Photo : iStockphoto.

Etats-Unis et VIH : la tornade idéologique

Le plan d'urgence du président Bush

Effort financier sans précédent, le plan présidentiel d'urgence de lutte contre le sida devait être un « plan Marshall » dans la bataille contre l'épidémie, tel que l'avait défini le président Georges W. Bush. Derrière les chiffres qui claquent, une réalité bien particulière.

Le leadership, le pouvoir américain veut également le maintenir dans la lutte mondiale contre le VIH/sida. Son arme principale : le plan présidentiel d'urgence de lutte contre le sida, plus connu sous son acronyme Pepfar (President's Emergency Plan for AIDS Relief). « *Changer le cours des évènements face au sida dans les pays les plus touchés* », c'est par ces mots que le président Georges W. Bush lance en janvier 2003 son plan d'urgence. Les chiffres impressionnent. Jamais aucun autre pays n'a autant investi dans la lutte contre le sida. Les Etats-Unis triplent d'un coup, d'un seul, leur participation financière pour combattre la pandémie. La promesse budgétaire : 15 milliards de dollars sur 5 ans. Le plan Pepfar cible 15 pays stratégiques, les plus touchés par le VIH/sida (1). En 2005, selon le second rapport annuel du programme Pepfar, L'Ouganda, le Kenya et l'Afrique du Sud ont reçu les plus importantes parts de financements, soit plus de 100 millions de dollars chacun. Cinq autres pays (2) reçoivent plus de 10 millions de dollars par an du programme présidentiel américain. Ces 20 pays sont au cœur de la stratégie américaine coordonnée par un bureau central aux Etats-Unis et relayée par des équipes sur le terrain dans chacun des pays. Les objectifs affichés : la prévention de 7 millions de nouvelles infections, la mise sous traitement dans le même temps de 2 millions de personnes, la garantie des soins à 10 millions d'individus infectés ou affectés par le VIH/sida, y compris les orphelins et enfants vulnérables.

Beyond the rainbow

Chaque année, le Congrès attribue une enveloppe au programme : 2,4 milliards de dollars pour l'année 2004, 2,7 milliards en 2005, 3,2 milliards pour 2006. La loi (the US Leadership Against HIV/aids Tuberculosis and Malaria Act) qui cadre le programme, fixe que 55 % des fonds aillent aux traitements, 10 % à la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables, 15 % aux soins palliatifs. La loi recommande que 20 % de ces fonds aillent à la prévention qui s'appuie sur le modèle ABC (*abstinence, be faithful, use condoms* – abstinence, fidélité et préservatif). A partir de 2006, le Leadership act exige que 33 % des fonds prévention financent des programmes promouvant exclusivement l'abstinence et la fidélité. L'argent est

Le Pepfar fait bande à part

C'était une année pleine de promesses. En 2003 se créait le plan d'urgence américain, Pepfar et le programme « 3 by 5 » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les deux initiatives coordonnées auraient fait des merveilles. Pourtant, le document stratégique du Pepfar, publié en février 2004 ne mentionne aucune coordination spécifique avec la campagne de l'OMS, ni un quelconque soutien à des projets pilotes ayant fait leurs preuves, comme ceux de Médecins sans frontières. Ce n'est pas un hasard. Le Pepfar, malgré son engagement théorique à fournir une réponse coordonnée, vise autre chose. « *Si la Maison Blanche met de l'argent dans le Pepfar, c'est pour que le programme permette de réinjecter de l'argent aux entreprises et aux églises qui ont fait élire l'actuel président* », analyse Khalil Elouardighi, représentant des associations au sein du conseil d'administration d'Unitaid. Le fonctionnement du Fonds mondial est peu propice à cet objectif : l'argent collecté est distribué sans afficher d'où il provient ni où il va. Les pays doivent donc accepter qu'il soit utilisé là où il est nécessaire et non là où eux le souhaiteraient. « *Vu la forte opposition des Etats-Unis aux stratégies de réduction des risques en direction des usagers de drogues et aux programmes perçus comme encourageant la prostitution ou l'avortement, il n'est sans doute pas étonnant que les Etats-Unis préfèrent envoyer leur argent dans un schéma fait maison, qui ne soutient pas ce type d'initiatives. La même réflexion vaut sans doute pour la promotion du préservatif et l'usage des médicaments génériques* », explique l'association caritative britannique Avert. La preuve par les chiffres : sur les 15 milliards promis à la lutte contre le sida, un seul est destiné au Fonds mondial, le reste à des programmes bilatéraux. « *L'antimultilatéralisme de Bush s'exprime aussi à l'encontre du Fonds mondial contre le sida auquel il vient d'imposer la division par deux du rythme de décaissement [...], avec le soutien officiel du gouvernement français, qui voit d'un très bon oeil le ralentissement de l'abondement du fonds* » (1), écrivait en novembre 2004 Khalil Elouardighi. Le Pepfar relève manifestement plus de l'agenda politique américain que d'un réel souci d'efficacité de la lutte contre le sida au niveau mondial. Mais, comme le souligne Khalil Elouardighi, difficile pour les autres pays européens de critiquer cette politique « *qui grève certainement et gravement quinze ans d'efforts en faveur de la prévention et cinq ans de lutte pour l'accès aux génériques dans les pays du Sud* » (2), alors qu'eux-mêmes refusent de tenir leurs engagements financiers dans la lutte contre le sida. ■

Laetitia Darmon

(1) *Lutte contre le sida : réalités américaines et renoncements européens, Khalil Elouardighi,* Le Monde, *16 novembre 2004.*

(2) id.

géré par le bureau central, mais transite par les agences gouvernementales, l'agence de développement USAID, le Département américain à la Santé mais aussi les Départements de la Défense, du Travail, les Peace Corps, le bureau des statistiques, qui à leur tour redistribuent les fonds à des partenaires gouvernementaux ou associatifs (3). Un circuit de l'argent complexe et opaque, « *les organisations qui reçoivent de l'argent du Pepfar ne sont pas tenues de rendre compte de l'utilisation des fonds américains* », déplore l'association humanitaire internationale Avert (4). Tout en haut de l'échelle de grandes organisations de type Family Health International qui ont elles-mêmes développé leur réseau et allouent les fonds aux organismes qu'elles abritent. Derrière ces premiers grand noms, des milliers de petites structures dont près d'un tiers sont religieuses – en 2005, 7 % des partenaires directs et 27 % des partenaires indirects étaient des organisations confessionnelles. « *Les appels à l'augmentation du rôle des organisations religieuses sont devenus un axiome de l'administration Bush* », note le Center for Health and Gender Equity (5). Mais attention, il ne s'agit pas de n'importe quelles organisations confessionnelles : les mouvements évangélistes ont la préférence. Résultat, sur le terrain, il arrive que des organisations confessionnelles présentes depuis longtemps soient remplacées par de toute nouvelles initiatives portées par des groupes évangéliques. Leur expérience en matière de VIH/sida est souvent bien pauvre, d'autant plus que les mouvements protestants évangéliques ont longtemps ignoré la problématique du VIH/sida. La manne qui leur est promise par le Pepfar semble avoir réveillé leur intérêt.

(1) Botswana, Cote-d'Ivoire, Ethiopie, Guyane, Haïti, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigeria, Rwanda, Afrique du Sud, Tanzanie, Ouganda, Zambie auxquels vient s'ajouter le Vietnam en juin 2004.

(2) Le Cambodge, l'Inde, le Malawi, la Russie et le Zimbabwe.

(3) En 2005, les partenaires directs les plus importants étaient l'ONG Family Health international, l'entreprise commerciale John Snow Inc., les gouvernements nationaux, notamment les ministères de la Santé, Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Fund, Catholic Relief Services.

Les Nouveaux partenaires

En décembre 2005, Georges W. Bush annonce un nouveau programme le « New Partners Initiative » par le biais duquel le Pepfar financera à hauteur de 200 millions de dollars des organisations non gouvernementales, n'ayant jusqu'alors pas ou peu travaillé avec les Américains. Elles ne doivent pas avoir reçu plus de 5 millions de dollars d'aide américaine au cours des cinq dernières années. Ces organisations doivent être confessionnelles ou locales ; elles mettront en place, sur le terrain, des programmes

de prévention et de soins. Pour recevoir les fonds américains, elles devront se plier aux mêmes exigences que tous les bénéficiaires du programme Pepfar. Dans le premier rapport annuel au Congrès, il était spécifié qu'aucun financement ne pourrait être attribué à des programmes d'échange de seringues. Dans le second rapport, aucune mention n'est faite à ce sujet. De même, le Leadership Act refuse tout financement à des organisations qui proposent des services, conseils, accompagnement, liés à l'avortement et exige que ses partenaires s'opposent clairement à la prostitution. Enfin, « *le silence sur les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes dans la stratégie du Pepfar est une forme, en elle-même, de discrimination et de stigmatisation. Elle souligne le lourd silence des discours de l'administration américaine sur la Santé et les droits des personnes dont la sexualité et l'identité n'entrent pas dans le moule de la "normalité" définie par la droite conservatrice* », analyse le Center for Health and Gender Equity (6). Idéologie contre pragmatisme semble être le fil conducteur de la politique publique américaine pour lutter contre le sida dans les pays les plus ravagés par l'épidémie. ■

Marianne Langlet

(4) www.avert.org

(5) « Debunking the Myths in the US Global Aids Strategy : an Evidence-based Analysis *», Center for Health and Gender Equity, mars 2004.*

(6) Id.

L'Afrique privée de sexualité

Abstinence et Fidélité sont les maîtres mots des programmes de prévention financés par le programme présidentiel américain. L'utilisation du préservatif est laissée aux personnes « les plus à risque ». Idéologie contre pragmatisme, une confrontation au cœur des pays les plus touchés.

« *Elle se préserve pour son mariage. Et vous ?* » Une jeune femme sourit sur l'affiche, partie visible de l'iceberg des campagnes prônant l'abstinence et la fidélité en Ouganda, un des quinze pays cibles du programme Pepfar. Bien avant l'arrivée du Pepfar, l'Ouganda était l'un des premiers pays à avoir adopté la méthode de prévention ABC qui conseille l'abstinence, la fidélité et l'utilisation des préservatifs pour éviter l'infection. Le programme Pepfar a repris à son compte cette méthode en lui appliquant une définition bien personnelle. L'abstinence est la méthode de protection proposée aux jeunes jusqu'à leur mariage, présenté comme seul cadre possible aux relations sexuelles. La fidélité doit ensuite être exclusive. Le préservatif est réservé aux personnes qui ont des pratiques à haut risque comme les travailleurs du sexe, les couples discordants et les usagers de drogue par voie intraveineuse. Les organisations, gouvernementales ou non, qui souhaitent profiter de la manne des fonds Pepfar sont tenues de partager cette analyse.

Rentrer dans le moule

Un tiers des fonds alloués par le Pepfar aux programmes de prévention va impérativement – la loi américaine, le Leadership Act, l'impose – à la promotion de l'abstinence et la fidélité (AB). Une étude (1) de l'organe financier de contrôle du Congrès, le Government Accountability Office (GAO), révèle que, pour rejoindre cette exigence, les équipes de coordination des fonds Pepfar sur le terrain ont parfois coupé des fonds à des initiatives moins étiquetées AB pour les redistribuer à des associations prônant clairement l'abstinence et la fidélité, notamment des organisations religieuses évangéliques. Cible centrale des programmes de prévention Pepfar : les « jeunes », sous-entendu les personnes célibataires jusqu'à leur mariage. « *J'attends, je suis sauvé, je suis un survivant* », clament les T-shirts distribués aux étudiants ougandais par l'association religieuse Campus Alliance to Wipe, financée par le Pepfar. Ces messages alimentent des tendances nationales parfois conservatrices. Ainsi, en Ouganda, la première Dame du pays, Janet Museveni, a fondé, dès 1991, le forum national des jeunes. Son objectif principal : faire signer aux jeunes hommes et femmes du pays une carte qui stipule que son bénéficiaire est « sexuellement pur » jusqu'à son mariage. Selon l'association,

70 000 jeunes seraient porteurs de cette carte (2). Aujourd'hui largement financée par les fonds Pepfar, la croisade de Janet Museveni se poursuit malgré les signes alarmants d'une remontée de la prévalence en Ouganda. Au-delà des jeunes personnes, le préservatif est présenté comme une technique de protection peu fiable. « *Les directives du Pepfar signalent qu'il faut toujours parler des défaillances du préservatif*, explique Gill Gordon, membre de l'International HIV/AIDS Alliance (3). *Il ne faut pas promouvoir le préservatif comme étant équivalent à l'abstinence mais comme une pratique à risque. Il ne faut pas conseiller le préservatif à la population générale.* » Aux yeux de l'idéologie américaine véhiculée par le Pepfar, le préservatif doit être utilisé par les « *most at risk people* » – les personnes « les plus à risque ». Vincent Mwale travaille dans l'association Young Happy Healthy and Safe qui fait de la prévention – y compris la distribution de préservatif – dans l'Est de la Zambie. Il s'inquiète de la montée des discours prônant l'abstinence et la fidélité depuis l'arrivée des fonds Pepfar dans sa région. « *Depuis, la stigmatisation des personnes qui utilisent ou demandent des préservatifs augmente. Il y a désormais des ruptures de stock de préservatifs et les centres médicaux rechignent à en donner aux jeunes (4)*. » Marie De Cenival rencontre régulièrement pour Sidaction des associations partenaires au Nigeria, elle constate également une discrimination grandissante nourrie par la morale véhiculée par les programmes Pepfar. Ce contexte complique le travail de prévention auprès des personnes les plus vulnérables.

> *« Il y a désormais des ruptures de stock de préservatifs et les centres médicaux rechignent à en donner aux jeunes. »*
> *Vincent Mwale*

Prêter serment

« *Aucun financement ne saurait être utilisé pour la promotion, le plaidoyer de la légalisation, la pratique de la prostitution ou de la traite des êtres humains à des fins sexuelles* », stipule le Leadership Act. Dès lors, poursuit le texte, toute organisation qui prétend à un financement public américain doit s'engager dans une « *politique d'opposition explicite* » à la prostitution. Or, souligne le Center for Health and Gender Equity, « *toute organisation opérant dans le travail du sexe qui déclarerait sa position contre la prostitution s'aliénerait les personnes qu'elle tente d'assister (5)* ». Par conséquent, certaines associations cessent leur programme à destination des personnes prostituées. Dans certains pays, elles n'ont pas eu le choix puisque la redistribution des fonds au profit des programmes AB s'est souvent faite au détriment d'initiatives envers les populations vulnérables au VIH. D'autres contournent les financements Pepfar. Enfin, le Brésil a refusé 40 millions de dollars en 2005 de financement américain arguant, entre autres, de ces conditions inacceptables. Marie de Cenival a rencontré l'association Forteresse pour les femmes qui fait de la prévention auprès des travailleurs du sexe dans le Nord du Nigeria. Soumise à la Charia, cette région prohibe la prostitution où parler de sexe est tabou, « *un terreau tout à fait favorable aux discours prônant l'abstinence* », remarque Marie de Cenival. L'association est financée depuis de longues années par l'organisation américaine Family Health international. L'arrivée des fonds Pepfar, par le biais de cette organisation, a changé la donne. « *L'association a eu droit à de nouveaux manuels où il n'était pas question de parler des préservatifs de façon ouverte aux femmes mais plutôt d'abstinence et de fidélité* », rapporte Marie de Cenival. Une absurdité que l'association contourne en poursuivant son travail sans subventions américaines, mais elle rencontre de plus en plus de difficultés pour financer ses préservatifs. L'aberration et les graves conséquences de la politique de l'administration Bush en matière de VIH/sida ne cessent d'être l'objet de critiques tant en Afrique qu'au sein même du pouvoir américain. « *Est-ce qu'une philosophie religieuse doit déterminer une politique de santé publique ?* », questionne le Center for Health and Gender Equity (6).

Des voix discordantes

« *Nous avons désespérément besoin d'argent dépensé intelligemment et de façon appropriée.* » Lors d'une conférence de presse de la XVIe conférence internationale sur le sida à Toronto, Stephen Lewis, envoyé spécial de l'ONU en Afrique sur les questions de VIH/sida a sévèrement critiqué le programme Pepfar. « *Aucun gouvernement occidental*

(1) « Spending Requirement Presents Challenges for Allocating Prevention Funding under the President's Emergency Plan for Aid's Relief » *Etude de United States Government Accoutntability Office, 6 sept 2006.*

(2) « The Less They Know, the Better, Abstinence-Only HIV/Aids Programs in Uganda, *Human Rights Watch, mars 2005.*

(3) « Emerging issues, Condom policy and programming », *conférence du 21-23 juin 2006 à Londres organisée par the International HIV/Aids Alliance and Reproductive Health Matters.*

(4) Id.

(5) *« Effets des restrictions des politiques américaines sur les programmes d'assistance aux travailleurs du sexe et aux victimes de la traite des êtres humains à des fins sexuelles dans le monde » Center for Health and Gender Equity, novembre 2005.*

(6) « Debunking the Myths in the US Global Aids Strategy : an Evidence-based Analysis » *Center for Health and Gender Equity, mars 2004.*

n'a le droit de dicter sa politique aux gouvernements africains en matière de lutte contre le VIH/sida. Ce type de néocolonialisme est intolérable pour répondre à l'épidémie de sida. » Il appelle un changement de la politique américaine pour que l'argent des contribuables américains soit utilisé efficacement. Il est rejoint par la sénatrice démocrate, Barbara Lee, qui appuie sur les dangers de cette politique pour les femmes et les jeunes filles. « *Pour de nombreuses femmes, la politique d'abstinence jusqu'au mariage n'a aucun sens*, explique-t-elle. *Lorsque les femmes sont sous la menace de violences ou de viols, elles n'ont aucun pouvoir pour exiger de leur partenaire qu'il soit fidèle ou utilise un préservatif.* » La sénatrice, soutenue par 70 collègues, présente un projet de loi au Congrès abrogeant l'obligation de réserver un tiers des fonds de prévention aux programmes AB. Elle appelle à appliquer des méthodes « *plus en phase avec la notion de santé publique* ». Est-ce que ces revendications sont entendues au sommet de l'Etat ? A l'occasion de la journée mondiale du sida, le 1er décembre dernier, Georges W. Bush a réitéré son message : « *L'abstinence est le seul moyen sûr d'éviter la transmission du VIH par voie sexuelle* ». ■

Marianne Langlet

Traitements : le rouleau compresseur

Le Pepfar a permis à des centaines de milliers de personnes d'être mises rapidement sous traitement. Une réussite incontestable qui dissimule un patient travail de sape à l'encontre des génériques et une approche globalement déconnectée des systèmes de santé nationaux. Sur le terrain, les résultats sont contrastés.

Sur le plan des traitements, le Pepfar est assez impressionnant par sa capacité à faire du chiffre, à couvrir les territoires, à agir à grande échelle et à toute allure. Cela fait avancer les choses, même s'il y a beaucoup à dire sur la façon dont ces opérations sont menées », analyse Marie de Cenival, chargée de programme aux programmes internationaux de Sidaction. Le President's emergency plan for AIDS relief (Pepfar) s'est fixé pour objectif de mettre au moins deux millions de personnes sous traitement, au terme de ses cinq ans d'existence. Fin septembre 2006, il annonçait à son actif 822 000 personnes recevant des traitements antirétroviraux dans ses 15 pays cibles. De son côté, le Fonds mondial mentionnait un total de 770 000 personnes mises sous ARV. Bien que les chiffres américains soient surestimés (cf. encadré), leur ampleur reste incontestable. « *L'accès aux traitements a indéniablement été amélioré grâce au Pepfar. Son mode d'implémentation des traitements est incomparablement plus rapide que celui du Fonds mondial. Au niveau individuel, l'approche verticale, imposée, accélérée, du plan américain l'emporte à court terme en efficacité* », admet Lars Verschaeren, responsable de la campagne pour les médicaments essentiels à Médecins sans frontières Belgique.

Photo : iStockphoto.

Indésirables génériques

Derrière ces chiffres inégalés, un immense gaspillage pourtant. Dans un rapport de janvier 2005, le GAO (US Government Accountability Office)

signale que les traitements antirétroviraux de marque utilisés dans le cadre du Pepfar coûtent 11 à 328 dollars de plus par personne et par an que les génériques employés dans le cadre des autres initiatives de lutte contre le sida. « *De telles différences de prix sont susceptibles de se traduire en centaines de millions de dollars de dépenses supplémentaires si l'on considère l'objectif d'atteindre deux millions de personnes sous traitement fin 2008* », avertit le rapport. Le choix des médicaments de marque, privilégié par le Pepfar, signifie aussi et surtout qu'avec le même argent, deux à trois fois plus de personnes pourraient être mises sous traitement. Le document stratégique du Pepfar mentionne pourtant la possibilité d'acheter « *des versions bioéquivalentes des ARV de marque et autres traitements* ». Mais ces génériques se sont fait attendre. Dès 2003, les responsables du Pepfar signalent qu'ils ne se procureront pas d'ARV génériques préqualifiés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Motif : le contrôle qualité réalisé par l'instance internationale n'est pas suffisamment strict, notamment dans le cas des combinaisons à dose fixe – ces traitements qui associent trois médicaments différents en une seule pilule sont particulièrement recommandés par l'OMS, parce qu'ils sont plus facile à prendre et mieux adaptés aux conditions de vie des pays en développement.

Stratégies de contournement

« *Au début du Pepfar, nous avons eu peur que les pays récipiendaires, obligés de suivre la politique d'achat américaine, basculent des génériques vers les médicaments de marque. Nous avons donc essayé d'alerter les gouvernements sur les conséquences du Pepfar et de voir s'il n'y avait pas des moyens pour contourner sa politique assez rigide* », se souvient Lars Verschaeren. Au Rwanda, un compromis a pu être trouvé : l'argent des différents bailleurs a été mis dans un pot commun et c'est l'Agence nationale du médicament qui achète les traitements. « *L'argent du Pepfar est utilisé pour les médicaments de seconde ligne et les formulations pédiatriques, qui n'existent globalement pas en génériques, et les autres financements vont aux traitements de première ligne* », résume Lars Verschaeren. Le même processus s'est instauré récemment au Nigeria, mais est loin d'exister dans les quinze pays cibles. Des arrangements ont également été trouvés pour l'achat des médicaments destinés à traiter les infections opportunistes. Le Pepfar impose qu'ils soient de marque, ce qui crée un circuit parallèle aux circuits nationaux existants et engendre, là aussi, des coûts très élevés. Confrontés à ces prix exorbitants, certaines structures soutenues par le Pepfar ont demandé à des organismes privés de leur procurer des médicaments plus accessibles auprès de producteurs locaux ou de génériqueurs. Pour les autres, le gâchis financier est énorme.

Gagner du temps

Placés sous les feux de la critique internationale, les Etats-Unis ont annoncé le 16 mai 2004 la mise en place par la FDA d'une procédure de qualification accélérée des génériques. Ce système « *a créé une réplication inutile du projet de préqualification de l'OMS* », critique le Health Gap (1), un groupe d'activistes américains dédiés aux droits humains et au VIH/sida, avant d'ajouter que les standards de contrôle utilisé par la FDA et l'OMS sont en réalité strictement les mêmes. Censée fournir une réponse dans les six semaines, la procédure de qualification provisoire par la FDA n'agréera les premiers médicaments génériques qu'en décembre 2004. Il y en a alors six. En novembre 2005, le Health Gap en recense 18. « *Il y a toutefois peu de preuves que ces médicaments soient réellement achetés* », constate alors l'organisation américaine (2). Début décembre 2006, 30 médicaments sont approuvés par la FDA, et l'approvisionnement en génériques semble s'étendre. Selon le *Boston Globe*, 70 % des antirétroviraux distribués en Zambie, Haïti et Nigeria seraient des génériques en 2006, contre seulement 11 % en 2005 dans les 15 pays cibles (3). Reste à savoir de quels génériques il s'agit. « *Au Nigeria, le Pepfar commence à acheter des génériques à Aspen, un génériqueur situé en Afrique du Sud qui est sous contrat de licence avec de grands laboratoires pharmaceutiques et qui est loin d'être le moins cher des génériqueurs* », témoigne Marie de Cenival. C'est sans doute ce qui permet pour le moment au gouvernement américain d'expliquer que le passage aux génériques n'induit qu'une faible réduction des coûts.

Conséquences contrastées

Il n'est pourtant pas sûr que la stratégie du Pepfar pour pousser les produits de marque et interdire les génériques ait toujours produit les résultats escomptés. Au Nigeria, par exemple, une sorte de course s'est mise en route entre le Pepfar, le Fonds mondial et le programme gouvernemental, à celui qui aura le plus de malades sous traitement : « *Plus il y a de person-*

(1) Medicine procurement of ARVs and other essential medicines in the US Global AIDS Program, *Healthgap, Novembre 2005.*

(2) *id.*

(3) US buying more generic AIDS drugs, John Donnelly, The Boston Globe, *12 novembre 2006.*

nes sous traitement, plus les gouvernements voient leur intérêt à aller vers les plus offrants, à savoir, les génériqueurs indiens, qui savent faire des médicaments pas cher en grande quantité », poursuit Marie de Cenival. « *Ainsi, le Pepfar, en ouvrant des marchés, les ouvre aussi pour les génériqueurs, ce qui va à l'encontre de ses intentions de départ. Sauf pour les traitements de seconde ligne, que les génériqueurs n'ont pas le droit de produire. Là, c'est une autre histoire.* » Cette course aux chiffres a eu d'autres effets inattendus. A l'arrivée du Pepfar au Nigeria, il s'est trouvé un moment où les médecins avaient deux files d'attente : une pour le Pepfar, l'autre pour le programme gouvernemental. La première recevait des médicaments de marques et bénéficiait d'examens gratuits, la seconde avait droit à des génériques et devait payer ses examens. Dans le cadre du programme national, les malades devaient payer l'équivalent de 7 dollars par mois de participation. « *Comme le Pepfar était gratuit, les médecins ont petit à petit fait passer tous leurs patients sous Pepfar. Cela a mis le gouvernement en colère et ce dernier a décidé de la gratuité des examens* », explique Marie de Cenival. Conséquences : les services nationaux ont explosé. En l'absence d'une décentralisation suffisante et d'un renforcement des structures sanitaires, la qualité du suivi est mise en cause. « *C'est grâce au Pepfar qu'il y a de plus en plus de personnes sous traitement, mais il faut améliorer la prise en charge globale, sinon on court à la catastrophe.* »

Quid du long terme ?

Des personnels de santé ont certes été formés dans le cadre du plan américain : mais ce sont autant de professionnels en moins pour le secteur public, puisque les programmes Pepfar génèrent une fuite des personnels de santé du secteur public vers le secteur privé. Pour Lars Verschaeren, c'est cependant un peu le cas de tous les programmes internationaux. « *Les salaires du ministère de la Santé sont tellement faibles qu'on ne peut décemment pas payer aussi peu les personnes qu'on emploie.* » D'une manière générale, le renforcement des capacités nationales – inscrit dans le document stratégique du Pepfar – reste peu évident sur le terrain. Lars Verschaeren, qui le jugeait nul dans les premiers mois du plan présidentiel, l'estime à présent variable. « *Même s'il n'y a pas de politique claire en ce sens au Rwanda, les agences qui reçoivent de l'argent du Pepfar ont renforcé le laboratoire national de référence, ce qui fait qu'on peut aujourd'hui diagnostiquer les petits enfants. Le renforcement local n'est toutefois jamais un objectif en soi.* » Très efficace à court terme, la question de la pérennité de l'approche américaine en matière de traitement reste posée. D'autant que personne ne sait pour l'heure ce que deviendront après 2008 les centaines de milliers de personnes bénéficiaires d'un traitement. ■

Laetitia Darmon

Photo : iStockphoto.

Des chiffres gonflés

Pour ses seuls programmes bilatéraux dans ses 15 pays cibles, le Pepfar annonçait fin septembre 2006 avoir mis 822 000 personnes sous traitement antirétroviral. Le communiqué, commun au Fonds mondial et au Pepfar, précisait que les deux programmes travaillaient main dans la main : la preuve, 400 000 personnes dans les 15 pays cibles reçoivent de l'argent des deux organisations à la fois, un chiffre inclus dès lors dans les statistiques du Pepfar et dans celles du Fonds mondial... Voilà qui demande une petite explication. Le Pepfar, parce qu'il est le principal financeur du Fonds mondial, considère qu'il doit inclure dans ses statistiques une large proportion des personnes traitées par ce dernier. Les 400 000 personnes incluses dans les statistiques américaines sont donc censées avoir bénéficié de l'argent américain, au travers des actions du Fonds mondial. Autre biais dans les statistiques américaines : les critères retenus pour estimer le nombre de personnes mises sous traitement sont parfois contestables. « *Le Pepfar estime qu'il a mis des séropositifs sous traitement à un endroit donné même si ses fonds ont juste servi à offrir une formation aux prescripteurs* », raconte Lars Verschaeren, responsable de la campagne pour les médicaments essentiels à Médecins sans frontières Belgique. L'organisation caritative Avert rapporte de même que dans certains pays, comme le Botswana, le Pepfar s'autoriserait, suite à une petite contribution aux coûts de fonctionnement d'une clinique, à mettre à son crédit l'ensemble de ses patients ! A décrypter, donc. ■

L. D.

Une spécificité anglo-saxonne

Avec plus de 40 000 fondations, parmi lesquelles on trouve les fondations Ford, Rockefeller ou Carnegie, mondialement connues, les Etats-Unis sont le pays dans lequel ce type d'organisation s'est le plus aisément épanoui.

Pour un million d'habitants, il existe cent trente-cinq fondations aux Etats-Unis, contre une centaine en Allemagne et en Grande-Bretagne et une dizaine en France. La fondation est une organisation qui appartient au secteur dit à but non lucratif. Elle se différencie de l'association en ce qu'elle est un regroupement de biens au profit d'une œuvre d'intérêt général et non un regroupement de personnes comme l'association loi 1901. Sa raison d'être se situe par conséquent dans les libéralités (dons et legs) qu'elle est habilitée à recevoir et fait fructifier. Aux Etats-Unis, où il n'existe pas d'obligation de tester en faveur de ses propres enfants, créer une fondation (family foundation) est souvent un moyen de réunir une famille autour d'une vocation. En France, cette organisation est très contrôlée, et l'on dénombrait en 2003 moins de 2 000 fondations, dont 500 reconnues d'utilité publique et 1 500 abritées, c'est-à-dire sans personnalité juridique propre.

Les fondations américaines championnes de la Santé

Si depuis quelques années la France tente de rattraper son « retard » en la matière, il faut savoir que le développement des fondations repose en grande partie sur la conception que chaque société se fait du bien public. Traditionnellement à charge de l'Etat en France, celui-ci est considéré, dans les pays anglo-saxons notamment, comme relevant également de la responsabilité des citoyens. Mais de quelle manière les Etats-Unis, plus particulièrement, se différencient-ils des autres pays ? En 1990, deux chercheurs américains, Lester Salamon et Helmut Anheier, lançaient un programme de cinq années visant à mieux connaître « le secteur sans but lucratif », largement passé sous silence dans les statistiques, y compris aux Etats-Unis où cette discipline est considérée comme l'une des plus performantes au monde. Baptisé « Johns Hopkins », du nom de l'Université de Baltimore (Etat du Maryland) à laquelle appartiennent les deux chercheurs, ce programme scientifique repose sur des critères communs permettant de comparer des systèmes souvent très éloignés entre eux. Il fait entrer dans sa définition du secteur sans but lucratif des organisations aux formes juridiques proches : associations, fondations, mutuelles…, qui sont à la fois institutionnalisées, privées, indépendantes, ne doivent pas distribuer de profit (elles ne sont pas commerciales à titre principal), et ne sont ni religieuses ni politiques à titre principal (ce qui élimine les congrégations et les partis politiques). Au commencement, treize pays ont été étudiés, dont sept pays industrialisés, parmi lesquels les Etats-Unis et la France. Or, il ressort de cette étude que le poids économique du secteur non lucratif aux Etats-Unis, représenté en majorité par les fondations, symboles d'« *une longue tradition individuelle et puritaine d'initiative privée charitable* » (1), est de loin le plus important, avec 6,9 % de l'emploi total contre – ce qui est déjà remarquable – 3 % à 4 % dans quatre pays européens (France, Allemagne, Grande-Bretagne et Suède). Pour L. Salamon et H. Anaheier, ce secteur joue incontestablement un rôle de substitut de l'Etat-providence, peu développé dans ce pays. Dans ce contexte, on ne sera pas surpris non plus d'apprendre que la Santé est le premier secteur occupé par le secteur non lucratif, alors qu'en France celui-ci est dominé par les activités sociales et la culture. Si les fondations pallient la carence de l'Etat-providence dans ce domaine, c'est aussi en raison de « *l'hostilité permanente des conservateurs à l'égard de toute forme de protection sociale fédérale* » (2), disent les chercheurs. Autre point de comparaison intéressant : en France et en Allemagne par exemple, pays où l'Etat a une vocation de redistribution, les ressources du secteur non lucratif sont principalement des ressources publiques, avec respectivement 59 % et 68 % du total de leurs ressources. Aux Etats-Unis, en revanche, si le secteur sans but lucratif perçoit également des subventions, elles sont nettement plus faibles et les dons, qui bénéficient d'un régime fiscal très favorable, représentent déjà 20 % de ses ressources.

Un modèle anglo-saxon

Au-delà des chiffres, il est intéressant de comprendre que « *cette part toujours plus importante des activités privées organisées hors du marché et de l'Etat, [qui est] un trait central des démocraties avancées* » (2), renvoie comme nous l'avons déjà évoqué à des modèles de société très différents. Chercheur au CNRS, Edith Archambaud en a dégagé plusieurs (1). Aux côtés d'un modèle rhénan, où les organisations très professionnalisées sont intégrées à l'Etat-providence, et d'un modèle scandinave, où malgré l'affaiblissement de l'Etat-providence, les organisations, fédérées selon leur champ d'intervention, interviennent dans les services éducatifs, sanitaires et sociaux, uniquement pour combler des lacunes, le modèle anglo-saxon valorise le développement du volontariat contre l'emprise de l'Etat fédéral et en association avec le pouvoir local. Les enfants sont socialisés précocement au volontariat au sein même du système scolaire. Organisées selon leur secteur d'activité ou leur appartenance idéologique, elles se développent sous la houlette de communautés ethniques fermées ou des multiples églises concurrentes. Plus que le milieu associatif, elles jouent aux Etats-Unis un rôle d'intermédiaire décisif. ■

Sylvie Malsan

(1) Archambaud Edith, « Secteur non-profit et secteur philanthropique aux Etats-Unis », Revue des études coopératives, mutualistes et associatives*, n° 38, 2e trimestre 1991.*

(2) Salamon Lester M. et Anheier Helmut K., « Le secteur de la société civile : une nouvelle force sociale », Revue du Mauss *semestrielle n° 11, 1er semestre 1998.*

La privatisation de l'aide internationale

Caractéristique de la manière dont la société américaine conçoit les rôles respectifs de l'Etat et des citoyens, la philanthropie y joue un rôle capital. Ces dernières années, elle s'est investie de manière croissante dans l'aide internationale et la lutte contre le sida, au point que cette privatisation de l'aide risque d'entamer une conception plus politique fondée sur les droits de l'Homme.

La philanthropie américaine connaît aujourd'hui une évolution importante. Elle s'investit de plus en plus, et parfois de façon spectaculaire, sur la scène internationale de l'aide au développement. Ainsi, quelques jours avant l'ouverture de la XVIe Conférence mondiale sur le sida à Toronto en août dernier, la Fondation Bill et Melinda Gates annonce un don de 500 millions de dollars au Fonds mondial contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Il s'ajoute aux 150 millions déjà versés depuis quatre ans et aux 287 millions investis dans la recherche d'un vaccin contre le sida. Bill Gates, l'homme le plus riche du monde, est-il en passe de devenir le nouveau fer de lance de la lutte contre le sida ? A première vue, on ne peut que se réjouir de ce nouvel apport d'argent. Cependant, avec Damien Millet, président du Comité pour l'annulation de la dette du tiers-monde (CADTM France), « *on sent bien, confusément, que quelque chose ne tourne pas rond* » (1).

Manne privée contre incurie des Etats ?

La Fondation Gates, créée en janvier 2000, a pour objectif d'apporter à la population mondiale des innovations en matière de santé, son domaine d'action prioritaire étant la lutte contre le sida. Cette fondation pèse aujourd'hui 60 milliards de dollars. A titre de comparaison, l'aide publique au développement accordée par les pays industrialisés en 2005 s'élevait à 106,5 milliards de dollars (2). Depuis sa création, la Fondation Gates a injecté 10,5 milliards de dollars dans des programmes internationaux. Son budget annuel est aujourd'hui de 3 milliards de dollars. C'est cinq fois le budget annuel de l'Unesco et presque autant que le budget 2006-2007 de l'Organisation mondiale de la santé. Le Fonds mondial qui devait être doté à l'origine de 10 milliards de dollars annuels, n'a versé que 2,26 milliards de dollars à 127 pays en un peu plus de trois ans. Pour financer son

prochain programme d'aide, le Fonds a besoin de 5,8 milliards de dollars. Les engagements des Etats contributeurs n'ont pas encore été suivis d'effet. Il semble que la pérennisation des fonds contre le sida doive compter sur l'aide privée. « *C'est le revers de la médaille de la philosophie du tout libéral*, juge Jean Fabre, directeur adjoint du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). *Les Etats ont accepté de voir réduire leurs prérogatives, le privé s'engouffre dans la brèche (3).* »

Quelle légitimité pour la philanthropie dans l'espace social international ?

Pourtant, comment ne pas reconnaître les positions éclairées adoptées jusqu'à présent par les fondations américaines dans la lutte contre le sida, dans un contexte politique intérieur des plus conservateur ? Comment ne pas approuver l'action de la Fondation Hewlett lorsqu'elle accorde une aide de 1 million de dollars pour financer une campagne en Afrique du Sud sur l'usage du préservatif féminin ? Et comment ne pas acquiescer lorsque Sara Seims, directrice de son programme « Population », critique ouvertement l'opposition systématique de la Maison Blanche à l'usage du préservatif masculin et déclare, « *nous estimons que la science et les preuves solides doivent dicter les décisions publiques, et non pas l'idéologie* » (4) ? Il y a aussi l'Open Society, fondation de Georges Soros, première à financer des programmes de réduction des risques en matière d'usage de drogues en Europe de l'Est, avant que Peter Piot, directeur de l'Onusida, ne préconise à Bangkok en 2004 (5) la prescription combinée d'antirétroviraux et de méthadone aux usagers séropositifs dans cette région du monde encore réticente à légaliser ce produit. Ces fondations ont aujourd'hui une longueur d'avance sur les Etats dans leur capacité d'initiative. Leur rôle grandissant sur la scène de l'aide internationale suscite, néanmoins, des interrogations. Ainsi, Michel Kazatchkine, ambassadeur pour le sida, rappelle que les règles du privé ne sont pas celles du public et se demande « *…comment maintenir une transparence dans les procédures ? Comment faire en sorte que les choix des fondations privées s'inscrivent dans les engagements internationaux. Aujourd'hui, c'est le cas. Le sera-t-il toujours ?* » (6).

Générosité privée ou droit au développement ?

« *Ce qui gêne le plus*, dit Jean-Hervé Bradol, président de MSF France, *c'est l'absence de débat public sur les choix faits par des fondations par définition privées…* » Selon une étude (7) récente du German Marshall Fund et de l'Agence française de développement, les fondations américaines apparaissent comme des acteurs indépendants, peu perméables aux facteurs déterminants les politiques d'aide au développement. Toujours selon cette étude, si les fondations accordent de l'importance aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, ils n'ont que peu d'influence dans l'élaboration de leur stratégie d'action avant tout marquée par la sensibilité de leurs fondateurs. Or, les Objectifs du Millénaire s'inscrivent dans le processus d'élaboration du droit du développement qui prend sa source dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme. La lutte contre la pauvreté et le sida s'appuie sur ce droit. Toute référence à des notions de générosité ou de philanthropie ne peut constituer qu'un terrible recul. La lutte contre la pauvreté ne peut être confiée aux plus riches au détriment des Etats garants de l'intérêt général et de la solidarité internationale. Elle doit s'élaborer dans le cadre d'accords multi ou bi-latéraux où la souveraineté des Etats bénéficiaires est garantie. ■

Emmanuelle Mourareau

(1) La solidarité à la sauce Bill Gates, Libération, *17/08/06.*

(2) Une bonne partie de cette aide a servie au remboursement de la dette.

(3) Contre le sida, les mannes du privé, Libération, *14/08/06.*

(4) La gestion du dollar charitable à la Hewlett Foundation, Le Monde, *30/05/06.*

(5) XVe Conférence mondiale de lutte contre le sida, Bangkok, juillet 2004.

(6) La philanthropie va marquer le paysage, Le Monde, *14/08/06.*

(7) AFD Document de travail, Les fondations philanthropiques américaines, 22 Juillet 2006.

Le financement public du développement

Plus de 30 ans après leur engagement, les pays industrialisés ne consacrent toujours pas 0,7 % de leur richesse au développement des pays pauvres. Pourtant, en 1969, le Rapport Pearson recommande que 0,7 % du Produit national brut (PNB) des pays industrialisés soit dévolu au financement de l'aide au développement. Depuis lors, ce taux est devenu la référence internationale. En 1970, l'Assemblée générale des Nations Unies adopte une résolution dans laquelle elle s'engage à atteindre cet objectif. Cet engagement sera renouvelé à deux reprises lors du Sommet de la Terre à Rio en 1992 et lors du Sommet mondial sur le financement du développement à Monterrey en 2002. Cependant, il ne sera jamais atteint. L'aide est montée jusqu'à 0,53 % en 1961-1962 avant de retomber à 0,33 % en 1972 et de fluctuer autour de 0,35 % durant la décennie 1980. Ce taux a chuté à 0,24 % à la fin des années 1990 pour stagner aujourd'hui autour de 0,25 % (1). ■

E. M.

(1) Voir, « Le développement est-il un droit » d'Arnaud Zacharie, Editions Labor, 2006.