étaient peu fréquentes dans les pays évalués par l'OED. L'évaluation du programme « Universities Talk AIDS » en Inde est l'une des exceptions.

9. Ce constat se fonde en grande partie sur l'expérience dans les pays en butte à des épidémies concentrées et généralisées, où des ressources accrues et une mobilisation publique s'avèrent nécessaires. On ne sait pas avec certitude quelle place il conviendrait de réserver au programme de lutte contre le SIDA au sein du ministère de la Santé pour aboutir à des résultats efficaces dans le contexte d'une épidémie naissante.

10. Selon l'usage général, le terme ONG peut s'appliquer à toute organisation à but non lucratif indépendant de l'administration, dont l'objet primordial est la conception et la mise en œuvre de projets liés au développement. La distinction entre une ONG et une OBC réside dans le fait que la première est habituellement une organisation prestataire de service au bénéfice d'autres personnes, tandis que la dernière intègre souvent les bénéficiaires de projet au sein de l'organisation (Gibbs et al., 1999).

11. Le STIP du Zimbabwe ne prévoyait aucune participation des ONG ou des OBC ; il s'agissait en premier lieu d'une opération d'achat de médicaments destinés au traitement des IST et des infections opportunistes, qui visait à compléter les activités d'autres acteurs. L'ampleur réelle de la participation des ONG au projet du Zaïre est inconnue.

12. En Indonésie, la capacité des ONG censées mettre en œuvre les interventions en direction des groupes à haut risque n'a pas été évaluée.

13. À l'exception de l'évaluation du modèle pilote de soins à domicile financé par l'USAID au Cambodge, qui a examiné son impact et son rapport coût-efficacité (Wilkinson et al., 2000).

14. Gibbs et al., (1999) a également conclu que la Banque et les emprunteurs accordent peu d'intérêt à l'environnement dans lequel les ONG/OBC fonctionnent, à leur capacité et à l'utilisation de pratiques opérationnelles appropriées.

15. La figure 3.2 présente les interventions effectivement mises en œuvre, soit par les pouvoirs publics ou d'autres intervenants (tels que les ONG ou

les communautés). Certaines interventions programmées n'ont pas été exécutées et certaines interventions mises en œuvre n'étaient pas programmées. Les interventions présentées à la figure 3.2 sont les principales interventions de ces projets liées au SIDA, mais ne sont pas exhaustives.

16. Le STIP du Zimbabwe ne visait pas les groupes à haut risque, supposant que cette activité serait financée par d'autres bailleurs de fonds. Le projet soutenait en premier lieu l'achat de médicaments pour traiter les IST, la tuberculose et autres infections opportunistes.

17. En Ouganda, seuls les groupes à risque « organisés » comme l'armée, la police et les prisonniers ont bénéficié des services. Au Kenya, le fait de ne pas actionner les mécanismes visant à s'assurer la participation des ONG a réduit la portée du projet aux groupes à haut risque.

18. Le peu d'importance accordée à l'évaluation n'est pas particulier à la Banque ; les milieux internationaux spécialisés dans l'évaluation et le suivi du VIH/SIDA ont axé en grande partie leurs actions sur le suivi (Rugg et al., 2004).

19. Les essais contrôlés randomisés ont démontré l'efficacité potentielle d'une poignée d'interventions dans les pays où ils ont été effectués ainsi que dans le cadre des dispositifs de mise en œuvre adoptés par l'étude. L'efficacité de la même intervention, quand elle est appliquée à l'échelle nationale par le biais des systèmes de santé publique peut différer dans une large mesure, en fonction des contraintes d'ordre institutionnel, de capacité et d'ordre financier, ainsi que dans divers environnements épidémiologiques ou culturels. Par ailleurs, la classification des différentes interventions en fonction de leur rapport coût-efficacité devrait varier considérablement d'un contexte à l'autre.

20. À titre d'exception, les interventions de soins à domicile exécutées par des ONG locales et financées par le biais du DCHDP du Cambodge, ont été officiellement évaluées avant de faire l'objet d'une reproduction générale, grâce à un financement de l'USAID (Wilkinson et al., 2000).

21. Le nombre de sites de surveillance du VIH est passé de 55 en 1994 à 306 en 2001. Sur les 306 sites existant à l'échelle nationale en 2001, 163 concernaient les femmes en consultation dans des centres de soins prénataux, 121 se trouvaient dans les centres de traitement des MST, 13 concernaient les uti-

lisateurs de drogues injectables et seulement 2 sites étaient installés parmi les professionnels du sexe et les hommes homosexuels. Au moment de l'examen à mi-parcours du deuxième projet de lutte contre le SIDA en 2003, le nombre de sites installés parmi les groupes à haut risque (17) n'avait pas varié.

22. De 1997 à 1999, le taux de prévalence du VIH était communiqué deux fois par an par les maternités, les salles d'urgence et les centres de traitement des MST. Cependant, le nombre de sites fluctuait chaque année et l'on craignait que les résultats communiqués par les sites hospitaliers qui étaient devenus des centres de référence pour le traitement du SIDA fournissent des estimations biaisées. Depuis 2000, la surveillance du VIH au niveau national en ce qui concerne les femmes enceintes est effectuée à partir d'un échantillon aléatoire de 150 maternités qui effectuent plus de 500 accouchements par an, sur la base d'un échantillon aléatoire différent de formations sanitaires à chaque cycle. Au moment de l'évaluation réalisée par l'OED, seulement deux cycles de surveillance avaient été réalisés, en 2000 et en 2003. Traditionnellement, la surveillance au Brésil est fortement concentrée sur les cas de SIDA et l'incidence du SIDA. En ce sens, l'introduction de la surveillance systématique du VIH et des comportements de toute nature est un acquis important.

23. Trois études portant sur environ 850 000 recrues de l'armée ont fourni des données sur les comportements, mais les indicateurs collectés lors de chacune des enquêtes étaient différents, d'où l'impossibilité de suivre les tendances.

24. La prévalence du VIH au Burkina Faso, par exemple, avait été estimée au préalable entre 6 et 7 % de la population, à partir des résultats obtenus auprès des centres de soins prénataux. L'EDS de 2003, effectuée sur un échantillon représentatif de la population, a conclu à une prévalence du VIH de seulement 1,8 %. Au Kenya, la prévalence du VIH avait été estimée par l'ONUSIDA à 15 % en 2001 (ONUSIDA 2002b) ; l'enquête sur la prévalence au niveau de la population effectuée par l'EDS en 2003 a conclu à un taux de prévalence de 7 %.

25. Dans des pays comme l'Ouganda et la Thaïlande, les données d'information sur les variations de l'incidence du VIH sont glanées en premier lieu à partir des résultats des travaux de recherche universitaire. Cependant, les budgets publics affectés à la

recherche dans d'autres pays évalués par l'OED n'ont pas été affectés à la recherche sur cette question.

26. Ayant négligé de poser des questions sur la connaissance du SIDA et le comportement sexuel lors de la première enquête nationale sur la santé (NHS 1998), qui était supposée servir d'enquête de base, l'enquête nationale de fin de projet (2002) a appliqué un cadre d'échantillonnage différent et non représentatif, de sorte que les résultats obtenus étaient fondamentalement peu comparables aussi bien à l'enquête de base qu'à l'EDS de 2000. La NHS a été financée par la Banque asiatique de développement, l'EDS de 2000 a été financée par le FNUAP, l'UNICEF et l'USAID et l'enquête d'évaluation finale de 2002 par le DCHDP. Au cours des deux précédentes, le cadre d'échantillonnage était représentatif au plan national (même si certaines provinces en étaient exclues en 1998 en raison de conflits) ; en 2002, le cadre d'échantillonnage était représentatif au niveau national des communautés couvertes par des centres de santé entièrement fonctionnels.

27. Les périodes de référence pour la communication de données sur les partenaires non maritaux et non cohabitants étaient différentes dans les EDS de 1995 (6 mois) et de 2000 (12 mois) de l'Ouganda, de sorte qu'il était impossible de suivre les changements intervenus dans ces relations.

28. Les données tirées de l'EDS de 1996/1997, de l'Enquête à indicateurs multiples de 2000 de l'UNICEF et de l'enquête de 2003 sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) n'offraient aucune cohérence dans la formulation des questions et des variables collectées, de sorte qu'il était impossible de discerner les évolutions au niveau des connaissances et des comportements sexuels. L'EDS de 1996/1997 et la CAP de 2003 ont été financées par des projets de la Banque.

29. Dans certains cas, les problèmes de comparabilité ne sont qu'une simple question de présentation. À titre d'exemple, les Rapports finaux sur l'EDS 2003 pour le Burkina Faso et le Kenya ne présentent que les résultats des questions orientées sur la connaissance du mode de transmission du VIH, même si des questions ouvertes (non orientées) auraient également dû être posées, ce qui aurait permis d'établir une comparaison avec les résultats des enquêtes de 1998 dans ces pays.

30. Le STIP de l'Ouganda a financé le programme national de lutte contre le SIDA tout au long des an-

nées 90, lorsque les comportements clés évoluaient au sein de la population. Cependant, le rapport de fin d'exécution n'a pu quantifier la plupart des produits du projet. Ainsi, on ne peut dire avec certitude dans quelle mesure l'un quelconque de ces changements pourrait être attribué de manière plausible au programme public de lutte contre le SIDA financé par la Banque.

31. La Banque était le principal promoteur extérieur des programmes publics de lutte contre le SIDA au Brésil, en Inde (AIDS I) et au Tchad.

32. Les questions non orientées demandent au répondant de citer toutes les méthodes permettant d'éviter de contracter le SIDA. Les questions orientées demandent directement au répondant si (dans ce cas) le SIDA peut être évité en utilisant le préservatif. Les réponses aux questions orientées et non orientées ne sont pas directement comparables ; dans les enquêtes où ces questions sont posées dans les deux sens, les réponses aux questions orientées donnent des résultats plus élevés.

33. Ce résultat ne doit pas être nécessairement attribué à un message particulier (sur l'abstinence, par exemple) véhiculé par les programmes de lutte contre le SIDA, en l'absence de données mieux étayées sur la nature des messages transmis et l'identité des destinataires. Ces tendances peuvent être influencées par des facteurs économiques ainsi que par une montée du conservatisme social.

34. OED 2003, Annexe D. Ces résultats concernent les femmes mariées en âge de procréer ; les résultats concernant les groupes à haut risque, qui ont bénéficié d'actions ciblées d'IEC pendant l'exécution du projet, ne sont pas disponibles. La BSS de 2001 a conclu que 40 % des femmes en âge de procréer à Tamil Nadu et 35 % à Maharashtra savaient que les préservatifs empêchent de contracter le SIDA, mais les questions et les méthodes employées pour éviter d'y répondre étaient différentes de la NFHS, de sorte que les résultats ne sont pas strictement comparables.

35. Au cours des années 90, la Banque était le principal bailleur de fonds du Programme national de lutte contre le SIDA du Gouvernement indien. D'autres bailleurs de fonds fournissaient une aide bilatérale importante dans un certain nombre d'États.

36. Ces statistiques et celles qui suivent sont tirées de l'EDS de 1993 et 1998 et d'une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques effectuée

par Population Services International en 2000 et citée dans OED 2002, à l'Annexe B. Comme un certain nombre d'activités financées par des bailleurs se déroulaient dans le même temps, ces évolutions de l'utilisation des préservatifs et des comportements ne pouvaient être mises en rapport avec les activités d'un seul bailleur de fonds, mais pouvaient correspondre à l'effet combiné des apports des pouvoirs publics et des bailleurs de fonds.

37. Ces données ont été fournies par le Projet de prévention et de prise en charge du SIDA parrainé par l'USAID (AIDS Prevention and Care (APAC)) à Tamil Nadu, qui a effectué des enquêtes annuelles de surveillance du comportement des groupes à risque dans les zones urbaines entre 1996 et 2001. L'APAC a financé des interventions ciblées, mais elles n'ont été lancées qu'en 1997–1998. Ainsi, le recul des comportements à risque pour la période 1996–1998 pouvait être de manière plausible attribué en partie aux activités de sensibilisation entreprises par les États ou au niveau national, bien que la couverture qui a été généralement réservée par les médias au problème du SIDA peut y avoir également contribué. Des tendances positives analogues ont été constatées concernant l'utilisation des préservatifs par les professionnels du sexe et les conducteurs de camions ayant des partenaires sexuels non réguliers. Aucune information n'est disponible concernant les premières années (le projet a été lancé en 1992). Source : APAC 2002, cité dans OED 2003.

38. En effet, les travaux de recherche montrent une variation sensible de l'efficacité du traitement des MST dans la réduction de l'incidence du VIH (Grosskurth et al., 1995 ; Wawer et al., 1998).

39. Deux actions clés ont été menées : a) « collecte et diffusion d'informations et d'une documentation dans l'ensemble de la Banque et à l'extérieur de l'institution ainsi qu'aux niveaux central et des missions résidentes afin d'informer le personnel et les autres des outils d'intervention et du succès enregistrés par ces derniers » et b) « conception et exploitation des pages web en vue de fournir des informations à jour et diffuser les meilleures pratiques sur le VIH/SIDA et servir de ressource au personnel de la Banque partout dans le monde » (Banque mondiale 2000a, p. 32).

40. Les deux sites web ayant la collection la plus étendue sont le site web de la Banque sur le

VIH/SIDA (www.worldbank.org/aids) et le site web de Réseau international sur l'économie du SIDA (IAEN) (www.iaen.org). Certains des documents plus anciens n'existent pas sous forme électronique et dans certains cas, l'OED n'a trouvé que des références aux documents et non les documents proprement dits. Il n'existe pas de dépôt central regroupant ce type de documents.

41. Les répondants représentaient un tiers du personnel de la Banque travaillant dans le secteur du développement humain (44 % du personnel du secteur HNP, et un quart du personnel des secteurs Éducation et Protection sociale). L'OED a posé des questions sur environ 18 documents clés d'analyse de la situation aux plans mondial, sectoriel et régional et 7 guides, tous réalisés, financés ou gérés par la Banque.

42. L'enquête menée auprès des délégués à la CISMA ne doit pas être considérée comme étant représentative des réponses données dans d'autres régions qui n'ont pas été couvertes par l'enquête. Les délégués à la CISMA représentaient l'administration, les milieux universitaires, les bailleurs de fonds et la société civile. 94 % d'entre eux vivaient en Afrique, soit environ 6 à 8 % des participants à la conférence. Outre les questions portant sur l'accès à Internet, l'OED a interrogé les répondants sur 12 documents d'analyse clés. Le questionnaire d'enquête était rédigé en deux langues, l'anglais et le français, même si seuls quelques travaux d'analyse avaient été traduits en français.

43. Les notes attribuées pour la qualité technique étaient : très faible, faible, moyenne, haute, très haute. Les notes attribuées pour l'utilité étaient : pas utile, utile, très utile, un des plus utiles que j'ai jamais lus.

44. Il faut noter cependant que certains des chefs d'équipe de projet n'étaient pas issus de la Région Afrique.

45. Thailand Social Monitor (65 %), *Faire face au SIDA* (51 %) et *Averting an AIDS Crisis in Eastern Europe* (50 %).

Chapitre 4

1. Ce chapitre traite uniquement du programme MAP pour l'Afrique. Au total huit projets au niveau de chaque pays avaient également été approuvés au titre du programme MAP Caraïbes, pour une enveloppe de 155 millions de dollars à juin 2004, dont

14,5 millions de dollars avaient été décaissés. Au 30 avril 2005, le montant total des décaissements au titre des projets MAP pour l'Afrique approuvés à juin 2004 était passé à 450 millions de dollars.

2. Se reporter aux résultats découlant des questionnaires auto-administrés à l'Annexe H.

3. Banque mondiale 2000b, p. 10. La définition de l'expression « agrandir l'échelle » n'est pas donnée dans le document d'évaluation préalable du MAP. L'évaluation quinquennale de l'ONUSIDA relève une demi-douzaine d'interprétations de cette expression, au nombre desquelles figurent : reproduction, agrandissement de l'échelle et institutionnalisation (Poate et al., 2002, p. 64). Dans l'évaluation, ce terme est employé pour désigner le passage d'un impact réduit à un impact plus grand. Le manuel des opérations du MAP publié en 2004 présente l'agrandissement de l'échelle comme « le processus d'extension de l'échelle des activités et des institutions dans l'objectif ultime d'accroître le nombre de personnes touchées et/ou l'impact sur le VIH/SIDA. L'agrandissement de l'échelle peut donner lieu à : l'extension de la couverture, la modification du type ou de l'intensité de la couverture, l'augmentation de l'impact, ou l'accroissement de la qualité. Quoiqu'il n'existe aucune définition précise, les programmes portés à une échelle plus grande touchent habituellement (ou garantissent l'accès) à un nombre encore plus important au sein de la population ciblée dans une zone bien déterminée » (Brown et al., 2004, p. 12).

4. Par contre, les objectifs du programme MAP Caraïbes font apparaître le contenu et un certain degré de hiérarchisation : « Pour aider les pays ... à i) prévenir la propagation du VIH/SIDA en réduisant la transmission chez les groupes à haut risque ; ii) améliorer l'accès des PVAS à des soins efficaces, à moindre coût et équitables dans le contexte de la politique de santé du gouvernement ; iii) renforcer leur capacité institutionnelle à mener une action durable contre le VIH/SIDA » (Banque mondiale 2001a).

5. Le Tableau 4.1 est construit pour les besoins de l'évaluation ; il ne faisait pas officiellement partie du document d'appréciation préalable du MAP.

6. Sept projets MAP ont cependant des volets spécifiques pour le ministère de la Santé : le Cameroun, l'Érythrée, la Gambie, la Mauritanie, le Mozambique, le Rwanda et la Sierra Leone.

7. Les risques précis sont entre autres : le faible engagement et le déni des pouvoirs publics et de la société civile ; faible capacité des administrations publiques, entités d'exécution décentralisées et les communautés ; décaissements lents dus à la capacité limitée en matière de gestion financière, de pas-sation de marché et au traitement de sous-projets ; collaboration intersectorielle faible, les problèmes fiduciaires complexes, notamment la mauvaise utilisation des fonds.

8. La Commission ougandaise pour la lutte contre le SIDA était déjà en place plusieurs années avant l'approbation du STIP de l'Ouganda ; cependant, le projet était géré par le ministère de la Santé à cause des capacités relativement plus importantes de l'institution.

9. Si le suivi et l'évaluation avaient été appliqués de manière complète et correcte, on disposerait de données plus fiables sur l'impact ultime de ces résultats.

10. Ceci ne signifie pas que les activités de lutte contre le SIDA dans d'autres secteurs n'auraient pas pu être renforcées ou que la coordination n'aurait pas pu être améliorée.

11. Une récente évaluation de l'OED portant sur l'appui de la Banque mondiale au renforcement des capacités en Afrique (*World Bank Support for Capacity Building en Afrique* (OED 2005b)) a conclu que les outils traditionnels de la Banque — assistance technique et formation se sont révélés souvent inefficaces pour contribuer au développement des capacités durables dans le secteur public ; les études économiques et sectorielles pourraient beaucoup plus y contribuer. Elle a également conclu que la plupart des activités de renforcement de capacités ne s'appuient pas sur des processus type d'assurance de la qualité au stade de la conception, et ne sont pas systématiquement suivies ou évaluées. L'une des principales recommandations est que la direction générale à l'échelon régional veille à ce que toutes les opérations visant à renforcer les capacités du secteur public soient basées sur une évaluation préalable adéquate des besoins en matière de capacité et aient des moyens de suivre et évaluer les résultats.

12. Les données provenant des entretiens avec le chef d'équipe de projet et le directeur-pays datent du mois d'août 2004.

13. « La priorité [du MAP]... est la rapidité, l'agrandissement de l'échelle des programmes

existants, le renforcement des capacités, l'apprentissage par la pratique et l'amélioration continue de la conception des projets, plutôt qu'une analyse technique préalable des différentes interventions » (Brown et al., 2004).

14. Banque mondiale 2000b, p.31. « Les budgets de supervision seront largement supérieurs à la norme. »

15. L'OED a comparé les dépenses effectives consacrées à la supervision des projets MAP I et des projets de santé, en prenant en compte le temps écoulé depuis l'entrée en vigueur dans huit pays (Bénin, Éthiopie, Érythrée, Gambie, Ghana, Kenya, Madagascar, Ouganda). Un an après l'entrée en vigueur du projet, les dépenses effectives consacrées à la supervision étaient supérieures de 39 % pour les projets de santé à celles des projets MAP (110 500 dollars pour la santé contre 79 750 dollars pour le MAP). Vingt-quatre mois après l'entrée en vigueur, le montant cumulé des coûts de supervision au titre des projets de santé (198 600 dollars) était encore supérieur de 10 % à celui du MAP (181 250 dollars). Selon le premier bilan de l'avancement du MAP (Banque mondiale 2001d, p. 25), l'équipe régionale de direction pour l'Afrique (Africa Regional Leadership Team) a ordonné que 200 000 dollars soient alloués sur le budget de la Banque à la supervision au titre de la première année et que 150 000 dollars soient affectés à la supervision au titre des années suivantes pour chaque projet MAP, soit 350 000 pour les 24 premiers mois. Les statistiques relatives aux dépenses effectives consacrées à la supervision sont largement en deçà de cet objectif.

16. Le nuage de points à la figure 4.1 montre des points de données représentant le taux de décaissement (pourcentage des fonds décaissés présentés sous forme de diagramme au regard du pourcentage du temps total écoulé par rapport au délai d'exécution du projet) pour chaque projet à intervalles annuels après l'entrée en vigueur. La part de la durée totale du projet écoulée est déterminée sur la base de la durée initiale prévue du projet, à l'exclusion des prolongements de délai. La figure présente des points de données pour 25 projets (11 projets MAP I et 14 projets de HNP dans les mêmes pays). Au moment de cette analyse, aucun des projets MAP n'était achevé, de sorte que le nombre de points de données correspondant à des durées écoulées élevées est relativement limité.

17. Sur la fourchette de durée écoulée qui a pu servir de base à la comparaison, les décaissements au titre des projets MAP ont été plus rapides que pour les projets de santé au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Érythrée, au Ghana et à Madagascar. Les projets MAP et les projets HNP ont effectué les décaissements à des rythmes semblables au Kenya et au Nigéria. En Éthiopie, les décaissements au titre du MAP ont été dans un premier temps plus rapides, ensuite l'écart s'est rétréci ; en Gambie, le rythme des décaissements au titre du projet HNP a été plus rapide pendant les premières phases du projet, mais les décaissements au titre du MAP ont été plus rapides après que le projet est arrivé à mi-parcours et en Ouganda, l'écart était réduit jusqu'à ce que le projet ait franchi le point de mi-parcours, qui correspond au moment où le rythme de décaissement du MAP est plus rapide.

18. Bakilana et al., 2005. Bien que la supervision des deux projets ait été jugée insuffisante, l'étude a observé que les volets SIDA des prêts en faveur de l'éducation sont d'ordinaire préparés avec davantage de rigueur que les demandes formulées par le secteur de l'éducation pour l'obtention des ressources du MAP.

19. Le nombre des ONG et OBC impliqués dans les projets MAP I est plus élevé que dans les projets MAP II car ces derniers projets ont été approuvés à une date plus récente. Tous ces projets sont en cours d'exécution et ces chiffres devraient augmenter avant la fin des projets.

20. Les chefs d'équipes de projet de 92 % des projets MAP ont fait état de l'existence d'un dialogue sur les politiques avec les autorités publiques pendant la préparation des projets. Tous les directeurs-pays ont déclaré avoir engagé un dialogue sur le VIH/SIDA ; dans cinq cas, les directeurs-pays ont mentionné la participation du vice-président pour la Région Afrique ou du président de la Banque (se reporter aux Annexes H et J).

21. Ces ressources prennent en compte l'appui direct offert par ACTAfrica et par les experts du Programme mondial de la Banque sur le VIH/SIDA ; les visites de terrain effectués par les équipes d'appui technique pour lever les obstacles à la mise en œuvre ; les ateliers à l'intention des chefs d'équipes de projet, du personnel au niveau des pays et de la société civile ; et la création en janvier 2003 d'une équipe d'accélération de la mise en œuvre.

22. Les chefs d'équipes des projets de 8 des 19 pays ont déclaré que le gouvernement n'avait mis en place aucun processus de hiérarchisation. Toute activité figurant sur une liste d'activités autorisées (ou ne figurant pas sur la liste de ce qui ne pouvait être financé) peut être financée. Dans quatre pays, l'établissement de priorités est encouragé par les composantes du projet MAP portant sur des interventions ciblées, les orphelins, le traitement ou les interventions sur le lieu de travail. Dans trois pays, les priorités du projet sont définies en fonction de ce que les autres bailleurs de fonds ne font pas. L'étude de cas sur l'Éthiopie a conclu que le plan stratégique 2000–2004 n'établissait pas un ordre de priorité entre les activités et qu'il n'y avait aucun lien avec l'épidémiologie du VIH. Le coût du plan a été fixé à 245 millions de dollars, mais aucun obstacle à la mise en œuvre n'a été reconnu.

23. À titre d'exemple, le plan stratégique pour la Mauritanie, qui connaît une épidémie naissante, comprend la prise en charge psychosociale et médicale (notamment la thérapie antirétrovirale), la prise en charge communautaire et le soutien économique aux PVAS, aux orphelins, aux veuves et aux familles affectées, même s'il est peu probable qu'un nombre aussi important d'individus aient besoin de ces services.

24. Selon les informations fournies à ACTAfrica par 18 CNLS au milieu de l'année 2004, un tiers des pays ont déclaré avoir affecté 5 % ou plus du budget alloué au projet au suivi et à l'évaluation ; un tiers d'entre eux a affecté entre 2 et 5 % et un tiers moins de 2 % (Nadeem Mohammed, ACTAfrica, communication personnelle). L'exactitude des statistiques fournies par les CNLS n'est pas bien établie ; les dépenses effectives affectées au S&E n'ont pas fait l'objet d'un suivi au niveau central.

25. Banque mondiale 2001c. L'équipe chargée de dresser le bilan de la mise en œuvre s'est rendue en Éthiopie, au Kenya et en Ouganda.

26. Hormis l'aide fournie pour le renforcement des capacités à nombre des pays africains bénéficiant de projets MAP, GAMET a piloté des approches innovantes de suivi dans plusieurs pays. Au nombre de celles-ci figurent l'initiative de communication rapide des résultats (Rapid Results Initiative, RRI), mise en œuvre en Érythrée, en Gambie et au Mozambique, et l'application du sondage pour le contrôle de la qualité des lots (Lot Quality Assurance Sampling, LQAS) en Ouganda et au Kenya. Ces deux

approches visent à produire des données en temps réel susceptibles d'être exploitées dans les décisions de gestion à la périphérie. Les activités et l'efficacité du GAMET n'ont pas été évaluées dans ce rapport de l'OED.

27. Banque mondiale 2004. La *Revue à mi-parcours du MAP en Afrique* était une auto-évaluation réalisée par la cellule MAP qui a effectué des visites sur le terrain au Bénin, au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi, au Mozambique et en Sierra Leone. La *Revue* observe que les visites sur le terrain ont été rapides (une semaine dans chaque pays), qu'aucune analyse formelle n'a été commanditée et que les conclusions sont des « jugements avisés de l'équipe, fondés sur des exemples tirés de la revue » (p. 4). Malheureusement, s'il est vrai que quelques informations ont été systématiquement collectées dans chacun des six pays, presque aucune information n'est référencée dans le rapport d'évaluation. Ainsi, les données qui sous-tendent les conclusions ne sont pas présentées.

28. Les données fournies ici et la phrase suivante se fondent sur les données tirées de la Base de données concernant les indicateurs des enquêtes sur le VIH/SIDA (*HIV/AIDS Survey Indicator Database*, à l'adresse www.measuredbs.com/bivdata/). Elles découlent des enquêtes nationales menées aussi bien sur la connaissance du VIH/SIDA et sur les comportements à risque parmi les hommes et les femmes.

29. L'OED n'a pas collecté de données systématiques sur la supervision des activités de lutte contre le VIH/SIDA parrainées par le MAP dans les ministères autres que le ministère de la Santé, mais c'est une question qui mérite d'être étudiée plus avant. Un examen sur le thème SIDA et éducation effectué par le secteur Éducation de la Banque a conclu que la supervision des affectations de fonds aux ministères de l'Éducation par le biais du MAP laisse à désirer (Bakilana et al., 2005).

30. Ces dépenses de la société civile par habitant correspondent à un quart des dépenses de santé par habitant en Mauritanie et à la moitié en Érythrée (Banque mondiale 2003a).

31. Sept des 19 chefs d'équipes de projet interrogés n'ont pas répondu à cette question.

32. CCISD 2001, p. iv. L'efficacité, le rapport coût-efficacité et l'impact du projet pilote n'ont fait l'objet d'aucune évaluation avant l'adoption du projet sur

une grande échelle par le MAP (notamment au Burkina Faso). « Pendant la planification et l'exécution, la pérennité des actions ainsi que l'efficacité de l'intervention ne semblaient pas être une préoccupation dominante parmi les promoteurs du projet. Les modalités administratives ont souvent prédominé dans l'axe de développement. » (CCISD, p. iv). Les auteurs ont également noté que les activités communautaires étaient en premier lieu des activités de sensibilisation et que des approches alternatives comme l'utilisation de la radio pourraient se révéler tout aussi adaptées pour réaliser cet objectif (CCISD, p. xv).

33. Le manuel des opérations du MAP publié en 2004 indique que le renforcement des moyens d'action des communautés est une justification du programme, mais que les autres objectifs visés sont la création de « communautés compétentes en matière de lutte contre le SIDA », en modifiant les normes et valeurs, et en fournissant les services essentiels liés au SIDA (Brown et al., 2004, p. 45). En revanche, il observe que « la priorité première est la mobilisation. ... tout d'abord, la mobilisation des communautés revêt plus d'importance que la détermination précise de ce qu'il convient de faire » (p. 46).

34. OED 2005a. L'évaluation de l'OED définit le développement communautaire comme l'espace dans lequel sont exécutés les projets participatifs faisant intervenir les communautés, soit au moyen du développement à base communautaire (CBD) ou du développement mené par la communauté (CDD). Les projets de CDD soutiennent le renforcement des moyens d'action des plus démunis en donnant aux communautés le contrôle sur les ressources et les décisions liées aux sous-projets, tandis que le CBD confère aux communautés une responsabilité moins directe et privilégie la collaboration, la consultation ou le partage d'informations avec elles sur les activités liées aux projets.

Chapitre 5

1. En Indonésie, au Zaïre et au Zimbabwe, la préparation en urgence a entraîné des retards dans la mise en œuvre. Plus récemment, le projet pour la prévention du SIDA au Bangladesh (dans le cas d'une épidémie naissante) a accordé très peu de temps à la préparation en supposant que des plans

de mise en œuvre détaillés seraient élaborés au cours de la première année du projet. Deux ans après l'approbation du projet, la mise en œuvre n'avait presque pas débuté et seulement 7 % du crédit avait été décaissé. La Revue à mi-parcours du MAP (Banque mondiale 2004) a conclu dans certains cas, les projets auraient pu être exécutés plus rapidement si les activités de préparation normales avaient été réalisées, mais à un rythme accéléré.

2. L'exception notable est celle des Caraïbes, où un autre programme plurinational de lutte contre le SIDA fut un signal d'alerte important qui a permis de renforcer l'engagement politique.

3. C'est le montant maximum approuvé pour une période de deux ans ; l'enveloppe maximale affectée à la lutte contre le SIDA sur une période de cinq ans s'élève à 5 milliards de dollars. Source : site web du Fonds mondial, consulté le 21 février 2005.

4. Les dépenses publiques de fonctionnement affectées à la santé en 2002 au Rwanda correspondaient à la contre-valeur de 8,43 millions de dollars, comparées à un engagement de deux ans du Fonds mondial en faveur du gouvernement à hauteur de 23,2 millions de dollars pour le SIDA et la tuberculose. Le montant de 106 millions de dollars engagé par le Fonds mondial en faveur du Gouvernement ougandais au titre de la lutte contre le SIDA pour une période de deux ans est exprimée sur une base annuelle, à la différence du budget de fonctionnement de 37,1 millions de dollars alloué par le gouvernement au secteur de la santé au titre des exercices 99/00. En 2004, le PEPFAR a décaissé un montant supplémentaire de 80,5 millions de dollars au titre de l'aide à la lutte contre le SIDA au profit de l'Ouganda (site web du Fonds mondial, consulté le 8 novembre 2004, montant total des propositions approuvées en faveur du gouvernement, 1^{re} et 2^e année ; Banque mondiale 2001c) ; données du PEPFAR/Washington.

Chapitre 6

1. Comprend, par exemple, l'évaluation de l'impact des méthodes alternatives employées pour obtenir des résultats bien déterminés.

2. Comprend, par exemple, une analyse transnationale des déterminants du SIDA, de l'efficacité des interventions et des impacts.

Annexe D

1. Dans nombre de cas, le VIH/SIDA était évoqué dans l'exposé général sur le contexte politique, économique et social, mais n'était pas identifié comme une question à inscrire spécifiquement dans les préoccupations liées au programme de développement.

2. i) Bangladesh, Belarus, Bhoutan, El Salvador, Éthiopie, Ghana, Guyana, Inde, Lettonie, Mozambique, Pakistan, Roumanie et Russie ; ii) Cambodge, Tanzanie, Ouganda et Zambie.

3. Parmi ceux-ci, 8 ont abouti effectivement à des prêts et des crédits en décembre 2002.

4. Burkina Faso, Gambie, Honduras, Mozambique, Niger, Tanzanie, Ouganda, Viet Nam et Zambie.

Annexe F

1. Des pochettes d'inscription ont été remises aux délégués bénéficiant d'une prise en charge complète, aux boursiers, aux membres de commissions de la CISMA, aux agents des médias accrédités par la CISMA et aux personnalités. Selon le Secrétariat, on dénombrait au total 7 230 inscrits. Cependant, on ignore combien parmi ces personnes étaient des délégués et ont effectivement assisté à la conférence. Souvent certaines personnes inscrites ne se présentent pas. Le taux de réponse est donc approximatif : le taux de 7,6 % est calculé sur le nombre total de questionnaires distribués ; lorsqu'il est calculé sur le nombre total d'inscrits à la conférence, l'on obtient un taux de réponse de 6,4 %.

2. Il est à noter que *Breaking the Silence* était aussi le thème de la Conférence internationale sur le SIDA organisée à en 2000 Durban, en Afrique du Sud. Ceci pourrait entraîner un gonflement des estimations quant au taux d'identification de ce document.

Annexe H

1. Les chefs d'équipe ont fait état de leurs années d'expérience avec le VIH/SIDA à la date du questionnaire, en juin 2004, et non à la date à laquelle ils ont commencé à s'impliquer dans le projet. Le nombre moyen d'années d'expérience inclut donc le temps qu'ils ont passé à gérer le projet. Comme la plupart des projets MAP I ont été approuvés entre 2000 et 2001, il faudrait normalement retirer trois années pour les chefs d'équipe MAP I en tant qu'estimation de leur expérience à l'époque de la préparation. Les 12 projets

MAP II ont été approuvés entre 2002 et le milieu de 2003, de sorte qu'il faudrait soustraire à peu près un an et demi. Lorsque ces ajustements sont pris en ligne de compte, le niveau d'expérience est à peu près le même.

2. Dans un petit nombre de cas, ces études préparatoires n'ont pas été effectuées dans le cadre du projet parce qu'un autre bailleur de fonds l'avait déjà fait. Les études réalisées par des tiers ont été incluses, si elles sont mentionnées.

3. Source : Business Warehouse. Les statistiques MAP II ne s'appliquent qu'aux projets étudiés ici. Les projets MAP I ont été plus souvent montés dans des pays qui avaient déjà bénéficié de prêts de la Banque pour le VIH/SIDA — le Kenya et l'Ouganda (avec des projets MST antérieurs et l'Ouganda avec le PAPSCA), le Burkina Faso (avec le projet SIDA et contrôle démographique), et le Bénin, le Cameroun, l'Érythrée, l'Éthiopie, la Gambie, Madagascar et le Nigéria (avec les volets SIDA des projets de santé).

4. Six pays sont exclus pour les raisons suivantes : i) le chef d'équipe n'a pas complété le questionnaire (un pays) ; ii) le projet n'était pas encore entré en vigueur (un pays) ; iii) des projets de santé parallèles finançaient d'importantes activités de santé publiques axées sur le SIDA (deux pays) ; iv) le projet avait été lancé trop récemment et n'avait pas entrepris beaucoup d'activités (deux pays).

5. Statistiques concernant les projets pour lesquels les chefs d'équipe indiquaient séparément le nombre des ONG et celui des organisations à base communautaire ; dans trois cas, le nombre donné était un nombre global.

6. Ventilation des 23 projets pilotes cités qui ont été évalués, d'après les chefs d'équipe : CDD (5) ; soins et traitement (4) ; conseils et dépistage volontaires (2) ; préservatifs (2) ; soins de santé décentralisés, dispensaires de jour pour les orphelins ; prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; prophylaxie médicamenteuse ; éducation par les pairs ; sensibilisation à la lutte contre le SIDA dans les écoles et interventions ciblées sur les écoles (un projet dans chaque domaine).

Annexe I

1. Les projets du Cameroun et de la RCA partagent le même chef d'équipe.

2. Neuf projets MAP supplémentaires avaient été approuvés à la fin de l'exercice 04, mais leur entrée en

vigueur a été retardée d'un an au moins.

3. Selon le module Business Warehouse, les pays suivants avaient des projets de santé en cours au moment de la préparation : MAP I : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Madagascar, Ouganda ; MAP II : Burundi, Mauritanie, Mozambique (2003), Niger, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie. Les pays suivants avaient des projets SIDA en cours au moment de la préparation (la totalité était des projets MAP I) : Burkina Faso, Kenya, Ouganda. Le pays suivant avait un projet population en cours (pas d'autre projet de santé) (MAP II) : Guinée. Les pays suivants n'avaient pas de projet de santé actifs en cours au moment de la préparation : MAP I : RCA, Nigéria ; MAP II : Cap-Vert, Zambie (mais elle en avait eu un précédemment).

4. Dans un de ces neuf pays, le chef d'équipe a indiqué qu'il n'avait pas été établi de priorités pour l'élément société civile ; il est difficile de dire si elles avaient été établies pour les autres éléments.

5. Il n'est pas certain que cela puisse être réellement qualifié de stratégie de renforcement de l'engagement politique — c'était dans le modèle.

6. Sur ces sept pays, seuls le Cap-Vert et la Zambie avaient des projets de santé en cours lors de la préparation. Quant au Nigéria, qui avait deux projets de santé concurrents, il n'avait pas de projet de santé au moment de la préparation. Le non renouvellement d'un projet de santé (et son remplacement par un MAP, basé non dans le ministère de la Santé, mais ailleurs) est la raison citée pour expliquer le désengagement de ce ministère.

7. Un chef d'équipe a fait état d'une « stabilisation » de la prévalence du SIDA, et un autre a indiqué qu'elle avait diminué, mais il peut s'agir d'une évolution naturelle de l'épidémie, qui ne saurait être une preuve de la baisse du taux des nouvelles infections.

8. Pour ce qui est de la question du suivi, trois chefs d'équipe supplémentaires ont préconisé que les critères soient adaptés aux réalités du pays et, dans la dernière question, deux autres chefs d'équipe se sont plaints de la hâte excessive à faire

approuver les projets. L'absence de contenu a été soulignée par deux chefs d'équipe.

Annexe J

1. La formule des questions ouvertes adoptée pour l'interview a conduit les personnes interrogées à indiquer les résultats les plus remarquables pour chaque pays. Cela ne veut pas dire que les résultats en question n'ont pas été obtenus dans d'autres pays, mais seulement qu'ils étaient moins importants que d'autres, et donc qu'ils n'ont pas été mentionnés.

2. Dans un cas, la personne interrogée a fait état d'une baisse de la prévalence du SIDA en valeur absolue. Mais la prévalence ne peut diminuer que si la mortalité est supérieure au nombre des nouvelles infections ; il est difficile de déterminer si les directeurs des opérations comprennent bien la relation qui existe entre le nombre des nouvelles infections (incidence) et la prévalence du VIH (qui varie en fonction des infections passées, des nouvelles infections et de la mortalité) et la façon dont son évolution tendancielle doit être interprétée.

3. Néanmoins, il faut remarquer que la justification pour une allocation de ressources supérieure pour la supervision pendant la mise en œuvre des projets MAP n'était pas liée à ces facteurs. Elle avait été justifiée plutôt par le fait que la préparation rapide des projets a laissé une part plus importante du plan de la mise en œuvre à élaborer après l'approbation du projet.

Annexe M

1. Le principe des « Trois 1 » renvoie à : i) un cadre d'action concerté pour la lutte contre le VIH/SIDA qui sert de base à la coordination des actions de tous les partenaires ; ii) une direction nationale de coordination de la lutte contre le SIDA, avec un mandat multisectoriel élargi ; et iii) un système commun de suivi et d'évaluation au niveau des pays.

RÉFÉRENCES

- Allen, Tim, and Suzette Heald. 2004. "HIV/AIDS Policy in Africa: What Has Worked in Uganda and What Has Failed in Botswana?" *Journal of International Development* 16 (2004): 1141–54.
- Anderson, R.M., R.M. May, M.C. Boily, G.P. Garnett, and J.T. Rowley. 1991. "The Spread of HIV-1 in Africa: Sexual Contact Patterns and the Predicted Demographic Impact of AIDS." *Nature* 352: 581-89.
- Arndt, Channing, and Jeffrey Lewis. 2000. "The Macro Implications of HIV/AIDS in South Africa: A Preliminary Assessment." World Bank Africa Region Working Paper Series, no. 9, Washington, D.C.
- Bakilana, Anne, Donald Bundy, Jonathan Brown, and Birger Fredriksen. 2005. "HIV/AIDS and the Education Sector in Africa: Accelerating the Response." World Bank HDNED, Washington, D.C. February 11, 2005. Draft.
- Banque mondiale. 2004. *Interim Review of the Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa*. Washington, D.C.
- . 2003a. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. Washington, D.C.: Oxford University Press.
- . 2003b. "AIDS and Transport in Africa: A Framework for Meeting the Challenge." Africa Technical Transport Sector Unit, Washington, D.C.
- . 2001a. *Project Appraisal Document for Proposed Loans to the Dominican Republic and to Barbados in support of the First Phase of the US\$155 million Multi-Country HIV/AIDS Prevention and Control Adaptable Program Lending (APL) for the Caribbean Region*. Report 22184-LAC, Washington, D.C.
- . 2001b. *Budget and Medium-Term Expenditure Framework (MTEF) in Uganda*. Report no. 23439. Washington, D.C.
- . 2001c. "The US\$500 Million Multi-Country HIV/AIDS Program (MAP) for Africa: Progress Review Mission, FY01." ACTAfrica, Washington, D.C.
- . 2000a. *Intensifying Action against HIV/AIDS in Africa: Responding to a Development Crisis*. Africa Region, Washington, D.C.
- . 2000b. *Project Appraisal Document for Proposed Credits to the Federal Democratic Republic of Ethiopia and the Republic of Kenya in Support of the first phase of the US\$500 Million Multi-Country HIV/AIDS Program for the Africa Region*. Report No. 20727 AFR, Washington, D.C.
- . 2000c. *HIV/AIDS in the Caribbean: Issues and Options*. Human Development Sector Management Unit, Latin America and the Caribbean Region, Washington, D.C.
- . 2000d. *Population and Reproductive Health Sector Strategy*. Human Development Network, Washington, D.C.
- . 2000e. "Thailand's Response to AIDS: Building on Success, Confronting the Future." *Thailand Social Monitor*. Bangkok, Thailand.
- . 1999. *Population and the World Bank: Adapting to Change*. Human Development Network, Washington, D.C.
- . 1997a. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. New York: Oxford University Press.
- . 1997b. *Health, Nutrition, & Population Sector Strategy*. Human Development Network, Washington, D.C.
- . 1996. *AIDS Prevention and Mitigation*

- in Sub-Saharan Africa: An Updated World Bank Strategy*. Report No. 15569-AFR Human Resources and Poverty Division, Technical Department, Africa Region, Washington, D.C.
- . 1995. *Regional AIDS Strategy for the Sabel*. Report no. 13411-AFR, Western Africa Department, Population and Human Resources Division, Washington, D.C.
- . 1988. "Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): The Bank's Agenda for Action in Africa." Technical Paper, Africa Technical Department, Washington, D.C.
- . 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- . 1988. "Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): The Bank's Agenda for Action in Africa." Technical Paper, Africa Technical Department, Washington, D.C.
- Banque mondiale et ONUSIDA. 2002. *National AIDS Councils Monitoring and Evaluation Operational Manual*. Washington, D.C. and Geneva.
- Barnett, T., and P. Blaikie. 1992. *AIDS in Africa: Its Present and Future Impact*, London: Belhaven.
- Bell, Clive, Shanta Devarajan, and Hans Gersbach. 2003. "The Long-Run Economic Costs of AIDS: Theory with an Application to South Africa." World Bank Policy Research Working Paper, no. 3152. Washington, D.C.
- Bell, Clive, Hans Gersbach, Ramona Bruhns, and Dagmar Völker. 2004. "Economic Growth, Human Capital, and Population in Kenya in the Time of AIDS: A Long-Run Analysis in Historical Perspective." World Bank Human Development Network, Washington, D.C.
- Beyrer, Chris, Varun Gauri, and Denise Vaillancourt. 2004. "Evaluation of the World Bank's Assistance in Responding to the AIDS Epidemic: Brazil Case Study." Case Study for the OED evaluation of the Bank's HIV/AIDS assistance. Operations Evaluation Department, World Bank, Washington, D.C.
- Bhubaneswar PLACE Study Group. 2002. "Application of the PLACE Method for Facilitation of AIDS Prevention in a City in India." *MEASURE Evaluation Bulletin*, no. 4: 7-12.
- Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill.
- Boerma, J. Ties, Andrew J. Nunn, and James A.G. Whitworth. 1998. "Mortality Impact of the AIDS Epidemic: Evidence from Community Studies in Less Developed Countries." *AIDS* 12(suppl 1): S3-S14.
- Brown, Jonathan, Didem Ayvalikili, and Nadeem Mohammad. 2004. *Turning Bureaucrats into Warriors: Preparing and Implementing Multi-Sector HIV-AIDS Programs in Africa*. World Bank AIDS Campaign Team for Africa, Washington, D.C.
- Bundy, Donald, and Manorama Gotur. 2002. *Education and HIV/AIDS: A Window of Hope*. Washington, D.C.: World Bank.
- Burkina Faso PLACE Study Group. 2002. "Diversity in Sites of Sexual Encounter Revealed by the PLACE Method in Two Burkina Faso Health Districts." *MEASURE Evaluation Bulletin*, no. 4: 13-18. Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill.
- Campbell, Catherine. 2003. *Letting Them Die: Why HIV/AIDS Prevention Programmes Fail (African Issues)*. Bloomington, Indiana: International African Institute with Indiana University Press.
- . 2000. "Selling Sex in the Time of AIDS: The Psycho-social Context of Condom Use by Southern African Sex Workers." *Social Science and Medicine* 50: 479-94.
- Carr, J.K., N. Sirisopana, K. Torugsa, A. Jugudee, T. Supapongse, C. Chuenchitra, S. Nitayaphan, P. Singharaj, and J.G. McNeil. 1994. "Incidence of HIV-1 Infection among Young Men in Thailand." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 7: 1270-75.
- Carvalho, Soniya, Gillian Perkins, and Howard White. 2002. *Social Funds: Assessing Effectiveness*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Cassalls, M. 2005. "Preventing the Sexual Transmission of HIV. Lessons Learned and Opportunities for the Future." Presented at the USAID SOTA Conference, Miami, March 10-12, 2005.
- CCISD (Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement). 2001. "Rapport Final: Mission d'Appui à la documentation et l'évaluation de la phase pilote de

- Programme Multi-sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans la Province du Poni." Quebec.
- Cernea, Michael M. 1988. "Nongovernmental Organizations and Local Development." World Bank Discussion Paper, no. 40. Washington, D.C. Commission on Macroeconomics and Health.
2001. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: World Health Organization.
- Conable, Barber. 1987. Address to the Annual Meetings of the World Bank and the International Monetary Fund, September.
- Concorde Coordinating Committee. 1994. "Concorde: MRC/ANRS Randomized Double-Blind Controlled Trial of Immediate and Deferred Zidovudine in Symptom-Free HIV Infection." *Lancet* 343(8902): 871-81.
- Connor, E.M., R.S. Sperling, R. Gelber, P. Kiselev, G. Scott, M.J. O'Sullivan, and others. 1994. "Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment." *New England Journal of Medicine* 331(18):1173-80.
- Cowan, F.M., J. Hargrove, L.F. Langhaug, S. Jaffar, L. Mhuriyengwe, T.D. Swarthout, R.W. Peeling, A.S. Latif, M.T. Bassett, D.W.G. Brown, D. Mabey, R.J. Hayes, and D. Wilson. 2005. "The Appropriateness of Core Group Interventions among Rural Zimbabwean Women Who Exchange Sex for Gifts or Money." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 38(2):202-7.
- Creese, A., K. Floyd, Anita Alban, and Lorna Guinness. 2002. "Cost-effectiveness of HIV/AIDS Interventions in Africa: A Systematic Review of the Evidence." *Lancet* 359: 1635-42.
- Cuddington, John T. 1993. "Modeling the Macroeconomic Effects of AIDS with an Application to Tanzania." *World Bank Economic Review* 7(2): 173-89.
- Dayton, Julia. 1998. "World Bank HIV/AIDS Interventions: Ex-ante and Ex-post Evaluation." World Bank Discussion Paper, no. 389. Washington, D.C.
- Delion, Jean, Pia Peters, and Ann Kloforn Bloome. 2004. "Experience in Scaling-up Support to Local Response in Multi Country AIDS Programs (MAP) in Africa." World Bank Africa Region Working Paper No. 79, Washington, D.C.
- Delta Coordinating Committee 1996. "A Randomised Double-Blind Controlled Trial Comparing Combinations of Zidovudine Plus Didanosine or Zalcitabine with Zidovudine Alone in HIV-Infected Individuals." *Lancet* 348(9023):283-91.
- De Merode, Louis, Jantine Jacobi, and Inge Tack. 2001. "Final Abridged Report: Uganda AIDS Commission Review." ONUSIDA, October. Accessible at the ONUSIDA Web site (www.unaids.org).
- Des Jarlais, D.C., H. Hagan, S.R. Friedman, P. Friedmann, D. Goldberg, M. Frischer, S. Green, K. Tunving, B. Ljungberg, A. Wodak, and others. 1995. "Maintaining Low HIV Seroprevalence in Populations of Injecting Drug User." *Journal of the American Medical Association* 274 (15): 1226-31.
- Elmendorf, A. Edward, Eric Jensen, and Elizabeth Pisani. 2004. "Evaluation of World Bank Assistance in Responding to the AIDS Epidemic: Indonesia Case Study." Case Study for the OED evaluation of the Bank's HIV/AIDS assistance. Operations Evaluation Department, Washington, D.C.
- FIOCRUZ, Centers for Disease Control and Prevention, and Ministry of Health, Brazil. 2004. *MONITORAids*. Sistema de Monitoramento de Incadotes do Programa Nacional de DST e AIDS. Version I. Brasilia.
- Fischl, M.A., D.D. Richman, M.H. Grieco, M.S. Gottlieb, P.A. Volberding, O.L. Laskin, J.M. Leedom, J.E. Groopman, D. Mildvan, R.T. Schooley, and others. 1987. "The Efficacy of Azidothymidine (AZT) in the Treatment of Patients with AIDS and AIDS-Related Complex, a Double-Blind, Placebo-Controlled Trial." *New England Journal of Medicine* 317(4): 185-91.
- Garrett, Laurie. 1994. *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World Out of Balance*. New York: Penguin.
- Gellman, Barton. 2000. "Death Watch: The Global Response to AIDS in Africa; World Shunned Signs of the Coming Plague." *The Washington Post*, July 5, 2000, p. A01.
- Gibbs, Christopher, Claudia Fumo, and Thomas Kuby. 1999. *Nongovernmental Organiza-*

- tions in Bank-Supported Projects: A Review.* Washington, D.C.: The World Bank.
- Gopal, Gita, and others. 2001. *The Gender Dimension of Bank Assistance: An Evaluation of Results.* Operations Evaluation Department, World Bank, Washington, D.C.
- Government of India, Comptroller and Auditor General. 2004. "Report of the Comptroller and Auditor General of India on the Union Government for the Year Ended March 2003: Union Government (Civil) Performance Appraisal no. 3 of 2004—National AIDS Control Programme (MOHFW)." Available online at: <www.cagindia.org/reports/civil/2004_3/index.htm>.
- Grosskurth, H., F. Mosha, J. Todd, E. Mwijarubi, A. Klokke, K. Senkoro, P. Mayaud, J. Chagalucha, A. Nicoll, G. Ka-Gina, J. Newell, K. Mugeye, D. Mabey, and R. Hayes. 1995. "Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Diseases on HIV Infection in Rural Tanzania: Randomised Controlled Trial." *Lancet* 346 (8974): 530-36.
- Green, E.C. 2003. *Rethinking AIDS Prevention.* Westport, Ct.: Praeger, Greenwood.
- Grosskurth, H., R. Gray, R. Hayes, D. Mabey, and M. Wawer. 2000. "Control of Sexually Transmitted Diseases for HIV-1 Prevention: Understanding the Implications of the Mwanza and Rakai Trials." *Lancet* 355(9219): 1981-87.
- Gwinn, Catherine. 2003. *Sharing Knowledge: Innovations and Remaining Challenges.* Washington, D.C.: World Bank.
- Harries, A.D. 1989. "Tuberculosis and Human Immunodeficiency Virus Infection in Developing Countries." *Lancet* 335 (1990): 387-90.
- Hessol, N.S., B.A. Koblin, G.J. van Griensven, P. Bacchetti, J.Y. Liu, C.E. Stevens, R.A. Coutinho, S.P. Buchbinder, and M.H. Katz. 1994. "Progression of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Infection among Homosexual Men in Hepatitis B Vaccine Trial Cohorts in Amsterdam, New York City, and San Francisco, 1978-1991." *American Journal of Epidemiology* 139(11): 1077-87.
- Hethcote, Herbert W., and James A. Yorke. 1984. "Gonorrhea Transmission Dynamics and Control." Lecture Notes in *Biomathematics* 56. New York: Springer-Verlag.
- Hitchcock, P., and L. Fransen. 1999. "Preventing HIV infection: lessons from Mwanza and Rakai." *Lancet* 353(9152):513-55.
- Ho, D. 1995. "Time to Hit HIV, Early and Hard." *New England Journal of Medicine* 333:450-51.
- Horner, P.J., and F.M. Moss. 1991. "Tuberculosis in HIV Infection." *International Journal of STDs and AIDS* 2(3):162-67.
- Jamison, Dean T., W. Henry Mosley, Anthony R. Meacham, and Jose Luis Bobadilla, eds. 1993. *Disease Control Priorities in Developing Countries.* New York: Oxford University Press.
- Johnston, Timothy, and Susan Stout. 1999. *Investing in Health: Development Effectiveness in the Health, Nutrition, and Population Sector.* Washington, D.C.: World Bank.
- Kamali, A., L. Carpenter, J. Whitworth, R. Poor, A., Ruberantwari, and A. Ojwiya. 2003. "Syndromic Management of Sexually-Transmitted Infections and Behaviour Change Interventions on Transmission of HIV-1 in Rural Uganda: A Community Randomized Trial." *Lancet* 361: 645-52.
- Kambou, G., Shanta Devarajan, and Mead Over. 1992. "The Economic Impact of AIDS in an African Country: Simulations With A General Equilibrium Model of Cameroon." *Journal of African Economies* 1(1): 109-30.
- Korenromp, E.L., R.G. White, K.K. Orroth, R. Bakker, A. Kamali, D. Serwadda, R.H. Gray, H. Grosskurth, J.D. Habbema, and R.J. Hayes. 2005. "Determinants of the Impact of Sexually Transmitted Infection Treatment on the Prevention of HIV Infection: A Synthesis of Evidence from the Mwanza, Rakai, And Masaka Intervention Trials." *Journal of Infectious Diseases* 191(Suppl 1): S168-78.
- Laga, M., M. Alary, N. Nzila, A.T. Mannoka, M. Tuliza, F. Behets, J. Goeman, M. St. Louis, and P. Piot. 1994. "Condom Promotion, Sexually Transmitted Diseases Treatment and Declining Incidence of HIV-1 Infection in Female Zairian Sex Workers." *Lancet* 344(8917):246-48.
- Lambray, Jean-Louis, and A. Edward Elmendorf. 1992. "Combating AIDS and Other Sexually Transmitted Diseases in Africa: A Review of the

- World Bank's Agenda for Action." World Bank Discussion Paper, no. 181. Washington, D.C.
- Lele, Uma, Naveen Sarna, Ramesh Govindaraj, and Yianni Konstantopoulos. 2004. "Global Health Programs, Millennium Development Goals, and the World Bank's Role." Case study for the OED evaluation of the World Bank's approach to global programs. OED Working Paper series, Washington, D.C.
- Low-Beer, Daniel, and R. Stoneburner. 2003. "Behaviour and Communication Change in Reducing HIV: Is Uganda Unique?" *African Journal of AIDS Research* 2(1): 1-13.
- Madavo, Callisto. 1998. "AIDS, Development and the Vital Role of Government." Speech to the 12th International AIDS Conference, Geneva, June 30, 1998.
- Mann, Jonathan. 1987. "The World Health Organization's Global Strategy for the Prevention and Control of AIDS." *Western Journal of Medicine*. 147(6):732-34.
- Mann, Jonathan, and Daniel Tarantola, eds. 1996. *AIDS in the World II*. New York: Oxford University Press.
- Mann, Jonathan, Daniel Tarantola, and Thomas Netter, eds. 1992. *AIDS in the World*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mansergh, G., A. Haddix, R. Steketee, P. Nieburg, D. Hu, R.J. Simonds, and M. Rogers. 1996. "Cost-Effectiveness of Short-Course Zidovudine to Prevent Perinatal HIV Type 1 Infection in Sub-Saharan African Developing Country Setting." *Journal of the American Medical Association* 276(2): 139-45.
- May, M.M., and R.M. Anderson. 1987. "Transmission Dynamics of HIV Infection." *Nature* 326: 137-42.
- McKusick, L., W. Horstman, and T. Coates. 1985. "AIDS and Sexual Behavior Reported by Gay Men in San Francisco." *American Journal of Public Health* 75: 493-96.
- Meda, N., I. Ndoeye, S. M'Boup, and others. 1999. "Low and Stable HIV Infection Rates in Senegal: Natural Course of the Epidemic or Evidence for Success of Prevention?" *AIDS* 13: 1397-405.
- Media Relations Division, News Bureau. 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Media Analysis and Dissemination Report, November 1997 Story of the Month. World Bank External Affairs Department, Washington, D.C.
- Mellors, J.W., C.R. Rinaldo, Jr., P. Gupta, R.M. White, J.A. Todd, and L.A. Kingsley. 1996. "Prognosis in HIV-1 Infection Predicted by the Quantity of Virus in Plasma." *Science* 272(5265):1167-70.
- Merson, Michael H., Julia M. Dayton, and K. O'Reilly. 2000. "Effectiveness of HIV Prevention Interventions in Developing Countries." *AIDS* 14(Suppl 2): S68-84.
- Mexico PLACE Study Group. 2002. "Assessment of Sexual Mixing among Mobile and Resident Populations Using the PLACE Method in Two Mexican Border Towns." *MEASURE Evaluation Bulletin* no. 4: 27-34. Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill.
- Mulder, Daan. 1996. "Disease Progression and Mortality following HIV-1 Infection." In J. Mann and D. Tarantola, eds., *AIDS in the World II*. New York: Oxford University Press.
- Mullen, Patrick. 2003a. "Review of National HIV/AIDS Strategies for Countries Participating in the World Bank's Africa Multi-Country AIDS Project (MAP)." Operations Evaluation Department, World Bank, Washington, D.C.
- . 2003b. "Review of National HIV/AIDS Strategies and Policies in non-MAP Countries: Cambodia, Chad, India, Indonesia, and Russian Federation." Operations Evaluation Department, World Bank, Washington, D.C.
- Nagelkerke, N.J., P. Jha, S.J. de Vlas, E.L. Korenromp, S. Moses, J.F. Blanchard, and F.A. Plummer. 2002. "Modelling HIV/AIDS Epidemics in Botswana and India: Impact of Interventions to Prevent Transmission." *Bulletin of the World Health Organization* 80(5): 419-20.
- Nagot, Nicolas. 2003. "PLACE in Burkina Faso: Combating AIDS at the District Level." *Priorities for Local AIDS Control Efforts (PLACE) Series* no. 1. MEASURE Evaluation Project, Carolina Population Center, Chapel Hill, North Carolina, and Centre Muraz, Bobo Dioulasso, Burkina Faso.
- Nelson, Kenrad, David Celentano, Sakol Eiumtrakol, D.R. Hoover, C. Beyrer, S. Suprasert,

- S. Kuntolbutra, and C. Khamboonruang. 1996. "Changes in Sexual Behavior and Decline in HIV Infection among Young Men in Thailand." *New England Journal of Medicine* 335(5): 297-303.
- Obasi, A. 2003. "Assessment of Validity and Reliability of Survey Data on Sexual Behaviour: Evidence from Studies of Young People in Africa." Workshop on Measurement of Sexual Behaviour in the Era of HIV/AIDS. London, September 4-6.
- OED (Département de l'évaluation des opérations). 2005a. *The Effectiveness of World Bank Support for Community-Based and Community-Driven Development*. Washington, D.C.
- . 2005b. *World Bank Support for Capacity Building in Africa*. Washington, D.C.: World Bank.
- . 2005c. "Chad: Population AIDS Control Project" Project Performance Assessment Report (Credit 2692). Washington, D.C.
- . 2005d. "Uganda: Sexually Transmitted Infections Project." Project Performance Assessment Report (Credit 2603-UG). Washington, D.C.
- . 2004a. "Kingdom of Cambodia: Disease Control and Health Development Project." Project Performance Assessment Report (Credit N005-KH). Washington, D.C.
- . 2004b. "Brazil: First and Second AIDS and STD Control Projects." Project Performance Assessment Report (Loans 3659 and 4392). Washington, D.C.
- . 2004c. *Annual Review of Development Effectiveness 2003: The Effectiveness of Bank Support for Policy Reform*. World Bank: Washington, D.C.
- . 2003. "India: National AIDS Control Project." Project Performance Assessment Report (Credit 2350). Washington, D.C.
- . 2002. "Kenya: Sexually Transmitted Infections Project" Project Performance Assessment Report (Credit 2686). Washington, D.C.
- . 1998. *Lessons from Experience in HNP*. Report No. 18642, Sector and Thematic Evaluation Group, Washington, D.C.
- ONUSIDA. 2004a. *AIDS Epidemic Update: December 2004*. Geneva: Joint United Nations Program on HIV/AIDS.
- . 2004b. *Report on the Global AIDS Epidemic, 2004*. Geneva: Joint United Nations Program on HIV/AIDS.
- . 2004c. *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low- and Middle-Income Countries*. USAID, ONUSIDA, WHO, UNICEF, and the POLICY Project. Geneva: WHO.
- . 2003. *Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003*. Geneva.
- . 2002a. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Geneva.
- . 2002b. *AIDS Epidemic Update: December 2002*. Geneva.
- . 2000a. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Geneva.
- . 2000b. *AIDS Epidemic Update: December 2000*. Geneva.
- . 1998. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Geneva.
- Orroth, K.K., E. O. Korenromp, R.G. White, A. Gavyole, R.H. Gray, L. Muhangi, N.K. Sewankambo, M. Quigley, M.J. Wawer, J.A. Whitworth, H. Grosskurth, J.D. Habbema, and R.J. Hayes. 2003. "Higher Risk Behaviour and Rates of Sexually Transmitted Diseases in Mwanza Compared with Uganda May Help Explain HIV Prevention Trial Outcomes." *AIDS* 17(18): 2661-63.
- Osmond, D., E. Charlebois, W. Lang, S. Shiboski, and A. Moss. 1994. "Changes in AIDS Survival Time in Two San Francisco Cohorts of Homosexual Men, 1983 to 1993." *Lancet* 271(14): 1083-87.
- Over, Mead, and Peter Piot. 1993. "HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases." In Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham, and Jose Luis Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.
- Over, Mead, Stefano Bertozzi, and James Chin. 1989. "Guidelines for Rapid Estimation of the Direct and Indirect Costs of HIV Infection in a Developing Country." *Health Policy* 11:169-86.
- Over, Mead, Martha Ainsworth, Phare Mujinja, Godlike Koda, George Lwihula, and Inno-

- cent Semali. 1990. "The Economic Impact of Fatal Adult Illness Due to AIDS and Other Causes in Northwestern Tanzania." Research proposal.
- Over, Mead, S. Bertozzi, J. Chin, B. N'Galy, and K. Nyamuryekung'e. 1988. "The Direct and Indirect Cost of HIV Infection in Developing Countries: The Cases of Zaïre and Tanzania." In Alan Fleming, Manuel Carbaló, David W. Fitzsimmons, Michael R. Bailey, and Jonathan Mann, eds., *The Global Impact of AIDS*. New York: Alan R. Liss.
- Parker, Ron. 2004. *An OED Review of Social Development in Bank Activities*. Operations Evaluation Department, World Bank, Washington, D.C.
- Parkhurst, Justin. 2002. "The Ugandan Success Story? Evidence and Claims of HIV-1 Prevention." *Lancet* 360:78-80.
- Pisani, Elizabeth, Geoff P. Garnett, and Nicholas C. Grassly. 2003. "Back To Basics in HIV Prevention: Focus on Exposure," *British Medical Journal* 326(7403):1384-87.
- Putzel, J. 2004. "The Global Fight Against AIDS: How Adequate Are the National Commissions?" *Journal of International Development* 16: 1129-40.
- Poate, Derek, and others. 2002. *Five-Year Evaluation of ONUSIDA: Final Report*. Geneva: ONUSIDA.
- Ray, S., A. Latif, R. Machezano, and D. Katzenstein. 1998. "Sexual Behaviour and Risk Assessment of HIV Seroconvertors among Urban Male Factory Workers in Zimbabwe." *Social Science and Medicine* 47 (10):1432-43.
- Robalino, David, Carol Jenkins, and Karim El Maroufi. 2003. "Risks and Macroeconomic Impacts of HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: Why Waiting to Intervene Can Be Costly." World Bank Policy Research Working Paper No. 2874. Washington, D.C.
- Rojanapithayakorn, Wiwat, and Robert Hanenberg. 1996. "The 100% Condom Program in Thailand." *AIDS* 10(1): 1-7.
- Royal Tropical Institute, World Bank, TANESA, and ONUSIDA. 2001. *Rural Workers' Contribution to the Fight against AIDS: A Framework for District and Community Action*. Amsterdam: KIT.
- Ruehl, C., V. Pokrovsky, and V. Vinogradov. 2002. "The Economic Consequences of HIV in Russia." World Bank, Moscow. www.world-bank.org.ru.
- Rugg, Deborah, Greet Peersman, and Michel Carael, eds. 2004. *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation*. New Directions for Evaluation no. 103. San Francisco, CA: Wiley Subscription Services and the American Evaluation Association.
- Sepkowitz, K. 2001. "AIDS—The First Twenty Years." *New England Journal of Medicine* 344(23): 1764-72.
- Shaffer, Nathan, and others, on behalf of the Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. 1999. "Short-Course Zidovudine for Perinatal HIV-1 Transmission in Bangkok, Thailand: A Randomized Controlled Trial." *Lancet* 353(9155): 773-80.
- Shelton, J.D., D.T. Halperin, V. Nantulya, M. Potts, and others. 2004. "Partner Reduction Is Crucial for Balanced ABC Approach." *British Medical Journal* 328: 891-94.
- Ssengooba, Freddie, John Ssekamatte-Sebuliba, Jacqueline Tate, Sarah Bassett Hileman, and Sharon Weir. 2003. "PLACE in Uganda: Monitoring AIDS-Prevention Programs in Kampala, Uganda using the PLACE Method." Priorities for Local AIDS Control Efforts (PLACE) Series, No. 2.
- Stover, John, and Peter Way. 1998. "Projecting the Impact of AIDS on Mortality." *AIDS* 12 (suppl 1): S29-S40.
- Subramanian, Ahila. 2003. "The Relation Between Public Spending and HIV/AIDS Knowledge and Behavior: Evidence from the States of India." Background paper for the OED evaluation of the World Bank's HIV/AIDS assistance. Operations Evaluation Department, World Bank, Washington, D.C.
- Thomas, James C., and Myra J. Tucker. 1996. "The Development and Use of the Concept of a Sexually Transmitted Disease Core." *Journal of Infectious Diseases* 174 (suppl. 2): S134-43.
- Timaeus, Ian M. 1998. "Impact of the HIV Epidemic on Mortality in Sub-Saharan Africa: Evidence from National Surveys and Censuses." *AIDS* 12 (suppl 1): S15-S28.

- Twigg, Judyth, and Richard Skolnik. 2004. "Evaluation of the World Bank's Assistance in Fighting the AIDS Epidemic: Russia Case Study." Case Study for the OED Evaluation of the Bank's HIV/AIDS assistance. Operations Evaluation Department, World Bank, Washington, D.C.
- Uganda PLACE Study Group. 2002. "Using the PLACE Method to Reveal Gaps in Kampala's AIDS Prevention Program." *MEASURE Evaluation Bulletin* no. 4: 35-40. Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill.
- USAID, ONUSIDA, WHO, UNICEF, and the POLICY Project. 2004. *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*.
- U.S. Bureau of the Census. 1996. *World Population Profile 1996, with a Special Chapter Focusing on Adolescent Fertility in the Developing World*. U.S. Department of Commerce. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- U.S. CDC (U.S. Centers for Disease Control and Prevention). 1998. "Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents." *Morbidity and Mortality Weekly Report* (47) RR-5: 42-82.
- . 1983. "Current Trends Prevention of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Report of Inter-Agency Recommendations." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 32(8); 101-3.
- Vaillancourt, Denise, Sarbani Chakraborty, and Taha Taha. 2004. "Evaluation of World Bank Assistance in Responding to the AIDS Epidemic: Ethiopia Case Study." Case Study for the OED evaluation of the Bank's HIV/AIDS assistance. Operations Evaluation Department, World Bank, Washington, D.C.
- Valerio, A., and Donald Bundy. 2004. "Education and AIDS: A Sourcebook of HIV/AIDS Prevention Programs." World Bank, Africa Human Development Series. Washington, D.C.
- Wawer, M.J., R.H. Gray, N.K.Sewankambo, D. Serwadda, O.L. Paxton, S. Berkley, D. McNairn, F. Wabwire-Mangen, C. Li, F. Nalugoda, N. Kiwanuka, T. Lutalo, R. Brookmeyer, R. Kelley, and T.C. Quinn. 1998. "A Randomized, Community Trial of Intensive Sexually Transmitted Disease Control for AIDS Prevention, Rakai, Uganda." *AIDS* 12(10): 1211-25.
- Wawer, Maria, N.K. Sewankambo, R.H. Gray, and others. 1996. "Community-Based Trial of Mass STD Treatment for HIV Control, Rakai, Uganda: Preliminary Data on STD Declines." Abstract Mo.C.443, 11th International Conference on AIDS, Vancouver, Canada, July 7-12.
- Weinhardt, L.S., M.P. Carey, B.T. Johnson, and others. 1999. "Effects of HIV Counseling and Testing on Sexual Risk Behavior: A Meta-Analytic Review of the Published Research, 1985-1997." *American Journal of Public Health* 89: 1397-1405.
- Weir, Sharon, Charmaine Pailman, Xoli Mahlaleha, Nicol Coetzee, Farshid Meidany, and J. Ties Boerma. 2003. "From People to Places: Focusing AIDS Prevention Efforts Where It Matters Most." *AIDS* 17(6): 895-903.
- White, R.G., K.K. Orroth, E.L. Korenromp, R. Bakker, M. Wambura, N.K. Sewankambo, R.H. Gray, A. Kamali, J.A. Whitworth, H. Grosskurth, J.D. Habbema, and R.J. Hayes. 2004. "Can Population Differences Explain the Contrasting Results of the Mwanza, Rakai, and Masaka HIV/Sexually Transmitted Disease Intervention Trials? A Modeling Study." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 37(4): 1500-13.
- Wilkinson, David, and others. 2000. "An Evaluation of the MOH/NGO Home Care Programmes for People with HIV/AIDS in Cambodia." International HIV/AIDS Alliance, Phnom Penh.
- Wilson, David. 2004. "World Bank Contribution to Building National HIV/AIDS Monitoring and Evaluation Capacity in Africa: Going Beyond Indicator Development and Conceptual Training." In D. Rugg and others, eds., *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation*. New Directions for Evaluation, no. 103. San Francisco, CA: Wiley Subscription Services and the American Evaluation Association.
- Wolfensohn, James. 1998. Speech to the Economic Commission for Africa, Addis Ababa, Ethiopia, January 27.

- Wolitski and others. 1997. "The Effects of HIV Counseling and Testing on Risk-Related Practices and Help-Seeking Behavior." *AIDS Education and Prevention* 9 (Suppl. B): 52-67.
- Ziegler, J.B., D.A. Cooper, R.O. Johnson, and J. Gold. 1985. "Postnatal Transmission of AIDS-Associated Retrovirus from Mother to Infant." *Lancet* 1(8434):896-98.