



Face à des déclarations de la part du gouvernement selon lesquelles il n'y avait pas suffisamment de moyens financiers pour offrir aux Sud-Africains des programmes de prévention et de traitement, la Treatment Action Campaign s'est servie de l'analyse budgétaire pour démontrer que les fonds étaient effectivement disponibles pour répondre à la crise du VIH/sida.

Photo avec la gracieuse permission de la Treatment Action Campaign.

L'étude de cas suivante montre comment l'on peut se servir d'outils sur le budget ouvert parallèlement à des stratégies de plaidoyer et de gestion des litiges, afin de faire pression sur les gouvernements qui refusent de prendre des mesures sur une question donnée en évoquant comme raison l'insuffisance des moyens financiers. Il s'agit ici du résumé d'une étude plus approfondie préparée par Neil Overy dans le cadre du Learning Program de l'Initiative de partenariat (PI) de l'IBP. Le but du Learning Program consiste à évaluer et à décrire l'influence de la participation de la société civile sur la préparation des budgets publics.

Pour télécharger un exemplaire au format PDF de l'étude de cas dans son intégralité, veuillez cliquer sur le lien suivant :

<http://internationalbudget.org/wp-content/uploads/LP-case-study-TAC.pdf>

AFRIQUE DU SUD : LA TREATMENT ACTION CAMPAIGN S'ATTAQUE À L'INERTIE DU GOUVERNEMENT EN SE SERVANT DU PLAIDOYER BUDGÉTAIRE ET DE LA GESTION DES LITIGES

Le gouvernement sud-africain, qui fut à une époque tristement célèbre pour avoir refusé de prendre des mesures contre la propagation du VIH/sida, dispose aujourd'hui de l'un des programmes de traitement les plus complets au monde – une évolution spectaculaire qui s'est produite en moins d'une décennie grâce en grande partie aux efforts de la Treatment Action Campaign (TAC), un groupe de plaidoyer géré par des personnes vivant avec le VIH/sida.

La TAC, fondée en 1998, finança des recherches, formula des recommandations de politiques fondées sur des faits très concrets, mobilisa des manifestants et se servit des médias pour sensibiliser et lutter contre la stigmatisation. À terme, elle attaqua le gouvernement sud-africain en justice, s'inspirant en partie de l'analyse budgétaire pour plaider sa cause.

Au tournant du millénaire, le gouvernement sud-africain affectait au total quelque 28,5 millions USD pour lutter contre le VIH/sida, une épidémie qui avait déjà atteint une proportion de crise. Moins de 10 ans plus tard, ce chiffre a été multiplié par 18 pour atteindre 528 millions USD. Cette augmentation

du budget consacré au traitement et à la prévention du VIH/sida s'explique principalement par l'adoption par le gouvernement de deux politiques de santé publique visant à répondre à la crise. Aujourd'hui, le gouvernement sud-africain fournit des médicaments permettant de réduire les chances de voir une femme transmettre le virus à ses enfants lors de la naissance, et distribue par ailleurs des antirétroviraux (ARV) vitaux à plus d'un million de personnes dans le cadre d'un programme qui continue de prendre de l'ampleur.

Grâce aux efforts de la TAC, des centaines de milliers de décès relatifs au VIH/sida ont ainsi pu être évités.

LE PROBLÈME : LE REFUS DE L'AFRIQUE DU SUD DE FAIRE LE NÉCESSAIRE PAR RAPPORT AU VIH/SIDA

Il existe plusieurs raisons étroitement liées pour expliquer le refus initial du gouvernement sud-africain à mettre en œuvre un régime de prévention et de traitement du VIH/sida.

L'une de ces raisons était la négation pure et simple du sida. Portés par un sentiment de méfiance au sein de la communauté scientifique, et par le souhait d'utiliser les « connaissances autochtones » pour faire face aux problèmes, certains fonctionnaires gouvernementaux de haut niveau, y compris le président de l'époque Thabo Mbeki, remirent en question le lien entre VIH et sida.

Cette position controversée aurait peut-être attiré davantage l'attention sur le plan international, mais une autre composante clé de la réticence du gouvernement à appuyer un plan exhaustif de prévention et de traitement en matière de VIH/sida, c'était le facteur coût. En effet, dès 1998, la question des moyens financiers fut désignée par le gouvernement comme la raison principale pour laquelle il n'était pas en mesure d'introduire un régime de prévention et de traitement à base de médicaments. Le gouvernement évoqua le coût des médicaments et celui d'autres caractéristiques de ce type de programme, et notamment des services comme l'aide socio-psychologique et le dépistage, et même la fourniture de lait en poudre pour bébés, que l'on donne aux mères séropositives comme substitut au lait maternel, ce dernier pouvant transmettre la maladie.

À partir de 1998, le gouvernement sud-africain interrompit les essais préliminaires d'un médicament appelé AZT, qui réduit les chances de voir la mère transmettre le VIH à son bébé, prétextant que le coût estimé de 10,6 millions dollars pour un programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) « grèverait » un « budget de santé déjà limité ». En 1999, la ministre de la Santé déclara que le traitement d'une femme enceinte coûterait l'équivalent de 67 dollars, un prix qui, selon elle, était « trop élevé ».

Le gouvernement présenta le même argument par rapport à un programme d'ARV à grande échelle. Lors de la Journée mondiale du sida le 1er décembre 2000, la ministre de la Santé indiqua que la décision du gouvernement de ne pas mettre en œuvre ce programme ne résultait pas d'une position idéologique, mais qu'elle était fondée sur le fait que l'on ne pouvait tout simplement pas se le permettre sur le plan financier.

LES CAMPAGNES

La TAC eut recours à différentes méthodes pour exercer une pression sur le gouvernement sud-africain afin d'amener ces derniers à fournir un traitement contre le sida. L'organisation travailla avec des scientifiques, des universitaires et des professionnels de santé, s'associant même dans un cas précis avec Médecins Sans Frontières pour aller jusqu'à envoyer des activistes et des travailleurs de santé dans les villages locaux afin de fournir les médicaments et les soins dont les patients avaient directement besoin. Elle se servit également des médias et des manifestations publiques pour jeter le discrédit sur le gouvernement et les entreprises pharmaceutiques internationales, ainsi que pour sensibiliser et lutter contre la stigmatisation. Au niveau local, elle mobilisa des citoyens par le biais de campagnes de sensibilisation et de formation au traitement du sida.

Comme le gouvernement restait intransigeant malgré la pression, la TAC finit par décider qu'elle ferait un procès pour s'attaquer de front aux déclarations du gouvernement par rapport à l'insuffisance de fonds.

La campagne de la transmission de la mère à l'enfant

Depuis ses débuts, la TAC appela le gouvernement sud-africain à introduire un programme exhaustif pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Elle menaça même d'intenter une action en justice sur la question lorsque des recherches révélèrent en 2000 qu'un autre médicament, la Névirapine, était aussi efficace que l'AZT, que celui-ci pouvait être administré en une seule dose, et qu'il était bien meilleur marché.

Une fois que la Névirapine reçut le feu vert par le Medicines Control Council en avril 2001 pour être utilisée dans la PTME en Afrique du Sud, « la TAC décida que sur le plan moral et politique, elle n'avait d'autre choix que d'intenter un procès contre le gouvernement ». ¹ C'est ainsi qu'en août 2001, la TAC déposa des documents judiciaires auprès de la haute cour, indiquant que la position actuelle du gouvernement était anticonstitutionnelle, et demanda au tribunal d'enjoindre au gouvernement de mettre la Névirapine à disposition à la fois des femmes enceintes séropositives qui accouchent dans le secteur de la santé publique, et de leurs bébés.

Au cœur de l'argumentaire de la TAC se trouvait la déclaration selon laquelle, sur base d'une analyse budgétaire économique, le refus du gouvernement de mettre en œuvre le programme pour des questions de coût était indéfendable. Une série de déclarations écrites sous serment furent préparées, dont l'une provenant d'un économiste spécialisé en santé, le professeur Nicoli Nattrass, dans laquelle elle fournit des éléments de preuve montrant que les fonds publics affectés à un programme de PTME permettraient en réalité d'économiser de l'argent en réduisant de futures infections au VIH et les coûts qui y sont associés. Dans sa déclaration sous serment, Mme Nattrass indiqua que grâce au programme, la prévention de l'infection au VIH chez les enfants permettrait à terme de réduire les dépenses de l'État de 90.000 USD par an.

Le gouvernement fit opposition au procès intenté par la TAC, affirmant que la sécurité de la Névirapine n'avait pas encore été entièrement démontrée, et que malgré les économies potentielles, le médicament était trop cher pour être introduit en Afrique du Sud. Le gouvernement présenta au tribunal des preuves indiquant qu'un déploiement intégral de Névirapine au niveau provincial coûterait 33,33 millions USD.

La TAC se servit de données budgétaires publiquement disponibles tirées de l'Intergovernmental Fiscal Review de 2001 pour contrecarrer cet argument, faisant observer qu'en 2000, les ministères provinciaux de la Santé n'avaient en réalité pas dépensé quelque 63,1 millions USD qui leur avaient été attribués dans le budget.

¹ M. Heywood, « Preventing Mother-to-Child Transmission in South Africa: Background, Strategies and Outcomes of the Treatment Action Campaign Case Against the Minister of Health », *South African Journal of Human Rights*, 19, 2003, p. 290.

En décembre 2001, la haute cour se prononça en faveur de la TAC et ordonna au gouvernement de préparer dans les trois mois un plan pour un programme national de PTME, qu'elle décrivit comme une « obligation inéluctable » de l'État. Le juge indiqua que le programme pourrait peut-être nécessiter d'autres affectations budgétaires, mais qu'il était clair que sur le plan financier, on pouvait se permettre de lancer un programme de PTME au niveau national en utilisant la Névirapine, évoquant les preuves budgétaires avancées par la TAC.

Le gouvernement fit immédiatement appel auprès de la cour constitutionnelle, prétendant à nouveau que l'on ne pouvait pas se permettre de procéder financièrement à un tel lancement, et que celui-ci « paralyserait » le système des soins de santé public. Mais encore une fois, le gouvernement ne parvint pas à convaincre les tribunaux. En juillet 2002, la cour constitutionnelle confirma la décision précédente, affirmant que « les ressources disponibles de l'État permettent largement de procéder à l'administration de la Névirapine », et ordonna au gouvernement de mettre un plan en œuvre.²

La campagne des antirétroviraux

Comme dans le cas du programme de PTME, le gouvernement s'est opposé à un traitement exhaustif à base d'ARV en Afrique du Sud, répétant à plusieurs reprises que les médicaments et les systèmes connexes d'administration de ceux-ci étaient trop chers.

Cette attitude plaça la TAC quasiment dans la même position qu'auparavant, c'est-à-dire qu'il lui fallait prouver qu'un plan de traitement à base d'ARV était possible du point de vue financier. Pour ce faire, la TAC mit en place un comité de recherche composé d'économistes spécialisés en santé et de professionnels médicaux ; ceux-ci rédigèrent le National Treatment Plan (NTP, plan de traitement national) contenant les informations décrivant tout ce qui serait nécessaire pour entreprendre une initiative sur une telle échelle.

Toujours confronté à la récalcitrance du gouvernement, la TAC tourna ses efforts vers les syndicats, et réussit à convaincre le Congress of South African Trade Unions d'organiser conjointement une rencontre au niveau national sur le thème du VIH/sida. Dans le cadre de cette rencontre, la TAC appela les dirigeants syndicaux, les chefs d'entreprise et les fonctionnaires gouvernementaux à examiner la possibilité d'un programme de traitement au niveau national. Cette manœuvre permit de maintenir le gouvernement au cœur des débats, mais déplaça le problème du traitement du VIH/sida hors du contrôle exclusif du ministère de la Santé.

Pour l'aider dans ce processus, la TAC commandita deux travaux de recherche, qui furent publiés en février 2003. L'un se pencha sur l'effet qu'un NTP aurait sur la mortalité et les infections liées au VIH/sida, en concluant qu'un programme exhaustif de prévention et de traitement permettrait de sauver 3 millions de vies et d'empêcher 2,5 millions d'infections nouvelles d'ici 2015. La seconde analyse comportait un

exercice d'estimation des coûts sur base du budget, et montrait que le coût pour fournir un traitement exhaustif d'ARV passerait de 31,8 millions USD en 2002 à un pic potentiel de 2,4 milliards USD d'ici 2015. Cependant, les chercheurs firent observer que les coûts réels seraient vraisemblablement moins élevés, d'abord parce que l'on s'attend à une baisse du prix des médicaments, ensuite grâce aux économies supplémentaires dans les caisses de l'État provenant d'une réduction du nombre d'orphelins du sida qui auraient besoin d'un soutien public. Parmi les autres économies de coût non mentionnées par l'analyse, on peut citer celles qui sont liées aux répercussions économiques des congés maladie et de la mortalité liés au VIH/sida au sein de la population générale sud-africaine.

La TAC reconnut que le NTP sous-entendait un coût énorme, mais affirma qu'il y aurait des économies de coûts mesurables dans les cinq ans à venir. Refuser de fournir un traitement antirétroviral aux personnes atteintes de sida ne permet pas de réduire les dépenses, affirma l'organisation, parce qu'en n'agissant pas de la sorte, les caisses de l'État finiraient par être drainées par d'autres manières.

À la fin de 2002, le gouvernement rejeta un projet d'accord pour un plan de traitement national qui avait pourtant été accepté par les dirigeants syndicaux et les chefs d'entreprise. En réaction, la TAC annonça une campagne de désobéissance civile et menaça d'intenter à nouveau une action en justice.

Tactiques visant à exiger des programmes de prévention et de traitement du VIH/sida

Plaidoyer

- Commanditer des recherches et proposer une conception de programme
- Organiser des programmes de formation au niveau communautaire au traitement et à la sensibilisation du sida
- Organiser des activités publiques et recourir aux médias de masse pour accroître la sensibilisation
- Nouer des alliances avec des organisations mondiales pour accroître la pression internationale
- Mobiliser le soutien auprès de syndicats et de dirigeants du secteur privé et faire preuve de désobéissance civile
- Nouer des alliances avec des organisations mondiales pour accroître la pression internationale

Coût et analyse budgétaire

- Effectuer des estimations de coût holistiques sur le long terme
- Déterminer les postes budgétaires pour lesquels les budgets n'ont pas été entièrement dépensés

Gestion des litiges

- Utiliser les coûts et le budget afin de contrer l'argument de l'abordabilité
- Maintenir la possibilité d'une collaboration quand elle se présente

Mais avant que la TAC ne puisse présenter une requête devant les tribunaux, elle eut droit à un répit : à cause d'une fuite, elle eut connaissance d'un rapport du Joint Treasury and Health Task Team du gouvernement, dans lequel on indiquait qu'un traitement à base d'ARV était possible sur le plan financier et qu'il permettrait de sauver des centaines de milliers de vies.

²

www.tac.org.za/documents/MTCTCourtCase/ConCourtJudgmentOrderingMTCTP-5July2002.pdf

Peu après que la TAC eut fait circuler cette information dans le public, le gouvernement annonça que le ministère de la Santé avait reçu pour instruction de préparer un plan pour un programme d'ARV en Afrique du Sud, et après quelques retards supplémentaires, un plan fut enfin approuvé par le cabinet en novembre 2003.

En 2007, le cabinet sud-africain approuva le HIV & AIDS and STI (infections sexuellement transmissibles) Strategic Plan for South Africa (2007-2011), qui engage le gouvernement à dépenser 6 milliards USD pour la prévention et le traitement du VIH et du sida sur une période de cinq ans. Par la création de l'un des programmes de traitement du sida les plus exhaustifs au monde, le projet de loi prévoyait que 1,625 million de personnes bénéficieraient d'un traitement ARV d'ici 2011.

LES CHANGEMENTS ONT-ILS EU LIEU GRÂCE À LA CAMPAGNE ?

Les activités de plaidoyer et le procès intenté par la TAC ont directement forcé le gouvernement sud-africain à mettre en œuvre un programme pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En revanche, la contribution exacte de la TAC dans la promulgation d'un programme de traitement national est moins claire, étant donné qu'un certain nombre d'autres facteurs ont également exercé une pression sur le gouvernement sud-africain à formuler une réponse à grande échelle à l'égard de l'épidémie.

Les commentateurs politiques ont souligné que l'African National Congress (ANC), le parti au pouvoir en Afrique du Sud, était susceptible de se faire attaquer par les partis de l'opposition sur le thème du VIH/sida dans le cadre des élections de 2004. Certes, la majorité nationale écrasante du parti n'était pas menacée, mais il était probable qu'il eût été obligé de faire face à des obstacles de taille dans certaines élections provinciales. Le choix du moment pour l'annonce du lancement d'un programme national d'ARV a peut-être été motivé par un opportunisme politique. Néanmoins, on peut considérer que les efforts en matière de plaidoyer de la TAC ont permis d'amener le problème du VIH/sida sur le devant de la scène politique. Comme l'a fait remarquer un analyste : « Que le VIH/sida serait vu comme une source de compassion à si grande échelle était loin d'être inéluctable, mais grâce à l'activisme, on a pu y arriver. »

En 2003, l'Afrique du Sud fit également l'objet de critiques virulentes de la part des communautés scientifiques nationales et internationales à cause des vues anticonformistes du président Mbeki sur le lien entre VIH et sida. Dans le cadre de l'un des moments les plus embarrassants pour le gouvernement sud-africain, l'envoyé spécial des Nations unies pour le VIH/sida en Afrique déclara, en 2006, que les politiques en matière de sida poursuivies par le gouvernement de l'ANC étaient « dignes d'un groupe de marginaux fous ». Toutefois, même si le fait de préserver sa réputation internationale a pu lui servir de motivation, il est peu probable que cette remarque ait constitué le moteur de la volte-face du gouvernement.

Autre facteur ayant clairement aidé la TAC dans son combat pour l'accès aux traitements : la baisse constante des prix des médicaments au cours de la même période, mais il s'agit là d'un élément que l'on ne peut que partiellement attribuer aux

efforts de la TAC. L'un des plus gros succès de la TAC par rapport au prix des médicaments eut lieu en 2003, lorsque la Competition Commission of South Africa émit un jugement en faveur de la TAC et d'un certain nombre d'organisations partenaires qui avaient déposé plainte auprès de cette commission à propos des prix excessifs des ARV. Cette décision incita plusieurs entreprises pharmaceutiques à offrir des licences à des fabricants de médicaments génériques, ce qui permit de réduire radicalement le prix du traitement annuel du sida, celui-ci étant passé de 10.439 dollars par personne en 2000 à 182 dollars en mai 2005.

Par conséquent, alors que de nombreux autres facteurs ont sans doute contribué à pousser l'Afrique du Sud à prendre des mesures, nombre de ces facteurs peuvent également être attribués, du moins en partie, aux efforts de la TAC, mais aucun facteur à lui seul ne semble avoir fourni une impulsion suffisante. Le signe le plus évident de l'influence de la TAC est sans doute le fait qu'on ait largement fait appel à elle pour rédiger le plan final de dépenses. Il est vrai que les efforts de plaidoyer de la TAC sont considérés aujourd'hui à travers le monde comme un modèle à suivre sur la manière dont il convient de remporter une victoire dans le domaine des droits humains.

CONCLUSION

La TAC, en elle-même, est une organisation extraordinaire, dont les caractéristiques sont plus faciles à décrire qu'à reproduire.

Elle a énormément bénéficié de la direction dynamique de son premier président, Zackie Achmat, qui s'est notamment rendu célèbre pour avoir démontré son engagement à l'égard de la légitimité politique et morale de la TAC en refusant de prendre des ARV, alors même qu'il était devenu extrêmement malade à cause du sida. Sa position de principe lui a valu de nombreuses récompenses humanitaires internationales, y compris le fait d'être nommé pour le prix Nobel de la paix. Cette attention largement médiatisée a permis de renforcer à son tour la TAC.

Un certain nombre d'analystes politiques ont fait remarquer que la réussite de la TAC provient également de sa réinvention des stratégies activistes antiapartheid. La TAC trouve ses racines sociopolitiques dans différents types de militantisme antiapartheid des années 1980 et au début des années 1990, et c'est donc tout naturellement qu'elle a trouvé de l'inspiration dans ces mouvements antérieurs. Ainsi, la campagne de désobéissance civile de la TAC faisait clairement référence à la « Defiance Campaign » (campagne de défiance) de l'ANC des années 1950. Dans l'esprit de nombreux Sud-Africains, la conséquence de cette action était d'associer le combat pour le droit à des soins de santé avec le combat antiapartheid pour la liberté.

Autre force de la TAC : son usage subtil de stratégies qui la positionnaient tantôt comme un partisan constructif et un militant radical, tantôt comme un allié et un adversaire du gouvernement. Elle formula des solutions techniques qui rappelaient souvent la constitution sud-africaine, mais était également préparée à enfreindre la loi dans le cadre de sa campagne de désobéissance civile. Ces rôles multiples et même contradictoires ont évolué au fil du temps. À l'origine, la mission de la TAC consistait à mobiliser un soutien pour le

gouvernement dans sa lutte contre la Pharmaceutical Manufacturers' Association (PMA), ce dernier ayant traîné le gouvernement devant les tribunaux en 1997 à cause d'une proposition de loi qui permettait au gouvernement d'importer et de produire des versions génériques bon marché de médicaments brevetés. Ce n'est qu'au cours de la lutte pour l'accès à la Névirapine et aux ARV que la relation entre la TAC et le gouvernement s'est tendue. Malgré tout, la TAC est toujours restée ouverte à une collaboration avec le gouvernement.



Résultats liés à la campagne

- Un programme de traitement à base d'antirétroviraux dont bénéficient aujourd'hui 1,2 million de Sud-Africains vivant avec le VIH/sida, programme qui continue de prendre de l'ampleur
- Le HIV & AIDS and STI (infections sexuellement transmissibles) Strategic Plan for South Africa (2007-2011), qui engage des fonds à hauteur de 6 milliards USD sur une période de cinq ans pour le traitement et la prévention du VIH et du sida

La TAC a également été exceptionnellement efficace lorsqu'il s'agissait de mobiliser le soutien au niveau local pour ses objectifs, et dans le même temps, de solliciter la solidarité internationale. Au niveau local, la TAC a fait preuve de créativité dans l'utilisation de chansons et de symboles politiques locaux, ainsi que dans le recours au style bien connu du mouvement antiapartheid. Elle démarcha les écoles, les églises, les réunions syndicales, les matchs de football, et les centres communautaires en vue d'obtenir leurs faveurs, et fit

également du porte-à-porte pour encourager les membres de la communauté à appuyer ses objectifs. Entre-temps, la TAC noua des alliances internationales avec des organisations de la société civile comme Act Up ou Stop Aids Campaign, qui organisèrent des activités de solidarité à travers le monde en soutien à la TAC.

Enfin, la TAC se distingue pour avoir exploité dans une large mesure les possibilités offertes par les médias de masse dans le cadre de son combat pour l'accès au traitement : elle communiqua ses messages sans relâche par le biais de la radio, de la presse écrite, de la télévision et de l'Internet. Certains attribuent sa réussite médiatique à ses talents de prise de contact, tandis que d'autres évoquent la manière experte dont elle a formulé son combat, dans lequel elle présentait le sida comme un programme de droits humains, et qui a trouvé un écho même auprès de personnes qui n'étaient pas directement concernées par des problèmes relatifs au VIH/sida.

Tout ceci laisse entendre que la TAC est dotée de nombreuses compétences, et que c'est la diversité de tous ses talents qui a contribué d'une manière ou d'une autre à sa réussite. Toutefois, l'étude de cas montre clairement que l'utilisation de l'analyse budgétaire par la TAC s'est avérée cruciale pour surmonter l'inertie du gouvernement par rapport au VIH/sida. En produisant ses propres estimations de coûts et en soulignant les antécédents du gouvernement en matière de dépenses de santé, la TAC fut à même de démanteler la défense technique et dépolitisée que le gouvernement avait construite autour d'arguments de coût et de moyens financiers disponibles.

International Budget Partnership

820 First Street NE Suite 510
Washington, DC 20002 USA
Tel: +1 202 408 1080
Fax: +1 202 408 8173

Xicotencatl 370-601
Del Carmen, Coyoacán,
C.P. 04100 México, D.F.
Tel: +5255 5658 3165
+5255 5282 0036

The Armoury, 2nd Floor,
Buchanan Square
160 Sir Lowry Road
Woodstock, South Africa
Tel: +27 021 461 7211
Fax: +27 021 461 7213

802 Raj Atlantis
Near SVP School,
off Mira-Bhayender Road,
Beverly Park, Mira Road (E)
401107 Mumbai, India
Tel: +91 22 2811 4868
+91 96 6507 1392