

CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

UNAIDS/PCB (31)/12.CRP.1

Date de publication : 26 novembre 2012

TRENTE-ET-UNIÈME RÉUNION

DATE : 11-13 décembre 2012

LIEU : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

Point 3 de l'ordre du jour

**Étude de cas : Le gouvernement royal du
Cambodge à l'avant-garde de la mise en œuvre
d'une nouvelle approche d'investissement**

CONTEXTE

1. L'épidémie de VIH recule au Cambodge, pays à faible revenu d'une population de 14,3 millions de personnes (1). Selon les estimations, la prévalence du VIH au sein de la population générale adulte est actuellement de 0,7 %, un taux considérablement inférieur au pic de 1,7 % atteint en 1998. D'après les prévisions, ce déclin se poursuivra jusqu'à atteindre 0,6 % d'ici 2015. Le nombre de nouvelles infections enregistre également une baisse, avec une estimation de 1200 nouvelles infections en 2012, et devrait diminuer davantage pour atteindre 924 (ce qui représente moins de trois nouvelles infections par jour) d'ici 2015 (2).
2. L'épidémie touche particulièrement les populations clés qui présentent un risque élevé d'infection par le VIH. Les données de surveillance les plus récentes indiquent une prévalence du VIH de 13,9 % chez les travailleurs du sexe présentant un risque élevé d'infection¹ (3), de 2,1 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (4) et de 24,4 % chez les consommateurs de drogues injectables (5). Les rapports hétérosexuels non protégés en raison du travail du sexe à des fins commerciales sont le principal mode de transmission mais la transmission du VIH entre époux est de plus en plus fréquente. L'utilisation de matériel d'injection contaminé chez les consommateurs de drogues injectables continue d'être un important facteur d'infection (2) (voir figure 1).
3. Les dépenses relatives au sida au Cambodge se sont élevées au total à 58,1 millions de dollars américains (USD) en 2010. La figure 2 présente l'évolution des dépenses. La principale source de financement est le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), qui couvre tous les besoins en traitements, suivi des donateurs bilatéraux et multilatéraux. Globalement, on observe une surdépendance vis-à-vis des ressources des donateurs extérieurs, le gouvernement royal du Cambodge ne contribuant qu'à hauteur de 4 % du budget total (6).

LOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE D'INVESTISSEMENT

4. Le troisième Plan stratégique national (PSN-III) de lutte contre le VIH et le sida a été révisé en 2010 afin de couvrir la période quinquennale qui s'étend de 2011 à 2015 (7). Dirigé par l'autorité nationale de lutte contre le sida (NAA), le processus d'élaboration a impliqué toutes les parties prenantes concernées, notamment les ministères et les institutions gouvernementales, la société civile (organisations non gouvernementales nationales et internationales, réseaux communautaires de personnes vivant avec le VIH et/ou touchées par lui ainsi que les groupes représentant les populations clés les plus exposées au risque d'infection), les partenaires du développement et le secteur privé.
5. L'élaboration du PSN-III a été précédé de deux évaluations stratégiques. Elles ont soulevé des questions fondamentales sur la pertinence et la pérennité de la

¹ Dans le prolongement de la Loi de 2008 sur la suppression de la traite d'êtres humains et de l'exploitation sexuelle interdisant les maisons closes au Cambodge, les enquêtes sont limitées à l'échantillonnage des professionnels du sexe travaillant dans des établissements de divertissement et à la répartition des risques en fonction du nombre signalé de partenaires sexuels par semaine. Les professionnels du sexe recevant plus de 14 clients par semaine sont considérés comme à haut risque et correspondent le plus étroitement aux professionnels du sexe travaillant dans des maisons closes qui ont été retenus précédemment dans l'échantillon de l'enquête. Selon les résultats, la prévalence du VIH chez les professionnels du sexe ayant moins de 14 clients par semaine est de 4,1 %.

structure de gestion et de programme concernant la riposte nationale. Le premier rapport, intitulé « *Long run costs and financing of HIV/AIDS* » (Coûts et financement à long terme de la lutte contre le VIH/sida, en anglais uniquement), et élaboré par le Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST (NCHADS) du ministère de la Santé en collaboration avec le *Results for Development Institute*, a évalué divers scénarios de financement de la riposte nationale jusqu'en 2031, soit 50 ans après la découverte du VIH. D'après les conclusions de l'étude, le Cambodge doit affiner l'alignement de ses priorités et ressources sur les interventions les plus rentables. D'autre part, des examens et évaluations périodiques s'avéreront nécessaires pour parvenir aux meilleurs résultats possibles au moindre coût. Selon cette même étude, il est également urgent d'améliorer l'efficacité des programmes, d'assurer une meilleure gestion des flux d'aide extérieure et d'augmenter la part des ressources nationales allouées au VIH/sida (8).

6. La seconde étude, intitulée « *Functional task analysis for the coordinated and harmonized response to HIV and AIDS in Cambodia* » (Analyse des tâches fonctionnelle pour la coordination et l'harmonisation de la riposte au VIH et au sida au Cambodge, en anglais uniquement), menée par la NAA, a appelé à restructurer la riposte nationale au sida compte tenu des dynamiques changeantes de l'épidémie qui nécessitent une approche plus spécialisée et plus ciblée. Conçue pour appuyer une riposte multisectorielle et coordonnée, la structure de gestion nationale en place est alignée sur la politique de décentralisation du gouvernement (à l'échelon du pays, des districts et des communes). Le contexte actuel, marqué par une concentration des épidémies, et la limite des fonds disponibles remettent désormais en cause cette approche, qui avait fait ses preuves par le passé (9).
7. Cependant, ces rapports n'ont pas été largement diffusés avant les consultations stratégiques nationales. Ils n'ont donc pas occupé une place importante dans l'élaboration du PSN-III. Malgré les efforts déployés par les animateurs pour utiliser les informations disponibles afin d'accorder la priorité aux domaines de programme et cibles clés, la plupart des parties prenantes n'étaient pas encore prêtes à renoncer à l'approche largement inclusive des précédents plans stratégiques. L'abondance des ressources disponibles aux débuts de l'épidémie avait permis l'adoption de cette approche, ce qui n'est plus le cas. Cette approche était faisable lors des premières étapes de l'épidémie lorsque les ressources étaient abondantes, ce qui n'est plus le cas. Le PSN-III qui en découle est un plan exhaustif et multisectoriel dont le coût total est estimé à 516,3 millions USD, soit près du double des dépenses engagées au cours des cinq années précédentes qui s'élèvent à 263,3 millions USD (6). D'après les prévisions, le déficit des ressources atteindra 244,3 millions USD (10).
8. L'année 2010 a été caractérisée par la baisse de financements mondiaux destinés à la lutte contre le VIH, les exigences du Fonds mondial d'instaurer le partage des coûts et une approche basée sur les performances, ainsi que par l'anticipation d'un déficit des ressources de 47 % pour le plan stratégique national quinquennal. Cette même année, le Cambodge a été confronté au besoin urgent de privilégier son approche de la programmation de la riposte au VIH. L'objectif était d'accroître l'efficacité et de réduire les coûts.

PROGRÈS EN MATIÈRE DE MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE D'INVESTISSEMENT

9. S'appuyant sur les données de surveillance, la modélisation et l'analyse du rapport coût-efficacité, un processus d'examen participatif et de planification a été initié au Cambodge. Actuellement en cours, il vise à renforcer l'engagement national et la capacité à mettre en œuvre un nouveau raisonnement d'investissement afin d'optimiser la riposte du pays au VIH. Le pays a déjà su utiliser avec succès des informations stratégiques de qualité pour éclairer une riposte basée sur des données factuelles. Il est bien équipé pour s'attaquer au défi qui consiste à adapter la riposte nationale au VIH à l'évolution des dynamiques de l'épidémie et aux changements en matière de disponibilité des ressources mondiales. La réticence initiale des parties prenantes à renoncer à l'approche exhaustive de longue date a été balayée par un examen minutieux des estimations en matière des futurs déficits des ressources et une participation active à l'analyse du rapport coût-efficacité. L'évolution vers une hiérarchisation basée sur des données factuelles, le rapport coût-efficacité et l'efficacité donne ainsi lieu à la révision du PSN-III pour en améliorer la faisabilité et en resserrer le champ d'action. De plus, le processus de planification est en cours pour l'initiative « Cambodge 3.0 ». Il s'agit d'une stratégie innovante et avant-gardiste visant à supprimer la transmission du VIH et mieux ciblée que celles adoptées par le passé.

COMPRENDRE : organisation des données factuelles et recherche de consensus

10. Pour démarrer la discussion sur l'optimisation de la riposte nationale, la NAA a organisé, en collaboration avec l'ONUSIDA, une consultation sur l'appropriation nationale en juin 2011. Ce processus, qui a débuté par un examen de la documentation et des entretiens avec des informateurs clés, s'est terminé par une réunion réunissant un large éventail de parties prenantes, notamment les ministères, la société civile (y compris les communautés qui vivent avec le VIH, qui sont touchées par lui et qui y sont vulnérables) et les partenaires du développement. Celles-ci ont passé en revue les recommandations de l'étude d'aids2031 sur les coûts et le financement à long terme de la lutte contre le VIH/sida, l'analyse des tâches fonctionnelle ainsi que le PSN-III. Les participants ont pris conscience que le PSN-III élaboré récemment n'était pas en phase avec les recommandations basées sur des données factuelles des évaluations stratégiques et se sont mis d'accord sur la nécessité d'entreprendre les actions suivantes : élaboration d'un plan de gestion fiscale visant à mettre en œuvre une riposte adaptée à une épidémie en baisse et qui se concentre chez les populations clés ; analyse du rapport coût-efficacité des interventions ; et, reformulation du PSN-III en vue d'une riposte nationale plus ciblée et présentant un rapport coût-efficacité optimal.
11. L'étape suivante a comporté deux ateliers de consultation nationale organisés par la NAA afin de réviser les indicateurs d'accès universel (UA) du Cambodge et de fixer de nouveaux objectifs pour 2013 et 2015, ainsi que d'accorder la priorité aux interventions du PSN-III conformément aux engagements formulés lors de la Réunion de haut niveau sur le sida de l'Assemblée générale des Nations Unies 2011, et tel que défini dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida issue de cette réunion, et à la nécessité d'atteindre des résultats optimaux dans un contexte de diminution des ressources financières.

12. Le NCHADS a réalisé une étude épidémiologique et de triangulation des données avec une équipe consultative composée d'un panel d'experts issus de diverses institutions gouvernementales, de partenaires du développement et d'organisations de la société civile. L'impact épidémiologique des différents scénarios d'intervention dans une situation d'épidémie concentrée chez les populations clés touchées, sans oublier la lourde charge de traitements et d'atténuation de l'impact du VIH, a fait l'objet d'une modélisation s'étalant sur une décennie, de 2010 à 2020. D'après les résultats, l'atteinte des objectifs en matière d'accès universel chez les populations clés touchées et les femmes enceintes doublée du maintien des interventions existantes en faveur de la population générale, permettrait de réduire considérablement le nombre de nouvelles infections. Cependant, la réalisation de 90 % des objectifs en matière d'accès universel chez les populations clés touchées s'est également avérée très efficace, suggérant ainsi qu'il pourrait être possible d'atteindre les objectifs épidémiologiques sans subir le coût supplémentaire suscité par l'isolement des populations clés touchées (11).
13. Les résultats de l'étude de modélisation ont nourri une analyse ultérieure du rapport coût-efficacité des interventions de prévention chez les populations clés touchées (professionnels du sexe travaillant dans des établissements de divertissement, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables et personnes transsexuelles), l'objectif étant de leur accorder la priorité. Des groupes de travail techniques, composés de représentants du gouvernement, de partenaires du développement et de la société civile, ont débattu de ces résultats afin de déterminer la combinaison la plus rentable d'interventions prioritaires dans le but d'atteindre les objectifs en matière d'accès universel (12). L'estimation des coûts du PSN-III a été revue dans le cadre de l'analyse du rapport coût-efficacité. Le coût sur quatre ans des interventions de prévention a été considérablement réduit : il est passé de 81,4 millions USD à 23 millions USD après application d'estimations démographiques plus précises, révision des objectifs de couverture et utilisation d'une approche différente pour évaluer les coûts unitaires (voir tableau 2).
14. L'intérêt et l'engagement actif dont font preuve les parties prenantes pour trouver des solutions permettant d'agir davantage avec moins de moyens afin de s'attaquer à l'épidémie au Cambodge se sont accrus récemment. KHANA, l'une des plus importantes ONG cambodgiennes impliquées dans le domaine du VIH/sida, a réalisé dernièrement une étude opérationnelle afin d'évaluer le retour sur investissement social de son projet intégré de soins et de prévention au Cambodge (13).

CONCEVOIR : une nouvelle vision du programme

15. Afin de mettre en œuvre les connaissances acquises grâce à l'analyse et l'interprétation de données, le NCHADS, en concertation avec la NAA, les autres départements sanitaires, le *National Maternal and Child Health Centre* (Centre national de santé maternelle et infantile) et le ministère de l'Intérieur, mène actuellement l'élaboration de « Cambodge 3.0 », une nouvelle stratégie visant à atteindre les objectifs en matière d'accès universel et à éradiquer les nouvelles infections de VIH et la syphilis congénitale. Le cadre conceptuel est conforme aux initiatives mondiales « Trois zéros » et « Traitement 2.0 » et utilise les données factuelles disponibles issues de banques de données regroupant des informations stratégiques nationales ainsi que la modélisation pour donner la priorité aux interventions. Il s'appuie sur des initiatives nationales qui ont précédemment réussi, notamment l'établissement de liens entre la prévention, le

dépistage, la prise en charge et le traitement du VIH pour les populations clés (continuum de la prévention à la prise en charge et au traitement, CoPCT) ; prévention de la transmission mère-enfant (PTME) avec élaboration de liens entre les services de lutte contre le VIH et les services de santé reproductive (« *Linked Response for PMTCT* », Riposte liée en faveur de la PTME) ; et le continuum de soins (CoC) (14) (voir figure 3).

16. Les stratégies programmatiques de « Cambodge 3.0 » qui visent à réduire l'incidence du VIH se concentrent sur la nécessité d'améliorer la détection de cas grâce au dépistage précoce du VIH et à l'inscription immédiate à la prise en charge des populations clés touchées, des femmes enceintes et des partenaires des personnes vivant avec le VIH ; de renforcer les liens entre le dépistage et le traitement via la mise en place de tests de CD4 immédiats dans les centres de conseil et dépistage volontaires (CDV) ; d'améliorer la prise en charge et le suivi avant et pendant le traitement antirétroviral (ART) ; d'accroître le taux d'observance du traitement ; et d'intégrer le traitement en tant que prévention.
17. Les groupes de travail techniques (qui compte des participants issus du NCHADS, des agences partenaires et de la société civile) continuent actuellement de développer les détails du programme conformément aux principes programmatiques suivants : recourir à la modélisation pour déterminer les approches stratégiques optimales et évaluer les réalisations ; utiliser les informations stratégiques pour améliorer la qualité des interventions et plaider en faveur d'un engagement politique ; viser l'innovation constante et les ajustements basés sur des données factuelles ; mettre l'accent sur l'estimation des coûts pour agir davantage avec moins de moyens ; et préparer « l'après VIH » une fois sa transmission éradiquée.
18. Malgré la diminution globale observée en matière d'incidence du VIH, les populations clés touchées continuent d'afficher un pourcentage élevé de comportements à risque et une faible couverture de dépistage du VIH, ce qui risque d'entraîner la réapparition de l'épidémie. La stratégie du continuum de la prévention à la prise en charge et au traitement pour les populations clés est en cours de révision. L'objectif est d'élaborer une version dynamisée du continuum (« *Boosted COPCT* ») afin d'accroître l'accès des personnes présentant un risque élevé d'infection à VIH à un ensemble de services de prévention vitaux (informations, préservatifs et lubrifiants, tests de dépistage du VIH, examens médicaux visant à détecter les IST, orientation vers d'autres services, etc.). Dans le cadre de l'initiative « Cambodge 3.0 », elle promouvra une plus grande sensibilisation à la détection active des cas de VIH grâce au dépistage proposé par les pairs, à l'inscription immédiate ou précoce à la prise en charge avant et au cours du traitement antirétroviral et à l'observance du traitement pour des résultats optimaux et une incidence accrue. La mise en place de nouvelles approches, notamment les conseils en faveur de l'implication des partenaires et les méthodes innovantes visant à suivre les agissements des réseaux sexuels, permettra de renforcer l'ensemble des services fournis.
19. Les approches destinées à améliorer le continuum de la prévention à la prise en charge et au traitement chez les populations clés sont actuellement définies par les participants aux groupes de travail techniques. Ceux-ci comprennent des représentants issus des réseaux de personnes vivant avec le VIH et des populations clés touchées, ainsi que par les partenaires du développement. Les systèmes de prestation de services et les mécanismes d'orientation feront également l'objet d'une amélioration afin de renforcer les liens et la collaboration entre les services liés au VIH et les autres services. Un nouveau projet d'évaluation de l'USAID (Agence américaine pour le développement international) mesurera l'efficacité et l'incidence des innovations techniques et

contribuera à établir la base de connaissances nécessaire à des approches plus rentables afin de répondre aux besoins des personnes présentant un risque élevé d'infection et des personnes vivant avec le VIH.

20. De plus, le Cambodge s'efforce constamment d'améliorer les taux d'inscription précoce et d'observance du traitement grâce à son initiative d'amélioration continue de la qualité (*Continuous Quality Improvement, CQI*). Résultat : le taux d'observance à 12 et 60 mois est respectivement de 93 % et 78 %, ce qui dépasse considérablement la moyenne mondiale (15). L'évolution des données sur les indicateurs CQI correspondant à un site, figurent au tableau 3. Actuellement, les méthodes destinées à accroître le maintien des patients sous antirétroviraux sont affinées davantage dans le cadre de l'initiative « Cambodge 3.0 ».

Facteurs déterminants

21. L'engagement politique de haut niveau s'est avéré un important facteur de la réussite du Cambodge dans sa riposte au VIH et au sida. Le premier ministre, Samdech Hun Sen, et la première dame, Lok Chumtiev Bun Rany Hun Sen, présidente de la Croix-Rouge cambodgienne et qui s'est faite championne du Forum des dirigeants de la région Asie-Pacifique (APLF), se consacrent tous deux au soutien de la riposte nationale. En 2010, le gouvernement royal du Cambodge s'est vu décerner le Prix des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) pour son leadership national, son engagement et ses progrès en faveur de l'OMD 6, en particulier la réduction de la prévalence du VIH (voir figure 4) et l'atteinte des objectifs en matière d'accès universel pour les traitements.
22. La mobilisation communautaire a été un facteur déterminant de la réussite du Cambodge à gérer l'épidémie de VIH. La société civile, notamment les personnes vivant avec le VIH et les communautés les plus exposées, participe activement à la riposte nationale à tous les échelons, de la planification stratégique nationale à la prestation de services. Par exemple, à l'échelon national, les organisations de la société civile ont pris part à l'élaboration du PSN-III et aux récentes discussions sur l'analyse du rapport coût-efficacité. Elles se sont jointes aux efforts de plaidoyer qui ont conduit à la révision de la Loi sur le contrôle des drogues. Elles contribuent à élaborer de nouvelles stratégies dans le cadre de « Cambodge 3.0 » et à élargir le dialogue national sur la manière d'intégrer au mieux les services liés au VIH aux autres services de santé (santé sexuelle et reproductive/planification familiale, tuberculose, santé maternelle et infantile) et de protection sociale. Les personnes vivant avec le VIH et les communautés les plus exposées au risque d'infection se sont avérées des partenaires actifs en matière de prestation de services. Elles ont aidé à répondre à la demande et l'utilisation croissantes des services de prévention, de traitement et d'atténuation de l'impact du VIH/sida et à établir des liens avec les autres services. Les organisations de la société civile ont également aidé à déployer des tests de dépistage sur les lieux de soins chez les populations clés (dépistage et accompagnement proposés par les pairs de la communauté). Elles ont activement soutenu les enquêtes réalisées au sein de leurs communautés respectives et auxquelles elles ont participé.
23. Afin d'aider la société civile à renforcer davantage sa capacité à participer à la riposte nationale de manière plus significative et à répondre aux besoins des communautés qui la composent, la NAA a élaboré, avec l'assistance d'ONUSIDA, un cadre institutionnel de compétences de base pour les personnes vivant avec le VIH et les réseaux des populations clés (16). Ce cadre dresse une approche systématique pour évaluer et suivre la capacité des réseaux en matière

de gouvernance, de représentation, de communication et d'administration. Il a déjà été utilisé par le réseau des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour aider à élaborer un plan stratégique bien défini afin de renforcer la capacité de ses membres dans les domaines de la gouvernance, du leadership, de la représentation, des ressources humaines et de la gestion financière. Le cadre de compétences servira prochainement aux autres réseaux et organisations qui tiennent à adopter une approche systématique et basée sur des données factuelles pour les initiatives de renforcement des capacités.

24. Le Cambodge est engagé de longue date dans la défense des droits de l'homme pour l'amélioration de l'environnement juridique et politique, afin de maximiser l'accès des populations clés à l'éventail complet des services. La révision de la loi sur le contrôle des drogues dans le but d'intégrer la réduction des risques et d'autres dispositions sanitaires pour les consommateurs de drogues a ouvert la voie à l'élargissement et à l'intensification des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et du traitement de substitution à la méthadone. Cependant, les obstacles juridiques persistent. La mise en œuvre de deux lois, à savoir la Loi de 2008 sur la suppression de la traite d'êtres humains et de l'exploitation sexuelle et la Politique de sécurité des communes/sangkats (*Commune/Sangkat Safety Policy*), a limité l'accès des personnes présentant un risque élevé d'infection à VIH aux services, en raison des arrestations et des détentions fréquentes. Pour compenser les effets de ces lois et améliorer l'accès aux services, une initiative de partenariat entre la police et les communautés a été mise en place grâce à une coopération multisectorielle entre les secteurs du gouvernement (notamment la NAA, le ministère de l'Intérieur, les autorités locales et la police), les partenaires du développement et la société civile à tous les échelons du pays jusqu'au sous-district.

EXÉCUTER : un élargissement et une intensification rentables et efficaces

25. Les études de modélisation épidémiologique (11) et l'analyse du rapport coût-efficacité (12) ont fourni aux groupes de travail techniques de précieuses informations pour améliorer l'efficacité, lors de l'élargissement et de l'intensification des programmes en vue d'atteindre les objectifs en matière d'accès universel. Selon les résultats, les meilleures options visant à améliorer l'efficacité des allocations en faveur de la prévention permettent d'élargir et d'intensifier les interventions chez les travailleurs du sexe plus exposés aux risques d'infection (le taux de couverture a évolué de 80 à 85 %) ainsi que chez les consommateurs de drogues injectables (pour lesquels le taux de couverture atteindra 80 % d'ici 2017). Elles présentent un bon rapport coût-efficacité et ont la capacité d'offrir des économies de coût, étant donné que les coûts des antirétroviraux dus aux infections à VIH dépassent ceux des interventions de prévention. En revanche, l'intensification des interventions de prévention actuelles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transsexuelles présenterait un rapport coût-efficacité moindre en raison de la taille limitée de cette population, de la faible prévalence du VIH et du coût élevé de ces interventions. Cependant, la nécessité de collecter des données factuelles supplémentaires s'impose afin de mieux comprendre la situation à laquelle sont confrontées ces populations clés touchées et d'atteindre plus efficacement les personnes qui nécessitent des services liés au VIH. D'après certains, il est impératif de se concentrer sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transsexuelles les plus exposés aux risques d'infection et/ou de réduire le coût des interventions, l'objectif étant de faire pencher la balance vers un rapport coût-efficacité plus intéressant. Cette option doit cependant faire l'objet d'une analyse et de

discussions supplémentaires (voir tableau 1). Les groupes de travail techniques discutent également des meilleures façons d'intensifier les interventions de prévention dans le cadre de la composante « continuum dynamisé de la prévention à la prise en charge et au traitement » (« *Boosted CoPCT* ») de l'initiative « *Cambodge 3.0* ». Les équipes de mise en œuvre au niveau des districts se chargeront de la coordination des prestataires de services afin d'aider à aligner les ensembles d'interventions et à harmoniser les dépenses (uniformité des traitements consentis pour sensibiliser les professionnels du sexe, par exemple).

26. L'analyse du rapport coût-efficacité a également mis en évidence les domaines où l'efficacité technique pourrait être améliorée. Le Cambodge présente des coûts unitaires plus élevés que les autres pays de la région, ce qui réduit le rapport coût-efficacité des interventions prioritaires. Les dépenses en matière d'interventions non prioritaires² ont contribué aux coûts unitaires élevés. L'intégration dans le budget du VIH/sida des interventions fondées sur les synergies, telles que les programmes de désintoxication, qui n'empêchent pas directement l'infection à VIH, contribue également à augmenter ce coût. Les facteurs qui permettent d'expliquer le niveau élevé des coûts unitaires au Cambodge sont en cours d'examen.

Synergies

27. Les progrès réalisés dans le domaine du VIH/sida ont suscité des retombées positives sur les autres domaines des Objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, en particulier les Objectifs 4 et 5 sur la mortalité infantile et la santé maternelle. Grâce au mécanisme de l'initiative « *Riposte liée en faveur de la PTME* » et au continuum des soins, les programmes de lutte contre le VIH ont contribué à renforcer le système de santé, par le biais de l'intégration aux services liés à la santé sexuelle et reproductive (SSR) et à la tuberculose (TB). Les services de laboratoire ont été mis à niveau et l'on a pu constater des améliorations dans les domaines des soins prénatals, de la santé maternelle et infantile et de la gestion des maladies infectieuses. Les services de soins à domicile subissent actuellement une transformation pour devenir des services de prévention positive, avec l'inclusion des services SSR et de santé maternelle et infantile.
28. Afin de promouvoir l'intégration de l'atténuation de l'impact du VIH, le PNUD finance actuellement un examen, mené par différentes parties prenantes, des plus importants programmes de protection sociale et de la Stratégie nationale de protection sociale des populations vulnérables et défavorisées, récemment adoptée pour cinq ans (2011-2015). Les résultats d'une enquête réalisée en 2010 sur un vaste échantillon de personnes ont permis de documenter la gravité de l'incidence socio-économique de l'épidémie sur les personnes vivant avec le VIH et leur foyer (18). L'examen actuel vise à identifier les points d'entrée potentiels afin d'intégrer et/ou renforcer les dispositions tenant compte du VIH, de déterminer les lacunes programmatiques et de formuler des recommandations concrètes afin de promouvoir une protection sociale qui tiennent compte du VIH au Cambodge.
29. Grâce aux informations provenant de trois évaluations des dépenses nationales relatives au sida, le secteur a pu examiner de manière critique l'allocation des ressources. Les autres secteurs du gouvernement, tels que celui de la santé, ont constaté d'eux-mêmes la valeur de ces évaluations et songent à en mener dans leur propre domaine.

PÉRENNISER : rationalisation et intégration

30. Le processus participatif a permis à un vaste éventail de parties prenantes de comprendre les synergies qui existent entre les interventions liées au VIH et leurs propres activités. L'évolution vers une riposte plus ciblée et une disponibilité réduite des ressources des donateurs, entraînera nécessairement une intégration des initiatives liées au VIH des autres secteurs du gouvernement à leurs budgets et activités généraux. Les parties prenantes sont de plus en plus convaincues de la nécessité de faire contribuer le gouvernement plus largement, d'autant plus que les subventions du Fonds mondial exigent à présent le partage des coûts de la part des pays.
31. L'intégration du VIH et des questions sociales connexes dans le plan de décentralisation et de déconcentration du gouvernement royal permettrait de pérenniser la riposte nationale. D'après les recommandations de l'analyse des tâches fonctionnelle, et dans le contexte de décentralisation et de déconcentration, il est nécessaire d'intégrer les comités provinciaux de lutte contre le sida aux comités pour les femmes et les enfants (9).

CONCLUSION

32. L'approche d'investissement aide actuellement le Cambodge à s'orienter vers une riposte nationale à la fois plus rationalisée et plus rentable. Cette riposte est également adaptée à l'épidémie qui touche le pays, laquelle se caractérise par une baisse de l'incidence du VIH et un lourd fardeau de traitements et de soins. Il était impératif de disposer d'un processus participatif impliquant un engagement significatif des parties prenantes dans la planification stratégique basée sur des données factuelles, afin de remporter leur adhésion face à la nécessité de donner la priorité aux interventions visant un impact renforcé à un moindre coût. Les interventions envisagées dans le cadre de la stratégie « Cambodge 3.0 » feront l'objet d'une estimation de coûts tandis qu'une analyse des problèmes de financement sera effectuée afin de produire les données factuelles requises pour l'examen à mi-parcours du PSN-III et l'examen périodique des initiatives parrainées par le Fonds mondial. Ces informations serviront également à hiérarchiser et cibler les interventions, à préparer les plans et budgets opérationnels et à renforcer les efforts de mobilisation des ressources. Il est à espérer qu'en diminuant les besoins globaux en ressources, la mise en œuvre de l'approche d'investissement contribuera à améliorer la viabilité.
33. La prise en compte du rapport coût-efficacité et la nécessité d'agir davantage avec moins de moyens seront maintenues comme l'un des principes directeurs au cours des années à venir. L'élaboration du premier plan de gestion financière du Cambodge constitue l'une des prochaines étapes fondamentales, afin d'assurer la prévisibilité et la viabilité des ressources liées au VIH et ainsi maintenir à jour les réalisations et atteindre l'objectif d'élimination de nouvelles infections à VIH. Déjà, le gouvernement royal du Cambodge a annoncé la mise en place de plans visant à accroître les contributions nationales aux ressources destinées à la lutte contre le VIH, ce qui constitue une avancée importante vers la viabilité à long-terme.

RÉFÉRENCES

1. Données par pays, Cambodge. Washington, DC, Banque mondiale, 2012. (<http://data.worldbank.org/country/cambodia>, site consulté le 1^{er} septembre 2012)
2. Chhorvann C, Vonthanak S. *Estimates and projections of HIV/AIDS in Cambodia 2010–2015*. Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST, Ministère de la santé, Royaume du Cambodge, 2011.
3. HIV Sentinel Surveillance Survey (HSS 2010), Présentation PowerPoint. Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST (2011a).
4. Liu KL, Chhorvann C. *Bros Khmer 2010: Behavioral risks on-site survey among at-risk urban men in Cambodia*. Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST, Ministère de la santé, Royaume du Cambodge, USAID, Projet PRASIT Cambodge/Family Health International et ONUSIDA, 2011.
5. *HIV prevalence study among drug users*. Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST, Ministère de la santé, Royaume du Cambodge, 2007.
6. *National AIDS spending assessment: National AIDS Spending Assessment III report, 2009–2010*. Autorité nationale de lutte contre le sida, Royaume du Cambodge, 2011.
7. *The national strategic plan for comprehensive & multi-sectoral response to HIV/AIDS III (2011–2015) in Cambodia*. Autorité nationale de lutte contre le sida, Royaume du Cambodge, 2010.
8. Vonthanak S et al. *The long run costs and financing of HIV/AIDS in Cambodia*. aids2031, Results for Development Institute et Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST, Ministère de la santé, Royaume du Cambodge, 2010.
9. Rushdy S, Ley K. *Functional task analysis for the coordinated and harmonized response to HIV and AIDS in Cambodia*, 2010.
10. *The financial resources for the comprehensive & multi-sectoral response to HIV/AIDS (2011-2015) III in Cambodia*. Autorité nationale de lutte contre le sida, Royaume du Cambodge, 2010.
11. Chhorvann C et al. *Epidemiological impacts of different intervention programs on the HIV/AIDS epidemic in Cambodia from 2010–2020*. Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST, Ministère de la santé, Royaume du Cambodge, 2011.
12. *Costs and cost-effectiveness of HIV prevention and impact mitigation strategies in Cambodia*. Autorité nationale de lutte contre le sida, Royaume du Cambodge, 2012.
13. Tong L et al. Social Return on Investment “Doing more with less”. Evidence Based Operational Research on the KHANA Integrated Care and Prevention Project in Cambodia, 2012.
14. *Concept note: conceptual framework for elimination of new HIV infections in Cambodia by 2020: as part of the health sector response towards Three Zeros (“Cambodia 3.0”)*. Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST, Ministère de la santé, Royaume du Cambodge, 13 août 2012 (ébauche).
15. *Cambodia country progress report*. Autorité nationale de lutte contre le sida, Royaume du Cambodge, 2012.
16. *Institutional core competency framework for PLHIV and MARPs Community Networks*. Autorité nationale de lutte contre le sida, Royaume du Cambodge et ONUSIDA, 2012.
17. *Redefining AIDS in Asia: crafting an effective response*. Commission sur le sida en Asie, 2008.

18. *The socioeconomic impact of HIV at the household level in Cambodia*. Royaume du Cambodge et Nations Unies, 2010.

[Fin du document]