



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Accélérer l'action contre le **SIDA** en Afrique



Photo de couverture : Deux enfants du district de Kasungu, au Malawi, qui ont survécu à la crise alimentaire qui a balayé six pays de l'Afrique australe en 2002. Les effets cumulés du SIDA et de la sécheresse ont eu des répercussions dévastatrices sur la région.
Photographe : Ruth Evans

ONUSIDA/03.46F (version française, septembre 2003)

Version originale anglaise, UNAIDS/03.44E, septembre 2003 :
Accelerating Action against AIDS in Africa
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2003.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4187 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent

de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

ONUSIDA.

Accélérer l'action contre le SIDA en Afrique.

1. Infections à VIH – prévention et lutte 2. Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et lutte 3. Soutien financier 4. Agents anti-VIH – fourniture et distribution 5. Coopération intersectorielle 6. Coût de la maladie 7. Afrique I. ONUSIDA

ISBN 92-9173-321-0

Classification NLM : WC 503.6)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
téléphone : (+41) 22 791 36 66 – fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE



Accélérer l'action contre le **SIDA** en Afrique

Genève, 2003

Remerciements

Le présent rapport n'aurait pas pu être réalisé sans l'aide et la participation précieuses de nos collègues des organisations coparrainantes de l'ONUSIDA, des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, et des instituts de recherche établis en Afrique et dans le reste de monde.

Contents

Préface	7
Introduction	9
1. Le SIDA, un défi pour l’Afrique	12
Interdépendance des retombées du SIDA	14
Aller au-delà des chiffres	14
Retombées économiques	16
Dégradation des services de santé	17
Education	18
Le SIDA et la sécurité alimentaire	19
Le SIDA et la gouvernance	21
Femmes et orphelins – une vulnérabilité accrue	23
Les Africaines et le SIDA	23
Grandir seul	24
2. Les fondements d’une riposte efficace	27
Prendre la direction des opérations	27
Dirigeants nationaux	28
Elargir l’équipe dirigeante	29
Le législateur – pour représenter la volonté de la population africaine	30
Au-delà des frontières : des initiatives régionales se dessinent	31
Institutions nationales pour le SIDA	33
Elargir la riposte	36
Mobilisation de la communauté	36
Société civile	37
Activisme pour le SIDA	38
Réseaux de personnes vivant avec le VIH	38
Groupes religieux	39
Le SIDA sur le lieu de travail	40

Aborder la question de la vulnérabilité, de la stigmatisation et de la discrimination	42
Pauvreté et vulnérabilité	42
Droits de l'homme, stigmatisation et discrimination	44
Action en justice	47
3. Comblers les déficits	48
Déficits en matière de ressources	48
Engagements africains	49
Nouveaux engagements internationaux	52
Intégration des activités d'appui	53
Déficits dans le domaine de la prévention	54
S'adresser à la jeunesse	55
Enseigner la prévention à l'école	56
Conseil et test volontaires	57
Transmission du virus de la mère à l'enfant	58
Traitement des infections sexuellement transmissibles	58
Déficits en matière de traitement	59
Engagement vis-à-vis du traitement	60
Lancement de programmes thérapeutiques	61
Traitement antirétroviral sur le lieu de travail	64
Initiatives régionales et internationales en matière de traitement	65
Inégalité entre les sexes	66
Déficits de compétences	69
Plans de budgétisation et d'établissement des coûts pour le SIDA	69
Suivi et évaluation	70
Orientations futures de l'ONUSIDA	71
Conclusion	73
Bibliographie choisie	75

Préface

Le SIDA a été une calamité pour l'Afrique.

Le VIH est un virus qui se propage silencieusement avant d'apporter la dévastation et, parce qu'il se transmet largement au cours des rapports sexuels, il cible les jeunes adultes au moment même où ils entrent dans leurs années les plus productives. Et parce que ces jeunes adultes sont aussi à un moment de leur vie où ils fondent une famille, le SIDA a des répercussions à travers toutes les générations, laissant les enfants sans parents pour s'en occuper et les guider, ce qui accroît leur vulnérabilité à l'infection à VIH, et leur lègue l'instabilité économique et sociale.

Pourtant, bien que le SIDA ait grandement ralenti le combat de l'Afrique pour le développement, il a également entraîné dans son sillage un vrai leadership, une résistance communautaire et du courage face à des difficultés presque insurmontables.

Ce rapport fournit un instantané de l'action entreprise à travers le continent africain en réponse aux enjeux du SIDA. Il met en lumière des gouvernements œuvrant avec tous leurs ministères pour apporter une riposte exhaustive. Il montre les progrès accomplis pour combler les lacunes en matière de fourniture de prévention et de traitement contre le VIH. Il illustre la valeur des partenariats entre les gouvernements, les communautés et les entreprises. Il démontre la détermination des femmes africaines à rejeter le fardeau disproportionné que le SIDA fait peser sur elles. Et il fait entendre clairement la voix de l'espoir, grâce aux nombreuses actions réussies de jeunes en lutte contre l'épidémie.

La portée des difficultés posées par le SIDA en Afrique est sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Relever le défi exige ainsi un engagement sans précédent. Il demande que la communauté internationale s'engage à fournir des ressources et un soutien adaptés aux enjeux. L'ONUSIDA, qui rassemble huit Coparrainants du système des Nations Unies dans un effort commun contre le SIDA, est déterminé à accroître son appui pour apporter une réponse élargie au SIDA en Afrique : aider à mobiliser des ressources ; suivre à la fois l'état de l'épidémie et les ripostes à cette dernière ; et permettre aux gouvernements, aux communautés et aux entreprises de travailler ensemble, tout en leur fournissant les connaissances et le soutien dont ils ont besoin pour lancer des actions efficaces.

Par dessus tout, cependant, relever le défi du SIDA en Afrique exige un engagement renouvelé de la part des dirigeants africains eux-mêmes – des parlements aux chaires, des sièges des compagnies aux kiosques de marchés, des centres urbains aux villages les plus reculés. Ce rapport montre le leadership et l'engagement en action. Il nous rappelle notre obligation de redoubler d'efforts à l'appui du combat contre le SIDA en Afrique, pour le bien de l'humanité tout entière.



Peter Piot
Directeur exécutif
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

Introduction

Le SIDA est finalement arrivé au premier rang des actions prioritaires en Afrique. Les hommes politiques, la société civile et les groupes de personnes vivant avec le VIH/SIDA sont toujours plus nombreux à tirer la sonnette d'alarme à propos du SIDA, tout en prenant eux-mêmes des mesures concrètes et en demandant que d'autres aillent encore plus loin dans leur action. Aujourd'hui, l'Afrique se montre à la hauteur de la tâche. La communauté internationale élabore aussi une riposte. Deux ans après que la 12^{ème} Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique s'est terminée sur un appel passionné pour l'augmentation des ressources consacrées à la lutte contre la pandémie, des sommes importantes commencent à être acheminées sur le continent africain. Le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (PPS) de la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme sont des instruments qui permettent d'intensifier comme jamais la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique. Les engagements financiers pris récemment par les Etats-Unis d'Amérique, l'Europe et le Japon ont fait naître l'espoir de résultats encore meilleurs.

Ces éléments nouveaux, tout en étant encourageants, sont loin de suffire. Selon une analyse réalisée en juin 2003 par l'ONUSIDA, l'ensemble des fonds nécessaires à l'action contre le SIDA dans les pays à faible et à moyen revenus n'atteint que la moitié de ce qui sera nécessaire en 2005 pour barrer effectivement la route à l'épidémie. Il n'est donc pas surprenant de constater qu'en Afrique la propagation du VIH demeure inexorable, le virus touchant plus de 30% de la population adulte (âgée de 15 à 49 ans) dans quatre pays, et au moins 10% dans 12 pays. Au moins 60 millions d'Africains subissent les répercussions directes du SIDA : 30 millions vivent avec le virus mortel, plus de 15 millions sont morts du SIDA, et plus de 11 millions ont perdu au moins un parent à cause de l'épidémie. Mais le nombre de ceux qui sont affectés par l'épidémie est encore plus grand : les parents et les grands-parents ont vu leurs enfants et petits-enfants mourir trop jeunes ; pour la seule année en cours, près d'un million d'écoliers africains vont probablement perdre leur instituteur à cause du SIDA ; et les employeurs et les travailleurs ont constaté que leurs entreprises subissent le contrecoup du SIDA. Bref, des populations tout entières sont privées d'école, de soins de santé et des moyens économiques qui auraient été disponibles si de précieuses ressources humaines et financières n'avaient pas été anéanties par cette épidémie.

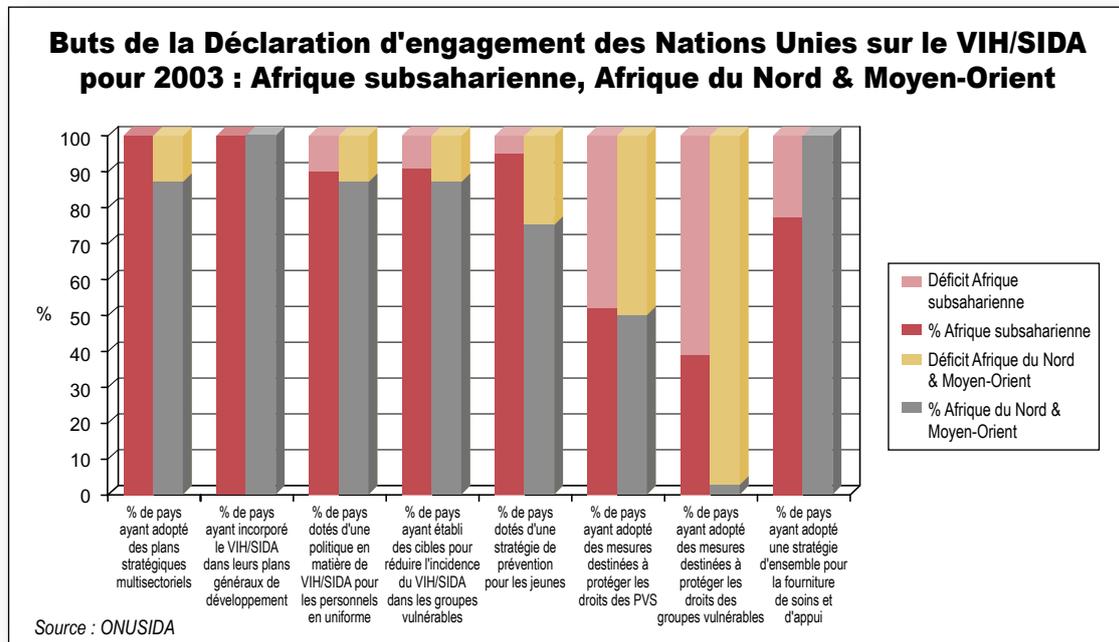
L'Afrique australe¹ a été touchée particulièrement durement. Cette région connaît à présent une crise humanitaire aggravée par le SIDA – une indication de la dégradation des économies,

¹ Dans le présent rapport, l'Afrique australe se compose des pays suivants : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe. Six pays (Lesotho, Malawi, Mozambique, Swaziland, Zambie et Zimbabwe) ont été touchés par la sécheresse et une crise alimentaire en 2002. Mais tous sauf le Zimbabwe sont parvenus à de fragiles reprises.

des institutions publiques et des familles qui pourrait se produire dans les pays à forte prévalence si la communauté internationale reste sans rien faire.

Devant la menace d'une catastrophe dévastatrice, nombre de pays africains ont accordé la priorité à la lutte contre le SIDA. Des plans stratégiques nationaux de lutte contre le SIDA ont été élaborés grâce aux méthodes participatives utilisées dans presque tous les pays à forte prévalence. La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA adoptée lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/SIDA en 2001 et les Objectifs de développement pour le Millénaire ont fixé des chiffres ambitieux et mesurables que l'Afrique et le reste du monde devraient atteindre au cours des prochaines années. Mais, pour que l'Afrique puisse parvenir à ces objectifs (notamment l'Objectif de développement pour le Millénaire qui consiste à stopper la propagation du virus et à commencer à inverser la tendance actuelle de l'épidémie d'ici à 2015), il faut que les gouvernements, donateurs et autres parties prenantes ne se contentent plus de paroles, d'engagements de financement et de plans d'action. Il est nécessaire d'intensifier les financements considérablement et de toute urgence, de mettre en place des programmes plus forts, tout en contrôlant et en évaluant la transparence de ces derniers.

Figure 1



La Déclaration d'engagement sur le VIH /SIDA fournit un ensemble de cibles qui peuvent être utilisées pour mesurer les aspects de la riposte africaine au SIDA qui progressent correctement et ceux auxquels il faut accorder une attention supplémentaire. Pour évaluer les progrès, l'ONUSIDA a mis au point un Indice composite des Politiques nationales regroupant les

indicateurs relatifs à la plupart des questions de politique générale posées dans la Déclaration. Une analyse mondiale détaillée de cet indice est faite dans le *Rapport de situation sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003*, publié par l'ONUSIDA en septembre 2003. On trouvera à la Figure 1 les activités telles qu'elles sont rapportées par les pays africains eux-mêmes au sujet de certains engagements pris qui devaient être réalisés en 2003. Les réponses mettent en évidence de vastes progrès dans de nombreux domaines, mais pour d'autres, notamment la protection des groupes vulnérables et la prestation des soins, plusieurs pays prennent du retard par rapport au calendrier de leurs engagements.

Le but principal du présent rapport est de mettre en relief les initiatives réussies qui permettent d'espérer que le continent pourra un jour se libérer lui-même du virus, avec ou sans vaccin ou traitement médical. Ces exemples apportent la preuve que le SIDA est un problème qui a une solution : l'intervention de l'homme produit des résultats, même dans les circonstances les plus difficiles. Ce rapport résume également les énormes difficultés auxquelles l'Afrique et la communauté internationale dans son ensemble doivent faire face, à mesure que de nouvelles ressources s'orientent vers des actions plus efficaces pour lutter contre le VIH/SIDA sur le continent. Trois défis majeurs doivent retenir toute notre attention :

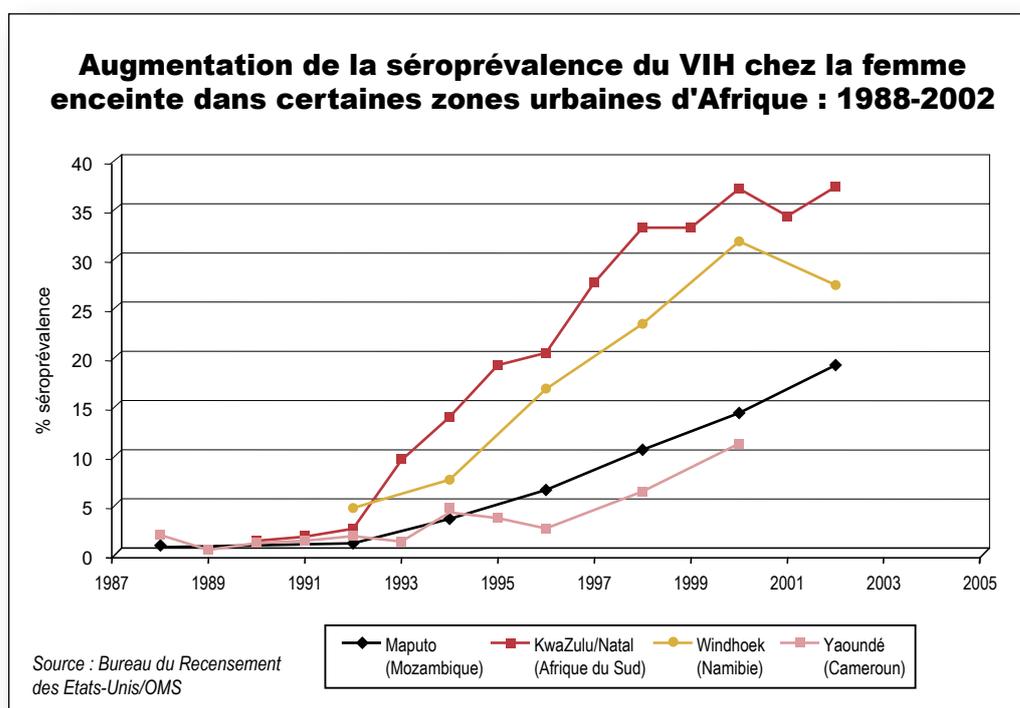
1. **La nécessité d'élargir considérablement l'accès aux antirétroviraux, en tant qu'élément clé de la riposte.** Il faut considérer la prévention et le traitement comme les deux volets d'une même action ; il est impossible de les dissocier. Les antirétroviraux améliorent la qualité de la vie et en allongent la durée, permettant aux stratégies de prévention de s'installer.
2. **L'augmentation des répercussions de l'épidémie sur les femmes africaines.** Comme les femmes sont affectées par le VIH/SIDA de manière disproportionnée, il faut que la riposte africaine porte davantage sur elles.
3. **La crise humanitaire en Afrique australe,** qui souligne la nécessité d'intégrer la riposte au VIH/SIDA aux initiatives plus générales concernant le développement et les questions humanitaires. Dans les pays à forte prévalence, où les répercussions du VIH/SIDA sont considérables, la riposte doit être tout aussi importante.

Comme l'indique le titre du rapport, accélérer l'action contre le SIDA sur le continent constitue l'entreprise la plus difficile à laquelle les Africains et la communauté internationale seront confrontés dans les années à venir. Si les initiatives sont renforcées et si l'on s'attache à combler les lacunes, il sera véritablement possible de porter un coup d'arrêt à l'épidémie.

1. Le SIDA, un défi pour l'Afrique

Les études récentes viennent renforcer le pronostic émis par l'ONUSIDA au milieu de l'année 2002 selon lequel l'épidémie a des répercussions dramatiques dans de nombreuses parties de l'Afrique, ce qui accentue la nécessité urgente de renforcer les actions destinées à lutter contre le virus. Même s'il existe des tendances générales sous-régionales concernant la prévalence du VIH, l'épidémie prend souvent des aspects très différents dans des pays voisins. Par contre, on peut constater certaines tendances communes dans des pays appartenant à des sous-régions différentes. Les études réalisées dans les dispensaires de soins prénatals des régions urbaines de plusieurs pays – Cameroun, Mozambique et Namibie – mettent en évidence une prévalence croissante du VIH, et les progrès réalisés contre l'épidémie en Afrique du Sud pourraient ne pas être aussi importants qu'on ne l'a cru précédemment (voir Figure 2).

Figure 2

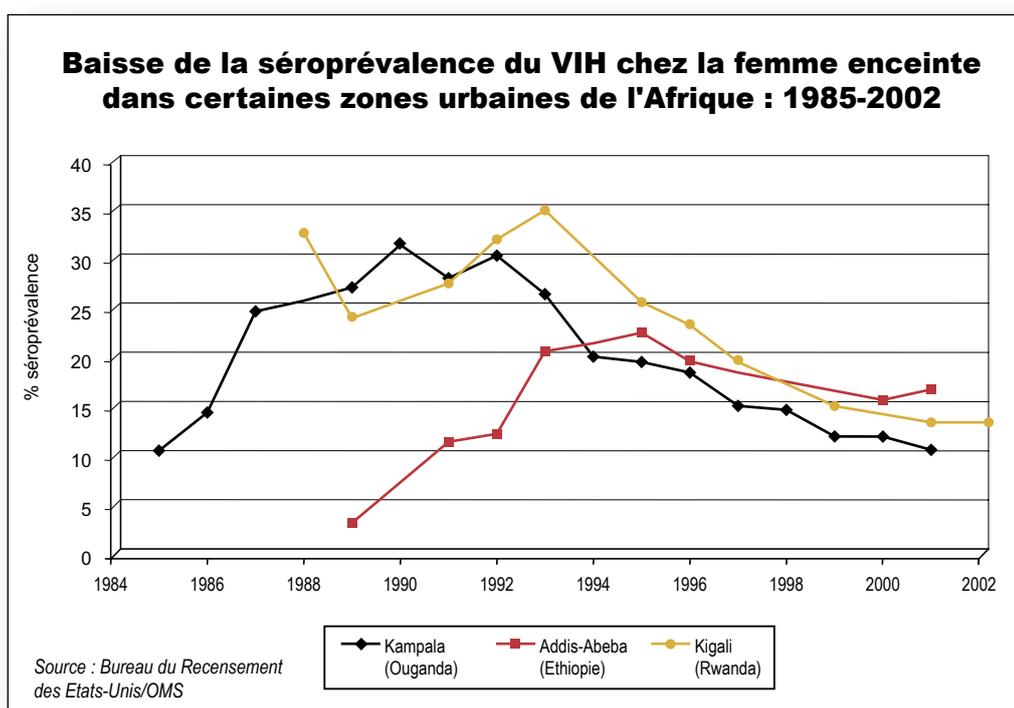


C'est en Afrique australe que l'on enregistre les taux de VIH les plus élevés du monde, et dans aucun des 10 pays de cette sous-région n'apparaît un signe quelconque indiquant un recul de l'épidémie. Dans sa mise à jour sur la surveillance du VIH en 2003, le Bureau régional de

l'OMS pour l'Afrique signale qu'en 2002 plus d'une femme enceinte sur cinq ayant subi un test en Afrique australe était infectée par le VIH, statistique particulièrement alarmante étant donné qu'à la fin de 2001 en Afrique subsaharienne, seulement 1% des femmes avaient accès à des traitements de courte durée par les antirétroviraux pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

La prévalence globale du VIH en Afrique orientale baisse lentement, selon les nouvelles données de surveillance de l'OMS. Cette conclusion est renforcée par une analyse de l'ONUSIDA qui montre que les taux de prévalence dans les dispensaires de soins prénatals urbains d'Ethiopie, du Rwanda et d'Ouganda sont en diminution (voir Figure 3). En Ouganda, ces reculs ont été spectaculaires et soutenus, la prévalence moyenne du VIH chez la femme enceinte dans les principales zones urbaines étant descendue de plus de 30% au début des années 1990 à moins de 11% en 2001. Ces chiffres sont porteurs d'espoir, et confirment que la détermination accrue manifestée par un grand nombre de pays pour lutter contre l'épidémie et apporter une aide aux victimes produit des résultats positifs mesurables.

Figure 3

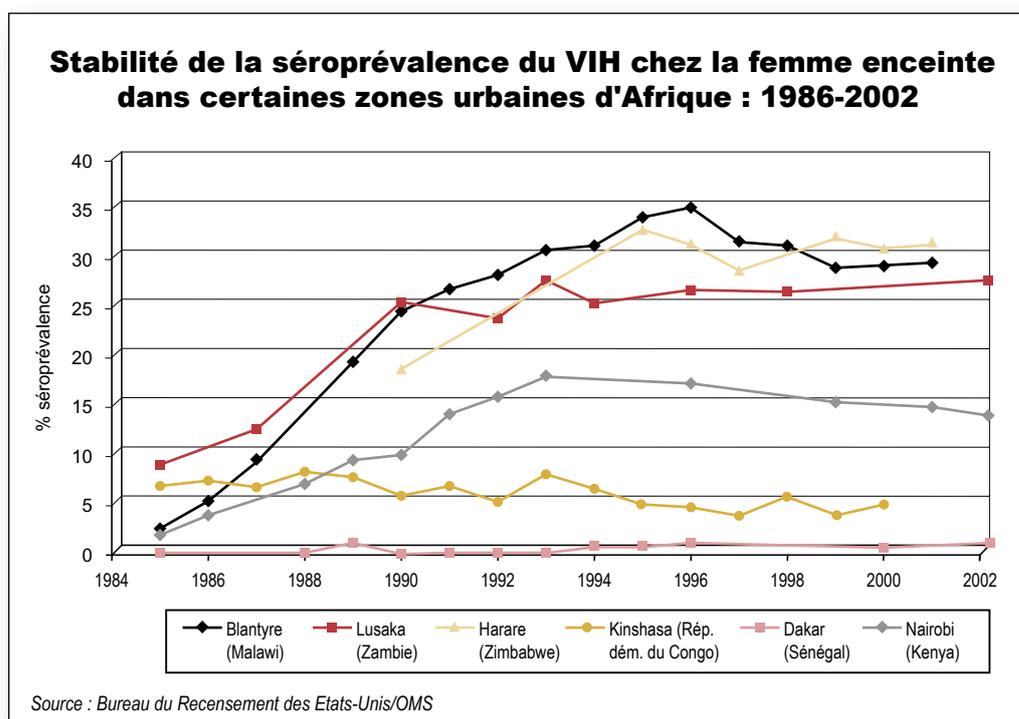


Des études effectuées dans les consultations prénatales des zones urbaines du Kenya, du Malawi, du Sénégal, de la Zambie et du Zimbabwe montrent que l'épidémie s'est stabilisée dans ces pays (voir Figure 4). De même, les données récentes des systèmes de surveillance élargis montrent qu'au moins dans deux pays africains la prévalence du VIH dans les zones rurales pourrait être inférieure aux estimations précédentes. Au Kenya comme en Zambie, les

résultats d'enquêtes plus rigoureuses réalisées dans les consultations prénatales rurales feront vraisemblablement baisser les estimations de la prévalence nationale globale, ainsi que du nombre total de personnes infectées.

Les conflits en Côte d'Ivoire, au Libéria et en République démocratique du Congo peuvent accroître la possibilité d'une propagation accélérée et ne faisant pas l'objet d'une surveillance adéquate.

Figure 4



Les Objectifs de développement pour le Millénaire relatifs au VIH/SIDA recommandent que la propagation du VIH soit stoppée et inversée d'ici à 2015. Comme les données les plus récentes suggèrent que les progrès réalisés contre l'épidémie en Afrique sont au mieux sporadiques, il est encore trop tôt pour dire si le continent parviendra à réaliser cet objectif.

Interdépendance des retombées du SIDA

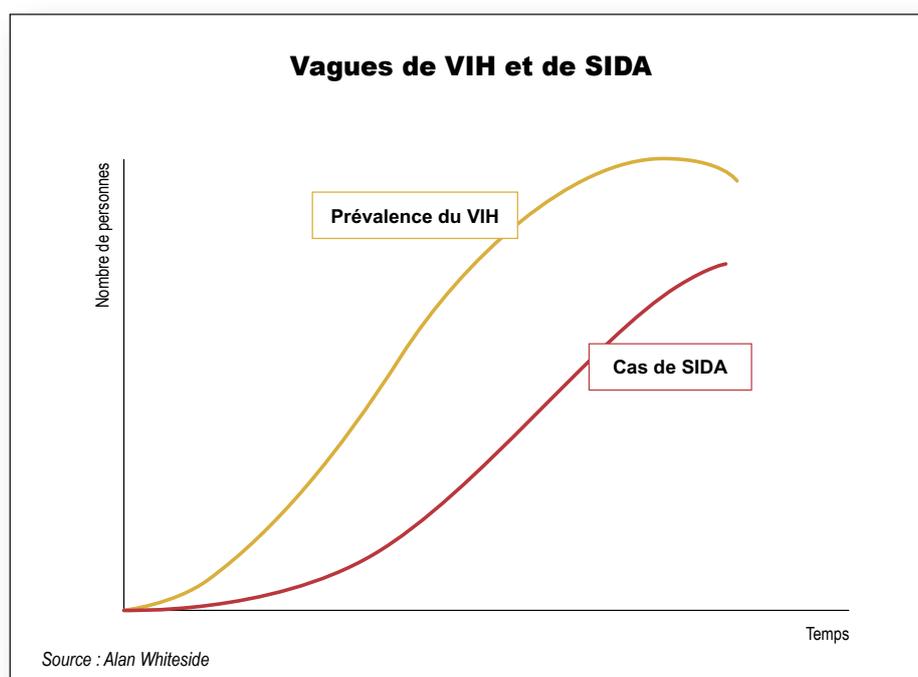
Aller au-delà des chiffres

Les chiffres bruts dénombrant les personnes infectées, les taux de prévalence et les décès ne révèlent qu'une partie des retombées du VIH/SIDA. Pour replacer dans son contexte le défi auquel l'Afrique est confrontée, il est nécessaire de décortiquer, d'humaniser et d'analyser l'enchaînement des données statistiques. Le VIH ne se borne pas à infecter et à tuer des individus ;

il détruit les familles, déstabilise les communautés, ralentit les économies, perturbe les services sociaux et affaiblit les démocraties. Des sociétés entières sont menacées d'implosion.

En Afrique australe, où le taux de prévalence chez l'adulte variait en 2001 de 5,5% à 38,8%, le nombre des victimes de l'épidémie augmentera de manière spectaculaire au cours de la prochaine décennie. L'Afrique australe représente une grande proportion des pays où un nombre de plus en plus important de personnes infectées il y a cinq ans ou plus succombent maintenant à une maladie grave et meurent. En effet, on estime qu'en 1999 près de 760 000 personnes de la région sont mortes du SIDA. Deux ans plus tard, le nombre des victimes annuelles liées au SIDA atteignait 920 000 personnes. Cette lente progression qui va d'un taux croissant d'infection à VIH à un nombre accru de décès dus au SIDA a été comparée à une série de vagues qui s'enflent pour aller ensuite déferler dans les pays les plus touchés de l'Afrique (voir Figure 5).

Figure 5



Le VIH est la première vague de l'épidémie, entré silencieusement et resté virtuellement inaperçu. Comme le graphique ci-dessus le montre, en l'absence de traitement efficace, l'infection à VIH constitue un présage annonçant ce qui va suivre. L'arrivée du SIDA, la deuxième vague, en est la suite mortelle, dont on ne peut plus ignorer les effets. Les taux d'infection à VIH d'aujourd'hui peuvent ainsi être utilisés pour prédire les répercussions vraisemblables de cette épidémie à l'avenir : le nombre de décès, l'importance des maladies et une estimation du nombre des orphelins. La « vague de SIDA » est maintenant en train de déferler sur l'Afrique australe et orientale, dévastant les familles et les communautés.

On réalise aussi de plus en plus que derrière ces deux premières vagues de l'épidémie, arrive une troisième, d'un potentiel tout aussi dévastateur (ou peut-être plus précisément un courant sous-marin qui risque de faire sombrer les sociétés) : les retombées du SIDA sur les structures économiques, politiques et des services sociaux du continent. Les tendances démographiques actuelles et l'abaissement de l'espérance de vie dans de nombreux pays africains, et en Afrique australe en particulier, confirment le fait que le SIDA peut ralentir et même inverser le processus de développement.



Des enfants des rues dans les décombres d'un bâtiment du centre-ville de Maputo (Mozambique).
 ONUSIDA/B. Neeleman

Retombées économiques

A mesure que les taux de prévalence augmentent, des économies tout entières deviennent vulnérables. Des données de plus en plus nombreuses apportent la preuve que le SIDA a des répercussions négatives sur le coût de l'entreprise, à la fois directement en ajoutant certains frais que doivent assumer les sociétés qui financent le traitement des employés malades et des systèmes d'assurance et de sécurité sociale plus coûteux, et indirectement du fait du coût de la baisse de productivité. A son tour, cette baisse de capacité productive ralentit la croissance économique. Par exemple, le produit intérieur brut (PIB) annuel devrait selon les estimations perdre en moyenne 2,6 points de pourcentage dans les pays où les taux de prévalence dépassent 20%. D'ici à la fin de la décennie, on estime que le PIB de l'Afrique du Sud sera inférieur de 17% à ce qu'il aurait été sans l'épidémie.

La fonction publique, les banques, le système judiciaire et les services collectifs essentiels, comme l'électricité, l'eau et les télécommunications (dont une grande partie est déjà en mauvais état) sont tous confrontés aux répercussions de cette même augmentation des taux de mortalité et de morbidité, ainsi que de la perte de productivité qui en résulte. L'effet des vagues successives de l'épidémie se fait sentir à nouveau, mais cette fois au niveau microéconomique. Les travailleurs infectés maintiennent leur niveau de productivité pendant plusieurs années, la première phase de leur lutte contre le virus passant pratiquement inaperçue. Lorsque le SIDA s'installe, la capacité et la productivité des travailleurs diminuent considérablement. Le personnel compétent est alors perdu, ce qui entraîne une perte critique des compétences, de l'expérience et de la mémoire institutionnelle. Cette perte va bien au-delà de ce que représente l'ensemble des personnes qui ont disparu. Le cœur même de la capacité des économies à se développer est touché. Le SIDA affecte non seulement l'offre de main-d'œuvre et la production économique, mais également la demande de produits et de services. Les familles, qui se trouvent déjà dans une situation difficile parce qu'un de leurs membres est touché par le SIDA, gagnent moins d'argent et par conséquent dépensent moins.

Dégradation des services de santé

La perte de la productivité et le ralentissement de la croissance économique se traduisent par une diminution des recettes fiscales pour les services financés par le gouvernement, ce qui paralyse la capacité des pays à lutter contre le SIDA. Dans les pays africains les plus durement touchés, les services de santé déjà fragiles perdent un personnel compétent au moment même



Hôpital de mission dirigé par des infirmières catholiques en République-Unie de Tanzanie. Le SIDA met fortement à contribution les systèmes de santé de bien des pays. Dans certains hôpitaux d'Afrique centrale et orientale, au moins 40% des lits sont occupés par des personnes affectées par le SIDA. OMS/L. Gubb

où il est le plus nécessaire. Les médecins et les infirmières qualifiés disparaissent. L'ONUSIDA a calculé que dans certains pays, les taux de morbidité et de mortalité chez les agents de santé ont été multipliés par cinq ou six du fait du SIDA. En Afrique du Sud, 17% des agents de soins de santé primaires sont infectés par le VIH, selon une étude réalisée par le Conseil de la recherche sur les sciences humaines d'Afrique du Sud. Cette étude, publiée en août 2003 à l'occasion de la première Conférence nationale sud-africaine sur le SIDA, porte sur 2 000 agents de santé et 2 000 patients dans 222 dispensaires et hôpitaux. Le personnel infirmier représentait plus de la moitié des personnes infectées, et les médecins 9%. Parmi les agents de santé non professionnels, la prévalence était estimée à 20%. Cette étude a également montré que 46% des malades des hôpitaux publics présentaient des maladies classantes du SIDA.

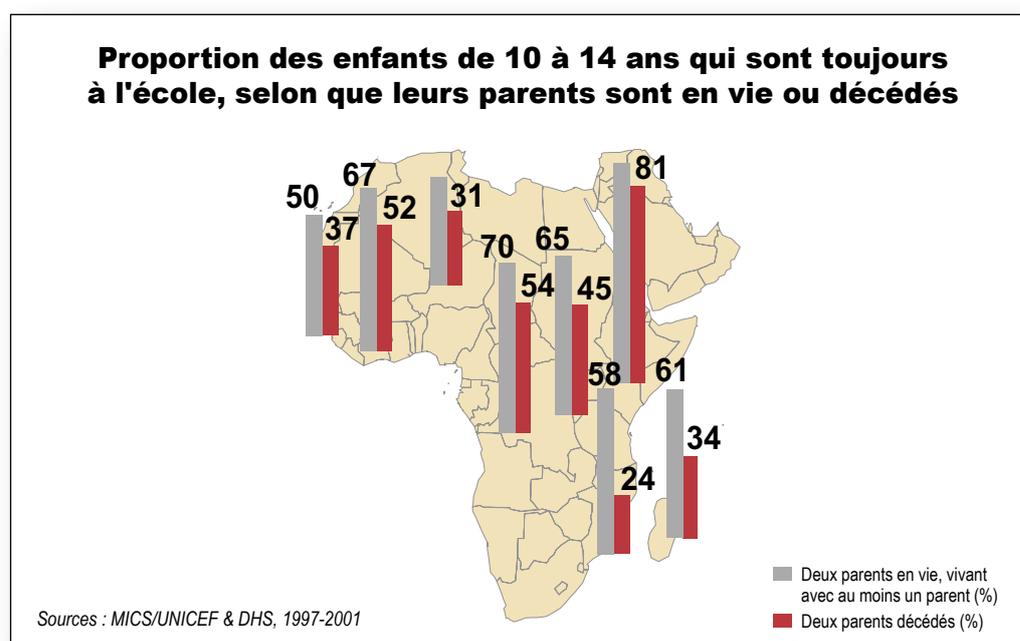
De plus, l'Afrique est actuellement un exportateur net d'agents de santé parce que la plupart des pays du continent ne peuvent pas entrer en concurrence avec les salaires offerts dans les pays développés.

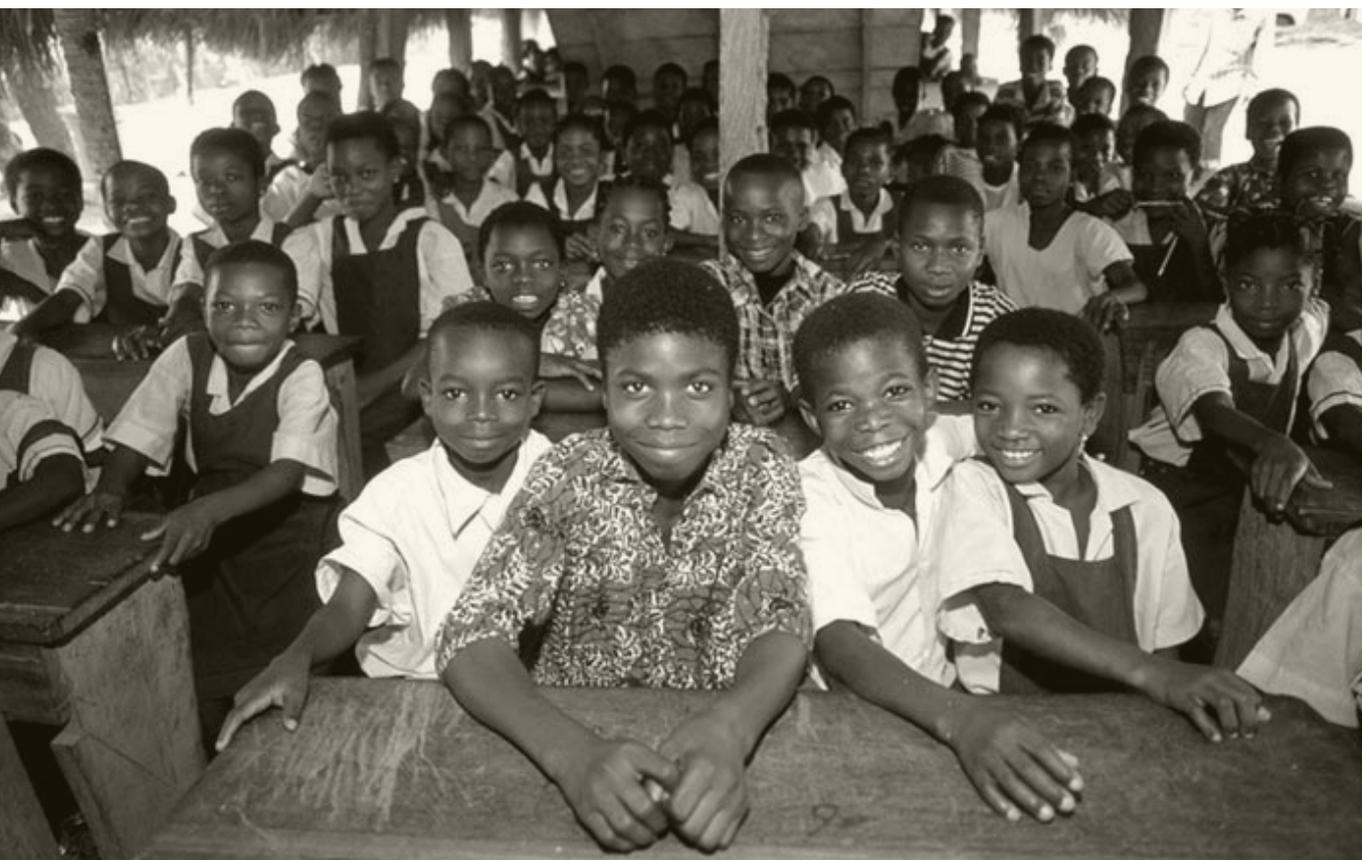
Education

L'éducation de haute qualité est une arme puissante contre le SIDA. Or, en Afrique subsaharienne, seulement 57% des enfants sont inscrits à l'école primaire. Les répercussions supplémentaires de l'épidémie de SIDA sur le système éducatif portent atteinte au droit fondamental de chaque enfant à l'éducation, ce qui augmente le nombre d'enfants qui quittent l'école à cause du SIDA, et la vulnérabilité des jeunes à l'infection à VIH.

Dans les pays à forte prévalence, un nombre important de professeurs sont malades, en train de mourir ou s'occupent de membres de la famille malades. La gestion du système éducatif est également menacée par la maladie et la mort des personnes qualifiées. En même temps,

Figure 6





Garçons et filles dans une école villageoise de la communauté de Konkon, près d'Accra (Ghana). Inclure l'éducation sur la prévention du VIH à l'école est un moyen essentiel pour atteindre les jeunes. *ONUSIDA/L. Taylor*

les jeunes (notamment les jeunes filles) sont obligés de quitter l'école pour aider à la maison. Les abandons scolaires sont particulièrement prononcés chez les orphelins qui ont perdu leurs deux parents à cause du SIDA (voir Figure 6).

De l'Agence britannique pour le Développement international nous parvient cette statistique relative au Malawi qui donne froid dans le dos : sur 1 000 enfants qui commencent l'école primaire aujourd'hui, on estime que deux seulement pourront terminer leurs études secondaires avec suffisamment de qualifications pour ensuite se diriger vers l'enseignement tertiaire ; et sur la base des projections actuelles, vraisemblablement l'un de ceux-là sera infecté par le VIH à un moment ou à un autre de sa vie. Les conséquences à long terme pour un pays pauvre comme le Malawi sont impossibles à quantifier. La seule certitude, c'est que si les investissements dans l'enseignement sont coûteux aujourd'hui, le prix de l'ignorance à payer demain sera encore plus élevé.

Le SIDA et la sécurité alimentaire

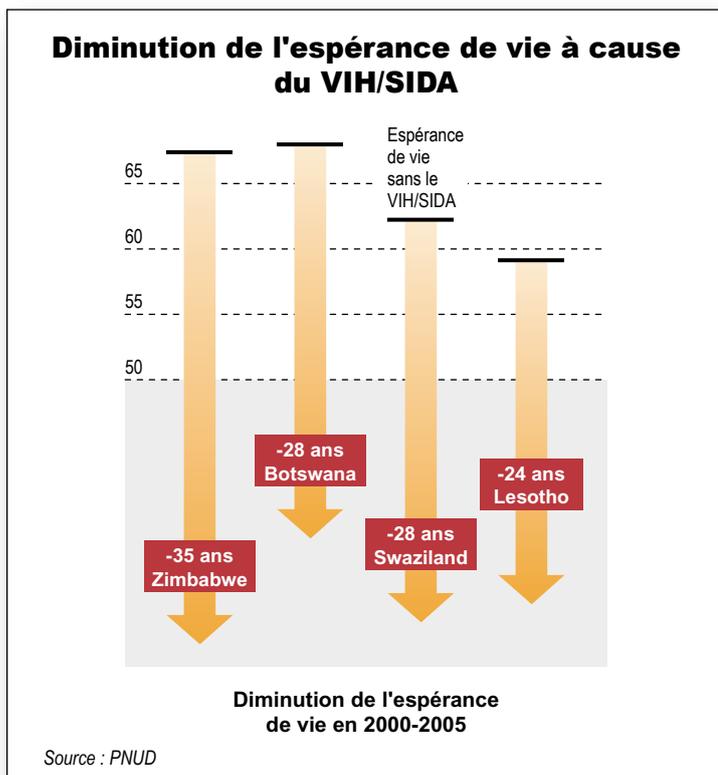
Certaines retombées politiques, économiques et sociales de l'épidémie sont évidentes depuis quelque temps, notamment dans les pays comme l'Ouganda qui a été l'un des premiers sur le continent à ressentir les effets du SIDA. Au cours de la décennie passée, alors que le nombre

des pays africains où le taux de prévalence chez l'adulte dépasse 10% est monté à 12, ces conséquences se sont aggravées et sont devenues plus apparentes, et dans de nombreux cas ont été encore pires que prévu. Certains pays d'Afrique australe entrent maintenant dans l'inconnu, leurs taux de prévalence chez l'adulte atteignant désormais plus de 30%. Il y a trois ans, le *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, 2000* de l'ONUSIDA avait tiré la sonnette d'alarme en ce qui concerne les effets possibles du SIDA sur la sécurité alimentaire dans certaines parties d'Afrique. Actuellement, avec plus de 6,5 millions de personnes qui sont confrontées à des pénuries alimentaires en Afrique australe, et un nombre croissant dans la Corne de l'Afrique, la réalité a dépassé les pires craintes de chacun. Cette situation souligne la spirale vers le bas qui se crée lorsque des crises humanitaires et des taux élevés de prévalence s'entremêlent.

Les ravages du SIDA ne sont nulle part aussi évidents que dans la région de l'Afrique australe. En 2001, 31% des décès dus au SIDA dans le monde se sont produits dans les 10 pays de l'Afrique australe qui s'efforçaient également de s'occuper de plus d'un cinquième de tous les enfants du monde devenus orphelins à cause du SIDA. Certaines parties d'Afrique sont habituées aux sécheresses et aux mauvaises récoltes périodiques. Les populations savent faire face à ces inconvénients. Ce qui est différent dans la situation actuelle, c'est la létalité du SIDA. Dans un continent où 80% de la population dépend d'une agriculture de petite échelle et de subsistance pour sa survie et son alimentation, l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) estime qu'entre 1985 et 2000, environ 7 millions de travailleurs agricoles africains sont morts du SIDA dans les 25 pays les plus affectés. Au cours des 20 prochaines années, 16 millions

pourront encore mourir si aucune riposte efficace n'est mise en place. La perte d'un si grand nombre d'individus porte un coup d'arrêt, à l'effort de développement, et l'inverse même. Selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le SIDA est un facteur majeur dans la chute globale du niveau de développement et du niveau de vie (mesurée par l'indice de développement humain (IDH)) dans 6 des 10 pays d'Afrique australe au cours des années 1990. La majeure partie de cette baisse de l'indice peut être attribuée à une diminution de l'espérance de vie, qui devrait continuer à baisser au cours des prochaines années (voir Figure 7). L'épidémie est en train d'épuiser toutes les ressources qui permettraient à la population de faire face à la situation.

Figure 7



Des évaluations de vulnérabilité effectuées en Afrique australe au cours de l'année passée montrent que les ménages affectés par la morbidité et la mortalité des adultes souffrent fortement du ralentissement de la production agricole et de la diminution des revenus. En Zambie, une évaluation de vulnérabilité de 2002-2003 a révélé que les familles d'agriculteurs dont le chef de famille était atteint d'une maladie chronique plantaient 53% de cultures de moins que les ménages sans malade chronique. Le VIH/SIDA et l'insécurité alimentaire en Afrique australe s'entretiennent l'un l'autre. Ceux qui sont malades sont moins capables d'obtenir des denrées alimentaires en temps de crise parce qu'ils sont trop faibles pour exploiter leurs champs, pour travailler contre un salaire ou pour se rendre au marché ou au centre de distribution alimentaire afin d'obtenir des aliments. La faim et la pauvreté peuvent également augmenter le risque d'infection à VIH car elles peuvent pousser les gens à adopter des stratégies risquées pour survivre (comme par exemple échanger des rapports sexuels contre de l'argent ou de la nourriture). L'ONG internationale Save the Children, qui a recueilli des données montrant une augmentation de ces rapports sexuels proposés pour survivre par des jeunes femmes africaines désespérées dans les situations de conflit, a signalé qu'en 2002 la crise alimentaire en Afrique australe semblait déclencher une situation semblable.

Le SIDA et la gouvernance

La perte incessante de ressources humaines précieuses dans les pays les plus affectés par le VIH/SIDA a laissé ces derniers vulnérables vis-à-vis d'autres crises : famines et sécheresses, et épidémies d'autres maladies transmissibles. Ces conditions peuvent également avoir des conséquences à long terme pour la participation politique et la croissance des institutions démocratiques. Si les électeurs sont trop malades pour aller voter, si les fonctionnaires meurent trop vite pour assurer les services publics, et si les parlements et les ministères sont paralysés par les défis auxquels ils doivent faire face, la démocratie survivra-t-elle dans un monde avec le SIDA ? Cette épidémie est déjà associée à des violations des droits de l'homme, à l'inégalité entre les sexes et à la marginalisation de groupes en situation de haut risque d'infection, comme les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Allons-nous aussi assister à une augmentation de l'extrémisme politique ou religieux à mesure que l'épidémie s'étend ? La corruption augmentera-t-elle à mesure que les gens cherchent désespérément à se procurer de coûteux médicaments anti-SIDA ? Ces questions dérangent, mais ce sont celles-là mêmes que les chercheurs commencent maintenant à poser.

Certains parlementaires africains, représentants élus de leurs circonscriptions, sont déjà affectés par le virus. Au Malawi par exemple, l'ancien président du Parlement a déclaré en 2001 lors de l'inauguration d'un atelier de sensibilisation au SIDA que plusieurs députés étaient morts de maladies liées au SIDA au cours des quatre années précédentes. Une étude réalisée en 2001 sur les répercussions du VIH/SIDA sur les trois agences centrales du gouvernement du Royaume du Swaziland (ministères des finances, de la planification économique et du développement) a prédit une perte de 32% du personnel du fait de l'épidémie d'ici à 2021. De ce fait, 1,6% de personnel supplémentaire devra être remplacé chaque année afin de maintenir les effectifs actuels.

Et ce ne sont pas seulement les structures de l'Etat qui sont touchées par ces conséquences. Les organisations de la société civile sont également très vulnérables à la disparition de certaines personnes essentielles parce qu'elles dépendent en grande partie de bénévoles motivés et énergiques. Etre malade ou s'occuper d'un membre de la famille malade réduit le temps consacré au travail bénévole. Ceci est encore aggravé par le fait qu'une grande partie du travail de sensibilisation et de campagne, notamment contre la stigmatisation et la discrimination qui entourent l'épidémie, est réalisée par des personnes qui vivent avec le VIH, dont les propres vies sont écourtées par la maladie et la mort. Une étude réalisée dans le KwaZulu-Natal (Afrique du Sud) a fourni des données prouvant que le SIDA compromet les capacités des organisations locales de la société civile parce qu'il entraîne la perte à la fois des membres du personnel et des bénévoles. Cette étude ainsi que l'exemple du Malawi cité ci-dessus démontrent que l'usure causée par le VIH/SIDA nuit aux ripostes nationales contre le SIDA et porte également atteinte au processus démocratique.

Il est ironique de constater que le SIDA a parfois encouragé le processus démocratique. Dans les pays durement touchés, l'augmentation de l'activisme lié au SIDA a montré le pouvoir de l'opinion publique lorsque le gouvernement et la population ne sont pas d'accord. En Afrique du Sud, les pressions du public émanant des groupes de la société civile ont joué un rôle majeur dans la décision prise par le gouvernement en août 2003 de commencer à administrer les antirétroviraux au sein du système de santé publique. Le travail réalisé pour créer les capacités de législateurs nationaux et des autorités locales dans les domaines liés au SIDA a également renforcé les mécanismes démocratiques. Les efforts visant à réduire la discrimination liée au SIDA ont dans certains cas renforcé la législation relative aux droits de l'homme, ce qui a conduit à une meilleure connaissance des droits de l'homme et à une plus grande assurance pour exiger qu'ils soient respectés.



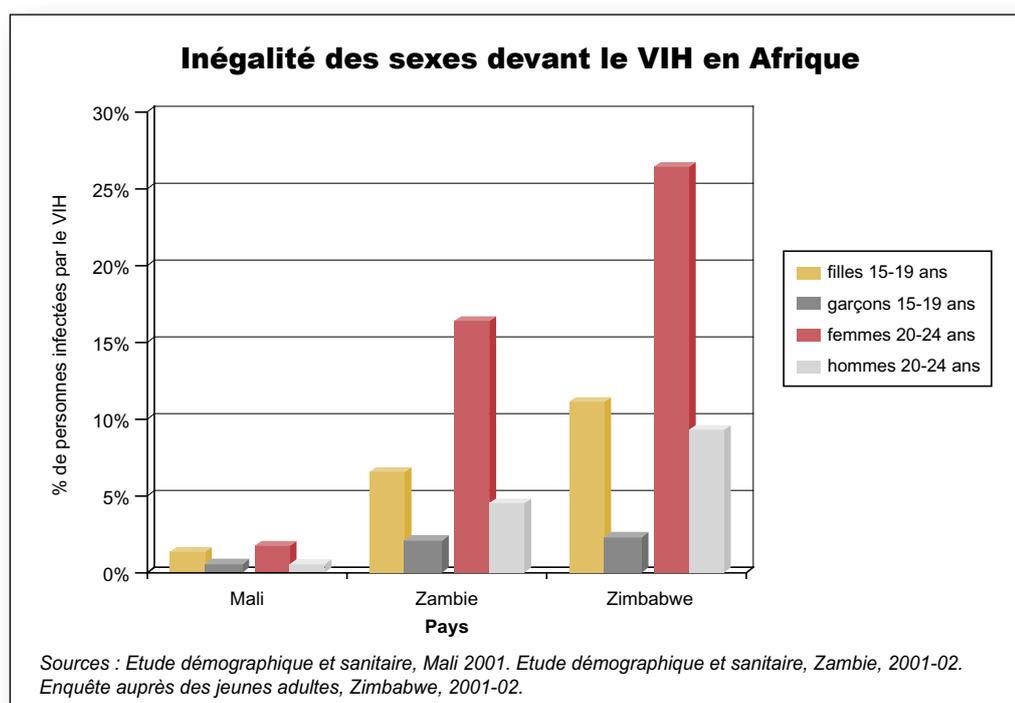
Marie, une femme séropositive au VIH, avec sa fille (également séropositive) dans une township de Soweto (Afrique du Sud).
 ONUSIDA/G. Pirozzi

Femmes et orphelins – une vulnérabilité accrue

Les Africaines et le SIDA

Les terribles répercussions du VIH/SIDA sur les femmes en Afrique ne sont véritablement évidentes que maintenant. Aujourd'hui, les femmes représentent 58% des personnes infectées en Afrique subsaharienne. Dans presque tous les pays, les taux de prévalence sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Ces inégalités entre les sexes devant les infections semblent être prononcées surtout vis-à-vis des jeunes Africaines, c'est-à-dire l'avenir du continent (voir Figure 8). Les adolescentes de l'Afrique subsaharienne risquent trois à quatre fois plus d'être infectées que les garçons.

Figure 8



« C'est quelque chose qui devrait nous faire profondément honte, à nous hommes africains, et nous mettre en colère . »

— Remarque prononcée à propos des inégalités entre les sexes devant le SIDA en Afrique par Kofi Annan, Secrétaire général des Nations Unies, à Abuja (Nigéria) lors du Sommet africain de 2001 sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses

Ce qu'illustrent ces chiffres, par dessus tout, c'est la vulnérabilité des femmes et des filles – une vulnérabilité ancrée dans un pouvoir ou une autonomie sexuels limités. Comme dans une grande partie du reste du monde, tout un ensemble de désavantages économiques, sociaux et politiques entravent l'indépendance économique de la femme, ses possibilités d'éducation, et son accès à l'information et aux structures sanitaires. Le mélange des âges (c'est-à-dire, les relations sexuelles entre des femmes jeunes et des hommes plus âgés) est une caractéristique de nombre de sociétés africaines où la prévalence du VIH est élevée. Etant donné les déséquilibres de pouvoir au sein de ces relations, une grande partie des jeunes femmes ne sont pas capables de négocier des rapports sexuels protégés. Le mariage en lui-même n'offre aucune protection contre le VIH pour les jeunes femmes. Une étude réalisée au Zimbabwe a montré que la majorité des femmes séropositives avaient été infectées par leur mari. Dans une étude chez les femmes déplacées à l'intérieur du pays, en Sierra Leone, plus de la moitié des femmes interrogées ont dit que leur mari avait le droit de les battre, et que c'était le devoir d'une femme d'avoir des rapports sexuels avec son mari même si elle ne le souhaitait pas.

Non seulement les femmes sont extrêmement vulnérables à l'infection, mais elles doivent assurer la plus grosse partie des soins apportés aux malades et aux mourants. Après des années de ce travail, nombre de veuves peuvent perdre leur logement et être mises au ban de la société, car la famille de leur mari réclame la maison familiale, les terres et même parfois les enfants. De plus, dans une communauté après l'autre, les femmes âgées constituent le dispositif de protection économique et psychologique pour les petits-enfants devenus orphelins à cause du SIDA. La structure de la famille élargie a été la riposte communautaire la plus efficace à la crise du SIDA, et les femmes se trouvent au centre de cette structure. Et pourtant, il est très rare que leurs besoins soient pris en considération dans les programmes sur le SIDA. A mesure que les programmes de thérapie antirétrovirale s'intensifient, il sera essentiel de faire en sorte que les femmes séropositives au VIH en bénéficient tout autant que les hommes.

« Nous venons juste de comprendre que, pour ce qui concerne le SIDA, l'inégalité entre les sexes a des conséquences mortelles... Nous n'avons jamais dû faire face à une situation comme celle-ci. Ce que nous voyons, c'est une sorte de cauchemar darwinien, dans lequel la survie du meilleur a pour résultat l'annihilation des femmes. »

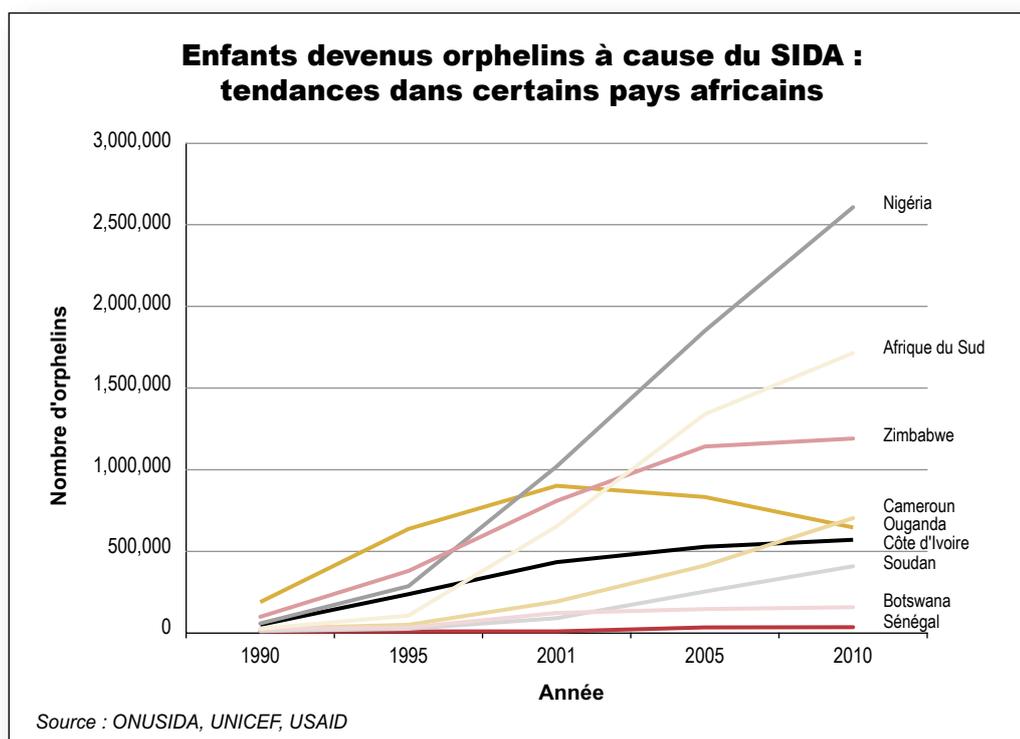
— *Stephen Lewis, Envoyé spécial des Nations Unies pour le VIH/SIDA en Afrique*

Grandir seul

Cette situation a des conséquences dévastatrices sur les personnes les plus vulnérables du continent, les enfants africains. Une fois encore, les statistiques sont bouleversantes : plus de 11 millions d'orphelins africains aujourd'hui, 20 millions d'ici à 2010 (voir Figure 9 pour des chiffres concernant certains pays). Ces chiffres astronomiques créent un problème énorme et

jusqu'à présent nous n'avons que peu de solutions. La famille élargie et la bonne volonté de la communauté ne peuvent tout simplement pas absorber ce nombre d'orphelins. Une grande partie des communautés sont déjà submergées. Dans 12 pays du continent, on prévoit que d'ici à 2010 les orphelins représenteront au moins 15% de tous les enfants âgés de moins de 15 ans.

Figure 9



Le nombre des orphelins a des conséquences complexes et multiples sur la société. En général, il y a une corrélation entre le nombre croissant d'orphelins et l'augmentation du nombre des jeunes gens sans éducation, mal socialisés, mal nourris et vulnérables, et ceci à son tour renforce l'instabilité sociale. Avoir une autre bouche à nourrir rend la situation des familles encore plus difficile, et les autres enfants encore plus vulnérables. Si un enfant a perdu un parent à cause du SIDA, il ira moins souvent à l'école et devra plus souvent commencer à travailler à temps plein. Un examen réalisé par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) dans 20 pays de l'Afrique subsaharienne a montré que les enfants âgés de 5 à 14 ans qui avaient perdu un de leurs parents ou les deux avaient moins de chances d'être à l'école et plus de chances de travailler plus de 40 heures par semaine.

Il est difficile de mettre en évidence les répercussions à long terme sur les orphelins eux-mêmes. La profonde tristesse ressentie à la suite de la perte des parents, la peur de l'avenir, les soucis concernant les circonstances économiques immédiates et la discrimination et l'isolement sont des éléments difficiles à quantifier, mais il ne faut pas être grand clerc pour imaginer les consé-

quences. Vingt ans après l'apparition de l'épidémie, une génération d'enfants rendus orphelins par le SIDA sort de l'enfance privée de stabilité, d'amour et de protection. Quels adultes vont-ils devenir ?

Même dans les pays où les taux d'infection ont maintenant baissé, le nombre d'enfants orphelins à cause du SIDA continuera à augmenter dans un avenir prévisible en raison du décalage entre l'infection et la mort. En Ouganda par exemple, le nombre d'orphelins de moins de 15 ans a continué à croître même après que l'épidémie a atteint son point culminant, et c'est seulement maintenant qu'il devrait passer de 14,6% en 2001 à une estimation de 9,6% en 2010. Même les pays dotés de ripostes efficaces au SIDA ne s'éveillent que maintenant à l'ampleur de la crise actuelle et future concernant les orphelins. Une action immédiate et soutenue doit être entreprise à tous les niveaux : international, national et communautaire.



Des enfants dans le préau du foyer de Hillbrow à Johannesburg (Afrique du Sud). Des enfants rendus orphelins par le SIDA, dont beaucoup sont séropositifs, vivent dans le foyer. *ONUSIDA/G. Pirozzi*

2. Les fondements d'une riposte efficace

Les actions efficaces visant à barrer la route à l'épidémie sont de plus en plus nombreuses. Mais jusqu'à présent aucun remède miracle, aucune formule magique unique n'a pu être utilisée partout. L'efficacité de la riposte repose sur une action qui associe prévention et traitement, et sur des programmes capables d'agir sur les répercussions présentes et futures du SIDA. Des pays différents et des circonstances différentes exigent la mise en place de stratégies différentes. De même que la trithérapie attaque le VIH chez un individu sur plusieurs fronts, de même faut-il que les ripostes nationales aient recours à un ensemble de moyens pour obtenir un effet maximal. Les exemples cités dans ce chapitre illustrent la manière dont l'Afrique peut inverser le cours du SIDA à condition qu'un cadre approprié soit mis en place et que les activités entreprises aient l'ampleur voulue.

Pour être efficace, la riposte nationale au SIDA en Afrique devrait comporter au minimum les éléments de base suivants :

1. l'engagement des responsables africains appartenant à tous les secteurs de la société ;
2. des mécanismes institutionnels qui favorisent des politiques et des programmes rigoureux pour parvenir à des objectifs mesurables ;
3. un élargissement de la riposte de manière à faire participer autant de secteurs de la société que possible, notamment les personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
4. la diminution de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des groupes vulnérables et l'intensification des actions visant à apporter une réponse aux besoins des groupes marginalisés et les plus exposés, notamment les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les détenus, les travailleurs migrants et les personnes déplacées à la suite d'un conflit.

Pris ensemble, tous ces éléments créent un environnement dans lequel les nations africaines et leurs partenaires internationaux peuvent accroître les efforts destinés à la prévention et au traitement, et atténuer les conséquences du SIDA.

Prendre la direction des opérations

Pour une riposte efficace au SIDA, il faut une volonté politique forte. Partout, les gouvernements devraient soutenir les interventions qui réduisent le risque d'infection de leurs ressortissants, notamment les plus vulnérables. Lorsque les principaux dirigeants d'une nation se sont engagés et participent pleinement à la riposte, on constate une différence spectaculaire. Les communautés s'ouvriront sans doute plus facilement et participeront à l'action destinée à prévenir de nouvelles infections à VIH et à fournir des soins pour ceux qui sont déjà infectés.

Dirigeants nationaux

En 1986, M. Yoweri Kaguta Museveni, Président de l'Ouganda, a été l'un des premiers dirigeants africains à parler ouvertement du SIDA. Il a reconnu la menace très tôt lorsqu'il a découvert parmi ses officiers un taux élevé de prévalence du VIH. L'Ouganda a également été le premier pays à établir une Commission nationale du SIDA, le premier à lancer une vraie riposte multisectorielle et à fournir des services de conseil et de test volontaires pour le VIH qui ont fait école. Ces mesures n'étaient pas sans risque. Pendant un certain temps, l'Ouganda est devenu le stéréotype et a été stigmatisé comme étant l'épicentre du SIDA. Il aurait été plus facile peut-être de rester silencieux, mais une intervention vigoureuse et précoce a été récompensée par des progrès inégalés.

Des mesures semblables sont maintenant prises par les dirigeants des autres pays (voir encadré sur le Botswana). Au Kenya, le gouvernement récemment élu, dirigé par le Président Mwai Kibaki, a déclaré que la lutte contre le SIDA serait une nouvelle priorité, et a fait suivre d'actes ses bonnes paroles. Le Président a nommé un Comité ministériel sur le VIH/SIDA composé de neuf membres, qu'il préside personnellement, et s'est déclaré résolu à faire baisser le taux d'infection au Kenya, qui est actuellement de 15%. Le pays sera également l'hôte de la Conférence internationale de 2003 sur le SIDA et les

IST en Afrique. Cette détermination renouvelée est soutenue par les ressources émanant du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et le PPS de la Banque mondiale. Un accord de subvention, qui a été signé en juin 2003 entre le Kenya et le Fonds mondial, fournira US\$ 37 millions pour la lutte contre le SIDA dans le pays. Au cours des

Le Botswana – un modèle de détermination

Le Botswana est sous de nombreux aspects un pays africain modèle : les activités de développement ont été couronnées de succès importants, et il y règne une démocratie stable. Malheureusement, ces réussites n'ont pas été suffisantes pour empêcher le pays de devenir l'un des plus durement touchés par le VIH/SIDA dans le monde. Les taux de prévalence ont grimpé de 18% en 1992 à 38,8% en 2002. On estime actuellement qu'environ 230 000 personnes sont séropositives. La forte prévalence menace en ce moment les efforts de développement du pays. Les taux de mortalité infantile ont augmenté pour passer de 48 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1991, à 56 en 2001, et l'espérance de vie à la naissance devrait baisser de 67 ans à 47 ans d'ici à 2010.

Toutefois, le Botswana refuse d'abandonner la lutte contre le virus. Au contraire. Sous la direction du Président Festus Mogae, qui préside le Conseil national du SIDA, le Botswana a adopté une riposte globale multisectorielle qui est largement financée par le gouvernement. On estime que pour l'exercice financier 2002-2003, le gouvernement dépensera US\$ 69,8 millions pour des programmes liés au VIH/SIDA, ce qui représente 60% du total des dépenses relatives au VIH/SIDA dans le pays, à l'exclusion des frais indirects.

Des activités de promotion de la santé et d'intervention ont été mises en œuvre dans tout le pays. Des campagnes nationales d'information se concentrent sur les modes de transmission et de prévention du VIH et des IST et une utilisation régulière du préservatif, ainsi que sur l'importance des droits de l'homme et des droits civils des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Des interventions ont également été mises au point pour la prise en charge et le soutien de ceux qui sont infectés et affectés par le VIH.

La maladie ayant atteint un stade épidémique, les taux de mortalité devaient augmenter. Ceci étant, le gouvernement a pris deux décisions de politique générale importantes : en 1998, il a décidé de fournir une thérapie gratuite pour la prévention de la transmission mère-enfant (TME) du virus, et en 2001, il a approuvé des plans pour la fourniture gratuite d'antirétroviraux dans le cadre de la politique nationale globale de soins.

Le programme pilote relatif à la TME a commencé en 1999 à deux endroits, Gaborone et Francistown, et a été étendu à tout le pays en 2002. En décembre 2002, on estimait qu'on était parvenu à réduire de 21,9% la transmission mère-enfant.

Le programme de thérapie antirétrovirale (connu sous le nom de « Masa », mot setswana qui signifie « aube nouvelle », a été mis au point par le Ministère de la Santé, en partenariat avec l'African Comprehensive HIV/AIDS Partnership (créé conjointement avec la Fondation Bill et Melinda Gates, la Fondation Merck et la société de consultants en gestion McKinsey & Company). (Voir encadré page 61.) Sur les 330 000 personnes séropositives au Botswana, environ un tiers ont besoin d'antirétroviraux. A la date de juillet 2003, 10 415 malades s'étaient inscrits au programme, 6 791 recevaient des antirétroviraux, et 486 étaient décédés, rappel douloureux qu'une action urgente est nécessaire.

deux prochaines années, une partie de ces fonds sera consacrée à la thérapie antirétrovirale de 6 000 Kenyans.

Le PPS a fourni US\$ 50 millions dont le Kenya a déjà utilisé plus de 20 millions. Ces fonds PPS ont renforcé l'ensemble de la capacité nationale à lutter contre le VIH/SIDA, soutenu les actions entreprises dans plusieurs ministères, financé plus de 1 000 projets de la société civile dans tout le pays, et installé un mécanisme de transparence pour le versement des fonds.

Elargir l'équipe dirigeante

Les chefs d'Etat et de gouvernement ne sont pas les seuls hommes politiques qui peuvent modifier le cours des choses dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les ministres siégeant au cabinet et les parlementaires des pays africains ont également un rôle directeur crucial à jouer lorsqu'il s'agit d'élaborer des stratégies, des politiques et des programmes efficaces. Les parlementaires peuvent également rendre les gouvernements responsables de la mise en œuvre des plans nationaux contre le SIDA. Les hommes politiques qui ont les compétences requises peuvent également transmettre les messages de prévention dans les zones qu'ils représentent, qu'elles soient rurales ou urbaines, de même qu'ils peuvent expliquer les exigences et besoins locaux particuliers devant les organes décideurs.

Les assemblées de district et les gouvernements locaux jouent un rôle vital dans l'élaboration et la surveillance des ripostes au SIDA au niveau local. En 1998, le PNUD, le Secrétariat de l'ONUSIDA et les maires et chefs de municipalités africains ont formé l'Alliance des maires et des responsables municipaux sur le VIH/SIDA en Afrique. Cette alliance a mobilisé au moins 70 municipalités de 17 pays pour concentrer leurs efforts sur les moyens les plus efficaces de lutter contre les répercussions dévastatrices de l'épidémie de VIH sur le continent.

La responsabilité de la direction des opérations n'appartient pas exclusivement aux gouvernements. Mobiliser les dirigeants des horizons les plus divers, politiques, religieux, éducatifs et traditionnels, est essentiel à la viabilité des programmes et des interventions. Ils montrent l'exemple qui encouragera d'autres à agir. Les présidents, les prêtres, les pop stars, les parents et les personnes vivant avec le VIH ont tous leur rôle à jouer.

Tableau 1

Qui tient les rênes	
Pays dont les dirigeants gèrent la riposte au SIDA	
Pays	Président de l'organe de coordination de l'action nationale contre le SIDA
Afrique du Sud	Vice-Président
Botswana	Président
Burkina Faso	Président
Burundi	Président
Cap-Vert	Premier Ministre
Congo	Président
Ethiopie	Président
Ghana	Président
Kenya	Premier Ministre
Madagascar	Président
Mozambique	Premier Ministre
Namibie	Ministre de la Santé*
Niger	Président
Nigéria	Président
Sénégal	Premier Ministre
Swaziland	Président
Togo	Président

* Le Président de la Namibie est membre de la Commission nationale pour le SIDA

Les chefs de village, les chefs religieux, les guérisseurs traditionnels et d'autres personnalités importantes sur le plan local peuvent également avoir une influence sur le changement de comportement et sur la prévention du VIH. Leurs messages ont souvent une grande influence au sein de leurs communautés, et ils ont l'autorité nécessaire pour une mise en œuvre réussie des initiatives locales. Leur participation augmente également l'adhésion au niveau local aux efforts de prévention, de prise en charge et de traitement, et encourage une mise en œuvre plus efficace des plans nationaux contre le SIDA. Le système de gouvernement décentralisé de l'Ouganda est censé avoir été l'un des éléments les plus efficaces de sa propre riposte nationale au SIDA, riposte que le nouveau gouvernement kenyan est très désireux de suivre. Au Mozambique, les « *currandeiros* », ou guérisseurs traditionnels, ont reçu une formation concernant la prévention du VIH et des préservatifs à distribuer. Dans les villages de la République-Unie de Tanzanie, les sages-femmes traditionnelles ont reçu un matériel stérile, des gants et une formation pour effectuer des accouchements sans risque.

Le législateur – pour représenter la volonté de la population africaine

Une ressource sous-employée de la riposte africaine au SIDA est le pouvoir législatif de l'Etat. Les législateurs sont avant tout les représentants directs de la population qui les a élus, et leur

responsabilité consiste à apporter une solution aux besoins de leurs électeurs dans les parlements nationaux. Les législateurs peuvent être les initiateurs de lois qui :

- renforcent les droits des groupes marginalisés, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les personnes vivant avec le VIH ;
- assurent l'égalité d'accès au traitement et aux soins pour les femmes et les hommes ;
- protègent les droits en matière de propriété et d'héritage des veuves et des enfants devenus orphelins ;
- traitent des questions comme l'éducation sexuelle à l'école, la garde et le soin des enfants, et le conseil et le test volontaires.

Les parlements peuvent également revoir les pratiques traditionnelles (comme la mutilation des organes génitaux de la petite fille et l'âge de l'initiation ou du consentement sexuels) qui peuvent faire obstacle à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en ce qui concerne le VIH. L'Afrique du Sud

Les tradipraticiens, ou *sangomas*, qui dispensent la médecine traditionnelle et des remèdes à la majorité de la population rurale d'Afrique du Sud, ont été entraînés dans la lutte contre le SIDA. Les ONG ont enseigné aux guérisseurs l'importance de l'hygiène et de l'éducation pour lutter contre la propagation du VIH. ONUSIDA/L. Gubb



a par exemple adopté une loi sur l'emploi et l'égalité entre les sexes, qui interdit formellement la discrimination fondée sur l'état sérologique vis-à-vis du VIH. Cette loi interdit également les tests obligatoires sauf si ces tests sont considérés comme justifiés dans des conditions extrêmement restreintes décrites dans la loi.

En dehors du parlement, le législateur peut également :

- aider à mobiliser la riposte au SIDA dans sa circonscription, et sensibiliser ses électeurs à la lutte contre le SIDA ;
- éduquer ses électeurs et veiller à ce que les programmes de prise en charge et d'appui soient élaborés au sein de sa communauté ;
- mobiliser et faire participer les organisations à assise communautaire ou religieuse, les chefs traditionnels, le secteur privé, les syndicats, la société civile et les autres membres du parlement ;
- améliorer la sensibilisation au SIDA en encourageant publiquement une modification du comportement, en lançant des messages de prévention et en dénonçant la stigmatisation et la discrimination.

Les législateurs africains sont de plus en plus nombreux à porter leur attention sur le SIDA. Par exemple, le Forum parlementaire de la Communauté de Développement de l'Afrique australe (SADC) a créé un Comité permanent sur le VIH/SIDA et mis au point un plan stratégique pour renforcer une grande partie des éléments mentionnés ci-dessus. De plus, le *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/SIDA, la législation et les droits de l'homme*, résultat du partenariat grandissant entre l'Union interparlementaire et l'ONUSIDA, qui a été lancé en Namibie, a permis de renforcer la participation et les actions des parlementaires aux niveaux national et régional.

Au-delà des frontières : des initiatives régionales se dessinent

La nature mondiale de la pandémie signifie qu'aucun pays ne peut lutter seul contre le SIDA. La maladie ne respecte pas les frontières nationales. De tous les coins du continent, un mouvement se dessine vers une amélioration de la coordination, de la concertation et de la vigueur des actions entreprises pour contenir l'épidémie.

Les marchés de la main-d'œuvre migrante, les corridors empruntés par les voyageurs et les itinéraires des transports routiers vulnérables ne peuvent être traités unilatéralement par aucun pays. La coopération régionale encourage également la normalisation des cadres et des politiques juridiques applicables au traitement et à l'achat des médicaments. En Afrique de l'Ouest, par exemple, une subvention de US\$ 16,6 millions accordée par la Banque mondiale finance les efforts de cinq pays côtiers (Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana, Nigéria et Togo) pour améliorer l'accès aux services de prévention et de soins le long d'un grand corridor de transport qui unit

Abidjan à Lagos. Ce projet de « corridor régional » est destiné aux populations vulnérables comme les migrants, les chauffeurs routiers et les professionnel(le)s du sexe.

Le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD), peut-être l'initiative politique et économique la plus importante pour tout le continent, a inclus le SIDA dans sa stratégie de santé et prévoit de le faire aussi dans d'autres stratégies sectorielles d'ici peu. La SADC a également mis au point une stratégie globale multisectorielle pour le VIH/SIDA. Le Marché commun de l'Afrique orientale et australe (COMESA) a inscrit le SIDA dans ses politiques et programmes relatifs aux questions d'égalité entre les sexes et l'inclura très bientôt dans toutes ses activités sectorielles.

En février 2003, Kofi Annan, Secrétaire général des Nations Unies, a créé la Commission de haut niveau sur le VIH/SIDA et la gouvernance en Afrique (CHGA) pour aider les responsables africains à renforcer leur riposte au VIH/SIDA. Située au sein de la Commission économique pour l'Afrique à Addis-Abeba (Ethiopie), cette Commission organise des enquêtes élargies sur les répercussions de l'épidémie en Afrique et les ripostes envisagées. L'ONUSIDA participe étroitement au travail de cette commission qui s'efforcera principalement de faire



Sur la route principale Zambie-Tanzanie, la Fondation médicale africaine a mis sur pied des programmes d'éducation par les pairs avec les chauffeurs routiers. L'autocollant sur ce camion indique que « Les préservatifs préviennent le SIDA ». OMS/ONUSIDA/L. Gubb

mieux comprendre les liens entre le VIH/SIDA, la bonne gouvernance, le développement, la paix et la sécurité.

Comme suite à la Déclaration d'Abuja adoptée lors du Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses, l'organisation AIDS Watch Africa, sous la houlette de M. Olusegun Obasanjo, Président du Nigéria, vient encore renforcer les engagements de huit chefs d'Etat africains vis-à-vis de la lutte contre le VIH/SIDA.

En 2002, l'Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le VIH/SIDA (OPDAS) a été créée avec l'aide de l'ONUSIDA et de l'International AIDS Trust. L'OPDAS, actuellement présidée par la première dame du Gabon, Mme Edith Lucie Bongo, donne aux questions relatives au SIDA un profil politique élevé. Lors du Sommet de l'Union africaine (UA) de juillet 2003 à Maputo (Mozambique), l'Assemblée générale de l'OPDAS a recommandé d'entreprendre une action soutenue et efficace en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination, de mobiliser les ressources financières et opérationnelles afin de lutter contre l'épidémie, et préconiser des stratégies de traitement et de prise en charge efficaces. Un autre groupe de premières dames conduites par Chantel Biya (Cameroun), Synergies Africaines, insiste sur le développement en Afrique et encourage la création de partenariats et d'actions efficaces contre le SIDA.

Il existe d'autres exemples de coordination régionale efficace sur le continent, comme l'Initiative des pays des Grands Lacs dans la lutte contre le SIDA (GLIA) en Afrique centrale. L'initiative syndicaliste de la Banque mondiale donne au SIDA une priorité beaucoup plus élevée que par le passé. L'Union africaine et la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) ont récemment lancé toutes les deux de nouveaux services SIDA.

Ces organismes régionaux constituent des moyens d'intervention puissants pour l'élaboration de stratégies nationales contre le VIH/SIDA plus concrètes et plus polyvalentes. Il reste encore beaucoup à faire toutefois pour renforcer la cohérence politique entre les pays et pour préciser les positions et les besoins africains dans les négociations internationales. Il faut qu'ils fassent en sorte que les questions liées au SIDA soient considérées comme faisant partie intégrante des mesures visant la réduction de la pauvreté et les échanges, de la stabilité économique et politique et de la sécurité régionale et mondiale.

Institutions nationales pour le SIDA

La plupart des pays africains sont actuellement dotés de structures institutionnelles spécifiquement conçues pour le VIH/SIDA. Ces commissions nationales du SIDA ont été chargées d'appliquer des mesures relatives à la prévention, et de plus en plus à la prise en charge et au traitement. Certains pays ont également créé des ministères du SIDA dirigés par des ministres du cabinet chargés principalement d'intégrer les stratégies concernant le VIH/SIDA dans les actions courantes de divers secteurs du gouvernement.

Mais un grand nombre de nations africaines doivent donner à la lutte contre le SIDA un cadre opérationnel plus clair. Il faut que les déclarations et les plans stratégiques nationaux se transforment en actions concrètes. Tout d'abord, il faut établir un ordre de priorité pour les plans stratégiques et définir leurs coûts. Et, à mesure que les plans sont mis en œuvre, les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux doivent effectuer des examens périodiques pour augmenter l'efficacité et la transparence (voir encadré sur le Kenya). A mesure que les ressources mondiales orientées vers les ripostes au SIDA augmentent, la question de leur gestion devient de plus en plus urgente. La capacité des gouvernements et des institutions africains à diriger correctement les opérations sur les plans politique et technique lors de l'élaboration de ripostes nationales est une condition essentielle pour attirer des financements extérieurs suffisants.

Kenya – Examen du programme commun contre le SIDA

La détermination du Kenya à construire une riposte efficace et élargie au VIH/SIDA est illustrée par la création d'un processus d'examen multisectoriel applicable au Plan stratégique national kenyan contre le VIH/SIDA pour 2000-2005. Le premier examen commun du Programme contre le SIDA, entrepris en mai 2002, a préparé le terrain pour d'autres examens réguliers de la situation et pour l'identification des retards, en vue de faire progresser la riposte et de renforcer l'adhésion nationale. Un deuxième examen a eu lieu en février 2003.

Le Conseil national de lutte contre le SIDA (CNLS) du gouvernement kenyan coordonne le processus d'examen commun, tandis que les groupes de la société civile, les donateurs et autres parties prenantes apportent leur contribution en ce qui concerne les préparatifs et l'appui financier et technique. Cinq groupes techniques composés chacun de 10 à 30 représentants des principales parties prenantes et conduits par un représentant de haut niveau du CNLS fournissent l'essentiel de l'examen qui repose sur cinq objectifs stratégiques généraux contenus dans le Plan stratégique national : prévention et sensibilisation ; traitement et prise en charge ; planification et budgétisation ; surveillance et évaluation ; et gestion et coordination.

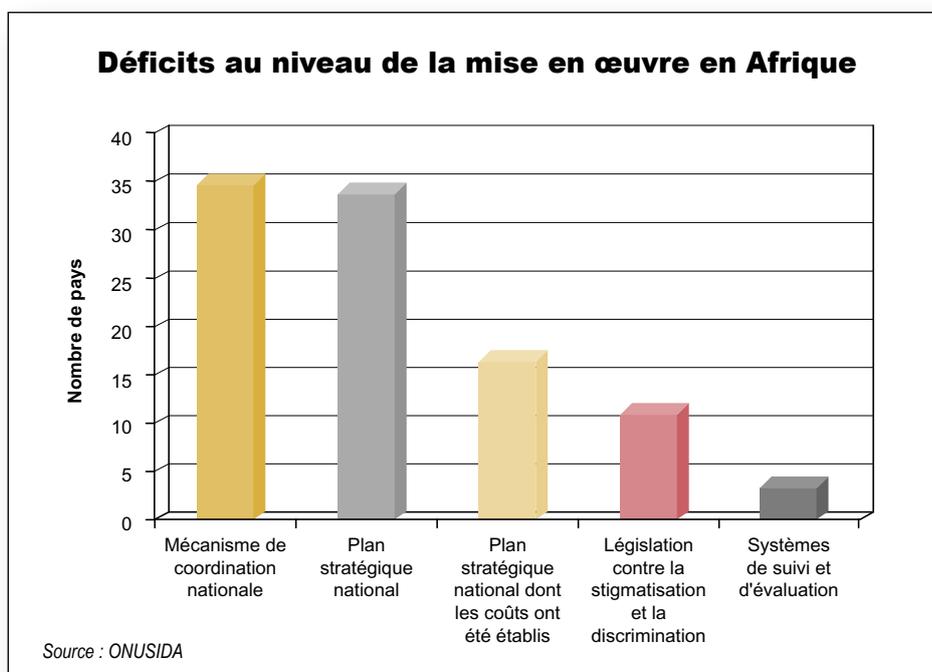
Pendant le premier examen, les groupes techniques ont identifié les objectifs et fixé les jalons pour leur réalisation jusqu'en janvier 2003. Depuis lors, les cinq groupes ont affiné leurs domaines techniques spécifiques et fixé des objectifs supplémentaires. L'ensemble du processus d'examen commun a produit les avantages suivants :

- Il aide le gouvernement à relier le Plan stratégique national contre le VIH/SIDA à d'autres processus de prise de décision importants, comme le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) et son Cadre des dépenses à moyen terme (MTEF).
- Il sert d'instrument de coordination pour la riposte nationale, en insistant sur une approche multisectorielle.
- Il fournit une opinion générale sur les réalisations, les échecs et l'orientation de la riposte. Comme toutes les parties prenantes essentielles sont représentées, leurs diverses expériences sont prises en considération. Ceci est particulièrement précieux en raison de l'absence actuelle de système national de surveillance et d'évaluation.
- Il a mis au point une base pour l'élaboration du cadre de surveillance et d'évaluation prévu.

Parmi les difficultés rencontrées se trouve la nécessité d'aplanir le fonctionnement des groupes techniques. Leur diversité a souligné la nécessité de procéder à une planification avancée et de disposer de directives et de mandats clairs pour les membres. Cet examen a également révélé que nombre de parties prenantes avaient absolument besoin d'avoir accès à l'information, et de disposer de bases de données afin de surveiller les progrès en se référant au Plan stratégique national. Certaines questions essentielles se dessinent en ce qui concerne les progrès techniques dans chaque domaine représenté par un groupe, ce qui facilitera la réalisation des objectifs actuels et l'établissement de nouveaux jalons au prochain examen commun en février 2004. D'autres besoins se dessinent, notamment la création de liens plus importants entre le Plan stratégique national contre le VIH/SIDA, le CSLP et le MTEF, ainsi qu'une capacité supplémentaire permettant d'utiliser efficacement les ressources financières croissantes qui sont mises à la disposition de la riposte nationale.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA, se fondant sur la dernière série d'études émanant de l'UNGASS et de la recherche supplémentaire, a mesuré le « déficit au niveau de la mise en œuvre » en Afrique subsaharienne (voir Figure 10) en comparant un nombre relativement important de conseils nationaux du SIDA et de stratégies nationales relatives au SIDA à celui des plans stratégiques dont les coûts ont été totalement établis à la fin de 2002 ; au nombre de pays qui ont signalé être en conformité avec une section de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS qui demande la promulgation, le renforcement ou l'application de lois visant à éliminer toute forme de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et à combattre la stigmatisation et l'exclusion sociale liées au VIH d'ici à 2003 ; et au nombre de pays qui ont établi des systèmes pour surveiller et évaluer l'application de leurs plans nationaux de lutte contre le SIDA.

Figure 10



Gérer une riposte véritablement multisectorielle est un défi majeur. Trop souvent, l'épidémie est considérée comme une question principalement sanitaire, même lorsque les responsables gouvernementaux ont décidé d'élaborer une riposte élargie. L'adoption d'une riposte multisectorielle ne signifie pas simplement l'introduction d'organismes relais pour le VIH/SIDA et d'activités de prévention du VIH dans divers ministères, ou encore l'adjonction d'initiatives spécifiques au VIH/SIDA dans des programmes existants. Une riposte multisectorielle comprend l'intégration des conséquences du VIH/SIDA sur le développement dans les politiques, stratégies et programmes essentiels du gouvernement. Les efforts nécessaires pour augmenter la capacité d'une nation à gérer une riposte vigoureuse et multisectorielle seront examinés en détail au prochain chapitre.

En Zambie, certains signes montrent de plus en plus que les actions intégrant plusieurs secteurs sont couronnées de succès. Chaque ministère bénéficie maintenant d'une ligne budgétaire destinée à la lutte contre l'épidémie. Certains projets en cours visent la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Mais toutes ces initiatives doivent d'urgence être élargies et améliorées, pour un coût estimé à US\$ 51 millions. Ce chiffre doit s'ajouter aux allocations budgétaires nationales actuelles pour le VIH/SIDA qui sont de US\$ 560 millions pour les trois prochaines années, ce qui ne représente pas une augmentation énorme au vu des besoins.



Une assistante sociale de l'ONG Kicosehp distribue des compléments nutritifs et donne des conseils sur la nutrition. Ses activités font partie du programme d'entraide de la communauté de Kibera au Kenya. Kibera est le plus grand bidonville d'Afrique, avec plus d'un million d'habitants. L'incidence du VIH y est très élevée. ONUSIDA/G. Pirozzi

Elargir la riposte

Etant donné l'énormité de la tâche, tout progrès nécessite la collaboration de toutes les principales parties prenantes : donateurs, gouvernements, communautés, groupes religieux, entreprises, réseaux de main-d'œuvre et personnes infectées et affectées (voir l'encadré sur le partenariat en Ouganda).

Mobilisation de la communauté

L'action communautaire s'est avérée l'une des armes les plus puissantes dans la lutte contre le SIDA. Les écoles, les églises, le lieu de travail et les autres endroits où les gens se rassemblent sont des instruments efficaces dans la panoplie des mesures de prévention contre le VIH. Les dirigeants de ces groupes sont respectés et influents au sein de la communauté, et ils offrent la possibilité de s'attaquer aux comportements à risque et d'élargir les services médicaux et les activités de conseil. Ils peuvent également atteindre la communauté au sens large, chaque écolier ou employé pouvant ramener à la maison les messages de prévention qu'il vient d'apprendre.

La forte participation de la communauté a largement contribué à ce que le Sénégal réussisse à maintenir un faible taux de prévalence dans la population générale. L'éducation par les pairs est un instrument efficace de la mobilisation des communautés sénégalaises. Mais pour construire des ripostes au niveau de la communauté, le plus important c'est d'obtenir l'adhésion de la population locale à l'initiative en vue. Les communautés doivent être capables de dire : « Nous avons

accompli quelque chose dont nous sommes fiers ». L'appui financier à long terme, le fait de relier les groupes communautaires aux sources extérieures d'information et de faciliter la communication horizontale entre les groupes sont aussi d'importants aspects à envisager lorsque les acteurs nationaux et internationaux recherchent la participation de la communauté.

Société civile

Dans une société démocratique et ouverte, le gouvernement et la société civile se complètent dans la lutte pour le développement socio-économique. Les succès remportés par les organisations

Partenariat pour la lutte contre le VIH/SIDA en Ouganda

Les progrès réalisés en Ouganda dans la lutte contre le VIH/SIDA reposent sur la détermination, l'innovation et une volonté politique au plus haut niveau. Depuis de nombreuses années, on sait en général qu'il faut lutter contre l'épidémie à autant de niveaux que possible. C'est ce qui apparaît très clairement dans le Partenariat pour la lutte contre le VIH/SIDA en Ouganda, mécanisme de coordination innovateur qui rassemble diverses parties prenantes de divers niveaux dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA.

Ce Partenariat pour la lutte contre le VIH/SIDA va au-delà des partenariats traditionnels entre le gouvernement et les donateurs parce qu'il encourage la participation de groupes concernés moins actifs et moins organisés. Il rassemble la Commission ougandaise de lutte contre le SIDA (UAC), les ministères, les autorités de district et locales, des organismes des Nations Unies ou bilatéraux, des ONG internationales ou nationales, le secteur privé, des instituts universitaires, des organisations religieuses et les réseaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA. On prévoit à l'avenir d'inclure également un groupe composé des médias, de la culture et des arts, et de veiller à ce que les jeunes du pays soient correctement représentés.

Les représentants de ces groupes intéressés se rassemblent une fois par mois pour une réunion du Comité du partenariat. Les Ministères de la Santé, des Finances, le Conseil de l'UAC et l'ONUSIDA siègent en permanence à cette commission. D'autres membres de la Commission du partenariat sont choisis par leurs pairs, et représentent par conséquent correctement leurs groupes. Ils peuvent donc être considérés comme responsables tout en participant au même titre que le gouvernement et d'autres groupes importants à un forum démocratique qui examine et résout les questions. Cette manière de procéder est différente de la nomination souvent au coup par coup d'une ONG bien placée pour être la soi-disant représentante de la société civile.

Au cours de l'année passée, le Partenariat pour la lutte contre le VIH/SIDA s'est montré capable de diminuer les activités redondantes et d'encourager l'intégration des efforts afin de renforcer la riposte nationale. Par exemple, l'assistance technique émanant de divers donateurs et partenaires du développement a été harmonisée grâce au Partenariat en vue de l'élaboration du cadre national de surveillance et d'évaluation. Le Partenariat a également prouvé qu'il pouvait encourager de manière efficace la transparence et la responsabilité. La budgétisation, la collecte de fonds et les décaissements de la Conférence nationale de 2001 sur le VIH/SIDA ont été entièrement coordonnés par le Partenariat, sur la base d'un budget de conférence qui avait fait l'objet d'un accord collectif. De plus, le Partenariat, avec sa large gamme de collaborateurs, a élargi l'intégration des ressources techniques et institutionnelles disponibles pour l'UAC. Il faut reconnaître que cette transparence et cette culture d'impartialité n'ont pas été obtenues du jour au lendemain. Toutefois, de nets progrès ont été réalisés.

comme l'Organisation ougandaise d'aide aux malades du SIDA (TASO), première organisation nationale non gouvernementale en Afrique à répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH, ont été suivis sur tout le continent. La société civile n'est pas soumise aux mêmes contraintes politiques que les gouvernements. Les organisations civiles peuvent souvent répondre rapidement et avec imagination alors que les bureaucraties sont trop lourdes pour le faire. Elles peuvent exiger une action de la part du pouvoir et de l'autorité. Mais les gouvernements ne peuvent tout simplement pas abdiquer leurs responsabilités au bénéfice des groupes de la société civile. Il leur faut faciliter et appuyer ce travail, aider à coordonner leurs efforts et fournir un cadre qui établisse les réglementations et les conditions propices à la surveillance des activités sans les paralyser.

Activisme pour le SIDA

En Afrique au cours de ces dernières années, l'un des changements politiques les plus encourageants est l'arrivée à maturité de l'activisme contre le SIDA. Actuellement, certaines organisations sont davantage capables d'aller sur le terrain politique pour défendre leurs droits et pour faire bouger les choses. Les groupes ayant maintenant acquis une certaine expérience pour ce qui est de lancer des campagnes vigoureuses et ciblées, les activistes SIDA ont gagné en assurance et en détermination. Les femmes dirigent un grand nombre de ces organisations et ont de ce fait rehaussé le profil des questions relatives à l'égalité entre les sexes. En Ethiopie, l'association Save Your Generation (Sauvez votre génération) fait une vigoureuse campagne au nom des jeunes. Ses activités comprennent une troupe théâtrale qui utilise des moyens participatifs et conviviaux pour enseigner la prévention, tels que spectacles de marionnettes, pièces de théâtre et chansons. De plus, l'association élabore et distribue des brochures d'information, et forme de jeunes conseillers.

La Société pour les femmes et le SIDA en Afrique est devenue le point de ralliement essentiel des femmes africaines qui cherchent à obtenir l'égalité en matière d'accès au traitement et aux outils de prévention. En Afrique du Sud, où 5 millions de personnes sont infectées par le VIH et environ 1 000 meurent chaque jour du SIDA, la campagne TAC « Treatment Action Campaign » a réclamé à cor et à cri la thérapie antirétrovirale pour tous. Connue dans le monde entier pour ses campagnes de désobéissance civile fortement médiatisées, la TAC préconise également la prévention des nouvelles infections à VIH, recommande de faire connaître le traitement à toute la population, et élabore des réseaux et des alliances avec les syndicats, les employeurs, les organes religieux, les organisations de femmes et de jeunes, les organisations lesbiennes et gays, et tout autre groupe intéressé au sein de la communauté. La détermination de la TAC est évidente dans les actions de son président séropositif, Zackie Achmat, qui a refusé pendant de nombreuses années de prendre des antirétroviraux tant que tous les malades du SIDA d'Afrique du Sud ne pouvaient pas se les procurer par l'intermédiaire du système de santé publique. En août 2003, le gouvernement a annoncé qu'il prévoyait de commencer un programme de thérapie antirétrovirale.

Réseaux de personnes vivant avec le VIH

La détermination des personnes vivant avec le VIH constitue un élément indispensable de l'élaboration d'une réponse efficace à l'épidémie et de l'attaque contre la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont souvent confrontées les personnes séropositives. Personnaliser l'épidémie est une arme vigoureuse contre l'ignorance et la crainte. La participation et l'activisme des individus séropositifs a mis les sociétés au défi d'aborder plus ouvertement des questions qui auraient pu sinon rester taboues, notamment en ce qui concerne les rapports sexuels.

Encourager la participation des personnes séropositives à la riposte africaine, c'est ce que fait le Réseau africain de personnes vivant avec le VIH/SIDA (RAP+), fondé à Dakar (Sénégal)

Des femmes Shanga portant le costume traditionnel en zone rurale à Tzaneen (Afrique du Sud). Nombre d'entre elles sont devenues veuves à cause du SIDA et/ou ont été infectées par le VIH. Elles dansent et chantent des chansons qu'elles ont composées sur le SIDA, lors d'une réunion de leur groupe de soutien, créé pour aider à enseigner aux personnes vulnérables de cette région agricole les dangers de l'épidémie.
ONUSIDA/L. Gubb



en 1993. Ce réseau rassemble des personnes séropositives de tout le continent. Il forme et renforce les groupes ou associations d'appui pour les personnes vivant avec le VIH, et sert de point de rencontre pour l'échange d'idées, d'expériences et de ressources. Les membres du RAP+ comportent notamment des groupes d'appui aux personnes vivant avec le VIH et 2 millions d'individus séropositifs appartenant à plus de 30 pays africains.

Groupes religieux

Les églises et les organisations religieuses, qui hésitaient à participer au début de la riposte au SIDA, se lancent désormais dans l'action (voir encadré sur « A new robe » au Swaziland). Les chefs religieux découvrent le SIDA. Un évêque catholique romain à la retraite, Barnabas Halem'Imana, est le président de la Commission ougandaise du SIDA. L'archevêque anglican Njongonkulu Ndungane (Le Cap) est un défenseur actif de la lutte contre le SIDA en Afrique du Sud, demandant instamment que l'épidémie soit considérée comme créant un état d'urgence nationale, et que le gouvernement sud-africain fournisse une thérapie antirétrovirale aux victimes de viols et aux femmes enceintes.

Au Sénégal, des sessions de formation sur le VIH/SIDA ont eu lieu pour les imams et les professeurs d'arabe. Le SIDA est devenu un sujet régulièrement abordé lors des sermons du vendredi dans les mosquées du pays, et des personnalités religieuses en vue ont abordé la question à la télévision et à la radio. Le président du Conseil islamique suprême de la Gambie, M. Banding Drammeh, a annoncé récemment que les imams, les universitaires islamiques et d'autres chefs religieux entameraient une campagne nationale pour diffuser les faits relatifs au SIDA et la manière dont il peut être enrayé.

« A new robe » au Swaziland

Les efforts visant à accroître la participation des groupes confessionnels à la riposte au VIH/SIDA en Afrique sont illustrés par un programme d'infirmières paroissiales « A New Robe », action s'étalant sur trois ans entreprise par Maternal Life International et Caritas Swaziland pour apporter une réponse aux besoins médicaux, physiques, sociaux et spirituels des personnes affectées par le VIH/SIDA.

Depuis son lancement en janvier 2001, « A New Robe » a donné aux infirmières paroissiales de l'Eglise catholique du Swaziland les moyens de prendre en charge des dizaines de milliers de Swazis en vue d'actions de prévention et de soins en matière de VIH. Les 20 infirmières formées initialement par le programme ont assuré la prise en charge à domicile de plus de 5 500 personnes et administré des services de conseil et test volontaires à plus de 300 personnes.

En février 2003, ce programme a été élargi pour inclure des infirmières provenant de huit autres confessions religieuses (seulement 20% des Swazis sont catholiques), ce qui a porté à 33 le nombre total d'infirmières formées. De plus, un groupe d'« assistants de soins paroissiaux » a été formé pour aider les infirmières à la prise en charge à domicile des malades du SIDA.

Le modèle de l'infirmière paroissiale souligne l'importance de la dignité humaine comme élément fondamental de la prise en charge. Initialement, les infirmières fournissaient des médicaments et un certain confort spirituel. Plus tard, leur rôle s'est élargi pour porter sur le traitement des infections opportunistes les plus courantes et l'administration de cotrimoxazole. De ce fait, elles ont été capables d'atteindre des personnes séropositives qui sinon auraient eu peu de possibilités de soins. Depuis février 2003, l'accent est mis sur les services de conseil et de test volontaires (CTV). Ceci est considéré comme essentiel étant donné la rareté des services de CTV au Swaziland, notamment dans les zones rurales.

Ce programme, qui se trouve actuellement dans sa dernière année, se ressent des répercussions de la crise alimentaire de l'Afrique australe, de même que ses malades. Les infirmières paroissiales sont confrontées de plus en plus souvent à la nécessité de répondre aux besoins de nourriture de leurs malades, tout autant que de soins médicaux et de réconfort spirituel. Les infirmières sont à la recherche d'un financement pour assurer la régularité de l'approvisionnement en médicaments après 2003, mais elles doivent aussi prévoir un budget pour la fourniture de paquets de denrées alimentaires à donner à leurs malades. Si une aide supplémentaire est obtenue, l'organisation Maternal Life International et les infirmières paroissiales du Swaziland prévoient d'élargir le programme à d'autres pays de la région.

Le SIDA sur le lieu de travail

Un grand nombre de chefs d'entreprise comprennent mieux aujourd'hui la nature de l'épidémie et ses effets sur la main-d'œuvre et la productivité. De ce fait, ils dirigent de plus en plus les actions de mobilisation à l'échelon local. Un nombre accru de sociétés ont mis au point des politiques et des programmes de prévention sur le lieu de travail en ce qui concerne le VIH/SIDA, sur la base du *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail*. De plus, ils prennent des dispositions pour la prise en charge et l'appui, afin de garantir que les préservatifs soient disponibles facilement pour les employés, et encouragent les discussions avec les pairs sur la manière d'empêcher que l'épidémie ne se propage encore davantage (voir encadré sur DaimlerChrysler, Afrique du Sud).

Les avantages des interventions relatives à la prévention et au traitement du VIH/SIDA au sein de l'entreprise deviennent de plus en plus évidents, non pas simplement pour des raisons humanitaires ou philanthropiques, mais parce que de tels programmes améliorent la viabilité des entreprises dans les pays africains à forte prévalence. Un nombre croissant de sociétés (notamment les grandes sociétés minières en Afrique du Sud) reconnaissent qu'investir dans des programmes de prévention et offrir un traitement et une prise en charge se justifient tout à fait du point de vue commercial. Une étude effectuée en 2000 sur les sociétés sud-africaines fournissant un traitement et un appui aux employés infectés en vue d'étendre leur vie productive a mis en évidence que les avantages de ces programmes l'emportaient sur leur coût. Les auteurs ont signalé que cette analyse des coûts et des avantages exigeait une recherche plus détaillée pour être confirmée, mais ont noté que la baisse continue du coût d'une

thérapie antirétrovirale signifie que ces programmes deviendront vraisemblablement plus rentables au cours des prochaines années. Une analyse de 70 sociétés sud-africaines réalisée par FutureForesight, entreprise composée de spécialistes de l'économie du lieu de travail en matière de VIH, a également montré la viabilité d'un financement du traitement anti-VIH. A longue échéance, le coût de la prévention et du traitement est inférieur au coût d'un cycle sans fin de pertes et de remplacements de travailleurs compétents. Et le SIDA ne tue pas seulement les travailleurs productifs et compétents, il fait augmenter également le taux d'absentéisme, les coûts de soins de santé et de retraite, les montants versés pour les funérailles et les frais de formation. Les coûts de la prise en charge pour la majorité des Africains qui n'ont pas accès au traitement public ou fourni par leur employeur entament aussi leur revenu, ce qui, ensuite, réduit les marchés locaux pour les biens et services.

En Afrique de l'Ouest, où environ 6% des personnes âgées de 15 à 49 ans pourraient être séropositives, la société CIE, compagnie d'électricité gérée par le secteur privé en Côte d'Ivoire, est considérée comme un modèle régional qui pourrait être suivi par d'autres sociétés africaines. La CIE, l'un des plus gros employeurs de la région, a élaboré des programmes anti-SIDA sur le lieu de travail qui comprennent la distribution de préservatifs et l'éducation en matière de SIDA pour des communautés situées près de ses bureaux, notamment dans les quartiers où existe un fort niveau de prostitution. Cette société fournit également des installations sanitaires et des soins médicaux confidentiels à ses 13 000 employés et leur famille. Les employés séropositifs reçoivent la garantie de la part de la société qu'ils ne seront pas renvoyés à cause de leur séropositivité et, se détachant en cela de la plupart des autres employeurs de la région, la société fournit une thérapie antirétrovirale aux employés séropositifs grâce à un fonds de la société qui est alimenté en partie par des contributions des employés. Les dirigeants disent que cette politique est en train de montrer ses avantages, car les taux d'infections sexuellement transmissibles chez les travailleurs ont baissé de 65% depuis le début du programme.

Au Zimbabwe, des usines offrant un programme d'éducation par les pairs ont constaté une baisse des taux d'infection pouvant aller jusqu'à 34% par rapport aux lieux de travail dépourvus de telles initiatives. En Côte d'Ivoire, le gouvernement exige maintenant que toutes les entreprises de plus de 50 employés établissent des comités VIH/SIDA pour mettre en place

des programmes de prévention, éduquer les travailleurs à propos des risques potentiels et encourager des modifications du comportement. Le Cameroun s'efforce également de veiller à ce que la moitié de toutes ses entreprises aient des programmes d'éducation en matière de SIDA pour les employés sur le lieu de travail dans les deux années à venir.

Des comédiens de PHAKAMA portant des casques de mineurs utilisés pour expliquer le problème du SIDA dans les mines sud-africaines. PHAKAMA (Debout !) est un groupe de théâtre participatif de la township de Sheshego près de Pietersburg (Afrique du Sud).
ONUSIDA/L. Gubb



Programme VIH/SIDA de la société DaimlerChrysler en Afrique du Sud

En 1991, la société DaimlerChrysler South Africa (devenue ensuite Mercedes Benz South Africa) a riposté tout d'abord à la pandémie du VIH/SIDA par l'adoption de ses premières mesures relatives au VIH/SIDA sur le lieu de travail. Depuis, elle a largement élargi ses initiatives liées au SIDA. En 2000, elle s'est engagée dans un partenariat secteur public/secteur privé de trois ans avec la GTZ, agence de coopération technique du gouvernement allemand en matière de développement. Le partenariat 2001-2003 vise à renforcer le programme relatif au VIH/SIDA sur le lieu de travail entrepris par DaimlerChrysler South Africa de façon à ce que cela devienne une initiative basée sur les besoins qui empêche de nouvelles infections parmi les employés, les personnes à charge et leurs communautés, assure le traitement, la prise en charge et un appui complet, et fournit une plate-forme pour une participation significative de la communauté.

Ce partenariat public-privé offre:

- des services d'information, d'éducation et de communication orientés sur une approche d'éducation par les pairs ;
- des services complets pour le traitement, la prise en charge et l'appui, et la création d'un environnement non discriminatoire dans lequel le conseil et le test volontaires pour le VIH sont encouragés (l'élément central étant l'accès permanent à la thérapie antirétrovirale adaptée) ;
- une participation communautaire importante dans le cadre de partenariats avec les familles, les professionnels des soins de santé, les guérisseurs traditionnels, les organisations gouvernementales et non gouvernementales ;
- une responsabilité sociale, une sensibilisation et le rôle mobilisateur de l'entreprise en ce qui concerne le VIH/SIDA.

Aborder la question de la vulnérabilité, de la stigmatisation et de la discrimination

Pour inverser la propagation du virus, il est indispensable de réduire la vulnérabilité des Africains à l'infection à VIH. Les liens réciproques entre le risque, la vulnérabilité et les conséquences de l'épidémie sont maintenant clairs. Diminuer le risque d'infection ralentit l'épidémie. Diminuer la vulnérabilité diminue le risque d'infection et les conséquences de l'épidémie. Diminuer les conséquences de l'épidémie diminue la vulnérabilité au VIH/SIDA. Ce cercle vertueux qui consiste à réduire simultanément le risque, la vulnérabilité et les conséquences est une caractéristique essentielle d'une riposte élargie au SIDA.

Pauvreté et vulnérabilité

Ce chapitre a montré dans les précédentes sections comment le SIDA peut entraîner les personnes, et des familles entières, vers la pauvreté. L'inverse est également vrai. La pauvreté, le sous-développement et l'incapacité de choisir son propre destin alimentent cette épidémie. La pauvreté peut réduire la capacité d'une personne à éviter d'être infectée. Par exemple, l'absence de revenu peut conduire certaines personnes à des activités hautement risquées pour trouver des ressources, comme le commerce du sexe. Les professionnel(le)s du sexe iront jusqu'à ne pas utiliser de préservatifs afin d'obtenir une rémunération plus élevée. La pauvreté est également associée à une instruction limitée, ce qui peut à son tour être associé à une mauvaise compréhension des mesures destinées à prévenir l'infection à VIH. De même, plus une personne est pauvre, moins elle a de chances d'avoir accès au traitement, aux soins, aux interventions de prévention et à l'éducation.

Toute action contre le SIDA doit faire partie intégrante des stratégies portant sur la réduction de la pauvreté et le développement. Le développement ne peut certainement pas être durable si l'on ne trouve pas de solution au problème du SIDA. Dans 30 des pays les plus pauvres du monde (dont la plupart se trouvent au sud du Sahara), les revenus par habitant baissent régulièrement. En Afrique australe tout particulièrement, le SIDA anéantit les acquis du développement des 50 dernières années et efface les améliorations de l'espérance de vie. Un instrument qui pourrait être mieux utilisé pour intégrer le SIDA dans le travail relatif au développement est le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP), qui planifie la manière dont un pays doit aborder la question de la réduction de la pauvreté en fournissant un cadre d'appui technique et financier. Une analyse effectuée par l'ONUSIDA au début de 2002 sur la première génération des 25 CSLP complets et préliminaires effectués dans les pays de l'Afrique subsaharienne montre comment ces derniers se sont attaqués au SIDA. Cette étude a mis en évidence les progrès accomplis dans le domaine de l'intégration, qui se sont poursuivis dans les CSLP plus récents, mais les chiffres montrent également que bien d'autres choses pourraient être faites pour exploiter complètement le potentiel des CSLP, qui servent souvent de base aux plans de développement nationaux.

Le fardeau insupportable de la dette paralyse également la capacité de nombre de gouvernements africains à faire face à la pandémie. Par exemple, le Malawi dépense autant pour assurer le service de sa dette que pour son budget de santé. La Zambie verse environ US\$ 125 millions par an pour sa dette, soit plus des deux tiers des sommes consacrées à l'ensemble de la santé, de l'éducation et de la protection sociale.



Une professionnelle du sexe de 15 ans attend un client, assise sur une marche, la nuit dans une rue de Dar es-Salaam (République-Unie de Tanzanie).
*UNICEF/HQ96-1508/
G. Pirozzi*

L'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) de la Banque mondiale/du FMI fournit l'occasion aux donateurs et aux gouvernements d'associer l'allègement de la dette à la riposte à l'épidémie de VIH/SIDA. Cette initiative permet de mobiliser et de renforcer les interventions qui utilisent une approche multisectorielle (voir encadré sur l'allègement de la dette du Cameroun). Toutefois, un tel allègement de la dette doit être élargi à un plus grand nombre de pays, et intensifié pour ceux qui en bénéficient déjà. Une grande partie des pays censés profiter de l'Initiative PPTE continuent à dépenser plus de 15% des recettes gouvernementales à l'allègement de la dette, fonds dont ils ont désespérément besoin pour la santé et l'éducation.

Droits de l'homme, stigmatisation et discrimination

Le courage des personnes vivant ouvertement avec le VIH, ainsi qu'une meilleure compréhension générale du virus, ont fait diminuer les obstacles que constituaient la stigmatisation, la discrimination, le déni et la honte, responsables de la lenteur de l'action contre le SIDA au cours des premières années de l'épidémie. Mais à mesure que l'épidémie atteint un plus grand nombre de personnes et s'étend dans les sociétés, la crainte qui l'entoure s'aggrave. Dans de nombreux pays et communautés, la honte et la stigmatisation associées au fait d'être séropositif ont renforcé le refus et paralysé l'efficacité des actions. Les amis et la famille meurent « après une longue maladie », jamais du SIDA. La stigmatisation et la discrimination paralysent les efforts de prévention et ont des conséquences psychologiques profondes sur les personnes vivant avec le VIH.

Allègement de la dette et SIDA – la leçon camerounaise

Avec 40% de sa population vivant au-dessous du seuil de pauvreté et près de 12% d'adultes séropositifs, le Cameroun a commencé à bénéficier d'un allègement de la dette en octobre 2000 dans le cadre de l'Initiative Banque mondiale/FMI pour les pays pauvres très endettés (PPTE). Immédiatement, US\$ 100 millions par an ont été disponibles sur une période de trois ans pour les dépenses de santé, de l'éducation primaire, de la prévention du VIH et d'autres services sociaux d'importance critique.

La mise en œuvre des programmes financés par l'Initiative PPTE, y compris un plan d'urgence de lutte contre le SIDA, a commencé en octobre 2001. La programmation s'est penchée particulièrement sur la distribution de préservatifs, la prévention de la transmission mère-enfant (TME) du VIH, l'éducation des jeunes, et la création de 10 centres pour le dépistage volontaire et anonyme du VIH. Certaines initiatives particulières comprennent la distribution de 7 millions de préservatifs, la formation d'éducateurs pour les pairs pour l'éducation en matière de VIH destinée aux étudiants, au personnel militaire, aux professionnel(le)s du sexe et à d'autres groupes, et l'installation de 15 panneaux d'affichage éducatifs sur les routes principales. Ces fonds ont également été utilisés pour acheter des réactifs et des denrées, y compris des substituts du lait maternel pour la TME, pour les hôpitaux confessionnels et les centres de dépistage volontaire.

L'Initiative PPTE a permis de réaliser des progrès significatifs en ce qui concerne la disponibilité de la thérapie antirétrovirale pour les patients vivant avec le SIDA. Après des négociations entre le gouvernement et l'industrie pharmaceutique en 2001, le coût des antirétroviraux nécessaires pour un mois de traitement est tombé de US\$ 700 à US\$ 125. Les subventions de l'Initiative PPTE réduisent encore le coût qui n'atteint plus que US\$ 40. Les fonds PPTE ont également permis au gouvernement de réduire d'un tiers le coût des examens de la charge virale, passant de US\$ 100 à US\$ 65. Ces deux initiatives ont permis à 6 000 malades d'avoir accès aux antirétroviraux et à des activités d'appui acceptables.

L'Initiative PPTE a également eu comme résultat majeur (et exigence) la rédaction d'un Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) qui devait être terminé au milieu de l'année 2003. Un document préliminaire produit par le Ministère de l'économie et des finances a été présenté pour évaluation à la société civile, au secteur privé et à d'autres parties prenantes. Ce processus a abouti à des recommandations préconisant une augmentation des ressources devant être consacrées à l'éducation, à la lutte contre les maladies transmissibles, au VIH/SIDA et au paludisme.

Bien que le Cameroun ait réalisé des progrès notables dans la lutte contre la pauvreté et le SIDA grâce à l'Initiative PPTE, de nombreuses difficultés persistent. La propagation du VIH dans le pays dépasse de loin la mise en place des stratégies visant à lutter contre l'épidémie. La rationalisation du processus de financement PPTE aiderait le Cameroun à mieux utiliser les avantages de l'allègement de la dette. De même, il est nécessaire d'améliorer la coordination entre le Conseil national de lutte contre le SIDA (CNLS) et le Comité technique de surveillance pour les programmes économiques du Ministère de l'Économie et des Finances pendant la mise en œuvre des programmes de lutte contre le SIDA à l'aide des fonds PPTE. Enfin, l'ampleur de l'épidémie ne se reflète pas correctement dans le projet de CSLP, qui met le SIDA au rang de sous-élément du secteur de santé, plutôt que de question transversale essentielle. Le CSLP complet devrait comprendre une section sur les aspects multisectoriels du SIDA.

« Nous devons utiliser le « verre grossissant du SIDA » pour examiner de près l'application des droits de l'homme, et utiliser ces droits comme plate-forme pour accroître l'efficacité des ripostes au SIDA. »

— *Dr Peter Piot, Directeur exécutif, ONUSIDA, dans un discours à la 59^e session de la Commission des Nations Unies sur les droits de l'homme en mars 2003*

La stigmatisation est le résultat de nombreux facteurs : ignorance, croyances traditionnelles, préjugés, absence de traitement largement accessible ou de guérison, peinture irresponsable de l'épidémie par les médias, crainte vis-à-vis de la mort, et tabous fortement ancrés concernant la sexualité, la maladie et l'utilisation des drogues. Contre elle, les principaux instruments sont la législation, l'éducation et le dialogue orientés dans le bon sens. Ceux qui vivent avec le VIH sont souvent les meilleurs ambassadeurs, mais il faut que les hommes politiques, les chefs religieux, les enseignants et les employeurs viennent également à leur aide.

La discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH ou de celles dont on croit qu'elles sont infectées est une violation réelle de leurs droits humains. Le principe de la non-discrimination constitue la base des cadres institutionnels et des pratiques des droits de l'homme. Tous les instruments internationaux de droits de l'homme et la Charte africaine interdisent toute discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou autre, l'origine nationale, ethnique ou sociale, les biens, le handicap, la fortune, la naissance ou autre état. Certaines résolutions récentes de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies ont déclaré très clairement que le terme « ou autre état » devait être interprété comme signifiant un état de santé en général et le VIH/SIDA en particulier. Elles ont confirmé que « la discrimination fondée sur l'état de séropositivité ou de SIDA, réel ou supposé, est interdite par les normes existantes en matière de droits de l'homme ».

Dans le cadre de son action pour lutter contre le SIDA en Afrique, l'Église anglicane a fait du combat contre la stigmatisation et la discrimination sa priorité. En Ouganda, un effort spécial est consacré à veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH soient bien accueillies au sein de l'église. Au Nigéria, l'église utilise des informations mises à jour sur le VIH/SIDA pour combattre les mythes et l'affairisme locaux. Au Burundi, l'église a inclus l'éducation sur le VIH/SIDA dans le cadre de ses activités de reconstruction post-conflit.

Une action efficace exigera que des changements approfondis et durables interviennent dans les attitudes de la société et les valeurs aux niveaux local et national, notamment :

- mobilisation de tous les secteurs de la société contre l'épidémie ;
- sensibilisation accrue grâce à la diffusion d'information et de campagnes d'éducation ;
- surveillance des violations des droits de l'homme, et actions entreprises devant les tribunaux pour s'opposer à la discrimination et obtenir réparation ;

Discrimination à l'encontre des demandeurs d'emploi séropositifs

Affaire Haidongo Nghidiphamba Nanditume c. Ministre namibien de la Défense

M. Nanditume, ancien soldat rebelle, a entamé un procès pour discrimination contre le Ministère namibien de la défense en 2000 parce qu'un emploi au sein de l'armée de défense namibienne lui avait été refusé au motif qu'il était séropositif. M. Nanditume affirme que ceci est contraire aux lois et directives concernant l'emploi appliquées dans le pays.

Le Ministère de la Défense a avancé qu'une personne séropositive n'était pas une recrue acceptable pour les forces armées. M. Nanditume et ses avocats ont déclaré que le simple fait d'être séropositif ne devait pas motiver le rejet d'une demande d'emploi, car il n'en découlait pas nécessairement qu'une personne était incapable de s'acquitter de ses obligations militaires. Ils ont affirmé qu'un test donnant le nombre des CD4 et un test de charge virale seraient de meilleurs indicateurs pour savoir si une personne était capable d'assurer son service plutôt qu'un simple test VIH. Il a également été signalé que l'Armée de défense namibienne ne renvoyait pas ceux qui avaient contracté le VIH après leur engagement, mais s'efforçait de tenir compte de la situation particulière de chacun d'entre eux en les mutant à des activités moins éprouvantes.

Le tribunal a jugé que l'on ne pouvait pas dire que M. Nanditume n'était pas capable d'assurer son service, puisque aucun test de CD4 ni de charge virale n'avait été effectué, et qu'un test médical ordinaire l'avait déclaré apte. Le tribunal a ordonné à l'Armée de défense namibienne de faire effectuer non pas seulement un test VIH mais également des tests de CD4 et de charge virale, afin de déterminer la condition physique des recrues. Le tribunal a décidé qu'aucune personne ne devait être exclue d'une incorporation dans l'armée au motif qu'elle était séropositive, sauf si son taux de CD4 est inférieur à 200 et la charge virale supérieure à 100 000, en d'autres termes sauf si une personne est atteinte du SIDA. Dernièrement, le tribunal a ordonné à l'Armée de défense d'accepter la demande de M. Nanditume, à condition que les tests de CD4 et de charge virale le déclarent apte au service.

Affaire Jacques Charl Hoffman c. South African Airways

En 2000, une action en justice a été intentée contre South African Airways pour récuser sa politique de refus d'employer des personnes séropositives comme stewards au motif qu'ils ne pouvaient pas être vaccinés contre la fièvre jaune, ce qui représentait un danger sanitaire pour eux-mêmes et pour les autres. Il a également été déclaré par la défense que les personnes séropositives ne convenaient pas étant donné qu'elles ne vivaient pas longtemps.

M. Hoffman a fondé son argumentation sur l'opinion d'un expert médical, notamment le fait que les personnes séropositives pouvaient en fait être vaccinées contre la fièvre jaune à condition que leur taux de CD4+ ne soit pas inférieur à 350. Le tribunal a également entendu que les antirétroviraux pouvaient permettre aux personnes d'avoir une vie normale de sorte que, aux fins de leur emploi, elles soient aptes et ne présentent aucun risque pour les autres employés, les passagers ou elles-mêmes.

Les éléments de preuve médicaux étaient si convaincants que la compagnie aérienne a changé sa politique au milieu de la procédure. Cependant, le tribunal a continué à examiner la question de savoir si des droits constitutionnels avaient été enfreints par South African Airways. Il a décidé que la compagnie avait exercé une discrimination contre les personnes séropositives étant donné que les raisons invoquées par elle pour engager une personne n'étaient fondées sur aucune base réelle et relevaient de préjugés. Le tribunal a également ordonné à la compagnie aérienne de donner un emploi à M. Hoffman et de payer ses frais de justice. Le juge S. Ngcobo a déclaré à la fin de la procédure : « Nous devons prendre garde de ne pas laisser les stéréotypes et les préjugés s'introduire sous l'apparence d'intérêts commerciaux. La société a un intérêt majeur à exiger la reconnaissance de la dignité inhérente de chaque être humain, et l'élimination de toute forme de discrimination. Notre constitution protège les faibles, les marginaux, les hors-la-loi et les victimes des préjugés et des stéréotypes. C'est seulement lorsque ces groupes sont protégés que nous pouvons être sûrs que nos propres droits sont protégés. »

- poursuite du plaidoyer ;
- responsabilisation accrue des personnes vivant avec le VIH ;
- examen de la question plus générale des inégalités entre les races et les sexes qui encouragent la discrimination ;
- formation d'un personnel sanitaire, éducatif et juridique afin de faire mieux comprendre la question et de soulager des anxiétés non fondées ;
- incitation à rechercher son état de séropositivité ;
- prestation d'un traitement, d'une prise en charge et d'un appui.

Action en justice

L'action en justice est une stratégie essentielle pour réduire la stigmatisation et la discrimination et pour encourager l'application des droits de l'homme au niveau national. La Déclaration universelle des droits de l'homme (article 8) affirme : « Toute personne a droit à un recours effectif devant les juridictions nationales compétentes contre les actes violant les droits fondamentaux qui lui sont reconnus par la constitution ou par la loi ». Le recours aux tribunaux tient les gouvernements responsables de toute action ou inaction. Lorsque des particuliers sont attaqués en justice ou poursuivis, le recours aux tribunaux constitue une vérification nécessaire de la validité de l'application de la loi et de la politique du gouvernement. L'action en justice peut aussi donner des moyens d'agir aux groupes sociaux défavorisés, notamment à ceux qui sont les plus vulnérables à l'infection, et avoir une influence sur la réforme juridique et politique.

Le recours aux tribunaux a largement été utilisé pour tester et faire progresser la loi et la politique en matière de VIH/SIDA dans de nombreux pays et dans de nombreux contextes différents. Les domaines législatifs communs comprennent la discrimination, l'accès au traitement, la transmission du VIH, la compétence et la responsabilité civiles, la succession, les indemnités en cas de dommages sur le lieu de travail et les questions familiales.

L'augmentation récente du nombre d'actions en justice relatives au VIH/SIDA en Afrique peut être attribuée à deux facteurs au moins : le nombre accru des violations et l'amélioration de la protection. La loi est utilisée de plus en plus pour faire appliquer l'action positive. (Voir encadré sur la discrimination à l'encontre des demandeurs d'emploi.)

3. Comblen les déficits

C'est une tâche d'une difficulté impressionnante, mais le VIH/SIDA n'est pas une force impossible à arrêter. Il est possible d'en inverser le cours, et après deux pénibles décennies d'expériences et d'acquisition de connaissances (dont une grande partie a été acquise en Afrique), les gouvernements africains et la communauté internationale savent où trouver tous les remèdes qui peuvent mettre un frein à cette épidémie. Il faut maintenant les appliquer de manière plus exhaustive. Comme le signale un rapport de situation de la Banque mondiale sur la lutte contre le VIH/SIDA dans le monde réalisé en avril 2003, « Sans modification importante dans la manière dont on traite l'épidémie, il n'y a guère de chances de parvenir à l'Objectif de développement pour le Millénaire qui consiste à stopper la propagation du VIH/SIDA et à commencer à inverser la tendance actuelle de l'épidémie d'ici à 2015 ». Le présent chapitre souligne les déficits constatés dans les nombreuses ripostes nationales qui méritent une attention toute spéciale lorsque l'on veut accélérer l'action contre le SIDA en Afrique.

Déficits en matière de ressources

La profondeur et l'étendue du SIDA en Afrique présentent des difficultés énormes. En dépit de l'augmentation considérable depuis 1996 des financements nationaux et internationaux consacrés au SIDA dans les pays à faible et moyen revenus (voir Figure 11), les déficits en matière de ressources sont énormes et continuent à croître (voir Figure 12). En Afrique subsaharienne, les dépenses internationales relatives au VIH/SIDA ont augmenté bien au-delà du chiffre de US\$ 550 millions qui avait été présenté sur la base des documents disponibles en 2000, dernière année pour laquelle des statistiques régionales ont été recueillies. Toutefois, le Secrétariat de l'ONUSIDA estime que l'augmentation des dépenses ne suit pas la réalité des besoins. Le chiffre des dépenses de 2000 devrait être multiplié par 10 sur sept ans pour pouvoir répondre aux besoins de ressources estimés de l'Afrique subsaharienne en 2007 : US\$ 5,5 milliards (voir Figure 13).

Figure 11

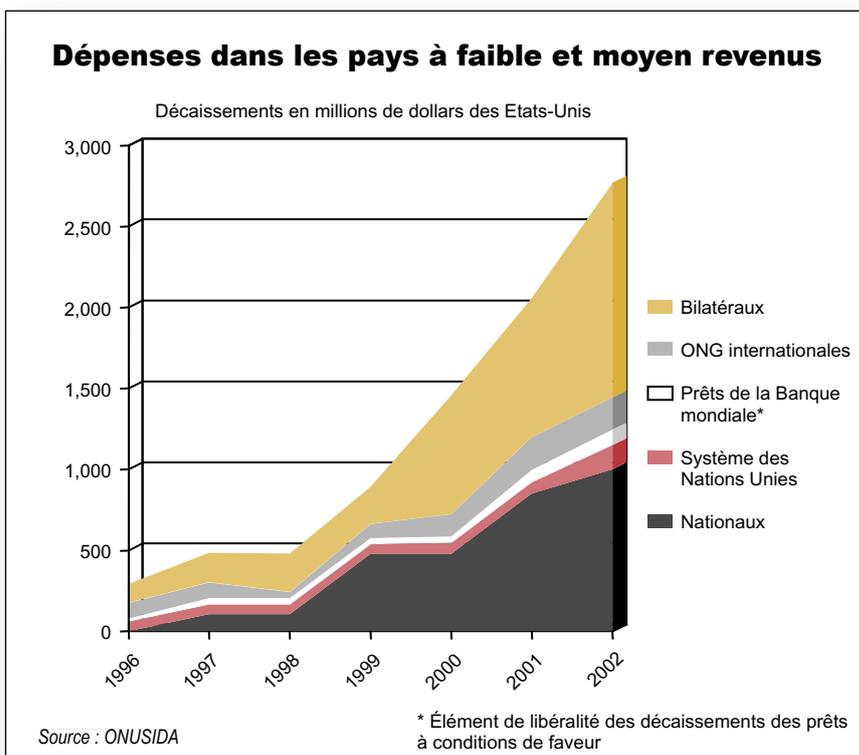


Figure 12

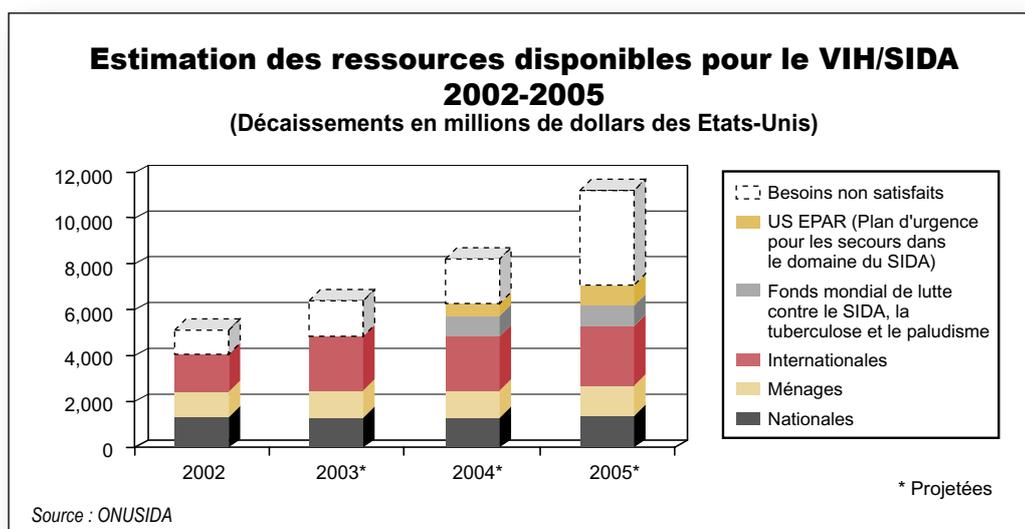
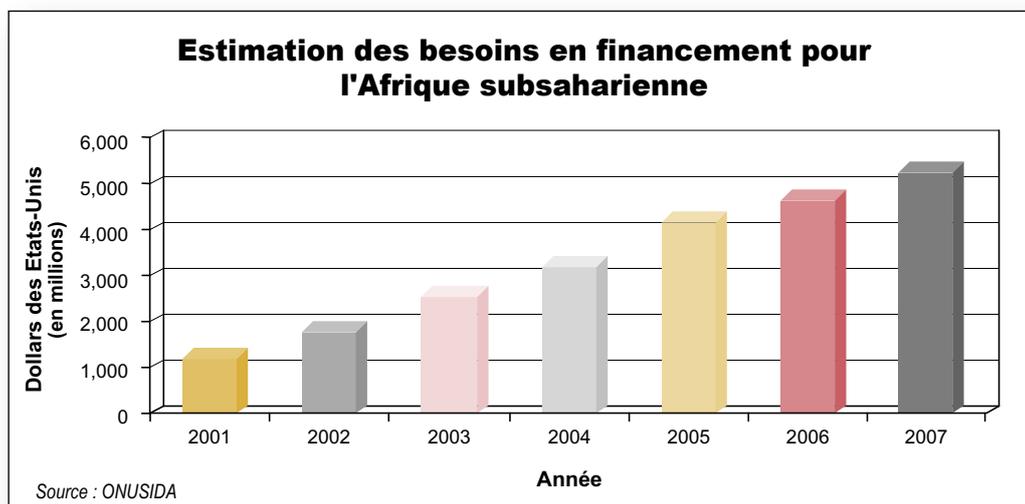


Figure 13



Engagements africains

Les gouvernements africains consacrent une plus grande partie de leurs propres ressources à la lutte contre le SIDA, tendance que les dirigeants africains se sont engagés à maintenir. En avril 2001, les chefs d'Etat qui ont signé la Déclaration d'Abuja se sont engagés à augmenter les dépenses nationales en matière de santé pour atteindre 15% des budgets nationaux. Ceci correspond à une augmentation significative des dépenses consacrées aux initiatives de lutte contre le SIDA dans la plupart des pays. Néanmoins, cela ne permettra de faire face qu'à une petite partie des besoins énormes créés par le SIDA. Le Secrétariat de l'ONUSIDA détient des informations selon lesquelles environ US\$ 250 millions ont été dépensés pour lutter contre le SIDA par les gouvernements des pays de l'Afrique subsaharienne en 2002, soit environ 13% des besoins budgétaires de la région cette année-là. Si on y ajoute les sommes non documentées, ce montant pourrait se rapprocher des 20% de la capacité totale de programmation prévue pour la région, pourcentage de dépenses recommandé par l'ONUSIDA. Néanmoins,

Intensification et décentralisation des actions de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique du Sud

Une réponse nationale, multisectorielle et durable au SIDA en Afrique du Sud exige que les programmes relatifs au VIH/SIDA soient financés par des budgets réguliers émanant du secteur public. Le gouvernement sud-africain a reconnu que si la budgétisation et les apports de financement suivent un modèle vertical, les services de prévention, de traitement et de prise en charge gouvernementaux contre le VIH/SIDA ne parviendront pas à intégrer et à développer la riposte nécessaire pour faire pièce à la gravité de l'épidémie. La stratégie sud-africaine de financement du SIDA (précisée initialement dans le Plan national intégré pour le VIH/SIDA (PNI) en 2000) utilise des moyens souples pour acheminer plus efficacement les financements jusqu'aux interventions entreprises par les gouvernements provinciaux.

Au cours des trois prochaines années, le Trésor national sud-africain prévoit d'affecter 8,46 milliards de rands (US\$ 1 milliard) à la lutte contre le VIH/SIDA et au renforcement du secteur de la santé, de sorte qu'il puisse faire face dans de meilleures conditions aux répercussions de l'épidémie. Une partie de ces fonds sont distribués aux gouvernements provinciaux et consacrés à des interventions spécifiques de lutte contre le SIDA. Toutefois, tous les fonds sont envoyés dans les provinces par l'intermédiaire d'un mécanisme de subventions bloquées qui n'oblige pas les provinces à affecter ces fonds à la lutte contre le SIDA.

Les fonds réservés, connus sous le nom de subventions conditionnelles, constituent les pierres angulaires du PNI. Géré en commun par les Ministères de la Santé, de l'Éducation et du Développement social, ce plan a lancé trois programmes fondamentaux : conseil et test volontaires, éducation dans le domaine du savoir-faire psychosocial, et prise en charge et appui dans la communauté ou à domicile. Les ministères du gouvernement central fournissent l'assistance technique et les activités de coordination et de soutien des programmes aux organismes de services sociaux provinciaux responsables de la mise en œuvre. Dans le budget actuel, les fonds réservés aux interventions de lutte contre le SIDA sont brusquement montés à R 333,6 millions (US\$ 43,2 millions), contre seulement R 55 millions (US\$ 7,1 millions) en 2001-2002. Cette augmentation a porté sur une présentation rapide des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (TME) ; la prestation d'une prophylaxie après exposition accordée aux femmes susceptibles d'avoir été exposées au virus à la suite d'un viol ; l'installation de soins de récupération ; et la formation de personnel médical pour la prise en charge du SIDA.

Outre les fonds réservés pour le SIDA, le gouvernement sud-africain a également introduit une autre ligne budgétaire qui met à la disposition des provinces des crédits supplémentaires pour le VIH/SIDA. En 2002-2003, première année de cette initiative, R 400 millions (US\$ 52 millions) ont été ainsi attribués. Ensuite, pour 2003-2004, ce chiffre est passé à R 1,1 milliard (US\$ 140 millions). La méthode la moins directe a été choisie étant donné que les provinces avaient besoin de pouvoir utiliser ces fonds pour un renforcement général du secteur sanitaire. En 2003-2004, ce mécanisme de financement représente plus de 55% des montants totaux que le budget national consacre au VIH/SIDA. A moyen terme (2003 à 2006), R 5,45 milliards (US\$ 710 millions) prendront la direction des provinces par ce moyen.

Du point de vue des finances publiques, étant donné l'énorme augmentation accordée par le Trésor national dans les budgets les plus récents, le défi principal lancé à la riposte gouvernementale au VIH/SIDA est sa capacité à les dépenser et à les absorber de manière appropriée.

Source : Research Unit on AIDS and Public Finance, Institute for Democracy in South Africa

ce total illustre les difficultés rencontrées par les finances publiques sur le continent, qui s'aggraveront encore à mesure que l'épidémie ralentit la croissance économique. Par exemple : une année après que les pays ont pris l'engagement de consacrer 15% des dépenses nationales à la santé, deux seulement ont atteint cet objectif.

Certains pays ont adopté des moyens financiers innovateurs pour lutter contre l'épidémie. Au Zimbabwe par exemple, en dépit des troubles politiques de ces dernières années, une surtaxe de 3% sur le revenu des personnes et des sociétés a été perçue pour collecter des fonds à attribuer à l'action de base contre le SIDA. Ces fonds sont destinés à la formation des éducateurs pour les pairs, ainsi qu'au conseil et à la prise en charge dans la communauté. Ces initiatives peuvent aider à renforcer l'adhésion et la responsabilité des nations dans la bataille contre le SIDA, en donnant une valeur supplémentaire aux campagnes de prévention et en encourageant un changement du comportement.

Une grande partie des dépenses relatives au VIH/SIDA proviennent néanmoins non pas des gouvernements ou des donateurs, mais des particuliers. En Afrique, 90% des médicaments sont payés par les particuliers, et non par les programmes gouvernementaux. Une cure complète d'antibiotiques pour guérir la pneumonie ou une IST peut coûter un mois de salaire à un travailleur non qualifié. D'après l'OMS, un Tanzanien doit travailler environ 500 heures pour payer le traitement antituberculeux, alors qu'un Suisse ne doit travailler qu'une heure et demie. Certains médicaments peuvent même être encore plus coûteux dans les pays en développement que dans les pays industrialisés, car les prélèvements locaux, les taxes, les coûts de distribution et de préparation augmentent les prix directs de 30% à 45%. Ces frais pénalisent les pauvres de manière disproportionnée. La maladie et la mort au sein d'une famille signifient souvent que le ménage va perdre un revenu vital au moment où elle doit faire face à une augmentation des dépenses. L'argent est nécessaire pour payer les soins, les frais d'hospitalisation, les obsèques, et tout simplement pour survivre d'un jour à l'autre. A mesure que les dettes

s'accumulent, le ménage vend le bétail ou ses biens précieux dans une tentative désespérée de faire face. Le revenu des ménages touchés par le SIDA peut être inférieur de moitié à celui d'un ménage ordinaire.



Un groupe d'enfants des rues à Maputo (Mozambique) informe les passants sur les risques des rapports sexuels non protégés et montre comment utiliser convenablement les préservatifs pour prévenir l'infection à VIH. Cette activité est organisée par le Centre Baixa, créé par Médecins du Monde.
ONUSIDA/B. Neeleman

Nouveaux engagements internationaux

Les dépenses internationales engagées pour les programmes de lutte contre le SIDA dans les pays en développement ont considérablement augmenté au cours de ces dernières années. Les dépenses prévues pour 2003 par les pays donateurs, les institutions financières internationales, le système des Nations Unies, les fondations privées et les organisations non gouvernementales devraient atteindre US\$ 2,6 milliards, contre 1,2 milliard en 2001. En 2003, environ US\$ 1,6 milliard des fonds reçus provient des gouvernements de 12 pays industrialisés (voir Tableau 2).

Selon toute vraisemblance, ces dépenses continueront à augmenter. En mai 2003, George W. Bush, Président des Etats-Unis, a signé une loi autorisant l'augmentation des dépenses gouvernementales américaines pour le VIH/SIDA de US\$ 5 milliards à US\$ 15 milliards au cours des cinq prochaines années. D'autres responsables de pays industrialisés ont indiqué depuis qu'ils allaient suivre cet exemple. Il faut s'en réjouir car cela indique que les programmes de lutte contre le SIDA sont prioritaires, à condition que les engagements de versements soient suivis de décaissements rapides.

Tableau 2

Projection des dépenses pour le SIDA dans les pays industrialisés, 2003		
Pays	Crédits budgétaires	Décaissements prévus
Etats-Unis	838,3	576,8
Royaume-Uni	408	452,1
Allemagne	133,7	107,1
Japon	95	85
Canada	93,8	66,3
Union européenne	93,2	65
Pays-Bas	82	65
Norvège	50,8	50,8
Irlande	44,9	40
Australie	39	39
Italie	36,4	25,0
France	36,3	25,0
Autres*	49,5	40
TOTAL	2 000,9	1 637,1
Tous ces chiffres ont été arrondis aux US\$ 100 000 les plus proches.		
* Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Luxembourg, Nouvelle-Zélande, Portugal, Suède et Suisse		
Source: ONUSIDA		

Les institutions financières internationales augmentent également leurs contributions. Le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (PPS) de la Banque mondiale a déjà décaissé US\$ 106,3 millions pour les pays africains en juillet 2003, et s'est engagé à payer plus de US\$ 800 millions à 23 pays africains (voir Tableau 3). Le financement du PPS est global et souple. Il concerne tous les aspects des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, y compris la prévention de base par la thérapie antirétrovirale, ainsi que les mesures destinées à atténuer les conséquences. Le PPS est multisectoriel car il finance les plans de lutte contre le VIH/SIDA de tous les ministères concernés par le plan national.

Et le PPS insiste tout spécialement sur la société civile. La moitié des fonds fournis par la Banque mondiale est directement versée à des organisations civiles et à assise communautaire de sorte qu'elles puissent mettre en œuvre leurs propres programmes. Outre ces activités de financement, le PPS aide les pays à renforcer leurs capacités de mise en œuvre, leur gestion financière et le système de surveillance et d'évaluation. Ceci

Tableau 3

Engagements du PPS de la Banque mondiale et du Fonds mondial		
A compter de fin juillet 2003 (en US\$)		
Pays	PPS	Fonds mondial (années 1 et 2)
Afrique du Sud		\$60 millions
Bénin	\$23 millions	\$11,3 millions
Botswana		\$18,6 millions
Burkina Faso	\$22 millions	\$7,3 millions
Burundi	\$36 millions	\$4,9 millions
Cameroun	\$50 millions	
Cap-Vert	\$9 millions	
Côte d'Ivoire		\$26,9 millions
Erythrée	\$40 millions	
Ethiopie	\$59,7 millions	\$55,4 millions
Gambie	\$15 millions	
Ghana	\$25 millions	\$2,8 millions
Guinée	\$20,3 millions	\$4,8 millions
Kenya	\$50 millions	\$39,6 millions
Lesotho		\$10,6 millions
Libéria		\$7,7 millions
Madagascar	\$20 millions	\$3,7 millions
Malawi		\$58,7 millions
Mauritanie	\$21 millions	
Mozambique	\$55 millions	\$29,7 millions
Namibie		\$26,1 millions
Niger	\$25 millions	
Nigéria	\$90,3 millions	\$28,2 millions
Ouganda	\$47,5 millions	\$36,3 millions
Rép. centrafricaine	\$17 millions	\$8,2 millions
Rép.-Unie de Tanzanie	\$70 millions	\$6,5 millions
Rwanda	\$30,5 millions	\$8,1 millions
Sénégal	\$30 millions	\$6 millions
Sierra Leone	\$15 millions	
Swaziland		\$29,6 millions
Togo		\$14,2 millions
Zambie	\$42 millions	\$42,3 millions
Zimbabwe		\$10,3 millions
TOTAL	\$813,3 millions	\$557,6 million
Tous ces chiffres ont été arrondis aux US\$ 100 000 les plus proches.		
Source: Banque mondiale et Fonds mondial		

leur permet de gérer plus efficacement l'augmentation rapide des financements extérieurs, ainsi que d'accélérer le transfert des fonds à ceux qui réalisent les programmes. De ce fait, comme les gouvernements africains s'acquittent mieux de leur obligation de rendre des comptes sur leurs politiques et assument une meilleure responsabilité financière, les donateurs sont mieux disposés à soutenir les plans nationaux.

La riposte mondiale a également été fortement encouragée par la création en janvier 2002 d'un mécanisme de financement majeur, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Ce nouveau mécanisme public et privé vise à faire parvenir les financements provenant de divers donateurs jusqu'aux initiatives prises au niveau des pays pour lutter contre ces trois maladies. Dans les deux premiers cycles d'examen des propositions de financement, le Fonds mondial a approuvé environ US\$ 557,6 millions de subventions pour soutenir les programmes nationaux de lutte contre le SIDA en Afrique sur une période de deux ans. En juillet 2003, les accords de subventions signés représentaient plus de US\$ 238,4 millions, et plus de US\$ 15 millions de cet argent avaient été décaissés.

Intégration des activités d'appui

Comme les ripostes au SIDA deviennent de plus en plus complexes et s'étendent du secteur sanitaire pour atteindre chaque secteur du gouvernement et de la société, le nombre des divers organismes qui apportent un appui a également augmenté. Les donateurs, les organisations non gouvernementales, les instituts de recherche, les fonds et les fondations ont tous un rôle important à jouer à l'appui des ripostes nationales.

La situation en Afrique australe souligne l'importance d'une coordination des initiatives relatives au VIH/SIDA avec les efforts humanitaires. La riposte du système des Nations Unies à la crise alimentaire de la région a été gérée par le Bureau d'appui régional des Nations Unies pour la coordination inter-institutions (RIACSO). Les initiatives relatives au SIDA ont fait partie de cette approche coordonnée. La riposte humanitaire a aidé à éviter la maladie, la faim et la mort dans la région. Elle a également analysé et fait face aux répercussions tout à fait destructrices du SIDA dans la région, notamment sur la sécurité alimentaire (voir encadré sur le RIACSO)

RIACSO

Le Bureau d'appui régional des Nations Unies pour la coordination inter-institutions (RIACSO) a été créé pour coordonner la riposte humanitaire des Nations Unies à la crise alimentaire qui a frappé six pays de l'Afrique australe en 2002. Les partenaires RIACSO – FAO, OIM, BCAH, UNICEF, PNUD, PAM, OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA – ont reconnu qu'il était nécessaire de mieux comprendre et de mieux mesurer les crises complexes d'aujourd'hui, et d'élargir la vision et la riposte vis-à-vis des situations de vulnérabilité, y compris les répercussions du VIH/SIDA sur les secteurs sociaux et les ménages. Les résultats des évaluations de vulnérabilité dans la région indiquent que les ménages touchés par la maladie ou la mort d'un adulte se caractérisent par une baisse de la production alimentaire et du revenu du ménage. Ces ménages vont vraisemblablement pour survivre avoir recours à des moyens à court terme qui vont affaiblir de manière permanente leur capacité à plus long terme de faire face aux futurs chocs, y compris la vente de biens susceptibles de fournir un revenu comme le bétail et la diminution des dépenses de scolarité. D'une manière plus générale, la santé, l'éducation et les autres secteurs sont également vulnérables à la dislocation due au SIDA.

Alors que la crise alimentaire trouve graduellement une solution, la crise du SIDA en Afrique australe est une menace qui persiste pour ce qui concerne non seulement l'urgence humanitaire mais aussi le développement à long terme. Renforcée par des difficultés au niveau de la gestion des affaires publiques, la crise a eu pour résultat l'effondrement des mécanismes permettant de faire face aux situations difficiles, et paralysé les possibilités de reprise. Il est immédiatement nécessaire d'adopter une méthode différente pour sauver les vies et les moyens d'existence des populations. Dans les pays et régions les plus fortement touchés, l'épidémie à elle seule pourrait justifier des programmations d'urgence, indépendamment des conditions climatiques.

Déficits dans le domaine de la prévention

Le droit à l'information est un droit humain fondamental. Cela recouvre le droit à être informé sur la manière de prévenir une infection à VIH, particulièrement important pour les jeunes. A la fin de 2001, 30% des 30 millions environ de personnes infectées par le VIH en Afrique étaient âgées de 15 à 24 ans. La moitié des personnes nouvellement infectées dans cette tranche d'âge sont des jeunes hommes et des jeunes femmes qui entrent dans leurs années les plus productives. Les progrès réalisés dans certains pays comme l'Ouganda, qui s'est attaqué à l'épidémie très vite et avec force, prouvent que l'éducation, l'abstinence, la fidélité, l'utilisation du préservatif et l'accès aux services de conseil et de test volontaires (CTV) peuvent changer le cours de l'épidémie.

Il faut maintenant concentrer les efforts sur une action efficace qui associe les initiatives en matière de prévention et de traitement. Traitement et prévention sont indissociablement liés.

Les données factuelles émanant des pays à faible et moyen revenus dotés de programmes de thérapie antirétrovirale de plus en plus étendus (y compris le Brésil, le Chili, la Côte d'Ivoire, l'Ouganda et le Sénégal) nous permettent de dire que le nombre de ceux qui recherchent le conseil et le test volontaires tend à augmenter lorsque le traitement est disponible. Sans traitement, ceux qui sont en situation de risque ont peu de raisons de rechercher un diagnostic, notamment si la stigmatisation et la discrimination en sont le résultat le plus vraisemblable.

S'adresser à la jeunesse

Fournir aux jeunes les compétences, l'information, les outils et les services capables de les protéger contre l'infection à VIH est absolument essentiel pour arrêter la propagation du virus. La Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA insiste là-dessus, exigeant en particulier que d'ici à 2005 90% des jeunes (âgés de 15 à 24 ans) aient accès à la prévention, notamment aux services permettant de développer les compétences psychosociales nécessaires pour réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH. L'ONUSIDA a effectué une enquête pour son *Rapport de situation sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003* afin de mesurer les progrès réalisés dans cette voie. Sur les 12 pays de l'Afrique subsaharienne qui y ont répondu, le Botswana semble faire des progrès significatifs, grâce au lancement d'un effort majeur pour que les écoles du pays soient associées à la riposte contre le SIDA. Le Botswana a lancé un programme de la télévision nationale pour l'enseignement à distance destiné aux professeurs et aux étudiants des établissements primaires, secondaires et tertiaires. Construit sur le modèle du célèbre programme brésilien intitulé *TV Escola*, ce programme a fourni des postes de télévision et des magnétoscopes à 325 des 979 écoles, collèges techniques et centres d'enseignement du pays.

De tels efforts sont certainement nécessaires. Selon les données recueillies au cours des quelques dernières années, plus de 60% des adolescentes (de 15 à 19 ans) dans 21 pays africains ont au



Le journal *Straight Talk* à Nairobi (Kenya). Deux membres du comité de rédaction regardent les lettres que le journal a reçues de ses lecteurs. *Straight Talk* est un journal local produit par des jeunes pour les jeunes. Le projet, lancé en 1995, est soutenu par l'UNICEF et la Fondation Ford. ONUSIDA/G. Pirozzi

moins une idée fausse majeure à propos du SIDA ou n'ont jamais entendu parler du SIDA. Dans 10 pays subsahariens (sur les 23 pays subsahariens étudiés en 2000), moins de la moitié des jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) savaient que le risque de VIH pouvait être diminué par l'utilisation de préservatifs. Dans 8 de ces 10 pays, moins de la moitié des jeunes femmes savaient que le risque de VIH pouvait être atténué si les relations sexuelles se limitaient à un seul partenaire. Chez les hommes, les méthodes préventives de base varient considérablement d'un pays à l'autre. L'usage du préservatif

parmi les jeunes de sexe masculin (de 15 à 24 ans) lors de leur dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le) représente 88% au Botswana, mais moins de 33% (un tiers) au Cameroun, en Ethiopie, en Guinée et en République-Unie de Tanzanie.

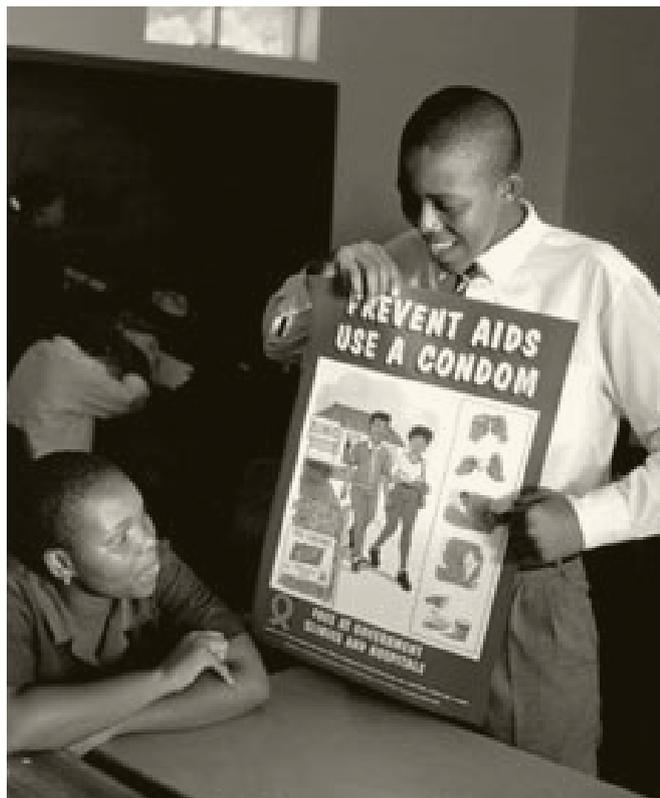
Enseigner la prévention à l'école

L'Equipe spéciale inter-institutions de l'ONUSIDA sur l'éducation souligne que l'éducation en matière de prévention du VIH devrait commencer tôt (avant que les enfants et les jeunes ne soient exposés au risque) et se poursuivre dans le temps. A ce sujet, les écoles ont un rôle important à jouer s'agissant de la réduction du risque et de la vulnérabilité associés à l'épidémie. Des études ont montré que plus un enfant était instruit, plus il était capable d'utiliser ses connaissances et ses compétences, et de faire preuve de confiance en soi de manière à se protéger du VIH. En Zambie, où plus de 20% des adultes vivent avec le VIH, les adolescents ayant poursuivi leur scolarité jusqu'à un niveau supérieur ont moins de chances d'avoir des partenaires occasionnels et utiliseront plus vraisemblablement les préservatifs que leurs pairs dont la scolarité est plus courte.

L'Equipe spéciale inter-institutions a identifié six domaines auxquels les systèmes scolaires doivent s'attacher en priorité lorsqu'ils intensifient l'éducation relative au SIDA :

1. Faire en sorte que les professeurs soient bien préparés et bénéficient d'un appui dans leur enseignement sur le VIH/SIDA.
2. Préparer et distribuer des matériaux pédagogiques scientifiquement précis et de haute qualité sur le VIH/SIDA, la communication et les compétences psychosociales.
3. Encourager les compétences psychosociales et l'éducation par les pairs pour les enfants et les jeunes, et parmi les parents et les professeurs eux-mêmes.
4. Eliminer la stigmatisation et la discrimination en vue de faire respecter les droits de l'homme et d'encourager une plus grande ouverture d'esprit à propos de l'épidémie.
5. Appuyer les programmes de santé scolaires qui fournissent un environnement scolaire sûr à la fois pour les professeurs et les élèves, en association avec des politiques de santé scolaires, une éducation sanitaire reposant sur les compétences et des services de santé scolaires qui abordent de manière explicite la question du VIH/SIDA.
6. Encourager les politiques et les pratiques qui favorisent l'égalité entre les sexes, l'apprentissage efficace, l'éducation par les pairs, et l'achèvement de la scolarité primaire et secondaire.

Le collège Mabathogna à Maseru (Lesotho). Les étudiants examinent et font des commentaires sur le matériel de prévention du VIH produit conjointement par des organismes des Nations Unies, des ONG locales et le Gouvernement du Lesotho. *ONUSIDA/G. Pirozzi*



Conseil et test volontaires

Les services de conseil et test volontaires (CTV), malheureusement indisponibles dans de nombreuses parties d'Afrique, facilitent à la fois la prévention et le traitement. Connaître son statut VIH est absolument indispensable pour pouvoir prendre des décisions en toute connaissance de cause. Le CTV commence avant le test du VIH en offrant un conseil aux personnes pour qu'elles puissent opter pour le test en toute connaissance de cause. C'est la pierre angulaire de la nature volontaire du CTV. Lorsque dans une communauté un nombre croissant de personnes subissent un CTV, les avantages seront innombrables. La connaissance du statut sérologique peut être une façon de motiver les personnes, qu'elles soient séropositives ou négatives vis-à-vis du VIH, à adopter un comportement sexuel entraînant moins de risque. Il sera également possible de mieux planifier sa vie. Les femmes enceintes qui découvrent qu'elles sont séropositives peuvent rechercher des mesures pour prévenir la transmission du virus à leur enfant. Les hommes et les femmes séropositifs peuvent apprendre comment un traitement antirétroviral peut les protéger du SIDA. Le conseil après le test est la clé d'une prise de décision éclairée. Le conseil apporté aux personnes séropositives ou séronégatives peut également dissiper la stigmatisation et la discrimination qui entourent le SIDA. Si elles sont mieux informées et comprennent mieux le phénomène, les personnes sont mieux disposées à rechercher leur état sérologique, notamment si l'on peut accroître les services de CTV en association avec une augmentation de l'accès au traitement antirétroviral.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA a défini cinq principes généraux pour une prestation correcte des services de CTV :

1. Les services de CTV doivent être confidentiels. Les résultats des tests ne peuvent être communiqués qu'à la personne testée, et tout ce qui se dit entre un conseiller et un client, que ce soit avant ou après le test, doit rester confidentiel à moins que le client n'en décide autrement.
2. La décision de profiter des services de CTV doit être prise de plein gré.
3. Il faut offrir à tous les clients ayant accès à ce service un conseil à la fois avant et après le test.
4. Il ne faut pas que les clients dont les tests sont positifs au VIH soient l'objet de discrimination.
5. Il faudrait que les clients aient accès à des services permanents de prévention, de prise en charge et d'appui.



Prise de sang pour un test VIH dans le service du SIDA de l'Hôpital Kenyatta à Nairobi (Kenya). *ONUSIDA/G. Pirozzi*

Transmission du virus de la mère à l'enfant

« [Une femme séropositive] se trouvait déjà à un stade très avancé dans son accouchement et était très anxieuse de son état. Nous voulions lui donner un médicament qui empêcherait la transmission de l'infection à VIH à l'enfant. Nous avons découvert que seulement l'Hôpital de Mbabane avait ce médicament. Finalement [elle] a eu son bébé sans avoir le médicament spécial. C'était comme si quelqu'un était mort dans notre maternité. Nous savons que le bébé est infecté. »

— *une infirmière paroissiale au Swaziland*

Un autre pilier de la prévention est l'utilisation d'antirétroviraux à court terme pour empêcher la transmission mère-enfant (TME) du VIH. Réduire le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH commence par la prévention du VIH chez la mère et la prévention des grossesses non désirées. Si une femme séropositive tombe enceinte, un traitement antirétroviral à court terme réduit jusqu'à 50% le risque de transmission à son nouveau-né. Les chances d'une transmission mère-enfant peuvent être également diminuées en accouchant les bébés par césarienne et en donnant des aliments de substitution aux nouveau-nés.

A la fin de 2001, seulement 1% des Africaines qui en avaient besoin avaient accès au traitement de prévention de la TME. Toutefois, certains pays ont fait des progrès, notamment le Botswana, qui est parvenu à une couverture de 34%. En Afrique du Sud, le projet de démonstration de traitement antirétroviral (DART) joue un rôle essentiel dans l'accroissement des services de CTV et de prévention de la TME dans le pays. Mis en œuvre à l'Unité de recherche périnatale sur le VIH de l'Hôpital Chris Hani Baragwanath (Soweto), le projet DART offre des services de CTV, y compris des tests rapides sur place, à l'hôpital et dans deux centres de santé communautaires. Les femmes enceintes séropositives peuvent bénéficier des services de prévention de la TME y compris des antirétroviraux, de pratiques d'accouchement modifiées qui minimisent la TME et de recommandations concernant les pratiques plus sûres pour l'alimentation du nouveau-né. Un conseil est également offert à chaque étape.

Traitement des infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles (IST) non traitées augmentent considérablement le risque de transmission du VIH. Une personne ayant une IST non traitée court 10 fois plus de chances de transmettre ou d'acquérir le VIH pendant un rapport sexuel. Un ulcère génital peut multiplier par trois le risque d'infection à VIH avec une seule exposition. L'OMS et l'ONUSIDA estiment que 340 millions d'IST guérissables se produisent tous les ans dans le monde chez les gens âgés de 15 à 49 ans, et 85% de ces cas sont constatés dans les pays en développement. Dans l'Afrique du Sud rurale, près de 9% des adultes souffrent de syphilis

et près de 5% ont une gonorrhée. Au Swaziland, 50% des malades en consultation dans les dispensaires anti-IST en 2000 ont également été testés séropositifs. Or, seulement 14% des Swazis en ayant besoin peuvent actuellement avoir accès à un traitement contre les IST.

Déficits en matière de traitement

« Nous ne pouvons plus accepter les millions de décès inutiles dus au SIDA simplement parce que nous sommes des Africains pauvres. Nous savons que le traitement antirétroviral est possible dans nos pays et nous lançons un mouvement pour exiger un traitement antirétroviral qui ne s'arrêtera pas s'il reçoit une réponse négative. »

— *Milly Katana, Groupe d'action sur les droits à la santé, Ouganda*



Des médecins et infirmières de l'Hôpital central de Maputo, au Mozambique, font des visites hebdomadaires au domicile des patients affectés par le SIDA – comme cette femme de 25 ans – trop faibles pour se rendre à l'hôpital. *ONUSIDA/B. Neeleman*

Même si des millions d'Africains vivant avec le VIH réclament des traitements d'une voix de plus en plus forte, ils sont toujours privés de soins, de traitement et d'appui, y compris de thérapie antirétrovirale, de prévention et de traitement des maladies opportunistes, d'appui psychosocial et de soins palliatifs. Depuis 1996, l'utilisation des antirétroviraux a réduit de manière spectaculaire la morbidité et la mortalité dues au SIDA dans les pays où ils étaient accessibles à un grand nombre. Pourtant, à la fin de 2002, seulement 1% de la population de l'Afrique subsaharienne ayant besoin d'un traitement antirétroviral était en mesure d'avoir accès à ces médicaments salvateurs. Cette inégalité constitue pour les dirigeants nationaux et internationaux une urgence en matière humanitaire, de droits de l'homme, de soins de santé et de développement économique et social qui prend des proportions énormes. Etant donné l'étendue de l'épidémie sur le continent, il est absolument indispensable que l'Afrique puisse surmonter les difficultés considérables qu'elle rencontre lorsqu'il s'agit d'intensifier la prise en charge, le traitement et l'appui nécessaires à ses populations.

Dans toute l'Afrique, il existe un mouvement qui s'étend rapidement et dont le but est de faire en sorte que les Africains puissent avoir accès à des traitements identiques à ceux qui sont à la portée des personnes vivant avec le VIH dans les pays industrialisés (voir l'encadré sur le Mouvement panafricain pour l'accès au traitement du VIH/SIDA). Alors que le traitement du VIH prolonge la vie

et réduit les souffrances des personnes vivant avec le VIH, c'est également un investissement pratique pour la société. Le traitement permet aux personnes séropositives de continuer à contribuer à leur propre bien-être et à celui de leur famille et de leur communauté, et de la société dans son ensemble. Lorsque les soins médicaux sont bien intégrés dans les efforts de prévention d'un pays, les deux éléments de la riposte se renforcent mutuellement. Les actions de prévention réduisent le nombre des personnes ayant besoin de soins et les exigences qui assaillent déjà des systèmes de santé surchargés. L'accès aux soins fournit une incitation puissante pour ceux qui veulent découvrir leur sérologie VIH et profiter des services de prévention.

L'accès au traitement et aux soins est également une question de droits de l'homme. Les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme comprennent le droit au plus haut niveau possible de santé physique et mentale. En application de l'article 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, les gouvernements africains se sont engagés à encourager et à protéger le droit à une prise en charge médicale. Dans la pratique, le fait que les médicaments et les thérapies liés au VIH/SIDA ne sont ni disponibles, ni accessibles, ni abordables, ainsi que l'insuffisance des soins et de l'appui portent atteinte à cet engagement. Dans plusieurs pays du monde, y compris en Afrique, les tribunaux ont jugé que l'accès aux soins contre le VIH est un droit constitutionnel. Par exemple, en juillet 2002, le tribunal constitutionnel d'Afrique du Sud, dans le contexte d'une affaire concernant l'accès à la névirapine pour la prévention de la transmission verticale du VIH, a jugé que les services liés au VIH en question se trouvaient dans le cadre des droits socio-économiques protégés par la Constitution du pays.

Engagement vis-à-vis du traitement

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, adoptée à l'unanimité lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/SIDA en juin 2001, a lancé un appel aux 189 Etats Membres afin qu'ils « s'efforcent d'assurer progressivement et de manière durable le niveau de traitement du VIH/SIDA le plus élevé possible, en ce qui concerne notamment la prévention et le traitement des infections opportunistes et

« Nous sommes furieux. Nos populations sont en train de mourir... »

Dans les efforts accomplis pour étendre le traitement antirétroviral en Afrique, l'action des groupes de la société civile prend de l'ampleur et de la vigueur. Le **Mouvement panafricain pour l'accès au traitement contre le VIH/SIDA** a été lancé par les activistes et organisations du SIDA appartenant à 21 pays à la suite de la réunion d'août 2001 au Cap (Afrique du Sud). Le Mouvement a exprimé sa déception profonde devant les politiques en vigueur à l'époque en matière de traitement et s'est engagé à une déclaration d'action qui affirme :

« Nous sommes furieux. Nos populations sont en train de mourir. Sans traitement, les 28 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVS) de notre continent aujourd'hui mourront de mort évitable et prévisible au cours de la prochaine décennie. Plus de 2 millions sont déjà morts du VIH/SIDA en Afrique pendant cette seule année. Cela constitue un crime contre l'humanité. Les gouvernements, les institutions multilatérales, le secteur privé et la société civile doivent intervenir sans retard pour empêcher un holocauste contre les pauvres. Nous devons assurer l'accès aux antirétroviraux dans le cadre d'une action globale continue visant la prise en charge de toutes les personnes ayant le VIH qui en ont besoin. A ce sujet, nous lançons un appel pour qu'au minimum on mette en place immédiatement l'objectif de l'Organisation mondiale de la Santé visant à garantir que les antirétroviraux seront à la disposition d'au moins 3 millions de personnes dans les pays en développement d'ici à 2005. Ensemble, avec nos alliés internationaux, nous tenons les gouvernements, les institutions internationales, les donateurs et le secteur privé pour responsables de la réalisation de cet objectif. »

l'utilisation effective de thérapies antirétrovirales faisant l'objet de contrôle de qualité ». Deux ans après cette Déclaration de l'UNGASS, l'accès aux antirétroviraux s'améliore, mais pas assez rapidement. Comme indiqué plus haut, à la fin de 2002, les antirétroviraux n'étaient fournis qu'à environ 50 000 personnes en Afrique subsaharienne, soit environ 1% des 4,1 millions de personnes ayant besoin de ce traitement. En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, 3 000 personnes reçoivent des antirétroviraux, soit 43% des 7 000 personnes en ayant besoin. Selon des études récentes, les pays qui comptent le plus fort pourcentage de personnes recevant des antirétroviraux sont le Botswana, la Gambie, la Guinée équatoriale, le Maroc et l'Ouganda. Dans les pays de l'Afrique australe touchés par les crises alimentaires (Lesotho, Malawi, Mozambique, Swaziland, Zambie et Zimbabwe), la couverture par les antirétroviraux reste très limitée (voir Figure 14).

Lancement de programmes thérapeutiques

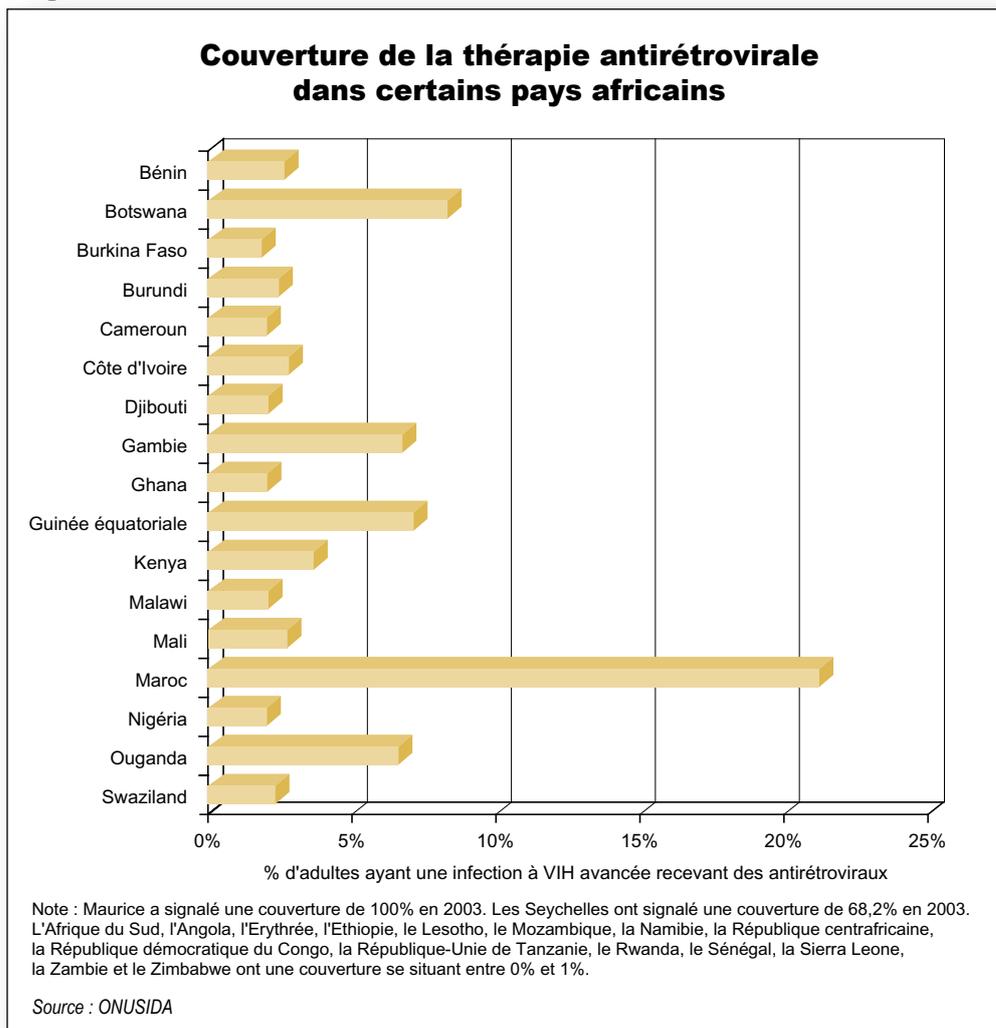
Plusieurs nations africaines ont pris des mesures importantes en ce qui concerne la prestation d'antirétroviraux par le système de santé publique (voir encadré sur le programme MASA du Botswana). Le Centre de recherche clinique commun de l'Ouganda a introduit une thérapie antirétrovirale assistée en 1991, dans le cadre d'une étude sur l'AZT. En 1998, le gouvernement a élargi son action dans ce domaine dans le cadre de l'Initiative ONUSIDA pour l'accès aux médicaments, également réalisée en Côte d'Ivoire, initiative qui fait partie des premiers projets pilotes du secteur public de cette nature démontrant que les antirétroviraux peuvent être utilisés en toute sécurité et efficacité dans des structures ne disposant que de ressources limitées. L'Ouganda a régulièrement élargi la thérapie antirétrovirale par l'intermédiaire de prestataires de services non gouvernementaux, de programmes sanitaires pour les employés, de la recherche et de projets pilotes, bien qu'elle ne soit pas facilement disponible dans le cadre du système de santé publique. Selon des données récentes, le nombre total de personnes ayant

accès à une thérapie antirétrovirale en Ouganda est d'environ 10 000, l'un des chiffres les plus élevés d'Afrique. Toutefois, comme environ 80% de ceux qui ont accès aux antirétroviraux les obtiennent par l'intermédiaire de structures de santé privées, plus de 95% de ces personnes doivent payer personnellement leurs médicaments. Le Comité national de la thérapie

Une assistante sociale du Centre communautaire de Kibera mesure la tension d'une patiente. Le programme d'entraide de la Communauté de Kibera comprend un groupe de soutien pour les personnes vivant avec le VIH. ONUSIDA/G. Pirozzi



Figure 14



antirétrovirale a récemment mis au point une politique de traitement et des directives appropriées pour établir les coûts et mettre en place un programme national.

La réaction rapide et complète du Sénégal face au SIDA (y compris des programmes complets de prévention et une initiative pour étendre le traitement antirétroviral) a permis au pays de maintenir la prévalence du VIH chez l'adulte à moins de 1%. En août 1998, le Sénégal a lancé l'Initiative sénégalaise sur la thérapie antirétrovirale et depuis lors a continué à élargir ce traitement dans le pays. A la suite d'une phase pilote à Dakar de 1998 à 2000, le gouvernement a accéléré son action avec la décentralisation des services dans quatre régions et des plans demandant l'intégration de toutes les régions du pays d'ici à la fin de 2004. Ce programme, qui utilise à la fois des médicaments de marque et des génériques, a fixé des prix souples qui permettent aux malades à faible revenu d'avoir accès gratuitement ou pour une somme nominale. Le gouvernement signale une adhésion de 80% aux thérapies dans le cadre du programme.

Le Nigéria est le pays le plus peuplé d'Afrique avec 120 millions d'habitants, et 3,5 millions de personnes infectées par le VIH. En avril 2001, le Président Olusegun Obasanjo a ordonné de commencer à administrer gratuitement des antirétroviraux dans le cadre d'un programme global de soins dans le secteur public. Le Nigéria utilise à la fois des produits de marque et des génériques pour la thérapie antirétrovirale.

Botswana : Programme antirétroviral MASA

Le programme antirétroviral MASA (« aube nouvelle ») a été créé en 2001 avec l'assistance technique et financière de l'African Comprehensive HIV/AIDS Partnership (ACHAP), collaboration entre le Gouvernement du Botswana, la Fondation Bill et Melinda Gates, la Fondation de la société Merck, et la firme de consultants en gestion McKinsey & Company. Une équipe représentant un vaste éventail d'expertises a été chargée de mettre au point des plans de mise en œuvre détaillés et finalement de lancer le programme. Elle a commencé par commander une étude globale de la demande potentielle d'antirétroviraux et de la situation du pays en ce qui concerne les fonds et les ressources humaines et physiques disponibles pour dispenser ce traitement.

Recrutement et formation

L'un des déficits les plus importants détectés par l'étude est celui d'un personnel ayant les compétences nécessaires pour dispenser le traitement ; les services sanitaires du Botswana fonctionnent partout avec des pénuries de personnel, et pratiquement sans aucune expertise pour le traitement du VIH/SIDA. Une campagne de recrutement a été lancée pour amener non seulement de nouveaux médecins, infirmières et pharmaciens, mais également de nouveaux types de conseillers pour aider les malades à suivre leur traitement. L'équipe MASA s'est tournée vers l'Institut de lutte contre le SIDA de Harvard, qui effectuait déjà au Botswana une recherche clinique et aidait le Ministère de la Santé à remettre à niveau ses services de laboratoire, de manière à développer conjointement un cours de formation comprenant 12 conférences de base abordant toutes les questions depuis la virologie et l'immunologie jusqu'aux interactions et effets indésirables des antirétroviraux. Plus de 700 personnes avaient terminé ce cours de formation au milieu de l'année 2003. C'est devenu un cours de formation régulier, utilisé pour former les praticiens privés et le personnel sanitaire employé dans les grandes compagnies minières qui ont leurs propres hôpitaux.

Médicaments

N'ayant aucune expérience du traitement antirétroviral, l'équipe MASA a recherché des associations qui avaient fait leurs preuves ailleurs. Une autre préoccupation principale a été de réduire au minimum le risque de pharmacorésistance, et ceci a également eu un effet sur le choix des médicaments et sur les directives rédigées pour leur utilisation. L'équipe a choisi 10 antirétroviraux de marque, offrant une gamme relativement large d'associations et suffisamment de souplesse pour ce qui concerne la prescription. Les antirétroviraux sont traités véritablement comme les stupéfiants. Il faut les conserver enfermés à clé et la signature de deux personnes est nécessaire pour les obtenir.

Gestion

Lorsque le programme MASA a commencé, les médecins, infirmières, pharmaciens et conseillers conservaient les données concernant les malades dans des dossiers écrits à la main, système qui était inefficace et susceptible d'être mal utilisé et créait des montagnes de papiers. Actuellement, l'équipe MASA a mis au point un système de gestion informatisée des dossiers des malades qui sera introduit partout en temps utile. La difficulté a consisté à créer un système qui permette au programme de suivre la trace des patients, de voir quels sont les médicaments qu'ils ont reçus et à quel moment, et de surveiller l'observance du traitement et les paramètres sanitaires. Tous les patients reçoivent un numéro d'identité et tous les médicaments qui leur sont prescrits sont enregistrés, ainsi que les dates auxquelles ils doivent revenir pour un réapprovisionnement. Si le patient ne revient pas à la date correcte, cela se voit immédiatement.

Futures difficultés à surmonter

Le Botswana ouvre une nouvelle voie, tout en apprenant à traiter la pire épidémie que le monde ait connue et qui possède des caractéristiques très distinctives, de sorte que de nombreuses questions appellent des réponses. Les médicaments auront-ils le même effet sur la population du Botswana qu'ailleurs ? Les effets indésirables seront-ils les mêmes ? Les variations génétiques ou comportementales ont-elles une importance ? La recherche est une partie essentielle du programme antirétroviral, et le système informatisé, étant donné sa capacité puissante à rassembler les données, répond également aux besoins de la recherche. Il peut organiser les données selon le sexe, la tranche d'âge, ou un thème, avec la possibilité d'extraire toutes les données concernant la numération des CD4 ou la charge virale.

L'élargissement du programme rencontre comme principale difficulté la pénurie de personnel et de compétences spécialisées. Mais atteindre les populations des villages au-delà des routes goudronnées et des pistes d'atterrissage représente également un défi considérable. Un autre enseignement tiré de l'expérience jusqu'à présent est que les programmes ne devraient pas attendre que tout soit en place et que les conditions soient idéales avant de commencer les antirétroviraux. Les médecins et les infirmières passent déjà une grande partie de leur temps à s'occuper des personnes vivant avec le VIH, étant donné que la majorité des cas qu'ils voient à l'hôpital ou dans les dispensaires sont liés au VIH.

(Extrait d'un rapport sur les meilleures pratiques en cours de réalisation par l'ONUSIDA, qui a pour titre : *Stepping back from the Edge : vision, activism and risk-taking in pursuit of antiretroviral therapy.*)

Au Cameroun, le gouvernement utilise les fonds de l'allégement de la dette que lui octroient la Banque mondiale et le FMI dans le cadre de l'Initiative des pays pauvres très endettés pour subventionner la prestation d'antirétroviraux génériques par l'intermédiaire du service de santé publique. Ce programme, qui a fait baisser le coût mensuel du traitement à US\$ 20 par personne, a permis une augmentation rapide des traitements, d'abord dispensés à quelques centaines de personnes pour en atteindre maintenant plus de 7 000.

Par une décision historique saluée partout, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'Afrique du Sud, le Cabinet sud-africain a annoncé en août 2003 que le gouvernement prévoyait de commencer la prestation d'antirétroviraux dans le secteur public. Le Ministère de la Santé du pays devrait mettre au point d'ici à la fin de septembre 2003 un plan qui expliquera en détail quand et comment les médicaments seront disponibles.

« ...les antirétroviraux contribuent sans aucun doute à améliorer la qualité de la vie de ceux qui se trouvent à un certain stade de développement du SIDA... Le gouvernement partage l'impatience de nombreux Sud-Africains devant la nécessité de renforcer la gamme d'instruments dont le pays dispose pour lutter contre le SIDA. Le Cabinet va par conséquent prendre des mesures pour que les dernières difficultés soient surmontées de toute urgence, afin d'arriver à un produit qui garantisse un programme efficace et durable. »

– déclaration du Cabinet du Gouvernement sud-africain prononcée le 8 août 2003, au sujet de sa décision d'incorporer le traitement antirétroviral dans le système de santé publique

Traitement antirétroviral sur le lieu de travail

Jusqu'à présent, la plupart des traitements antirétroviraux en Afrique ont été dispensés dans le secteur privé, n'étaient disponibles que pour quelques personnes fortunées et étaient fournis par des médecins privés ou par des programmes de soins de santé pour les employés, gérés par de grandes sociétés. La plupart des géants économiques du continent (y compris DaimlerChrysler South Africa, De Beers et la société Debswana Diamond) ont reconnu qu'investir dans le traitement de leur main-d'œuvre était urgent et efficace du point de vue économique. AngloGold, conglomérat minier basé à Londres, a commencé à dispenser des antirétroviraux à ses employés séropositifs dans ses mines en Afrique du Sud. On estime que 30% des 40 000 personnes employées par AngloGold sont séropositives. Le coût pour AngloGold d'un traitement antirétroviral sera d'environ 2 à 3 dollars par malade et par jour. La société estime que le traitement des employés qui risquent de contracter le SIDA permettra d'économiser 5 dollars (ou jusqu'à 2%) du coût de la production d'une once d'or, alors que l'on prévoit une augmentation des coûts si aucune action n'est entreprise.

Initiatives régionales et internationales en matière de traitement

Dans le monde entier, et en particulier en Afrique, les gouvernements envisagent les avantages d'une collaboration régionale pour accroître l'accès au traitement, qui viendrait s'ajouter aux politiques et aux actions de programmation menées au niveau national. A la fin de 2002, les pays participant à la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), soutenus par l'Organisation sanitaire de l'Afrique occidentale, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA, se sont réunis à Dakar en une consultation régionale pour encourager la conception et la mise en place d'une initiative capable d'accélérer de manière urgente l'accès au traitement. Le Secrétariat de la Communauté de Développement de l'Afrique australe a révisé récemment son cadre stratégique en matière de VIH/SIDA et lancé un appel pour une riposte multisectorielle renforcée. La Déclaration de Maseru sur le VIH/SIDA, adoptée le 4 juillet 2003 par les chefs d'Etat des 14 pays membres, s'engage à agir dans le domaine de la prise en charge et du traitement des personnes vivant avec le VIH/SIDA au moyen d'une thérapie antirétrovirale.

Au niveau international, les Etats africains membres de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) ont joué un rôle déterminant dans les négociations et le suivi de la *Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique* de l'OMC, également connue sous le nom de Déclaration de Doha. Cette Déclaration, qui se réfère en particulier au VIH/SIDA, a affirmé que les règles du commerce international peuvent et doivent être interprétées et mises en œuvre de manière à renforcer le droit des gouvernements de protéger la santé publique et, en particulier, de favoriser l'accès de tous aux médicaments.

En dépit de ces étapes importantes qui ont été franchies aux niveaux international, national et communautaire, de nombreuses difficultés persistent sur la voie de l'universalisation de l'accès à la prise en charge, au traitement et à l'appui en ce qui concerne le VIH dans toute l'Afrique. Il s'est avéré difficile, par exemple, d'obtenir un consensus en Ouganda sur des points essentiels, tels que les critères servant à décider qui aura accès gratuitement en premier aux antirétroviraux dans le secteur public. De semblables décisions difficiles devront être prises par d'autres gouvernements africains à mesure que la thérapie antirétrovirale publique s'oriente progressivement vers un accès universel.

Or, grâce à un certain nombre d'événements internationaux importants, il est maintenant plus facile d'envisager de dispenser un traitement adapté à un nombre plus important de personnes vivant avec le VIH en Afrique. Tout d'abord, on constate dans de nombreux pays africains un engagement tout à fait nouveau des hommes politiques de haut niveau vis-à-vis de l'accès au traitement. Ensuite le prix des antirétroviraux a diminué spectaculairement (plus de 90% dans certains cas) dans tous les pays de l'Afrique subsaharienne. A compter de juin 2003, l'association antirétrovirale commercialisée la moins coûteuse recommandée par l'OMS est offerte dans tous les pays de l'Afrique subsaharienne à un prix d'environ US\$ 675 par patient

et par an, alors que l'association générique approuvée par l'OMS la moins coûteuse représente environ US\$ 300 par an. Sur un continent où 290 millions de personnes vivent avec moins d'un dollar par jour, ces prix-là sont encore trop élevés pour un achat privé de grande envergure. Toutefois, ils permettent aux gouvernements, aux donateurs internationaux et au secteur privé de mettre en place des programmes de traitement à grande échelle.

Les actions entreprises pour obtenir un financement durable et accru en vue d'accroître l'accès aux soins ont pu faire des progrès grâce à l'accord intervenu entre deux entités de financement multilatéral majeures : la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, pour inclure le traitement anti-VIH dans le cadre des activités qu'ils vont financer, et grâce aux engagements importants pris par certains donateurs bilatéraux comme les Etats-Unis. Le Fonds mondial a signalé que 86% de ses subventions mondiales pour le VIH comprennent des activités visant à renforcer les systèmes de distribution pharmaceutique et médicale, et que 76% de toutes les subventions relatives au VIH permettent de s'approvisionner en antirétroviraux, autres médicaments et biens en tout genre. L'OMS, qui est le principal Coparrainant de l'ONUSIDA dans le domaine de la prise en charge et du traitement du VIH, a adopté plusieurs mesures importantes pour financer l'accès au traitement anti-VIH dans certains pays. Il s'agit notamment de la diffusion de directives thérapeutiques pour accroître la thérapie antirétrovirale dans des structures ayant des ressources limitées, de l'inscription de 12 antirétroviraux sur la *Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS*, et de l'engagement d'effectuer (avec l'aide de l'UNICEF et du Secrétariat de l'ONUSIDA) une évaluation de qualité, connue sous le nom de « projet de préqualification », pour les médicaments liés au VIH commercialisés sous une marque et génériques. Il demeure absolument essentiel de renforcer les systèmes de santé des pays et d'augmenter leurs ressources humaines affectées aux secteurs de services sanitaires et sociaux. En dépit de ces difficultés, les possibilités d'accroître la prise en charge, le traitement et l'appui dans la lutte contre le VIH ne se sont jamais présentées sous de meilleurs auspices.

Inégalité entre les sexes

La vulnérabilité des femmes et des filles africaines vis-à-vis de l'infection à VIH est intégralement liée aux inégalités entre les sexes, aux normes sociétales et à la discrimination sous-jacentes. Pour modifier durablement cette vulnérabilité, il faudra une évolution fondamentale des rapports entre les hommes et les femmes, et de la manière dont les sociétés considèrent les femmes et apprécient leur travail et leur contribution. Les deux dernières décennies nous ont beaucoup appris en ce qui concerne les moyens permettant de diminuer la fracture existant entre les sexes pour ce qui est du VIH/SIDA. Le problème consiste maintenant à mettre en œuvre ces stratégies de manière à obtenir pour les Africaines et leur famille des résultats réellement tangibles.

Comme les risques que courent les filles et les jeunes femmes sont particulièrement élevés, les stratégies visant à prévenir l'infection à VIH et à réduire les répercussions de l'épidémie sur leur vie quotidienne devraient inclure :

- une législation nationale qui affirme l'égalité des droits pour les femmes ;
- des possibilités de création de revenu pour les femmes ;
- l'éducation en matière de prévention pour les filles et les jeunes femmes afin d'encourager les compétences essentielles pour éviter les risques ;
- des programmes d'éducation pour les jeunes qui abordent les normes culturelles et sociales liées au sexe et favorisent l'apparition d'un comportement plus équitable ;
- la fourniture de préservatifs et d'autres méthodes mécaniques de prévention, notamment celles qui peuvent être contrôlées par les femmes (par exemple, microbicides) ;
- des centres de conseil et de test volontaires et autres services sanitaires liés au VIH qui soient accueillants pour les femmes et les filles ;
- des programmes visant à améliorer les conditions socio-économiques des filles et des jeunes femmes ;
- une tolérance zéro du viol et des abus commis contre les femmes et les filles ;
- une prévention, une prise en charge et un appui adaptés aux sexes ;
- un soutien pour les femmes qui prennent en charge des membres de la famille.

Sexospécificité et VIH/SIDA en Sierra Leone

En Sierra Leone, le conflit qui dure depuis des décennies a été marqué par d'extraordinaires niveaux de violence sexuelle contre les femmes et les filles. Le viol et l'asservissement de la part des rebelles pour obtenir des rapports sexuels et de la main-d'œuvre, ainsi que les effets combinés du conflit prolongé, des abus généralisés des droits de l'homme et d'une migration massive et forcée dans l'un des pays les plus pauvres du monde, ont eu un effet dévastateur sur la santé et le bien-être des femmes de Sierra Leone, et créé un milieu favorable à la propagation du VIH. La Sierra Leone entre maintenant dans une phase de reconstruction après le conflit, et la présence des forces de maintien de la paix des Nations Unies, l'intérêt des organisations de développement internationales et régionales et la réinstallation progressive des populations déplacées ouvrent de nouvelles possibilités pour une programmation anti-VIH/SIDA.

Nous ne disposons tout simplement pas de statistiques précises en ce qui concerne le VIH/SIDA en Sierra Leone, mais les informations recueillies çà et là suggèrent fortement que les infections à VIH augmentent. Les taux de prévalence semblent être les plus élevés au sein des forces de sécurité. Dans la population générale, les connaissances fondamentales concernant le SIDA sont minimes.

En février 2001, le Secrétariat de l'ONUSIDA a pris part à une mission conjointe en Sierra Leone (réunissant des représentants du Département des opérations de maintien de la paix (DPKO), du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), du Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme (UNIFEM)) dans le but d'évaluer la situation concernant le VIH/SIDA pour la Mission des Nations Unies en Sierra Leone (UNAMSIL). Sur la base des informations rassemblées, le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'UNIFEM ont entamé une collaboration afin d'intégrer une méthodologie qui tienne compte des sexes dans toutes les initiatives entreprises en Sierra Leone, y compris l'action de lutte contre le SIDA mise en œuvre actuellement par l'opération de maintien de la paix. Ce projet est dirigé par un coordinateur de programme sur les inégalités entre les sexes et le VIH/SIDA. L'objectif clé consiste à faire en sorte que l'égalité entre les sexes et les droits de l'homme fassent partie intégrante des politiques, programmes et activités essentiels concernant le SIDA dans le contexte de l'assistance humanitaire, notamment afin de minimiser et d'inverser les taux d'infection parmi les services de maintien de la paix des Nations Unies, les forces armées nationales et la population civile. Le but est également de mieux connaître les conséquences du SIDA pour chaque sexe et les effets des épidémies sur les droits fondamentaux des femmes en Sierra Leone, d'aider les femmes à obtenir des compétences réelles pour pouvoir négocier des rapports sexuels sans danger et l'utilisation du préservatif, ainsi que de faire en sorte que les politiques nationales concernant l'égalité entre les sexes et le SIDA soient renforcées.

L'action entreprise par le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'UNIFEM vise à ce que les activités du Secrétariat national de Sierra Leone pour le SIDA (NAS) tiennent judicieusement compte des différences entre les sexes et de leurs droits. L'UNIFEM aide également les organisations de femmes dans leur lutte contre le SIDA en reliant leurs activités à l'action du gouvernement et des donateurs, et met en place actuellement des activités pour renforcer la capacité de la Commission Vérité et Réconciliation afin de traiter la question des violations des droits des femmes. La division chargée de l'égalité entre hommes et femmes prévue au sein du Ministère du Bien-être social, des relations entre les sexes et des questions relatives à l'enfance facilitera la pleine intégration de l'égalité entre les sexes dans les politiques et programmes gouvernementaux.

L'ONUSIDA est en train de mettre au point des programmes semblables en Angola et en République démocratique du Congo.

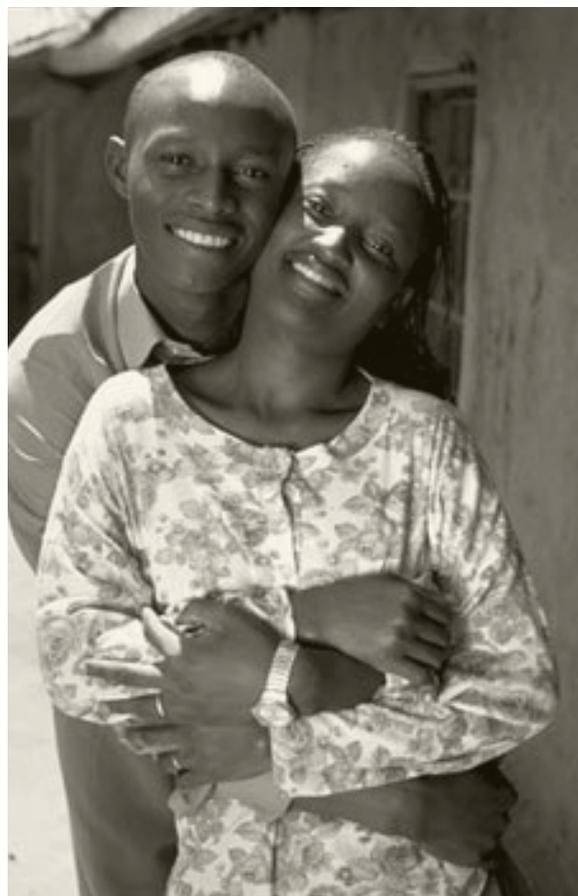
La plupart de ces interventions ont déjà été testées (voir encadré sur la sexospécificité et le VIH/SIDA en Sierra Leone). Un nombre croissant d'institutions participant aux soins à domicile (y compris TASO en Ouganda et le Diocèse catholique de la province du Copperbelt en Zambie) adoptent une méthode intégrée pour dispenser un soutien matériel, pour payer les frais scolaires et fournir un microcrédit aux veuves. Récemment, le Rwanda a promulgué une loi permettant aux femmes d'hériter des terres. En Zambie, des programmes de soins à domicile à assise communautaire sont entrés en partenariat avec les unités de la police zambienne chargées de l'aide aux victimes pour informer les femmes de leurs droits en matière de succession, et pour offrir une protection et une assistance juridique aux victimes de violences liées au sexe. En Afrique du Sud et au Sénégal, le Fonds des Nations Unies pour le Développement des Femmes (UNIFEM) et la Société pour les Femmes en Afrique ont mis à l'essai de nouvelles méthodes pour donner aux femmes les moyens de négocier des rapports sexuels protégés.

L'Initiative des Nations Unies pour l'éducation des filles, organisée par l'UNICEF, vise à augmenter le nombre de filles qui terminent leur éducation primaire et secondaire, ce qui peut améliorer leur indépendance économique et leurs compétences essentielles, et approfondir leur connaissance du VIH. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) a également lancé un appel à toutes les nations pour diffuser l'information concernant la transmission du VIH et les méthodes de protection comme faisant partie d'une stratégie parmi d'autres pour diminuer la discrimination fondée sur le sexe.

Au début de cette année, l'ONUSIDA a lancé une Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA dans le but d'augmenter la synergie, la visibilité et l'efficacité des actions liées à la femme et au SIDA. Cette Coalition cherche à catalyser les activités, à faciliter la collaboration et à soutenir l'élargissement des efforts innovateurs qui permettront de faire participer et d'avantager les femmes et les filles. Son but consiste à créer un mouvement mondial sans précédent pour atténuer les répercussions du SIDA dans la vie quotidienne de la femme. Plus particulièrement cette coalition cherche à :

- prévenir l'infection à VIH chez les filles et les jeunes femmes ;
- réduire la violence contre les femmes ;
- protéger les biens et les droits en matière d'héritage des femmes et des filles ;

Saul Nassilah (21 ans) et Florence (27 ans) sont séropositifs au VIH et travaillent comme éducateurs pour les pairs au Centre communautaire de Kibera, au Kenya.
ONUSIDA/G. Pirozzi



- assurer l'égalité d'accès des femmes et des filles à la prise en charge et au traitement ;
- faciliter l'amélioration de la prise en charge à assise communautaire, en se concentrant en particulier sur les femmes et les filles ;
- encourager l'accès à de nouvelles options de prévention pour les femmes, y compris les microbicides ;
- appuyer les efforts actuels visant à assurer une éducation universelle pour les filles.

Déficits de compétences

L'un des obstacles les plus insurmontables à la généralisation des interventions riches de conséquences et rentables contre le SIDA, ce sont les capacités humaines et techniques limitées des pays en développement. Il faut que les donateurs non seulement fournissent des ressources financières supplémentaires pour les programmes, mais aussi apportent leur soutien à la mise en place des systèmes, des mesures incitatives et des mécanismes nécessaires à la gestion d'une riposte vigoureuse au SIDA. La Banque mondiale a déclaré que la faiblesse des capacités nationales est une contrainte majeure au décaissement des fonds du PPS. Les gouvernements et organismes internationaux donateurs doivent mieux associer leurs efforts à court terme pour combler les déficits de compétences (habituellement à l'aide de ressources humaines et techniques extérieures), aux efforts à long terme nécessaires pour renforcer les capacités locales. Dans certains pays les capacités nationales diminuent à cause du SIDA plus vite que ne se mettent en place les efforts internationaux destinés à les renforcer. Ces capacités qui vont en s'amoindrisant peuvent entraîner pour les populations l'impossibilité d'avoir accès aux soins de santé, à l'éducation, à l'approvisionnement alimentaire, à de l'eau saine et à l'assainissement.

Nombre de pays africains pourraient également mieux utiliser leurs vastes capacités latentes. Trop de pays continuent à assimiler les capacités nationales aux capacités du seul gouvernement. Faire participer un ensemble plus vaste d'acteurs (notamment de la société civile et du secteur privé) pourrait amener sur le terrain des compétences plus solides et plus diversifiées plus rapidement que s'il faut les créer de toutes pièces.

Plans de budgétisation et d'établissement des coûts pour le SIDA

Une aide pour la budgétisation et l'établissement des coûts des plans nationaux de lutte contre le SIDA constitue un aspect essentiel, et malheureusement souvent négligé, du processus de financement (voir encadré sur les plans stratégiques nationaux). Chiffrer le coût des activités et inscrire au budget les plans d'action nationale fournissent aux administrateurs et aux décideurs une estimation des ressources financières nécessaires pour mettre en place un ensemble souhaitable d'activités afin d'atteindre une série d'objectifs pendant une période définie. Un plan national dont les coûts sont bien chiffrés et dont le budget est correctement établi est un puissant instrument de sensibilisation et de mobilisation des ressources. Les donateurs seront

Renforcer les plans stratégiques nationaux

L'analyse des plans stratégiques nationaux (PSN) en matière de VIH/SIDA et des propositions de financement des donateurs pour l'Afrique australe et orientale ont révélé une faiblesse générale au niveau de la budgétisation et de l'établissement des coûts des programmes liés au SIDA. Dans la plupart des pays, le coût des PSN n'est pas chiffré correctement, ou parfois ne l'est pas du tout. Les raisons majeures tiennent à l'absence de capacité au niveau du pays, ainsi qu'à l'absence d'assistance technique appropriée de la part des donateurs et des organisations internationales.

Les PSN jouent un rôle important en ce qui concerne la mobilisation des ressources, notamment s'ils ont des objectifs, des buts et des stratégies clairement précisés et si on en connaît les coûts et les priorités. D'autre part, une mauvaise évaluation des coûts des programmes liés au VIH/SIDA, ou son absence, a des répercussions négatives graves sur l'action visant à accroître la riposte au VIH/SIDA. En particulier, cette mauvaise évaluation des coûts peut avoir les conséquences suivantes :

- des estimations nationales imprécises du montant de ressources mobilisées ou attribuées au SIDA sur une certaine période ;
- une insuffisance des crédits budgétaires consacrés aux programmes de lutte contre le SIDA ;
- l'absence d'ordre de priorité parmi les programmes de lutte contre le SIDA ;
- des apports de ressources fragmentés et non coordonnés pour la lutte contre le SIDA ;
- une utilisation inefficace des économies provenant de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTÉ) ; ou
- une mauvaise surveillance et évaluation des programmes de lutte contre le SIDA.

Afin d'aider les pays dans ce domaine, l'Equipe ONUSIDA interpayes pour l'Afrique orientale et australe (ICT/ESA) a mis au point un cadre pour la budgétisation et l'établissement des coûts qui offre un modèle pour les pays souhaitant mettre au point et réviser leurs PSN et/ou financer les propositions au Fonds mondial et à d'autres donateurs. Ce cadre, qui est distribué avec un ensemble de directives, aide également à identifier les activités et apports essentiels pour les programmes de lutte contre le SIDA, ainsi qu'à établir les priorités des dépenses pour la lutte contre le SIDA dans l'ensemble du cadre budgétaire national.

L'ONUSIDA a organisé une série d'ateliers pour aider les gouvernements africains à utiliser ce cadre. Le premier atelier, qui s'est déroulé en septembre 2002, a réuni neuf pays d'Afrique australe. Un second atelier, en janvier 2003, a rassemblé des pays insulaires et d'Afrique de l'Est, ainsi que la Communauté sanitaire de l'Afrique orientale, centrale et australe (ECSAHC). Un feedback utile a été reçu de ces deux ateliers, et il a été incorporé dans une nouvelle édition de ce cadre.

mieux disposés à déboursier des fonds si les programmes nationaux comportent des plans détaillés de lutte contre le SIDA. Pour certains, c'est une condition sine qua non. Par exemple, la cohérence et la transparence d'un plan stratégique multisectoriel lancé par le Burkina Faso en 2001 ont immédiatement attiré US\$ 150 millions supplémentaires des donateurs internationaux et bilatéraux.

Suivi et évaluation

Un aspect fondamental d'une riposte élargie au SIDA est la possibilité de comprendre la progression de l'épidémie et d'évaluer l'effet des actions entreprises pour lutter contre elle. Il existe actuellement peu de cohérence entre les pays en ce qui concerne la nature des données épidémiologiques et autres informations stratégiques recueillies et sur la manière dont elles sont stockées et récupérées pour être utilisées. Cet état de choses limite l'expertise nationale néces-

Système d'information de l'ONUSIDA sur la riposte des pays

L'amélioration de l'information et une analyse éclairée sont des éléments essentiels à l'élaboration de ripostes nationales élargies et durables au VIH/SIDA. Certains pays ont mis au point des systèmes de surveillance du VIH/SIDA alors que d'autres collectent des informations sur les ressources affectées aux programmes et projets relatifs au VIH/SIDA. Pour répondre à la nécessité d'améliorer l'information et l'analyse aux niveaux national et mondial, l'ONUSIDA a entamé en 2002 un plan ambitieux qui consiste à établir des systèmes d'information destinés à appuyer les ripostes nationales au SIDA.

Le Système d'information sur la riposte des pays (CRIS), qui se trouve dans les conseils nationaux du SIDA ou leurs équivalents, contient des indicateurs nationaux et sous-nationaux, des informations relatives aux programmes et des données essentielles correspondant à chaque riposte nationale. Ce système CRIS est facile à utiliser et se compose d'une base de données pour les indicateurs, d'une base de données pour le suivi des projets et des ressources, d'une base de données dressant l'inventaire des recherches et d'autres informations importantes. Le système CRIS au niveau du pays sera accompagné d'une base de données informatiques sur la riposte mondiale (GRID) basée au Secrétariat de l'ONUSIDA. Cette base de données GRID prendra en charge l'analyse stratégique, la formulation de politiques fondées sur le savoir et la programmation ultérieure par l'intermédiaire de l'Internet.

saire pour produire une information stratégique et la convertir en analyse stratégique, en politiques plus fortes et en expansion durable de la riposte nationale au SIDA. Cette situation est encore compliquée par l'insuffisance de l'appui technique extérieur disponible pour l'amélioration de la collecte et de l'analyse des données au niveau national. De plus, les ripostes nationales au SIDA n'utilisent pas au mieux les technologies de l'information en tant qu'élément stratégique de leur travail. L'évaluation des ripostes des pays exige la mise au point de compétences techniques et méthodologiques au sein des conseils nationaux de lutte contre le SIDA.

De plus en plus, les gouvernements africains et les donateurs travaillent

ensemble à l'établissement de systèmes de surveillance et d'évaluation pour répondre à ce problème. Ces systèmes vont de pair avec des mécanismes de responsabilité qui veillent à ce que les fonds soient utilisés à bon escient. L'ONUSIDA lui-même intensifie ses efforts pour renforcer les capacités nationales afin de suivre l'état actuel, le cours à venir et les répercussions de l'épidémie. Un élément essentiel de ces actions est la création d'un Système d'information sur la riposte des pays (voir encadré).

Orientations futures de l'ONUSIDA

En décembre 2002, le Conseil de Coordination du Programme (CCP) de l'ONUSIDA a reconnu qu'il fallait intensifier les efforts de l'ONUSIDA au niveau pays, en particulier renforcer les capacités locales pour accroître la riposte nationale au SIDA. Le Secrétariat de l'ONUSIDA et ses Coparrainants* réorientent actuellement leurs stratégies relatives au VIH/SIDA pour répondre à la décision du CCP.

* Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

A ce sujet, le Secrétariat de l'ONUSIDA a défini les domaines essentiels de riposte nationale suivants qui nécessitent un nouvel appui des Nations Unies à mesure que les fonds supplémentaires deviendront disponibles :

- Renforcer les organismes de coordination nationale de la lutte contre le SIDA et les initiatives mobilisatrices régionales et nationales.
- Encourager la création d'espaces de partenariat auxquels collaborent la société civile et le secteur privé.
- Responsabiliser la société civile, notamment les personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Créer une information stratégique, telle que rapports de situation du pays et analyse de tendances régionales.
- Etablir des systèmes d'information sur la riposte des pays afin de suivre, surveiller et évaluer les ripostes nationales.
- Encourager les examens participatifs organisés par les gouvernements sur la riposte incluant notamment une forte contribution de la société civile, du secteur privé, des donateurs et d'autres parties prenantes.
- Placer des experts techniques de manière à combler les déficits de compétences à court terme et à développer les capacités à long terme.



Un petit garçon remplit un ustensile en plastique à une fontaine communale destinée aux habitants des bidonvilles près de Pietersburg (Afrique du Sud).
ONUSIDA/L. Gubb

Conclusion

Les enjeux ne pourraient pas être plus considérables. En Afrique, le SIDA menace de réduire à néant les acquis de décennies de développement. Dans les pays à forte prévalence, les familles se désintègrent, les économies ralentissent, et les services sociaux se dégradent. En Afrique australe, où la prévalence du VIH est plus élevée que partout ailleurs dans le monde, le SIDA a exacerbé les problèmes de sécurité alimentaire, et démontré combien l'épidémie et les crises humanitaires sont inextricablement liées. Ces répercussions ont été particulièrement graves pour les femmes et les jeunes Africains, notamment ceux qui ont perdu un ou deux parents à cause du SIDA.

Mais la situation est loin d'être désespérée. Des actions de plus en plus nombreuses sont entreprises pour inverser la propagation du SIDA. Le Sénégal a démontré que le VIH dans les pays en développement peut être maintenu à de faibles niveaux de prévalence, et l'Ouganda a prouvé qu'il était possible de réduire l'épidémie de manière durable. La réussite de ces efforts est due à un ensemble de facteurs, notamment :

- une volonté politique forte ;
- la mise en œuvre de programmes nationaux spécifiques de lutte contre le SIDA ;
- l'élargissement de la riposte de manière à intégrer les actions de la société civile, des organisations religieuses, du secteur privé et des réseaux de personnes vivant avec le VIH ;
- une diminution de la stigmatisation et de la discrimination auxquelles sont confrontés ceux qui sont infectés par le VIH ; et
- la protection des groupes particulièrement vulnérables à l'infection.

Les nations africaines sont de plus en plus nombreuses à rassembler tous ces éléments pour construire des ripostes plus fortes au SIDA. Ce faisant, les gouvernements africains et la communauté internationale doivent combler certains déficits particuliers :

- Il faut accroître les ressources financières, tout en renforçant les capacités humaines et techniques et en augmentant l'efficacité et la transparence des programmes.
- La prévention de base et les initiatives concernant le traitement ne sont pas largement répandues en Afrique. Les stratégies de prévention fournissent une solide base pour la prise en charge et le traitement. Les soins concernant le VIH, en particulier la thérapie antirétrovirale, peuvent sauver des vies, alléger les souffrances humaines, et permettre aux personnes vivant avec le VIH de continuer à participer à la vie familiale, communautaire et au bien-être économique de leur pays.

- L'inégalité entre les sexes accroît la vulnérabilité des Africaines à l'infection et probablement leur refuse l'égalité d'accès aux initiatives relatives à la prévention et au traitement.

Aujourd'hui, le SIDA est reconnu comme constituant dans les pays en développement l'un des plus grands obstacles à la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire. La non-réalisation de ces objectifs en Afrique constituera un échec imputable à la communauté internationale tout entière. Le nombre croissant d'actions efficaces dans le domaine de la prévention et du traitement en Afrique prouve que la propagation massive de l'épidémie n'est pas inéluctable. Le SIDA peut être arrêté en Afrique. Il est encore possible d'inverser la propagation du VIH d'ici à 2015 grâce à un effort concerté et déterminé. L'ampleur des répercussions que le VIH/SIDA aura sur notre avenir dépendra des actions que nous entreprendrons aujourd'hui.

« Le coût, que ce soit en souffrances humaines aujourd'hui, ou en perte d'espoir pour demain, est tout simplement trop élevé, nous devons faire face [au VIH/SIDA] et attaquer de front. »

— *Kofi Annan, Secrétaire général des Nations Unies*

Bibliographie choisie

- CEA/OMS/AU/ONUSIDA (2003 draft) *Scoring Leadership for Better Health Report*.
- Coalition internationale pour l'accès aux traitements contre le VIH/OMS (2002) *S'engager en faveur d'un plus vaste accès aux traitements du VIH/SIDA*, OMS, Genève, Suisse.
- Cornia G A (2000) *AIDS, Public Policy and Child Well-Being*, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, Italie.
- De Waal A (2003) How Will HIV/AIDS Transform African Governance? *African Affairs*, 1-23, Royal African Society, Londres, Angleterre.
- De Waal A, Tumushabe J (2003) *HIV/AIDS and Food Security in Africa*, DFID, Londres, Angleterre.
- DFID African Academy of Sciences/Friedrich Ebert Stiftung (2002). *Is HIV/AIDS a Threat to Political Stability in Africa?* Workshop Summary, African Academy of Sciences/Friedrich Ebert Stiftung, Kampala, Ouganda.
- FAO/ONUSIDA (2003) *Addressing the Impact of HIV/AIDS on Ministries of Agriculture: Focus on Eastern and Southern Africa*, FAO/ONUSIDA, Rome, Italie.
- FMI/Banque mondiale (2003) *Fighting HIV/AIDS: Progress, Prospects and Issues, Addendum 2*. Development Committee (Joint Ministerial Committee of the Boards of Governors of the Bank and the Fund on the Transfer of Real Resources to Developing Countries), Washington, USA.
- Global HIV Prevention Working Group (2003) *Access to HIV Prevention: Closing the Gap*, Global HIV Prevention Working Group, USA.
- Institut international de planification de l'éducation/UNESCO (2003) *VIH/SIDA et éducation—une approche stratégique*, Institut international de planification de l'éducation/UNESCO, Paris, France.
- OMS/Bureau régional de l'Afrique (2003) *HIV/AIDS in Africa, Surveillance Update for the WHO African Region*, WHO/AFRO, Brazzaville, Congo.
- OMS (2002) *Implication de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique*, OMS, Genève, Suisse.
- ONUSIDA (2003) *Report on the State of HIV/AIDS Financing*, revised/updated June 2003. ONUSIDA, Genève, Suisse.
- ONUSIDA (2003) *Orientations pour demain : Unifier et intensifier l'appui aux pays*, ONUSIDA, Genève, Suisse.
- ONUSIDA (2003) *Rapport de situation sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003*, ONUSIDA, Genève, Suisse.
- ONUSIDA (2003) *Guide sur l'accès aux traitements liés au VIH/SIDA*, ONUSIDA, Genève, Suisse.
- ONUSIDA (2003) *A Multisectoral HIV/AIDS Response and Antiretroviral Therapy Management in Federal Republic of Nigeria*, ONUSIDA, Genève, Suisse.
- ONUSIDA (2003) *Join the Fight Against AIDS in Zambia*, ONUSIDA, Genève, Suisse.

ONUSIDA (2002) *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002*, ONUSIDA, Genève, Suisse.

ONUSIDA (2002) *Conseil et test volontaires : Une voie d'accès à la prévention et aux soins – Cinq études de cas décrivent les mesures applicables à la transmission mère-enfant, au syndrome tuberculose/VIH, aux jeunes et à la population générale*, ONUSIDA, Genève, Suisse.

ONUSIDA (2002) *VIH/SIDA, ressources humaines et développement durable*, ONUSIDA, Genève, Suisse.

ONUSIDA (2001) *Cadre stratégique mondial sur le VIH/SIDA*, ONUSIDA, Genève, Suisse.

ONUSIDA (2000) *Gender and AIDS Almanac*, ONUSIDA, Genève, Suisse.

ONUSIDA (1997) *Mobilisation communautaire et SIDA*, ONUSIDA, Genève, Suisse.

ONUSIDA/UNICEF/USAID (2002) *Children on the Brink: A Joint Report on Orphan Estimates and Program Strategies*, TvT Associates/The Synergy Project, Washington, USA.

ONUSIDA/OMS (2002) *Le point sur l'épidémie de SIDA 2002*, ONUSIDA, Genève, Suisse.

ONUSIDA/Banque mondiale (2001) *SIDA, lutte contre la pauvreté et allègement de la dette : Module de formation sur l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les instruments de développement*, ONUSIDA/Banque mondiale, Genève, Suisse.

Physicians for Human Rights (2003) *War-related Sexual Violence in Sierra Leone*, Physicians for Human Rights, Boston, USA.

PNUD (2003) *Rapport sur le développement humain 2003, Objectifs de développement du millénaire : Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*, PNUD, New York, USA.

Rosen S, Simon J (2002) *Shifting the Burden of HIV/AIDS*, Center for International Health-Boston University School of Public Health, Boston, USA.

Rosen S et al. (2000) Care and Treatment to Extend the Working Lives of HIV-Positive Employees: Calculating the Benefits to Business, 1-12, *South African Journal of Science*, Pretoria, Afrique du Sud.

SADC FANR Vulnerability Assessment Committee (2003) *Towards Identifying Impacts of HIV/AIDS on Food Insecurity in Southern Africa and Implications for Response: Findings from Malawi, Zambia and Zimbabwe*. SADC, Harare, Zimbabwe.

Sanne I, Barker C (2003), Business has a lot to gain from funding treatment in workplace, *Business Report (Web)*, *Business Report*, Afrique du Sud.

Save the Children Fund (2002) *HIV and Conflict: A Double Emergency*, Save the Children Fund, Londres, Angleterre.

UNICEF (2003) *La situation des enfants dans le monde 2003*, UNICEF, New York, USA.

UNICEF/ONUSIDA/OMS (2002) *Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis*, UNICEF, New York, USA.

Whiteside A et al. (2003) *What is driving the HIV/AIDS epidemic in Swaziland and what more can we do about it?* HEARD/NERCHA/ONUSIDA, Durban, Afrique du Sud.

Willan S (2002) *Women's Empowerment—Africa's AIDS Vaccine?* University of Natal, Durban, Afrique du Sud.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de huit organismes des Nations Unies : le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA, en tant que programme coparrainé, rassemble les ripostes à l'épidémie de ses huit organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, monde des affaires, scientifiques et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à travers les frontières.

Accélérer l'action contre le SIDA en Afrique

Le SIDA est finalement arrivé au premier rang des actions prioritaires à entreprendre en Afrique. Un nombre croissant de chefs politiques, de représentants de la société civile et de groupes de personnes vivant avec le VIH tirent la sonnette d'alarme tout en entreprenant eux-mêmes des actions concrètes et en demandant que d'autres aillent encore plus loin. L'Afrique se montre à la hauteur de la tâche. La communauté internationale est en train de répondre également. L'action contre le SIDA en Afrique s'accélère, mais pas assez vite. La propagation du VIH sur le continent demeure inexorable. Au moins 60 millions d'Africains sont directement touchés par le SIDA : 30 millions vivent avec le virus mortel, plus de 15 millions sont morts du SIDA, et plus de 11 millions ont perdu au moins un parent à cause de l'épidémie.

Ce rapport met en lumière les initiatives réussies qui permettent d'espérer que le continent pourra un jour se libérer de ce virus, avec ou sans vaccin ou traitement médical. Ces exemples apportent la preuve que le SIDA est un problème qui a une solution : l'intervention humaine produit des résultats, même dans les circonstances les plus difficiles. Il est possible d'arrêter le SIDA. L'Objectif de développement pour le Millénaire qui consiste à inverser la propagation du VIH d'ici à 2015 peut être atteint grâce à un effort concerté et déterminé. L'ampleur des répercussions que le VIH/SIDA aura sur notre avenir dépendra des actions que nous entreprendrons aujourd'hui.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Tél. (+41) 22 791 36 66 – Fax (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>