

**Réunion du Réseau parlementaire de lutte contre le
VIH/SIDA**

Compte rendu provisoire de la réunion

LIBREVILLE (GABON), 2-3 OCTOBRE 2012

La X^e réunion du Réseau parlementaire de lutte contre le VIH/sida, s'est réunie les mardi et mercredi 2 et 3 octobre 2012, à Libreville, Gabon, au Palais Léon-Mba, siège de l'Assemblée nationale, sous la présidence de M. Didier Berberat, conseiller aux États (Suisse), Président de la CEEAC.

Les délégations des pays suivants sont présentes : Burkina Faso, Cambodge, Cameroun, Centrafrique, France, Gabon, Mauritanie, Niger, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Suisse, Tchad et Togo.

Les personnes suivantes ont été auditionnées :

Mme Amissa Bongo Ondimba, directrice générale, Prévention du Sida, Ministère de la Santé du Gabon;

D^r Jean-Claude Lukaka, coordonnateur VIH/sida, Secrétariat de la CEEAC (Communauté économique des États de l'Afrique centrale);

M. Jan Van Damme, chargé des relations avec les donateurs, Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme;

Mme Inge Tack, coordonnatrice-pays pour le Gabon, ONUSIDA;

MM. Jean-Pierre Mbeng Mendou et Pierre Moussavou, Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) du Gabon;

D^{re} Lucile Imboua, coordonnatrice de l'Équipe Inter Pays pour l'Afrique centrale, Organisation Mondiale de la Santé.

1. Mot de bienvenue

M. Berberat remercie la section gabonaise pour son chaleureux accueil et pour le travail d'organisation accompli par les co-coordonnateurs, le député Gabriel Malonga et le sénateur Jean Massande, en vue de cette réunion qui se tient sous le thème du financement de la riposte au VIH/sida.

Le président de l'Assemblée nationale du Gabon, M. Guy Nzouba-Ndama, prononce ensuite l'allocution d'ouverture de la réunion soulignant que le président de la République gabonaise, Ali Bongo Ondimba, a manifesté son engagement dans le combat du VIH/sida en instruisant le gouvernement d'augmenter le budget en vue de mettre en œuvre des mesures énergiques de traitement et de prévention, le faisant passer de un à 2,5 milliards de CFCA.

M. Nzouba-Ndama a rappelé l'adoption, en juin 2011, par le Conseil de sécurité de l'ONU, alors présidé par le Gabon, de la Résolution 1983 relative au VIH/sida et les opérations internationales de maintien de la paix. Il a invité les participants à prévoir

des actions concrètes de plaidoyer et de sensibilisation visant à mettre en œuvre des mesures de protection des femmes et des enfants en cas de conflits.

Enfin, il a évoqué la proposition récente de loi initiée au Sénat gabonais qui vise à pénaliser la transmission volontaire et involontaire du VIH/sida et, tout en admettant que cette initiative fait l'objet de réactions négatives qui pourraient la rendre inapplicable, il lui reconnaît le mérite de susciter un large débat public salubre.

2. Adoption de l'ordre du jour

L'ordre du jour tel que présenté est adopté.

3. Adoption du compte rendu de la dernière réunion

Le compte rendu de la IX^e réunion du Réseau parlementaire de lutte contre le VIH/SIDA, qui s'est tenue à Phnom Penh, Cambodge, les 26 et 27 mai 2011, est adopté.

4. Rapport du rapporteur de la CECAC sur les questions relatives au VIH/SIDA

Comme le Dr Omar Ndoye n'a pas été réélu au parlement sénégalais, le poste de rapporteur de la CECAC sur les questions relatives au VIH/sida qu'il occupait est temporairement vacant. Il est prévu que ce poste soit prochainement pourvu par un parlementaire africain.

En l'absence d'un rapporteur dûment désigné, M. Berberat rappelle les points saillants du rapport d'activité du Réseau, depuis sa dernière réunion.

Le rapport d'activité est adopté.

5. Communications des réseaux des sections

Les sections suivantes ont livré une présentation sur leur situation nationale : Tchad, France, Burkina Faso, Gabon, Cameroun et Centrafrique.

Tchad

La députée tchadienne Eugénie Mbainaye expose que la prévalence de la maladie est encore élevée dans son pays et la population vulnérable. Le milieu urbain est plus touché que le rural et les femmes davantage que les hommes, selon les statistiques citées (datant de 2005). Le chef de l'État a fait de la lutte contre le VIH une priorité. La prise en charge décentralisée des personnes infectées, la formation de médecins à

la prescription des antirétroviraux (ARV) et la gratuité des ARV ont permis de faire passer de 5000 en 2007 à 32 000 le nombre de malades sous traitement ARV. Le secrétariat du Conseil national de lutte contre le VIH/sida a vu le jour. La prévention de la transmission de la maladie de mère à enfant fait des progrès grâce notamment à 120 sites de dépistage répartis dans le pays. Dans le cadre de la coordination nationale, l'engagement des parlementaires dans les activités de sensibilisation et de plaidoyer sont vivement souhaitées, notamment auprès des communautés, des chefs religieux et des autorités administratives et locales.

France

Le député Jean-Pierre Door note que la France continue d'être un important contributeur au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, s'étant engagée à verser 360 millions d'euros au cours des trois prochaines années. Il y aurait 200 000 personnes atteintes dans son pays et de 7 000 à 10 000 nouveaux cas déclarés chaque année. Les progrès réalisés ne doivent pas faire oublier que la maladie est inégalitaire, que la pérennisation des traitements n'est pas acquise et que la crise financière mondiale fragilise le financement de la lutte et du dépistage. La corrélation toxicomanie-VIH/sida incite à s'attaquer à l'une pour combattre l'autre. S'inspirant du succès de la taxe sur les billets d'avion qui finance UNITAID, on cherche d'autres types de financement innovant (taxe sur les transactions financières, Internet, téléphonie mobile, etc.). Enfin, la banalisation du risque constitue un danger qu'il faut combattre, en particulier chez les jeunes.

Burkina Faso

Le député Salvador Yameogo, coordonnateur du Réseau parlementaire burkinabè et chargé de mission Afrique de l'APF, rapporte que la VI^e Conférence Francophone sur le VIH/sida, tenue à Genève, en mars 2012, a forcé les participants à se questionner sur les effets du tarissement des ressources. Chaque État doit réorienter son plaidoyer à l'endroit des pays donateurs pour qu'ils maintiennent leur contribution, et à l'endroit des pays récipiendaires pour une meilleure gouvernance. Le parlement burkinabè a conduit, au cours de 2012, une mission d'enquête sur les subventions de l'État au secteur de la santé qui a marqué l'approfondissement du contrôle parlementaire et la quête d'une meilleure gouvernance. La déléguée burkinabèe de la Commission santé aux travaux de la Commission des finances a été incitée à veiller au respect des engagements budgétaires à la santé et au VIH/sida. L'agenda électoral a empêché les parlementaires burkinabès de satisfaire à certaines activités prévues au Protocole d'entente entre ONUSIDA et l'APF mais le coordonnateur a participé à plusieurs activités parlementaires liées à la violence faite aux femmes et à l'abandon des mutilations génitales féminines, des moyens reconnus de propagation de la maladie.

Gabon

La coordination du Réseau gabonais, auquel les deux chambres du parlement participent, est assurée par le sénateur Jean Massande et par le député Gabriel

Malonga. M. Massande rapporte qu'un séminaire de sensibilisation sous le thème « Femmes à l'épreuve du VIH/sida », tenu avec l'appui de partenaires au développement, co-organisé par le Réseau des sénateurs contre le VIH/sida et le Réseau des femmes sénateurs a donné lieu à des recommandations adressées au gouvernement (gratuité du bilan prénatal, prévision d'un budget d'au moins un milliard de CFA pour achat et promotion des préservatifs, mobilisation sociale, criminalisation de la contamination volontaire, mise en place d'une politique de dépistage volontaire, accès gratuit aux antirétroviraux et prise en charge totale des malades, intégration de l'approche « genre » dans la budgétisation, réinsertion sociale des travailleuses du sexe). Au parlement, un plan d'action a été élaboré et des mesures de contrôle et de suivi adoptées, dont la mise à jour de la législation. Les réseaux de chacune des deux chambres, dans le cadre de leur mission de contrôle de l'activité gouvernementale, ont tenu une audition conjointe des ministres de la Santé et des Finances.

Cameroun

La députée Marie-Rose Nguini Effa, qui préside le Réseau parlementaire camerounais depuis sa création en 2002, énumère les coûts encore liés à certains services associés à la prise en charge de la maladie dans son pays, pourtant présentée comme gratuite. En ligne avec le partenariat APF-ONUSIDA, le Réseau camerounais a signé une entente de partenariat avec ONUSIDA-pays, qui veille au financement des réunions et partage toute information pertinente. L'aspect délictuel de l'homosexualité dans ce pays a un effet dissuasif regrettable sur le dépistage, laissant un bon nombre de malades non détectés et non traités. Au niveau du parlement, un atelier pour la promotion et l'utilisation du préservatif féminin et d'autres sur le renforcement des capacités de plaidoyer des parlementaires ont eu lieu dans les 11 régions du pays. Le Cameroun continue de croire qu'une loi spécifique n'est pas nécessaire et que les instruments existent déjà dans la législation nationale.

République centrafricaine

Le député centrafricain Pierre-Marie Franck, tout premier coordonnateur délégué par son parlement au Réseau, explique qu'il y a 60 000 malades du VIH/sida dans son pays dont seulement 15 000 sont pris en charge. Les principales actions du parlement en matière de lutte contre la maladie ont surtout visé le gouvernement, notamment une demande de mise à disposition de fonds pour les députés afin qu'ils puissent tenir des séminaires d'information des populations avec lesquelles ils sont en contact régulier (en dépit de problèmes de sécurité dans le nord et l'est du pays). Les parlementaires devraient aussi revoir, dans le but de les mettre à jour, deux lois adoptées en 2006, l'une fixant les droits et responsabilités des personnes vivant avec le VIH/sida, l'autre en faveur des femmes. Le parlement souhaite que les agences de l'ONU qui se consacrent à la lutte à la pandémie renforcent leur liens avec les élus et ne limitent pas leurs contacts aux gouvernements seulement.

Quelques commentaires et questions suivent les présentations.

Cambodge

Dans un document déposé après les présentations orales, la représentante cambodgienne, Mme Sy Youth Sung, fait remarquer que son pays a été récompensé pour l'excellence de sa riposte au VIH/sida, la présidente de la Croix-rouge du Cambodge, Mme Lok Chumteav Bun Rany Hun Sèn, ayant remporté le titre de « Championne nationale du Forum de Leadership en Asie-Pacifique » dans la lutte contre la pandémie.

6. La situation du VIH/sida au Gabon et en Afrique centrale

Gabon

Mme Amissa Bongo Ondimba, directrice générale, Prévention du Sida, Ministère de la Santé du Gabon, explique que la prévalence de la maladie parmi les 1,5 million d'habitants du pays est de 5,2 %, tendant à se stabiliser depuis 2007, et plus élevée autour des principaux pôles économiques du pays; il y aurait chaque année 5000 nouveaux cas détectés et 2000 décès.

Une forte mobilisation du Président de la République, du parlement gabonais, du gouvernement, de la société civile et des partenaires au développement favorise une riposte forte. Cependant une plus grande coordination et une harmonisation des activités de lutte sont souhaitables. Le président Bongo, répondant favorablement au plaidoyer des sénatrices pour l'augmentation des ressources, a, en juin 2011, annoncé la gratuité des traitements aux ARV et la hausse du financement du Fonds national de solidarité thérapeutique de 1 à 2,5 milliards CFA. Il y a un centre de prise en charge dans chaque province, plusieurs à Libreville. La prévention prend la forme de campagnes de sensibilisation ciblées mais les sommes qui y sont consacrées sont trop faibles. L'État gabonais assume 80 % du financement de la lutte contre le sida, les partenaires nationaux et internationaux le reste, mais le budget reste insuffisant vu l'augmentation exponentielle du nombre de malades pris en charge.

Mme Bongo Ondimba adresse des recommandations spécifiques aux délégués en tant que parlementaires : intensifier le plaidoyer en faveur de l'augmentation des ressources, favoriser l'adoption de lois protégeant les droits des personnes vivant avec la maladie et prévoyant la non-discrimination et, finalement, agir comme relais d'information auprès des populations locales.

Afrique centrale

Le coordonnateur VIH/sida au Secrétariat de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEECA), le D^r Jean-Claude Lukaka, rapporte que la prévalence médiane du VIH/sida dans les pays de la CEECA, légèrement en baisse, s'est stabilisée autour de 4 % vers 2009. La plupart des pays d'Afrique centrale n'ont pas encore atteint 50 % de couverture des malades par traitement aux ARV. La quasi-totalité des

pays comptent, pour une très large part, sur un financement extérieur pour assumer leurs dépenses de soins et de traitements. Pour contrer cette dépendance envers les donateurs internationaux, les pays de la CEEA doivent chercher des mécanismes de financement innovants. Un accroissement, de 3,5 % en 2012 à 4,5 % en 2015, du financement provenant des ressources nationales est jugé nécessaire pour soutenir les interventions de lutte contre le VIH. Un mécanisme régional de coordination et d'harmonisation des aides internationales est nécessaire. La réglementation des médicaments, la lutte à la pauvreté et la saisie de données factuelles fiables sont au nombre des défis émergents.

Une discussion suit les présentations, permettant notamment de clarifier les raisons expliquant la suspension de l'aide financière au Gabon (le pays est maintenant considéré « à revenus intermédiaires » et capable de subvenir à ses propres besoins; de plus, le pays aurait du mal à recueillir et ordonner des données sanitaires fiables, une exigence du Fonds mondial qui base ses programmes d'aide sur la performance renseignée).

Des interventions font ressortir l'importance d'encourager et de faciliter le dépistage précoce, d'associer la société civile aux actions de sensibilisation et d'interpeler et de contrôler les gouvernements en matière de budgets alloués à la lutte contre la maladie.

7. Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

M. Jan Van Damme, chargé des relations avec les donateurs, présente le bilan des dix premières années d'existence du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, soulignant qu'il a contribué à l'atteinte de résultats impressionnants mais, en même temps, a vu naître des difficultés de supervision et de bureaucratie en raison de la croissance exponentielle de son portefeuille.

Une transformation de la structure et du fonctionnement s'est imposée pour regagner la confiance de la communauté internationale. En vue d'investir de façon plus stratégique, le conseil d'administration révisé le modèle d'allocation des fonds et le mode de mise en œuvre, de gestion et d'évaluation des programmes.

En moyenne, des pays francophones bénéficient d'environ 20 % de l'aide totale accordée par le Fonds (nombre de pays subventionnés, nombre de subventions, montants approuvés et décaissés), dont 45 % consacrés au VIH/sida. En 2011, dans les pays francophones subventionnés, cinq fois plus de personnes profitaient de traitements aux ARV qu'en 2006 (525 000 c. 100 000).

En Afrique francophone, 36 % des personnes vivant avec le VIH sont sous ARV grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial, comparé à 25 % pour les autres pays

subsahariens. En contrepartie, les subventions accordées dans les pays francophones présentent une performance plus faible que celle des pays non-francophones (47 % par rapport à 69 %), et l'investissement par personne touchée est systématiquement plus élevé en Afrique francophone (e.g. 756 \$ par personne vivant avec le VIH contre 254 \$ dans les autres pays subsahariens).

Le Fonds estime que les parlementaires ont un rôle important à jouer dans le contrôle des subventions pour s'assurer de leur bonne utilisation, notamment grâce à leur pouvoir d'interroger le ministre du Développement. Ils ont droit à toute l'information financière du Fonds concernant leur pays et à la collaboration étroite de leur instance de coordination nationale (ICN), cette dernière pouvant être invitée à comparaître devant une commission parlementaire. Dans les pays donateurs, les parlementaires peuvent influencer les montants alloués lors des débats entourant l'adoption des budgets. Dans les pays bénéficiaires, ils sont aussi une courroie efficace de transmission de l'information.

Les échanges qui suivent permettent de préciser que l'ICN de chaque pays, qui comprend des représentants de la société civile et du gouvernement, est identifiée dans le site web du Fonds mondial et qu'un parlementaire peut demander à y participer en tant que membre ou observateur.

En bonne voie de réalisation, la restructuration du Fonds, en mettant l'accent sur le dialogue plus intense entre le Fonds et le pays bénéficiaire, sur l'évaluation de sa capacité à mettre en œuvre les programmes et sur la mesure de leur impact, devrait répondre aux principales critiques qui lui sont adressées. En cette période de crise financière mondiale, le Fonds cherche à élargir sa base de pays donateurs et est prêt à envisager des formes de financement innovant.

Le Fonds applique une politique de transparence et toutes les données financières pertinentes apparaissent dans son site Web. Sur demande, un représentant peut faire une présentation à tout parlement qui voudrait juger de la pertinence d'y contribuer. Une visite de programme en cours peut également être organisée.

En réponse à des questions, M. Van Damme s'engage à fournir par écrit, ultérieurement, les données expliquant la différence importante de coût par personne selon qu'elle provient d'un pays francophone ou non, ainsi que de l'information sur les actions de prévention du Fonds visant les populations migrantes.

8. ONUSIDA

Mme Inge Tack, coordonnatrice-pays pour le Gabon, rappelle que la riposte au VIH/sida en Afrique dépend largement de financements externes (60 %) et de médicaments produits à l'étranger (80 %), principalement en Inde, une situation préoccupante. La

crise économique frappe les donateurs traditionnels mais l'Afrique connaît une croissance économique notable et son importance géopolitique s'accroît. ONUSIDA croit qu'il est temps de donner un caractère plus africain à la riposte au moyen de crédits d'origine nationale plus importants. C'est dans cet esprit d'appropriation nationale que l'Union africaine a adopté une *Feuille de route sur la responsabilité partagée*, en juillet 2012, qui comprend des actions concrètes pour réduire la dépendance vis-à-vis de l'aide internationale et qui reposent sur trois piliers d'action : a) des financements plus diversifiés, équilibrés et durables définis par chaque pays; b) l'accès aux médicaments abordables et de qualité garantie (production locale et harmonisation des réglementations); et c) leadership, gouvernance et supervision pour des ripostes durables.

Des progrès sont soulignés : plus de huit millions de personnes sont traitées aux ARV, une augmentation de 20 % depuis 2010. Le nombre d'enfants affectés s'établit à 330 000, ce qui représente une baisse de 24 % depuis 2010.

Pour atteindre les dix cibles établies lors de la réunion de haut niveau d'ONUSIDA tenue en juin 2011, un nouveau cadre d'investissement a été adopté, basé sur des stratégies à fort impact, dont les objectifs sont de stopper les nouvelles infections et de maintenir les gens en vie. L'une de ces cibles vise un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars US (il s'élève présentement à 16 milliards, une hausse de 11 % par rapport à 2010).

En 2011, les fonds nationaux ont dépassé pour la première fois les investissements internationaux. Entre 2006 et 2011, 80 pays ont augmenté de plus de 50 % les sommes allouées à la lutte. Le Brésil et la Russie financent à 100 % leur lutte au VIH et la Chine s'en approche. L'Afrique du Sud la finance à 80 %.

Les parlementaires peuvent participer à mise en œuvre de la *Feuille de route* par leurs actions. Ils peuvent, par exemple, contribuer au développement des plans nationaux de viabilité financière; mesurer les progrès; contribuer à une position commune avec les partenaires pour combler le déficit; assurer la transparence autour des engagements financiers; voter le budget nécessaire et en assurer le contrôle; chercher de nouvelles ressources. Pour favoriser l'accès aux médicaments, ils peuvent adopter des lois pour faciliter les transferts de technologie, renforcer la réglementation régionale et créer un cadre législatif favorable en utilisant les ADPIC. Ils peuvent faire le plaidoyer dans les commissions parlementaires et assurer le suivi des engagements politiques.

En réponse aux questions qui suivent sa présentation, Mme Tack explique comment les pays africains pourraient développer leur industrie pharmaceutique, en partenariat public-privé. Cependant une approche régionale s'impose car, selon elle, la multiplication des initiatives nationales n'est ni réaliste ni souhaitable. Beaucoup de discussions sont nécessaires pour arriver à un projet commun qui surmonte la question

de la souveraineté nationale de chacun des pays visés. Les communautés économiques régionales devraient prendre le leadership en la matière.

De plus, l'industrie aurait plus de temps pour se préparer à l'autonomie en négociant la prolongation de la dérogation prévue aux ADPIC (qui permet d'importer les médicaments génériques) et qui expirera en 2016.

La dépendance aux financements extérieurs n'est pas exclusive à l'Afrique. Souvent, les subventions obtenues du Fonds mondial par exemple, sont substitués aux budgets nationaux de santé (Bolivie, Chine, Russie...). Il faut un cadre d'investissement plus stratégique avec un plan de viabilité, des objectifs financiers et des actions prioritaires.

Une discussion a suivi sur la proposition de loi adoptée par le Sénat du Gabon - pas encore par l'Assemblée nationale - et vise à pénaliser la transmission du VIH. ONUSIDA et d'autres partenaires s'y sont opposés vivement en invoquant que la loi, difficilement applicable, ne respecte pas les conventions internationales et aurait un effet délétère sur la réponse à la pandémie.

9. Financement de la stratégie liée au VIH – Systèmes d'assurance-maladie du Rwanda et du Gabon

Rwanda

La députée rwandaise Liberata Kayitesi explique que dans son pays – où 45 % de la population vit sous le seuil de la pauvreté et le taux de prévalence du VIH/sida est de 3 % –, la mutuelle de santé, basée sur la communauté, couvre 93 % de la population.

C'est en 1999 que le gouvernement a instauré, au moyen d'un projet pilote dans trois districts, un système d'assurance basé sur la communauté. En 2005, le système été étendu aux 30 districts du pays. Les fonds amassés dans la « section mutuelle » proviennent principalement des cotisations des adhérents, au niveau des centres de santé. Au niveau supérieur, la « mutuelle de santé » est financée en partie par transfert de fonds de la section mutuelle et en partie par l'hôpital de district. Au dernier niveau, celui de l'hôpital de référence, existe le fonds de garantie financé par le gouvernement, par les assurances des agents de l'État et par les assurances privées. Chaque niveau a son comité de gestion, contrôlé par le niveau supérieur.

Les maires signent des contrats de performance qui fixent notamment le taux d'adhésion à la mutuelle de santé et sensibilisent la population en conséquence. Il faut que tous les membres d'une même famille cotisent, pas seulement les plus vulnérables. Tous les soins disponibles à chaque niveau sont couverts. L'adhésion en 2012 atteint 93 %. Les taux d'utilisation ont beaucoup augmenté. Les consultations sont plus précoces.

Le système est en cours de révision pour augmenter la prime. On veut en améliorer la solidarité, l'équité et la viabilité en remplaçant la cotisation uniforme d'environ 1,5 dollar par an, par personne, par une cotisation qui tienne compte de la disparité des revenus. Une nouvelle grille de cotisation graduée, de 1,5 jusqu'à 12 dollars, en fonction des revenus, classe la population en trois catégories. La cotisation des indigents (identifiés tels par la communauté) est prise en charge par le gouvernement et les partenaires au développement.

L'instauration d'un système de mutuelle de santé a favorisé la détection précoce du VIH et amélioré l'accès aux soins et à l'information pour les victimes. La prévalence a été réduite de moitié en 2012, la morbidité réduite.

Gabon

Des représentants de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) du Gabon, M. Jean-Pierre Mbeng Mendou, conseiller juridique du directeur général, et M. Pierre Moussavou, directeur des prestations sanitaires et sociales, présentent le régime obligatoire d'assurance maladie mis en place en 2007. La CNAMGS n'a pas de financement spécifique au VIH/sida. Les personnes atteintes sont des assurés comme les autres et les soins qu'elles requièrent sont couverts (e.g. test de dépistage, bilan biologique, traitement des infections opportunistes, etc.).

La CNAMGS comporte trois fonds distincts. Les deux premiers, assurance maladie des agents publics (opérationnel depuis 2011) et assurance maladie des salariés du secteur privé (pas encore fonctionnel), sont financés par des cotisations sociales des employeurs et des travailleurs. Le fonds de garantie sociale des Gabonais économiquement faibles (opérationnel depuis 2009) est financé en partie par un impôt indirect (appelé ROAM, redevance obligatoire à l'assurance maladie) sur le chiffre d'affaires des sociétés de téléphonie mobile et sur les transferts de fonds à l'étranger. Les dépenses imputées à ce dernier fonds ont explosé entre 2009 et 2012 (+ 156 %).

Pour assurer la pérennité et la viabilité du fonds dédié aux économiquement faibles, des recommandations sont faites : que l'État employeur verse en temps utile au fonds sa part de cotisations sociales; que la ROAM soit étendue à d'autres secteurs (e.g. les contrats pétroliers et miniers) ou que des points de pourcentage de la TVA soient consacrés au fonds consacré aux économiquement faibles; que la Direction générale des impôts -qui perçoit les sommes- et la CNAMGS collaborent mieux.

Les discussions qui suivent les présentations permettent d'éclaircir certaines modalités d'opération de chacun des deux systèmes.

10. Organisation mondiale de la Santé

Une stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/Sida, 2011-2015

La D^{re} Lucile Imboua, coordonnatrice de l'Équipe Inter Pays de l'OMS pour l'Afrique centrale, présente *Une stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/Sida, 2011-2015*, un document adopté par l'OMS après de vastes consultations. La vision de la stratégie se résume à : Zéro nouvelle infection par le VIH, zéro décès lié au sida et zéro discrimination dans un monde où les personnes infectées par le VIH vivent longtemps et en bonne santé. Cette stratégie, qui passe par le renforcement des systèmes de santé, intègre la réponse au VIH dans l'agenda général de la santé et du développement et prévoit des buts et cibles mondiaux comme la réduction chez les jeunes et l'élimination chez les enfants des nouveaux cas d'infection ainsi que la réduction de 25 % des décès liés au VIH.

La D^{re} Imboua a insisté sur le rôle possible des parlementaires dans l'une des orientations stratégiques : réduire la vulnérabilité et supprimer les obstacles structurels à l'accès aux services par des actions dont la promotion des droits humains et de l'équité et la prise en compte de la santé dans toutes les politiques, lois et réglementations pour favoriser l'accès aux services pour les populations vulnérables.

Il ressort des échanges qui suivent la présentation que les pays ont besoin de systèmes de santé solides, jouissant des infrastructures nécessaires tels des réseaux d'alimentation en eau et en électricité fiables et des routes d'accès. Cela nécessite des interactions entre ministères pour faire connaître et accepter par les gouvernements les besoins préalables du secteur de la santé pour une mise en œuvre efficace de la stratégie.

L'OMS sensibilise les États et se met à disposition pour donner plus d'information. Les parlementaires devraient prendre contact avec elle soit via leur réseau national de lutte au VIH, soit via leur commission de la santé ou des affaires sociales. Il appartient aux parlementaires de contrôler le gouvernement et de s'assurer du respect des engagements pris.

Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé

La D^{re} Lucile Imboua présente ensuite le *Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé* de l'OMS. Adopté en mai 2010, il concerne tous les pays. Le recrutement doit se faire au bénéfice mutuel des pays fournisseurs et bénéficiaires.

Des 57 pays qui souffrent d'une pénurie aiguë de personnel de santé, 36 se situent en Afrique. Quatre causes principales expliquent la pénurie : mauvaises conditions de travail, faibles niveaux de salaire, perspectives de carrière non attrayantes, problèmes de sécurité. La pénurie compromet la performance des systèmes de santé et

la capacité des pays à atteindre les OMD et autres engagements pris au niveau international.

Le Code établit des principes et pratiques non contraignants, applicables à tous les pays quel que soit leur niveau de développement. Guide à portée internationale, il sert de cadre pour collaborer avec les personnels de santé, les recruteurs, les employeurs, les organisations de professionnels de la santé, à l'échelle régionale et mondiale. Il prévoit que les États membres doivent s'assurer de pratiques de recrutement légales, justes et équitables en intégrant ses principes dans les lois et politiques nationales. Une autorité nationale responsable de faire rapport aux trois ans à l'OMS doit être désignée.

Les données permettant de suivre les mouvements sont pratiquement inexistantes. Aussi faut-il renforcer les capacités institutionnelles de colliger les bases factuelles nécessaires, les maintenir à jour et partager l'information.

L'OMS a développé une stratégie pour sa mise en oeuvre. Les parlementaires pourraient jouer un rôle en le faisant connaître et en veillant à son application. Ils peuvent aussi prendre des mesures pour minimiser les causes de migration, favoriser le débat sur la question et y participer, insister sur la production des rapports nationaux et les examiner avant leur transmission à l'OMS, favoriser les échanges d'informations et d'expériences entre les États membres ainsi que la mobilisation des ressources.

La révision du Code dépendra de son application, des informations disponibles et de l'évolution des besoins.

La période d'échanges qui suit la présentation fait ressortir les difficultés d'application du Code, en raison notamment du recrutement qui se fait le plus souvent hors des limites nationales. De plus, les libertés individuelles reconnues des travailleurs y font obstacle. L'attrait qu'exerce le secteur privé, souvent doté de meilleurs équipements et offrant de meilleures conditions de travail, contribue également au dépouillement des personnels du secteur public. On s'est interrogé sur l'opportunité et les modalités possibles de contrats de confiance engageant les futurs diplômés partis se former ailleurs à revenir servir pour une période déterminée dans leur pays d'origine. Des mesures incitatives de fidélisation du personnel sont nécessaires, tant pour le personnel paramédical que médical.

11. Mise à jour du Plan d'action du Réseau parlementaire de lutte contre le VIH/sida - APF et ONUSIDA

Une proposition de mise à jour du plan d'action du Réseau adopté en suivi au Protocole d'entente signé à Dakar en 2010 entre l'APF et ONUSIDA a été distribuée avant la réunion.

Soulignant que les femmes et les filles sont particulièrement touchées par le VIH et qu'elles sont des cibles privilégiées de violence en période et après des conflits, le député gabonais Gabriel Malonga suggère une modification au plan d'action inspirée de la Résolution 1983 adoptée en juin 2011 par le Conseil de sécurité de l'ONU alors présidé par le Gabon. La modification vise à ajouter un paragraphe pour associer les réseaux de femmes parlementaires aux travaux des réseaux de lutte contre le VIH/sida.

Le plan d'action proposé, tel que modifié, est adopté :

Au cours de l'année 2012-2013, la collaboration de l'APF et d'ONUSIDA devrait privilégier les actions locales et régionales suivantes :

la tenue d'une ou de plusieurs rencontres par pays entre le Réseau national parlementaire de lutte contre le VIH/SIDA et les responsables nationaux et régionaux d'ONUSIDA. Lors de ces rencontres, devraient être débattues les modalités de partage d'information, les stratégies d'appui au travail parlementaire favorable à la mise en œuvre des résolutions de l'APF, plus précisément celles adoptées par l'APF lors de ses assemblées de 2011 (droit des femmes) et 2012 (financement de la riposte);

la participation des parlementaires du Réseau aux rencontres nationales et régionales, organisées par ONUSIDA et/ou ses partenaires et portant sur la riposte au VIH; et

la tenue d'une ou de plusieurs rencontres, par pays, entre le Réseau national parlementaire de lutte contre le VIH SIDA et le Réseau national des femmes parlementaires, incluant les responsables de l'ONUSIDA, afin d'élaborer et de mener des actions de plaidoyer, de sensibilisation, d'information et de communication en vue de favoriser la prévention de la violence sexuelle liée aux conflits.

Les secrétariats des deux organisations poursuivront leur collaboration sur tout autre sujet jugé prioritaire par les parlementaires du Réseau, notamment sur la mise en œuvre de la page Francophonie d'ONUSIDA.

Les coordonnateurs et coordonnatrices des Réseaux nationaux de parlementaires de lutte contre le VIH et le Rapporteur de la CECAC sur les questions relatives au VIH/SIDA rendront compte des activités tenues en fonction de ce document lors de la 11e réunion du Réseau parlementaire de lutte contre le VIH.

12. Questions diverses

Afin de faciliter les communications, les participants sont invités à mettre à jour leurs coordonnées auprès de la conseillère du Réseau.

13. Prochaine réunion

Le président évoque la possibilité de tenir la prochaine réunion en Afrique, entre la fin de septembre et le début de novembre de 2013. Le Secrétariat recevra toute proposition concrète d'une section prête à en être l'hôte.

Clôture de la réunion

M. Berberat remercie les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat pour l'excellence de leur accueil ainsi que les fonctionnaires pour leur travail d'organisation et pour le bon déroulement de la réunion. Il remercie également les experts venus s'adresser aux participants pour leur contribution inestimable aux travaux du Réseau.

Le premier vice-président du Sénat, M. Leonard Andjembe, clôt ensuite la réunion en félicitant tous les participants et intervenants pour leur assiduité. Il rappelle également l'importance de trouver des solutions africaines à la pandémie.