
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.