

Chapitre 2

Coopération internationale et financements de la lutte contre le sida en Afrique : le cas du Cameroun

François-Colin NKOA, Fred EBOKO, Jean-Paul MOATTI

L'objet de ce chapitre est d'examiner la mobilisation internationale des ressources financières par le biais de l'aide publique au développement, dans le cadre de la lutte contre le sida au Cameroun. Comment les mécanismes de financement mis en place pour lutter contre cette maladie à l'échelle internationale affectent-ils l'Afrique et comment envisager l'exemple camerounais, au regard du niveau d'implication de ses partenaires multilatéraux et bilatéraux ?

Une première partie est consacrée à l'analyse de la genèse et de l'évolution de la coopération internationale dans le domaine du financement de la lutte contre la pandémie du sida. La seconde analyse l'impact des différentes initiatives internationales sur le financement de cette action au Cameroun.

La mobilisation internationale en faveur de la lutte contre le sida peut être divisée en deux grandes périodes. La première, qui s'étend de 1986 à 1998, se caractérise par le rôle central de l'OMS en tant que principal acteur de la réponse globale à la pandémie, à travers son plan global de lutte contre le VIH/sida (Global Program against AIDS – GPA). La deuxième période s'étend de la fin des années 1990 jusqu'à nos jours. Elle se caractérise par la mise en place depuis le 1^{er} décembre 1995 d'un programme commun des Nations unies sur le VIH/sida, dont le secrétariat (ONUSIDA) est censé coordonner transversalement l'action multisectorielle de toutes les agences onusiennes impliquées et par la multiplication des initiatives multi et bilatérales de financement pour la lutte contre le sida. Il en est pour exemple le programme plurinational de lutte contre le VIH/sida en Afrique, plus connu sous son acronyme anglais MAP (Global Program against AIDS) de la Banque mondiale, lancé en 1999, la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Global Fund against AIDS, Tuberculosis and Malaria – GFATM en 2001) et, enfin, le plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (President Emergency Plan for AIDS and Relief – PEPFAR), créé par le président américain George W Bush en 2003. À eux trois, ils assurent plus de 80 % de l'aide internationale en matière de sida, aide qui a connu une croissance spectaculaire de moins d'un milliard de dollars US par an jusqu'à la fin du siècle dernier à 7,7 milliards de déboursements en 2008 (avec 8,8 milliards d'engagements) [15]. Cette croissance de l'aide ciblée sur le sida a tiré l'essentiel de l'augmentation de l'aide publique au développement consacrée à la santé depuis 2000, accroissant en parallèle la part de l'aide santé consacrée à la lutte contre la pandémie (de 5,5 % à 47,2 % du total entre 1998 et 2007) [25].

D'une cause internationalement reconnue, mais sans moyens financiers (1986-1990)...

C'est en 1986 que la communauté internationale prend conscience de la nécessité de coordonner la lutte contre la pandémie du sida sur un plan global [20]. Avant cette date, aucun pays industrialisé ne consacre de ressources à la lutte contre le sida dans les pays en développement. C'est l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à travers son plan global de lutte contre la pandémie du sida, qui va inciter ces pays à affecter des ressources financières à la lutte contre cette maladie dans les pays du Sud. Les pays donateurs ont le choix entre le financement direct (approche bilatérale) ou le financement indirect (approche multilatérale). L'approche bilatérale consiste, pour un pays, à verser directement les ressources mobilisées en faveur de la lutte contre le sida au pays récipiendaire, généralement par le biais de l'agence de développement nationale. L'approche multilatérale consiste, quant à elle, pour le pays donateur, à faire transiter les fonds par une agence spécialisée du système des Nations unies ou d'une agence spécialement créée à cet effet (ce qui sera le cas du Fonds mondial en 2001).

L'analyse des données sur l'aide consacrée au sida au cours de cette première phase de la lutte est riche d'enseignements.

Les principaux bailleurs de fonds sont les grands pays donateurs de l'OCDE, avec, à leur tête, les États-Unis (*tableau 1*). La part des dix premiers pourvoyeurs de fonds internationaux s'élève à 80 % au cours de cette première phase.

Tableau 1
Les dix principaux donateurs de l'aide à la lutte contre le sida (1986-1991),
en milliers de dollars US constants

Pays	Montants (%)*
États-Unis	237 331 (27,9)
Suède	97 539 (11,5)
Canada	70 500 (8,3)
Royaume-Uni	59 340 (7)
CEE	48 040 (5,6)
Norvège	41 448 (4,8)
France	38 923 (4,5)
Danemark	36 896 (4,3)
Allemagne	28 251 (3,3)
Pays-Bas	22 732 (2,6)
Autres**	166 639 (19,6)
Total	847 639

* Il s'agit des contributions directes des pays, ainsi que de leurs contributions transitant par le plan global de lutte contre le VIH/sida de l'OMS. Les contributions passant par d'autres organismes multilatéraux étant imputées directement à ces organismes, l'effort effectif des pays est donc sous-estimé par ces statistiques.

** Autres pays membres de l'OCDE + l'ex URSS, le Koweït et les fonds multilatéraux transitant par d'autres institutions que l'OMS (Banque mondiale, PNUD, UNICEF, FNUAP) et des fondations et entreprises privées (Sasakawa Foundation, IBM, World AIDS Foundation, Swiss Red Cross).

Source : Mann J et coll (1992).

Lors de cette première phase de financement de la lutte contre le sida (1986-1991), le montant des ressources totales mobilisées par les pays donateurs est évalué à 847 639 millions de dollars, la part du financement multilatéral, c'est-à-dire, à l'époque, celui passant par l'OMS et les autres agences spécialisées des Nations-unies représentant 60 % du total.

Une analyse plus fine permet de nuancer ce constat. Les chiffres globaux du tableau masquent en effet des disparités entre les bailleurs les plus importants et ceux qui contribuent plus modestement. Dans le groupe des dix premiers contributeurs, le financement direct est privilégié par la majorité (*tableau 2*). À l'inverse, comme on le voit en rapprochant les *tableaux 1 et 2*, l'aide des plus petits contributeurs passe en majorité par la voie multilatérale. L'explication semble résider dans le fait que les grands pays disposent de leur propre agence d'aide au développement, qui participe directement au financement des programmes de lutte contre le sida dans les pays en développement. Il s'agit de l'USAID¹ pour les États-Unis, du DFID² pour le Royaume-Uni, de l'AFD³ pour la France, de la GTZ⁴ et de la KFW pour l'Allemagne, de l'ACDI⁵ pour le Canada, du SIDA⁶ pour la Suède.

Tableau 2
Pourcentage de l'aide bilatérale des dix principaux donateurs de l'aide totale affectée à la lutte contre le sida (1986-1991)

Pays	1986-1991
États-Unis	61,09
Suède	36,1
Canada	64,7
Royaume-Uni	19,4
Norvège	30,04
France	88,1
Danemark	53,9
Allemagne	75,5
Pays-Bas	16,8
CEE	99,9

Source : Mann J et coll (1992).

En définitive, au cours de cette période, les acteurs les plus importants dans le financement de la lutte contre le sida semblent avoir une préférence pour le financement direct. L'aide à la lutte contre le sida ne paraît pas dénuée de fondements autres que ceux de la solidarité entre États. Les enjeux stratégiques et géopolitiques semblent être les principales raisons de ce choix, ce qui tend à ce que l'aide

¹ United States Agency for International Development.

² United Kingdom Department for International Development.

³ Agence française de développement.

⁴ Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (Agence allemande de coopération technique).

⁵ Agence canadienne pour le développement international.

⁶ Swedish International Development Agency.

à la santé en général et à la lutte contre le sida en particulier ne soit pas très différente de l'aide destinée aux autres secteurs. C'est la maturation progressive de la question du sida dans l'opinion publique mondiale et sur l'agenda des décideurs politiques au plus haut niveau, culminant avec la tenue en 2001, pour la première fois dans l'histoire, d'une session spéciale de l'assemblée générale des Nations unies exclusivement consacrée à une maladie, qui va modifier la donne⁷.

... au sida comme moteur des financements pour la santé globale

La mobilisation internationale, à partir de 1996, pour combler le fossé, éthiquement insupportable, dans l'accès aux traitements du VIH/sida entre le Nord et le Sud et qui fait suite à la démonstration que les multithérapies antirétrovirales s'avèrent efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité chez les personnes vivant avec le virus, va déboucher sur une concentration quasiment sans précédent dans l'histoire de la santé publique mondiale des financements, tant internationaux que nationaux, consacrés au sida, à partir du tournant du nouveau siècle. Pourtant, au plan agrégé, le sida ne contribue qu'à environ 6 % de la mortalité totale dans l'ensemble des pays à bas revenus⁸. Comme l'illustre la *figure 1*, cette croissance du financement est ponctuée par l'émergence de ce qu'il sera désormais convenu d'appeler des « initiatives pour la santé globale » (Global Health Initiatives – GHI)

La Banque mondiale sera la première institution financière multilatérale à intervenir dans le champ de la lutte contre le sida, puisqu'elle est partenaire de l'ONUSIDA depuis sa création en 1996. Pour autant, c'est à partir de 2000 qu'intervient le changement majeur de son action dans ce domaine, avec la création de son Multi Country AIDS Program (MAP), qui se donne pour objectifs, à la fois d'accroître la coordination des actions au niveau des états, en s'appuyant sur les gouvernements (notamment, les comités nationaux de lutte contre le sida, ou les structures équivalentes mises en place dans les pays) et de s'appuyer sur tous les acteurs essentiels impliqués dans cette lutte dans chaque pays, y compris en soutenant « la société civile » et les « communautés ».

L'approche de la Banque mondiale entretient néanmoins de nombreuses ambiguïtés, tant sur l'équilibre à rechercher entre financements consacrés à la prévention et à l'accès au traitement, que sur les objectifs poursuivis dans l'implication de la société civile et les organisations non gouvernementales, entre moyen de faire entendre la « voix » des plus pauvres et des plus vulnérables à la maladie et donc d'exercer une pression démocratique sur les choix des gouvernements ou/et l'instrumentalisation, dans la perspective de privatisation des services publics, qui constitue une des pierres angulaires des politiques néolibérales dites du « consensus de Washington » [6, 22].

La volonté de s'appuyer sur une réponse multilatérale est encouragée par le secrétaire général de l'ONU de l'époque, Kofi Annan, qui a couvert de son autorité la création, en 2001, du Fonds mondial contre le sida, le paludisme et la

⁷ United Nations General Assembly Special Session (UNGASS). Declaration of Commitment on HIV/AIDS, 25–27 June 2001, United Nations, New-York.

⁸ World Health Organization (WHO). The Top Ten Causes of Death. Geneva, Switzerland : WHO ; 2008. Fact Sheet No. 310. disponible à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/print.html>

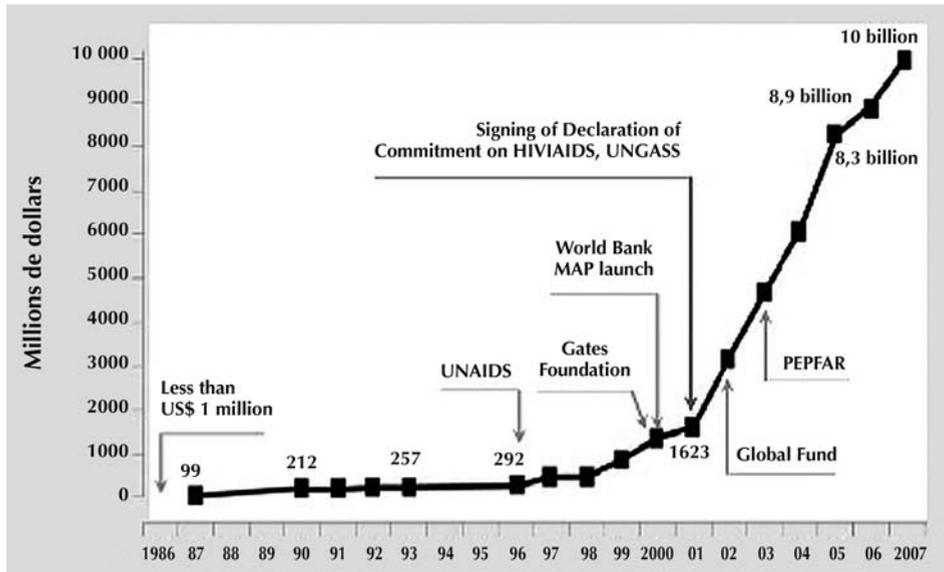


Figure 1
Évolution du financement mondial total consacré à la lutte contre le sida (1986-2007)
Source : UNAIDS

tuberculose. Celui-ci devient opérationnel en 2002. Il constitue un partenariat multilatéral totalement original, dont la gouvernance se distingue de celle des organisations onusiennes, en ce que son conseil d'administration associe, sur pied d'égalité, les gouvernements des pays donateurs et receveurs de l'aide, ainsi que des représentants du secteur privé, de la société civile et des associations de malades. Plus de la moitié des financements du Fonds mondial ont concerné le VIH/sida. Fin 2009, il avait d'ores et déjà engagé 14,7 milliards de dollars pour soutenir 286 programmes lutte contre le sida dans 138 pays en développement, plus de la moitié de ces financements se concentrant en Afrique sub-saharienne et sur le VIH/sida. Ces programmes ainsi soutenus ont permis la couverture par des traitements antirétroviraux de 2,4 millions de personnes vivant avec le VIH, la couverture de 5,8 millions de personnes pour les traitements de la tuberculose, ainsi que la distribution sur le terrain de 100 millions de moustiquaires imprégnées, efficaces pour la prévention de la malaria⁹.

Comme nous l'avons vu précédemment, à la création du Fonds mondial, le président américain répond en 2003 par la création du PEPFAR (President Emergency Plan for AIDS and Relief), traduisant la préférence des nations les plus puissantes pour une approche bilatérale. Par cette initiative, George W Bush borde sa politique sur quatre fronts. Tout d'abord, il « sort de sa manche » une carte humanitaire particulièrement bienvenue au moment où les troupes américaines débute leur invasion en Irak, pour contrebalancer sur la scène internationale une image d'impérialisme agressif. Ensuite, en dépit du fait que les États-Unis s'affirment comme le principal donneur du mécanisme multilatéral

⁹ Global Fund against AIDS, TB & Malaria (GFATM). Report of the Executive Director. Twentieth Board Meeting, Addis Ababa, Ethiopia 9-11 November 2009.

qu'est le Fonds mondial (28,9 % de la contribution totale en 2008), il affirme l'option prioritairement unilatérale de son administration en matière d'action internationale, confirmant sa défiance à l'égard des instances multilatérales incarnées par l'ONU : en 2008, plus de la moitié de l'aide publique internationale sur le sida (51,0 %) provient du gouvernement américain, mais, du fait de l'importance du PEPFAR, l'essentiel (88 %) de ces quatre milliards de dollars d'aide est distribué par la voie bilatérale. Par contraste, la France qui est le troisième donneur en 2008, avec près de 500 millions de dollars, passe par la voie multilatérale pour distribuer 86 % de cette somme. De plus, George W Bush prend à contre-pied ses adversaires démocrates, en se montrant plus audacieux que la précédente administration Clinton dans son implication pour la lutte contre le sida en Afrique. Enfin, il sert au passage les intérêts des multinationales pharmaceutiques américaines, puisque, pour bénéficier de l'appui financier du PEPFAR, les pays récipiendaires sont tenus, dans un premier temps, de commander exclusivement des médicaments de marque.

À partir de 2006, une source supplémentaire entre en jeu, initiée par les présidents Chirac en France et Lula au Brésil, l'initiative UNITAID, qui constitue un fonds pour financer les médicaments et autres produits de santé nécessaires à la lutte contre les pandémies infectieuses, à partir de l'instauration d'une taxe « internationale » (en fait décidée nationalement par chaque pays volontaire) sur les billets d'avion. UNITAID constitue le premier exemple d'un financement innovant de l'aide santé qui s'autonomise par rapport aux décisions budgétaires des pays donateurs, décisions susceptibles d'une certaine volatilité (en fonction des aléas de la conjoncture économique, de l'évolution des opinions nationales, des échéances électorales, etc).

À côté des acteurs bilatéraux et multilatéraux, on note l'entrée en jeu, sur le terrain du financement international de la lutte contre le sida et de l'accès aux traitements, des fondations privées et ONG internationales telles que les fondations Bill Clinton ou encore Bill & Melinda Gates. En 2009, on estime que la contribution des fondations privées à l'aide internationale sur le sida a pu dépasser le milliard de dollars [15].

Si cette multiplication d'initiatives globales contribue à alimenter la croissance des financements, elle offre également un exemple de ce que les politologues appellent « polyarchie » : de multiples pouvoirs indépendants les uns des autres œuvrant pour la même cause, sans faire « cause commune », ce qui majore les difficultés d'harmonisation entre ces multiples initiatives sur le terrain des pays récipiendaires.

Cette polyarchie internationale, à l'œuvre dans divers pays du Sud et en particulier africains, soulève nombre d'interrogations, notamment sur le déficit de coordination qui caractérise la coopération bilatérale et multilatérale dans la lutte contre le sida (entre États du Nord et États africains) et, surtout, sur la difficulté à fonder véritablement les actions sur la demande locale qui a souvent du mal à s'exprimer. De fait, dans plusieurs pays, on assiste à un partage territorial arbitraire entre les différents programmes soutenus par l'aide, toléré par les autorités nationales et régionales, mais sans qu'il n'y ait de relation de cause à effet entre les dynamiques épidémiologiques et les actions menées. À défaut de constituer des réponses à des demandes, elles constituent des « offres » en face desquelles les structures étatiques ou déconcentrées (hors des capitales) et les bénéficiaires potentiels se positionnent. S'en suit souvent une répartition

territoriale inégale des actions de coopération bilatérale. Le problème devient majeur lorsque les états sont « effondrés » du fait de crises politiques (République du Congo des années 1990, Congo après la guerre de 1997, Burundi, Rwanda suite au génocide, Sierra Leone, Libéria, etc.) ou très fragilisés, en raison de ressources économiques particulièrement limitées (Mali, Burkina Faso, Niger, etc.) Et la question de l'équité géographique sur le territoire national se greffe à celle des nécessités de survie et de solidarité internationale. Dans le cas des états dont les structures, même affaiblies, détiennent un maillage administratif et sanitaire satisfaisant, la question de la répartition de la manne que constitue désormais l'aide sur le sida se pose avec moins d'acuité, mais soulève tout de même le double problème de leurs responsabilités politiques face à des régions très peu soutenues et celle, au moins morale, des états donateurs du Nord.

L'expérience camerounaise : une capacité à attirer le financement international

Pour faire face à la menace que représente la pandémie du sida, les autorités camerounaises ont, dès 1985, élaboré un programme national de lutte contre le sida (PNLS) et créé une structure technique, le comité national de lutte contre le sida (CNLS), chargé de coordonner cette lutte. Sur le plan institutionnel, ces innovations ont donné lieu à l'élaboration de quatre plans successifs de lutte contre le sida au Cameroun :

- le plan à moyen terme I – PMT I (1988-1992) ;
- le plan à moyen terme II – PMT II (1993-1995) [7] ;
- le plan stratégique national de lutte contre le sida I – PSN I (2000-2005) [13] ;
- le plan stratégique national de lutte contre le sida II – PSN II (2006-2010).

Les deux premiers plans élaborés par les autorités camerounaises ont permis au pays de mobiliser une somme de 18 millions de dollars environ. Le troisième plan a permis de mobiliser une somme plus importante, estimée à 178 millions de dollars environ. Surtout, cette organisation a favorisé la mobilisation des ressources extérieures en faveur de la lutte contre le sida, mais elle n'a pas permis une mobilisation dans les mêmes proportions de ressources internes. Le financement au Cameroun a donc reposé essentiellement sur l'aide internationale. C'est ce que confirme notre analyse de l'évolution des flux financiers consacrés au sida au Cameroun.

D'après les données de la représentation locale du programme des Nations unies pour le développement (PNUD), 12 principaux projets de lutte contre le sida ont été financés au Cameroun par les partenaires extérieurs entre 1986 et 2000. Le *tableau 3* décrit la répartition de ces projets selon la catégorie de donateurs.

Le PNUD¹⁰ nous indique donc l'existence de six bailleurs internationaux, qui interviennent dans la lutte contre le sida au cours de la période considérée. En nombre de projets, la France et le PNUD apparaissent comme les deux acteurs les plus importants. Une autre source ajoute à cette liste deux autres acteurs bilatéraux, le Canada et l'Allemagne, et deux autres acteurs multilatéraux du système des Nations unies, le FNUAP et l'UNICEF. Les ressources mobilisées par ces acteurs figurent dans le *tableau 4*.

¹⁰ Il s'agit des différents rapports sur la coopération au développement au Cameroun, publiés par la représentation locale du PNUD.

Tableau 3
Répartition des projets des principaux bailleurs de fonds de la lutte contre le sida au Cameroun (1986-2000)

Bailleurs bilatéraux	Nombre de projets	Bailleurs multilatéraux	Nombre de projets
France (FAC)	4	PNUD	2
États-Unis (USAID)	2	OMS	1
Japon	1		
CEE	2		

Source : PNUD, Cameroun.

Tableau 4
Montants des engagements des bailleurs en faveur de la lutte contre le sida au Cameroun (1988-1999)

Pays ou organismes donateurs	Engagements en milliers de dollars
États-Unis (USAID)	11 640 (65,25 %)
France (FAC)	3 226 (18,08 %)
CEE	2 031 (11,38 %)
PNUD	568 (3,18 %)
OMS	300 (1,68 %)
Japon	72 (0,4 %)
Total	17 837

Source : calculs des auteurs à partir des données du PNUD, Cameroun.

En parallèle des évolutions internationales évoquées plus haut, les succès obtenus par le Cameroun lors des appels d'offres internationaux ouverts par le Fonds mondial¹¹, l'élargissement du programme plurinational de lutte contre le VIH/sida en Afrique de la Banque mondiale, et l'accès indirect au PEPFAR, par l'intermédiaire de programmes de certaines ONG, ont permis de démultiplier les moyens mis à la disposition du Cameroun dans la lutte contre le sida. On peut maintenant distinguer trois catégories de bailleurs de fonds : les bailleurs de fonds bilatéraux, les bailleurs de fonds multilatéraux traditionnels et les ONG internationales. Le *tableau 5* donne un aperçu de la présence de ces bailleurs au Cameroun en 2008.

Par rapport à la première période, on note une évolution à la hausse du nombre de bailleurs de fonds internationaux. En effet, du côté des partenaires bilatéraux, on observe la présence de trois nouveaux pays, la Belgique, la Chine et l'Italie, qui apparaissent cependant comme des acteurs marginaux dans le financement international de la lutte contre le sida. De même, les ONG internationales (comme nationales), désormais plus nombreuses, ne sont souvent qu'un moyen par lequel passe l'aide bilatérale ou multilatérale du Fonds mondial ou/et du PEPFAR. Elles jouent aussi généralement un rôle d'assistance technique.

¹¹ Selon le CAD/OCDE, 60 % des ressources financières du Fonds mondial sont affectés à la lutte contre le sida.

Tableau 5
Principales sources de l'aide publique au développement affectées à la lutte contre le sida au Cameroun en 2008

Sources bilatérales	Sources multilatérales	ONG internationales
États-Unis (ambassade Centers for Disease Control -CDC, Peace Corps, USAID)	GFATM	Esther, France
Canada (ACDI)	Banque mondiale	Synergie africaine
Allemagne (GTZ, KFW)	OMS	Fondation Clinton
Japon (JICA)	UNICEF	MSF, Suisse
Belgique	FNUAP	Plan international
France (FAC, IRD)	BIT	CARE
Chine	ONUSIDA	AWARE
Italie	PNUD	Croix-Rouge internationale
Union européenne		International Relief Friendship Foundation
		Johns Hopkins University
		New York University School of Medicine
		Voluntary Service Overseas

Source : OMS ; MINSANTE.

Une autre remarque concerne l'absence ou le retrait de certains acteurs. Selon les données de l'OMS, en 2005, les ressources affectées à la lutte contre le sida dans le monde provenaient essentiellement de seize institutions (agences de développement des pays de l'OCDE, organismes multilatéraux, ONG et fondations internationales). Sur ces seize institutions, huit seulement finançaient la lutte contre le sida au Cameroun (*tableau 6*).

Les données de ce tableau indiquent qu'en 2005, la moitié des principaux pourvoyeurs de fonds pour la lutte contre le sida dans le monde n'interviennent pas directement au Cameroun. Il s'agit notamment des organismes publics ou des ONG américaines qui sont fortement impliqués dans la lutte contre le sida. Il est aussi à noter que, parmi les organismes présents en 2005, certains ne finançaient plus ou s'apprêtaient à ne plus financer de manière directe la lutte contre le sida au Cameroun. Il s'agit notamment de la Banque mondiale qui est intervenue au Cameroun dans le cadre de la première phase (2000-2006) de son programme plurinational de lutte contre le VIH/sida. Dans ce cadre, elle a financé un projet au Cameroun qui a couvert la période 2000-2005. Depuis lors, cette institution n'est plus présente de manière directe au Cameroun. De même, les responsables du Haut commissariat du Canada à Yaoundé nous ont signalé le retrait de leur agence de développement international dans le financement bilatéral de la lutte contre le sida. Les financements de cette institution dans ce champ d'action transiteront désormais par les voies multilatérales.

Tableau 6
État de la présence des principaux organismes de financement de la lutte contre le sida au Cameroun en 2005

Organismes	Présence au Cameroun
GFATM	Oui
Banque mondiale	Oui
PEPFAR	Non
USAID	Non
CDC Global AIDS Programme	Non
ACDI	Oui
DFID	Non
GTZ	Oui
AusAID	Non
Esther	Oui
SIDA	Non
JICA	Oui
Bill & Melinda Gates Foundation	Non
Clinton HIV/AIDS Initiative	Oui
WHO/Italian Initiative	Non
WHO/OPEC Fund	Oui

Source : OMS (2006).

Au cours de cette période, les flux financiers internationaux affectés à la lutte contre le sida ont augmenté de façon importante (*tableau 7*).

Les données du tableau indiquent que, depuis l'an 2000, les engagements financiers des bailleurs de fonds se sont élevés à 178 508 982 dollars. Une analyse plus fine montre que ces fonds proviennent, par ordre d'importance, du Fonds mondial (47,4 %), des sources multilatérales (29,7 %), des sources bilatérales (18,2 %) et, enfin, des ONG internationales (4,5 %).

Conclusion : une dépendance excessive vis-à-vis de l'aide ?

Le Cameroun, comme beaucoup d'autres pays en développement en général et africains en particulier, a bénéficié de la solidarité internationale pour financer ses différents plans de lutte contre le sida mis en place depuis la fin des années 1980. En moyenne, l'aide internationale finance un peu moins de la moitié (48 %) des dépenses totales de lutte contre le sida dans les pays en développement, mais ce pourcentage atteint 59 % en Afrique sub-saharienne, l'épicentre de la pandémie, et s'avère encore plus élevé dans le cas du Cameroun (85 % en moyenne sur la période 2004-2007).

Tableau 7

Volume (en dollars) de l'aide à la lutte contre le sida depuis l'an 2000 au Cameroun

Pays donateurs	Montants des engagements	Durée du projet
Donateurs bilatéraux		
États-Unis (CDC)	970 000	2001-2002
États-Unis (USAID)	1 000 000	2000-2002
États-Unis (IHRPC)	2 000 000	2003-2005
<i>Total</i>	<i>3 970 000</i>	
France (FAC)	2 752 293	2000-2002
France (IRD)	200 000	2002
<i>Total</i>	<i>2 952 293</i>	
Allemagne (GTZ)	90 000	2002-2004
Allemagne (GTZ)	1 082 307	2000-2003
Allemagne (GTZ)	309 203	2000-2002
<i>Total</i>	<i>1 481 510</i>	
Canada (ACDI)	4 000 000	2004-2009
Union européenne	20 000 000	2002-2005
Union européenne	117 000	2002
Union européenne	70 000	–
<i>Total</i>	<i>20 187 000</i>	
Total engagements bilatéraux	32 590 803 (18,25 %)	
Donateurs multilatéraux		
PNUD	500 000 USD	1999-2000
BIT	560 000 USD	2000-2003
FNUAP	1 041 691 USD	2000-2002
UNICEF	606 732 USD	2003
OMS	375 000 USD	2002-2003
Banque mondiale	50 000 000 USD	2000-2005
Total des engagements multilatéraux	53 083 423 (29,7 %)	
Fonds mondial		
GFATM-MINSANTE	55 500 617	2005-
GFATM-CARE	16 194 089	2005-
GFATM-MINSANTE	12 976 661	2006-
Total	84 671 367 (47,4 %)	
ONG internationales		
CARE	200 000	2003
Synergie africaine	60 000	2003-2004
Esther, France	1 100 000	2002-2004
Croix-Rouge internationale	1 090 502	2003-2007
International Relief Friendship Foundation	64 000	2003

John Hopkins University	820 000	2001-2003
MSF-Suisse	1 137 850	2000-2008
New York University School of Medecine	1 000 000	2001-2003
Plan international	292 307	2002-2003
PMSC	1 950 000	2003
Projet PRESCICA	200 000	2002
Voluntary Service Overseas	248 730	2002-2003
Total ONG	8 163 389 (4,5 %)	
Total général	178 508 982 (100 %)	

Source : données rassemblées par les auteurs à partir de sources diverses.

Les canaux de transmission de l'aide publique au développement affectée à la lutte contre le sida ont également connu des évolutions intéressantes : au cours des deux premiers plans, cette aide publique provenait à plus de 90 % des sources bilatérales, alors que les ressources du troisième plan provenaient à plus de 80 % des sources multilatérales.

Cette mobilisation internationale en matière de financement de la lutte contre le sida au Cameroun ne s'est pas accompagnée d'un effort similaire de la part du gouvernement, mettant ainsi en évidence les problèmes de « passager clandestin » qui sont courants dans le financement des biens publics mondiaux. Ainsi, selon les statistiques de la Banque mondiale, de 1988 à 1991, la part du budget de l'État affectée aux activités de lutte contre le sida a été de 0,4 % du budget total. Une étude récente, commandée par le PNUD, indique que la situation n'a pas évolué de façon significative en 2007 [3]. Elle montre qu'en 2007, à l'exception notable du ministère de la Santé publique, dont les crédits consacrés à la lutte contre le sida représentent 3 % environ de son budget, les autres ministères y consacrent moins de 1 % des leurs.

Une analyse plus fine montre que les fonds nationaux consacrés au VIH/sida ont augmenté de moins d'un million de dollars avant 2004 à plus de 9,6 millions en 2007. Force est cependant de constater que cette augmentation des investissements nationaux provient en large partie de l'allocation au comité national de lutte contre le VIH/sida de 5 % des ressources totales rendues disponibles en 2006 pour le Cameroun, grâce à la remise de dette dans le cadre de l'initiative « pays pauvres très endettés » (PPTTE), avec près du tiers (27 %) des fonds de cette initiative affectés au secteur de la santé. Mais, hors ressources PPTTE, le ministère ne consacre à la lutte contre le sida que 0,4 % de son budget total. De fait, c'est aussi la solidarité internationale qui permet d'accroître, de manière indirecte, les ressources « internes » en faveur de la lutte contre le sida.

La dépendance du programme camerounais à un nombre limité de dispositifs multilatéraux d'aide, notamment le Fonds mondial, a probablement été un facteur de succès de ce programme (par exemple, en favorisant une harmonisation de fait autour des contraintes et procédures d'un nombre limité de bailleurs de fonds), mais peut s'avérer un facteur de fragilité. Ainsi, les échecs récents des propositions déposées par le Cameroun aux appels d'offres 8 et 9 du Fonds mondial (2008-2009) menacent la pérennité du passage à l'échelle, si des relais de financement ne sont pas trouvés.

Selon un récent rapport de la Banque mondiale, des craintes fortes s'expriment de la part des responsables sanitaires, associatifs et politiques dans les pays bénéficiaires de l'aide internationale en matière de lutte contre le sida [3]. L'enquête a été réalisée en collaboration avec l'ONUSIDA, en mars 2009, dans 71 pays ciblés en Europe de l'Est et en Europe centrale, en Afrique de l'Ouest, en Afrique de l'Est et en Afrique australe. Selon cette étude, les conséquences de la crise varieront en fonction du poids de la lutte contre le sida sur le type de ressources (internes ou externes) dont cette politique dépend. Le rapport distingue trois catégories de pays : « les pays les plus exposés », mais dont l'implication financière nationale est forte dans l'accès aux antirétroviraux (le Botswana, par exemple, qui finance à hauteur de 80 % l'accès au traitement de ses patients) ; les seconds sont les pays moins exposés, car la charge financière du sida y est limitée, du fait de la modicité relative des taux de séroprévalence (pays d'Afrique du Nord, Sénégal) ; le dernier groupe, qui comprendrait le Cameroun, représente les états presque totalement tributaires de l'aide extérieure pour l'accès aux antirétroviraux, donc particulièrement sensibles à des modifications d'orientations de la part des bailleurs internationaux.

L'impératif ici consiste à renforcer l'institutionnalisation de la lutte contre le sida au Cameroun [12] et à travailler sur des capacités d'anticipation de scénarios « difficiles », comme celui d'une baisse éventuelle des ressources extérieures. Une récente analyse comparée entre le Cameroun, le Burkina Faso et le Botswana montre que le Cameroun se situe dans l'entre-deux, entre « une gouvernance du délestage » (déléguer des missions de service public à des partenaires étrangers, à l'exemple du Burkina Faso) et un État fortement régulateur, canalisant l'aide extérieure en fonction de ses objectifs propres, comme le Botswana [14].

Dans ce registre, comme dans d'autres, il s'agit de mettre en œuvre le sens même de la responsabilité politique : « Gouverner c'est prévoir ».

Références bibliographiques

1. Agence française pour le développement (AFD). *L'Aide au développement. Évolutions récentes et grands débats*. AFD, Paris, 2005.
2. Altam D. Globalization and the AIDS industry. *Contemporary Politics* 2003 ; 4 (3) : 223-45.
3. Banque mondiale, 2009, *La crise économique mondiale et les programmes de prévention et de traitement du VIH. Vulnérabilité, impact*. Washington, programme mondial de lutte contre le sida, Genève, ONUSIDA, 30 juin 2009, 31 p. (Rapport dirigé par Bonnel R).
4. Bourguinat H. Quand les « biens publics » deviennent « globaux ». *Sociétal* n° 39, 1^{er} trimestre 2003.

5. Chabrol F. *Le sida en Afrique : un enjeu de sécurité internationale. Revue internationale et stratégique* 2002 ; 2 : 129-36.
6. Coriat B. Introduction : a new stage in the fight against the HIV/AIDS pandemic – an economic perspective, In Coriat B, Éd. *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries. TRIPS, Public Health Systems and Free Access*. Cheltenham (UK) & Northampton (USA), Anrs, Paris, 2009 : 1-8.
7. Eboko F. L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida. *Politique africaine* 1996 ; 64 : 135-45.
8. Eboko F. *Politique et sida au Cameroun. Dynamiques sociales et émergence du sujet*, Thèse de doctorat en science politique. CEAN, Institut d'études politiques de Bordeaux, Centre d'étude d'Afrique noire, Université de Montesquieu, Bordeaux IV, 2002, 490 p.
9. Eboko F. Le sida en Afrique. La perspective globale d'un drame local. À partir de l'exemple du Cameroun, In Gobatto I, Éd. *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*. Karthala-MSHA, Paris, 2003 : 47-80.
10. Eboko F. Patterns of mobilization : political culture in the fight against AIDS, In Patterson A, Éd. *The African State and the AIDS Crisis*. Ashgate, Aldershot, 2005, pp. 37-58.
11. Eboko F. Institutionnaliser l'action publique en Afrique. La lutte contre le sida au Cameroun, In Quantin P, Éd. *Gouverner les sociétés africaines*. Karthala, Paris, 2005 : 263-87.
12. Eboko F. Le sida en Afrique : une tragédie locale sous le désordre mondial. *Esprit* août septembre 2005, Vues d'Afrique : 200-11.
13. Eboko F, Renaudin. La lutte contre le sida au Cameroun : collusions entre perspectives internationales et dynamiques d'un État fragile *Terroirs. Revue africaine des sciences sociales et de culture* 2005 ; 1-2 : 201-28.
14. Eboko F, Owona Nguini M, Enguéguelé M. Cameroun, Burkina Faso, Botsawana : une approche comparée de l'action publique contre le sida en Afrique. *Télescope. Revue d'analyse comparée en administration publique*. École nationale d'administration publique, Québec, printemps-été 2009 : 52-67.
15. Kates J, Lief E, Avila C. *Financing the response to AIDS in low- and middle income countries : International assistance from the G8, European Commission and other donor Governments in 2008*. Kaiser Family Foundation, UNAIDS, July 2008, Geneva.
16. Kaul I, Grunberg I, Stern MA (SD). *Global public goods : taking the concept forward United Nations Development Program*. Discussion papers series, PNUD, 2001.
17. Kaul I, Grunberg I, Stern MA. *Les biens publics mondiaux. La coopération internationale au xx^e siècle*. PNUD, Economica, Paris, 2001.
18. Kindleberger Ch. International public goods without international government, *American Economic Review* 1986 ; 76 : 1.
19. Jamison, et al. International Collective Action in Health : Objectives, Functions and Rationale. *Lancet* 1998 : 351.
20. Mann J, Tarantola DJM, Netter T, Eds. Funding the global AIDS strategy, In *Aids in the World*. Harvard University Press, Cambridge, USA, 1992.
21. Moatti, et al. *Economics of AIDS and Access Care in Developing Countries : Issues and Challenges*. Anrs, collection Sciences sociales et sida, Paris, 2003.
22. Moatti JP. The economics of health care in developing countries : what the fight against the AIDS epidemics has changed. *Comptes Rendus Biologies* 2008 ; 331 : 964-72.

23. Ondoua Biwolé V. *État des lieux de la prise en compte du VIH/sida dans les budgets de certains départements ministériels*. Rapport commandé par la représentation locale du PNUD, novembre 2007.
24. Samuelson P. The pure theory of public expenditure. *Review of Economic and Statistics* 1954 : 56.
25. Shiffman J Berlan D, Hafner T. Has Aid for AIDS Raised All Health Funding Boats ? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009 ; 52 : S45-S48.

Accès décentralisé au traitement du VIH/sida

Évaluation de
l'expérience
camerounaise



*Sous la direction de
Fred Eboko
Claude Abé
Christian Laurent*

COLLECTION
SCIENCES SOCIALES
ET SIDA

Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise

Sous la direction de
Fred Eboko, Claude Abé et Christian Laurent

anRS

Agence nationale de recherches
sur le sida et les hépatites virales

COMITÉ ÉDITORIAL

Fred Eboko, Claude Abé et Christian Laurent, Véronique Doré, Laurence Quinty, Marielle Aulagnier, Suzy Mouchet.

Le comité éditorial remercie Murièle Matignon pour la relecture attentive des manuscrits, ainsi que Névada Mendes pour le secrétariat.

Anrs - Collection Sciences sociales et sida
Copyright Anrs - Paris février 2010
ISBN : 978-2-910143-24-4
ISSN : 1262-4837

Service information scientifique et communication - Anrs
101, rue de Tolbiac 75013 Paris
Tél : 01 53 94 60 32

Les articles de cet ouvrage sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs