



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OTT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Le SIDA en Afrique

Trois scénarios pour l'horizon 2025



Nous tenons à exprimer notre gratitude à toutes les personnes et à toutes les organisations qui ont si généreusement donné de leur temps et de leurs compétences à la mise en œuvre de ce projet. Cette générosité a pris bien des formes – que ce soit de façon directe, par la participation à des événements tels qu'ateliers ou tables rondes ou de manière indirecte, par des interviews, la rédaction de documents d'analyse ou encore des discussions. La liste complète des personnes ayant apporté leur contribution au projet se trouve dans l'Annexe 3.

L'ONUSIDA remercie pour leur générosité les sponsors du projet *Le SIDA en Afrique : Trois scénarios pour l'horizon 2025* :

Agence canadienne pour le Développement international
Agence suédoise pour le Développement international
Agency for International Development des Etats-Unis (USAID)
Banque africaine pour le Développement
Becton Dickinson
Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique
Coopération irlandaise (Development Cooperation Ireland)
Département pour le Développement international, Royaume-Uni
Fondation Bill and Melinda Gates
Fondation Rockefeller
Merck & Co., Inc.
Pfizer Inc.
Programme des Nations Unies pour le développement
Royal Dutch/Shell Group

L'ONUSIDA tient à remercier tout spécialement l'Union africaine pour le rôle qu'elle a joué en contribuant à l'accomplissement de ce projet, tout d'abord en apportant son aide dans le choix des participants, et tout au long du projet, en tant que membre du comité directeur.

Le projet a bénéficié du soutien d'un comité directeur, lequel rassemblait notamment des partenaires promoteurs du projet, le Secrétariat de l'ONUSIDA, le Programme des Nations Unies pour le développement, la Banque mondiale, la Banque africaine pour le Développement, la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique et l'Union africaine ainsi que d'un représentant de la société civile africaine, et de représentants des institutions parrainant le projet.

Nous exprimons notre gratitude au Groupe Royal Dutch/Shell qui nous a aimablement fait profiter de son expérience et de ses compétences en matière d'élaboration de scénarios – un domaine dont il a été le pionnier voici plus de 30 ans. Shell a fourni gratuitement une assistance et un soutien financiers et logistiques, y compris sa méthodologie en matière de scénarios.



- Le projet de scénarios contre le SIDA en Afrique pour l'horizon 2025 résulte d'une synthèse de visions très nombreuses et parfois opposées. Il ne représente donc pas le point de vue d'un seul individu ou d'une seule institution.
- L'objectif des scénarios est de fournir un outil destiné à favoriser la prise de décisions plutôt qu'un ensemble d'instructions qui régiraient les actions futures.
- Quelques-uns des aspects des scénarios peuvent être décrits au moyen de chiffres, mais leur valeur en tant qu'instruments stratégiques provient en partie du fait qu'ils permettent d'inclure une plus grande proportion des potentialités offertes par l'avenir. Les chiffres et les projections contenus dans les scénarios sont des illustrations, mais ne constituent pas des prédictions pour l'avenir.



Le SIDA en Afrique

Trois scénarios pour l'horizon 2025

ONUSIDA/05.03F (version française, janvier 2005)

Version originale anglaise, UNAIDS/05.03E, janvier 2005 :
AIDS in Africa : Three scenarios to 2025
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2005.

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@onusida.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.

Le SIDA en Afrique : trois scénarios pour l'horizon 2025.

1 v. + 1 CD-ROM.

- 1.SIDA - épidémiologie
- 2.Infection à VIH - épidémiologie
- 3 Epidémie - prévention et contrôle
- 4.Prévision
- 5.Modèle théorique
- 6.Narration I.ONUSIDA.

ISBN 92 9 173411 x

(Classification NLM : WC 503.4)

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

Concept graphique :
Grundy & Northedge Designers

Impression :
Visual Media Services 52041 1/05.





**Le meilleur moment
pour planter un arbre,
c'était il y a 20 ans. Le
meilleur moment ensuite,
c'est maintenant.**

– Proverbe populaire

Avant-propos

Le présent ouvrage « Le SIDA en Afrique : Trois scénarios pour l'horizon 2025 » est né d'une rencontre, il y a quatre ans, avec Alan Detheridge, Vice-Président aux Affaires extérieures, à la prospection et à la Production de Shell International. Il m'a demandé quel pourrait être l'apport de Shell dans l'action internationale contre le VIH et le SIDA. Il voulait savoir comment Shell pourrait s'impliquer autrement que par la « classique approche du monde des affaires ». Nous nous sommes associés avec l'équipe Global Business Environment de Shell et nous avons commencé à jeter les bases d'un projet susceptible d'éclairer sur le fond le débat politique à un moment critique de la riposte contre l'épidémie. Après nous être assurés de l'accord de quelques partenaires-clés – la Banque africaine pour le Développement (BAD), la Commission économique pour l'Afrique (CEA), le PNUD et la Banque mondiale – et après de nombreux débats, il a été convenu de s'engager dans un projet ambitieux : élaborer des scénarios à l'échelle de l'Afrique entière, pour l'horizon 2025.

Ces scénarios font état des solutions possibles. Ils illustrent quelques-uns des principaux choix que le monde doit faire dans les deux prochaines décennies pour répondre à l'épidémie de SIDA en Afrique et décrivent comment l'action menée contre le VIH et le SIDA pourrait s'inscrire dans un processus de développement durable du continent africain. Ils attirent en outre l'attention sur ce qui pourrait advenir si tous les projets actuels échouaient à se concrétiser.

Ces scénarios ne reflètent pas le point de vue d'une seule institution. Les divers groupes de personnes ayant travaillé au projet ont réussi à élaborer des scénarios dont le but n'est pas d'apporter des réponses simples, mais qui invitent chacun d'entre nous à penser autrement. Il est également important de préciser que les statistiques présentées dans cet ouvrage ne sont pas des projections officielles qui seraient la « propriété » d'une organisation ou d'un groupe d'individus. Par conséquent, elles ne nécessitent pas d'être défendues ; elles ont pour fonction d'illustrer la question « qu'en sera-t-il si ? », pour une situation donnée.

Ces scénarios sont de puissants « outils de pensée ». L'intention de cet ouvrage est de susciter un débat et d'élargir les termes au sein desquels ce débat peut avoir lieu. La véritable utilité de ces scénarios sera atteinte s'ils servent à questionner et à affiner la pratique. J'espère que cet ouvrage déclenchera des débats au niveau régional, national et institutionnel. Pour changer notre mode d'action, nous devons changer notre mode de pensée.

Dr Peter Piot

Directeur exécutif

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA



**Nous vivons
d'espoir, mais on n'a jamais
vu de roseau devenir un
iroko en rêvant.**

– proverbe nigérian

Bienvenue dans **Le SIDA en Afrique :** **trois scénarios pour l'horizon 2025**

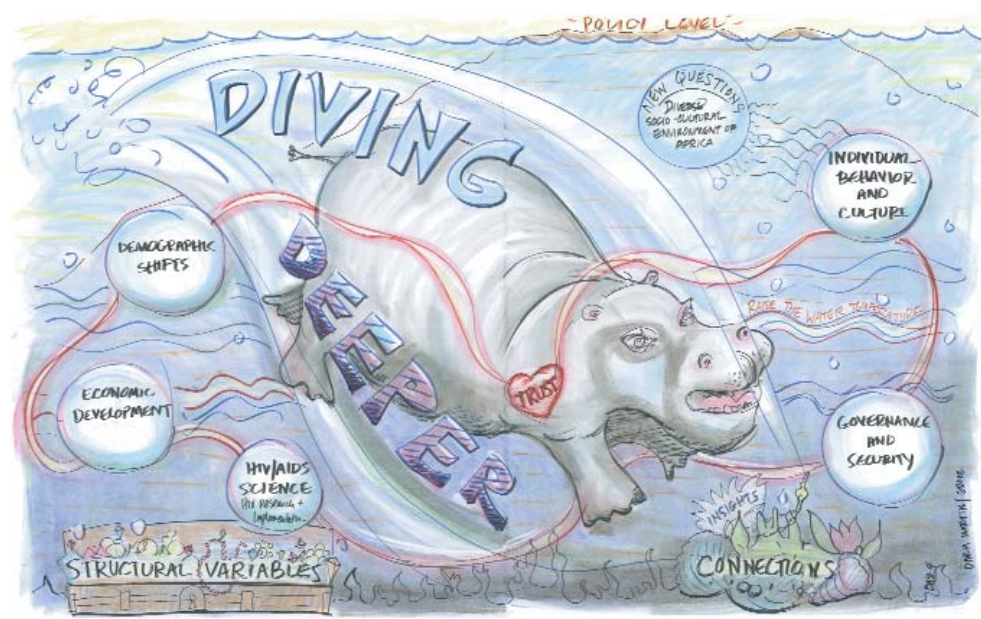
Les décisions que nous prenons pour le futur sont empreintes de ce que nous croyons savoir du fonctionnement du monde et de ce que nous pensons être possible. Un scénario est une histoire qui raconte un avenir potentiel. En élaborant des scénarios et en les utilisant, nous pouvons aider les individus et les organisations à acquérir des connaissances, à générer une plus large compréhension, mieux partagée, à améliorer la prise de décisions et à stimuler l'engagement et les activités fondées sur la connaissance. Chacun peut s'en servir pour réviser ses suppositions et ses convictions, et élargir sa vision quotidienne du monde.

Les scénarios s'inspirent d'une tradition ancestrale : celle dont usaient les conteurs pour aider les gens à adopter une attitude plus imaginative face aux difficultés. Toutes les cultures du monde possèdent un patrimoine d'histoires destinées à expliquer le monde et transmettent cette forme de savoir de génération en génération.

Pour imaginer ce que sera l'épidémie de SIDA en Afrique au cours des 20 prochaines années, les promoteurs du projet ont élaboré des récits plutôt que de recourir à des prévisions. Les statistiques peuvent produire un instantané succinct et tragique d'événements récents, mais n'illustrent que partiellement le contexte plus large de l'épidémie de SIDA ou ses liens complexes avec d'autres grandes questions, comme le développement économique, la protection du genre humain, la paix et la violence. Les statistiques laissent uniquement entrevoir ce que sera l'avenir. Et concrètement, en 2025, aucune personne de moins de 50 ans vivant en Afrique ne pourra se souvenir d'un monde sans SIDA.

Ce résumé d'orientation, extrait de la publication complète, cherche à approfondir la manière dont les gens appréhendent le déroulement probable de l'épidémie de SIDA en Afrique au cours des vingt prochaines années, à leur faire mieux comprendre les contextes et les impacts de l'épidémie, et enfin à leur montrer comment certaines politiques pourraient changer la face de l'Afrique de demain.

L'ouvrage fournit un grand nombre d'informations et de détails qui reflètent toute la complexité du sujet.

**Figure 1**

Voir au-delà de notre vision habituelle du monde.

Lettres dessinées

- PLONGER
- PLUS PROFONDEMENT

Légendes manuscrites : de haut en bas et de droite à gauche

- Niveau des politiques
- Nouvelles questions : Environnement africain diversifié
- Culture et comportements individuels
- Changements démographiques
- Développement économique
- Science VIH/SIDA
- Recherche + application
- Gouvernance et sécurité
- Variables structurelles

Ruban rouge + cœur

- Confiance

Bulle

- Nouvelles perspectives

Certains lecteurs pourront être tentés de se tourner immédiatement vers les chiffres – combien de personnes traitées, combien de nouvelles infections, combien de décès d'ici 2025 ? Nous les prions instamment de se souvenir que les scénarios ne constituent pas des prédictions et que l'objectif de ce projet ne consiste en aucun cas à générer des statistiques, mais plutôt à établir de quelle manière des tendances et des événements n'ayant apparemment aucun rapport entre eux (par exemple, les schémas relatifs au commerce mondial, l'éducation des filles et des femmes, les attaques terroristes à l'autre bout du monde, la montée en puissance d'un régime politique déterminé) peuvent en fait se conjuguer et participer à la progression ou au contraire à la régression d'une épidémie.

Les scénarios ont été initialement élaborés par une cinquantaine d'hommes et de femmes, en majorité africains. La plupart d'entre eux vivent et travaillent en Afrique et affrontent quotidiennement les conséquences de l'épidémie. Ils ont apporté au projet de nombreuses expériences et compétences et tous souhaitent ardemment voir plus loin et plus profondément sous la surface des événements quotidiens, tout en partageant et en élargissant le vaste éventail de leurs connaissances.

Au fil de l'élaboration du projet, une image s'est imposée à ce groupe, celle de l'hippopotame émergeant d'un cours d'eau et évocateur d'une telle pensée. Ainsi, lorsqu'un hippopotame est debout dans la rivière, il ne se montre que partiellement, la plus grande partie de son corps demeurant hors de la vue. Si nous ne nous intéressons qu'aux événements de tous les jours, nous ne percevons pas les tendances et les structures complexes qui en sont la cause. Un hippopotame en train de plonger nous rappelle que les causes profondes des comportements se situent sous la surface des événements et que la structure du système se trouve encore plus en profondeur.

Bien entendu et étant donné l'éventail des circonstances, des impacts et des effets de l'épidémie dans les différents pays africains, aucun scénario n'est en mesure de décrire tous les futurs possibles. Ce projet ne fournit pas de réponses mais cherche délibérément à être plus provocateur qu'exhaustif, afin que chacun se pose les bonnes questions et se livre à une analyse. Nous souhaitons que les scénarios amènent une nouvelle réflexion sur le devenir de l'épidémie, s'agissant non seulement de l'ensemble du continent mais aussi de chacun des pays et des communautés concernées. Parce qu'ils stimulent le dialogue sur les politiques et décodent les contextes nationaux, les scénarios devront sans doute s'adapter aux conditions sociales, économiques et épidémiologiques de chaque pays – ces questions sont étudiées plus avant sous forme de suggestions d'exercices à l'**Annexe 6** de la publication complète.

Les personnes désireuses d'en savoir plus trouveront dans le CD-ROM accompagnant cet ouvrage la quasi-totalité des matériaux commandités aux fins du projet, notamment des articles et des interviews concernant la recherche accessibles par mots-clés. Le CD-ROM fournit également des rapports détaillés des ateliers organisés dans le cadre du projet ainsi qu'un certain nombre de présentations de scénarios qui peuvent être utilisées au sein de groupes de travail.

Les scénarios représentent une étape cruciale dans la compréhension du déroulement futur de l'épidémie de SIDA en Afrique. Les concepteurs du projet, les participants, les sponsors ainsi que le groupe de travail attendent de ces matériels qu'ils représentent un point de départ essentiel pour l'étude et l'élargissement de la compréhension que les individus ont de l'épidémie, mais aussi pour un partage universel de cette connaissance.

Table des matières

Section 1

13 Résumé d'orientation

15 Que proposent les scénarios ?

- 15 Une épidémie contrastée sur un continent fait de contrastes
- 15 Les hypothèses-clés et les inconnues
- 16 Les cinq déterminants du SIDA en Afrique et leurs interactions

17 Les scénarios

- 17 Des choix sans concession : l'Afrique s'engage dans la lutte
- 19 Le poids du passé : la spirale infernale
- 21 Le moment de la transition : l'Afrique rattrape le temps perdu

22 Les implications et les enseignements des trois scénarios

24 Trois scénarios, trois manières d'aborder les grandes questions

- 24 Exceptionnalisme contre isolationnisme
- 24 Les besoins en ressources et l'utilisation de l'aide

25 Les scénarios : mode d'emploi

26 En guise de conclusion...

28 Ce qui fait la force des scénarios

Section 2

31 Les éléments de départ

34 Le virus et son impact

- 34 Une épidémie en progression
- 35 L'impact du SIDA

36 La riposte au SIDA

- 36 Ripostes nationales
- 37 Ripostes internationales

38 L'Afrique : un continent vaste et multiple

- 38 Pays et cultures
- 39 Diversité politique
- 40 Les conflits
- 40 Mouvements de population et connectivité
- 42 Economie : le commerce, l'aide, et la dette

43 Les progrès scientifiques

- 46 Le facteur humain
- 48 Les personnes vivant avec le VIH
- 48 Santé mentale et stigmatisation

49 Formes nouvelles et anciennes du « capital social »

Section 3

53 Les énergies déterminantes

54 Cinq énergies majeures mais aléatoires, déterminantes pour un changement

- 56 Intensification ou érosion de l'unité et de l'intégration
- 56 Evolution des croyances, des valeurs et des signifiants
- 56 Mobilisation de ressources et de compétences
- 57 Acquisition et application de connaissances
- 58 Répartition du pouvoir et de l'autorité

58 Comparaison des énergies déterminantes

61 Les embranchements

62 Des interactions qui créent la dynamique des scénarios

- 62 Planification de la lutte contre le VIH et le SIDA

- 63 Accès et recours au traitement contre le SIDA
- 63 Relations entre les sexes

63 Des énergies prédéterminées

63 bouleversements et ruptures radicales

Section 4

65 Des choix sans concession : l'Afrique s'engage dans la lutte

- 66 Conte populaire
- 67 Revue *Une planète, un monde*
- 70 Script des *choix sans concession*
- 70 Partie 1 : Les premières années
- 77 Partie 2 : Les années de la construction
- 85 Partie 3 : La vie dans un monde où sévit le SIDA
- 92 Partie 4 : Les années de la récompense
- 99 **Des choix sans concession : une vue d'ensemble**
- 99 Les victimes
- 99 Etablir le coût de la riposte
- 102 Les Objectifs de Développement pour le Millénaire
- 102 La pauvreté
- 102 Vue globale de l'Afrique

Section 5

106 Le poids du passé : la spirale infernale

- 108 Conte populaire
- 109 Revue *Une planète, un monde*
- 112 Transcription du *Poids du passé*
- 112 **Conférence 1 : Introduction**
- 112 Les sept obstacles
- 113 Premier obstacle : L'héritage que le passé a transmis à l'Afrique
- 113 Deuxième obstacle : Le cercle vicieux de la pauvreté, de l'inégalité et de la maladie
- 117 **Conférence 2 : La perte de confiance**
- 117 Troisième obstacle : Les divisions, source de fracture sociale
- 120 Quatrième obstacle : La quête de résultats immédiats
- 122 **Conférence 3 : La promesse non tenue du commerce et de l'aide**
- 122 Cinquième obstacle : Les défis de la mondialisation - intégration ou marginalisation
- 125 Sixième obstacle : Dépendance à l'égard de l'aide et quête sécuritaire généralisée
- 129 **Conférence 4 : Tant d'efforts – pour en rester là ?**
- 129 Septième obstacle : Riposte à l'épidémie de SIDA – raccourcis et remèdes miracles
- 134 Conclusion : Rompre le cercle du blâme
- 136 **Le poids du passé : Vue d'ensemble**
- 136 Les victimes
- 137 Etablir le coût de la riposte
- 138 La pauvreté
- 138 Vue globale de l'Afrique

Section 6

143 Le moment de la transition : l'Afrique rattrape le temps perdu

- 144 Conte populaire
- 145 Revue *Une planète, un monde*
- 148 Transcription du *Moment de la transition*
- 148 Introduction
- 149 Planter le décor
- 149 Signes d'espoir... et annonce d'une catastrophe
- 155 **Les six éléments de transition**
- 155 1. Une catastrophe évitée
- 159 2. Mettre de l'ordre chez soi
- 161 3. Travailler ensemble au développement
- 163 4. Tirer parti des points forts
- 165 5. Sentiments humains et droits de l'homme
- 168 6. Instaurer la paix
- 171 Cercles vertueux
- 174 **Le moment de la transition : vue d'ensemble**
- 174 Les victimes
- 174 Etablir le coût de la lutte
- 176 Les Objectifs de Développement pour le Millénaire
- 176 La pauvreté
- 178 Vue globale de l'Afrique

Section 7

181 Analyse des scénarios

182 Les scénarios

- 182 Des choix sans concession :
l'Afrique s'engage dans la lutte
- 183 Le poids du passé : la spirale infernale
- 183 Le moment de la transition :
l'Afrique rattrape le temps perdu

184 Des difficultés partagées

- 184 Définir la crise est d'une importance vitale
- 184 L'impact de l'épidémie n'est pas encore connu
- 184 Exceptionnalisme contre isolationnisme
- 185 Le danger des résultats trop rapides
- 185 Dépendance, indépendance et interdépendance
- 185 Il est dangereux d'ignorer la culture et les signifiants locaux
- 186 La gestion des politiques et le débat public
- 186 Le leadership ne suffit pas mais il est important
- 186 Il n'y a pas de solution miracle
- 186 Mal faire peut être pire que de ne rien faire
- 187 La sexospécificité
- 187 La prise en charge des orphelins et des enfants vulnérables
- 188 Le traitement doit être mental et physique
- 188 Qui recueille les fruits du changement social ?
- 188 Les ripostes locales sont vitales
- 188 Nouveau rôle des institutions religieuses
- 189 La signification du temps

189 Le financement de la riposte nécessaire

- 191 Les différentes sources de dépenses pour le VIH et le SIDA
- 192 Dépenser plus pour une meilleure santé et davantage d'années de vie
- 193 Dépenser pour épargner
- 193 L'équilibre entre prévention et soins
- 194 Orphelins et enfants vulnérables
- 194 Revenu par habitant en Afrique
- 195 Les avantages des interventions rapides

196 L'épidémie de SIDA

- 196 Personnes récemment infectées par le VIH
- 197 Les adultes vivant avec le VIH et le SIDA
- 197 Les enfants vivant avec le VIH et le SIDA
- 197 Ceux qui meurent du SIDA
- 198 Intensification de la prévention

199 Tableau comparatif des éléments-clés dans les trois scénarios

Section 8

203 Utilisation des scénarios

204 Elaboration des scénarios du projet intitulé *Le SIDA en Afrique*

204 Instruments destinés à une meilleure compréhension

207 Annexes**208 Annexe 1 : Évaluation des coûts et des populations concernées**

- 208 Prévention
- 209 Prise en charge et traitement
- 210 Prise en charge des orphelins
- 210 Politique globale, gestion, administration, recherche, évaluation, et surveillance
- 210 Formation et infrastructures

212 Annexe 2 : Hypothèses de modélisation

- 212 Données
- 213 Traitement des données et terminologie

214 Annexe 3 : Liste des personnes ayant contribué à cet ouvrage**216 Annexe 4 : Glossaire****218 Annexe 5 : Bibliographie****223 Annexe 6 : Exercices accompagnant les scénarios**

- 223 Exercice 1 : Courte synthèse présentant les scénarios
- 223 Exercice 2 : Raconter ses propres histoires
- 223 Exercice 3 : Elaborer des scénarios spécifiques à un pays
- 224 Exercice 4 : Tester ou remettre en question une conception ou une stratégie

Acronymes

ADPIC	Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
APD	Aide publique au développement
ART	Thérapie antirétrovirale
ARV	Médicament antirétroviral
BIRD	Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement
CAD	Comité d'Aide au Développement (de l'Organisation pour la Coopération et le Développement économiques)
CTV	Conseil et test volontaires (pour le VIH)
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
FMI	Fond monétaire international
HAART	Traitement antirétroviral hautement actif
IED	Investissements étrangers directs
IO	Infection opportuniste
IST	Infection sexuellement transmissible
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
ODM	Objectifs de développement pour le Millénaire
OEV	Enfants rendus orphelins et enfants vulnérables du fait du SIDA
OMC	Organisation mondiale du Commerce
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PIB	Produit intérieur brut
PPTÉ	Pays pauvres très endettés
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVS	Personnes vivant avec le VIH et le SIDA
QALY	Notion d'année de vie gagnée pondérée par sa qualité
RNB	Revenu national brut
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UA	Union africaine
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



Section 1 Résumé d'orientation

15 Que proposent les scénarios ?

- 15 Une épidémie contrastée sur un continent fait de contrastes
- 15 Les hypothèses-clés et les inconnues
- 16 Les cinq déterminants du SIDA en Afrique et leurs interactions

17 Les scénarios

- 17 Des choix sans concession : l'Afrique s'engage dans la lutte
- 19 Le poids du passé : la spirale infernale
- 21 Le moment de la transition : l'Afrique rattrape le temps perdu

22 Les implications et les enseignements des trois scénarios

24 Trois scénarios, trois manières d'aborder les grandes questions

- 24 Exceptionnalisme contre isolationnisme
- 24 Les besoins en ressources et l'utilisation de l'aide

25 Les scénarios : mode d'emploi

26 En guise de conclusion...

Section 1 Résumé d'orientation

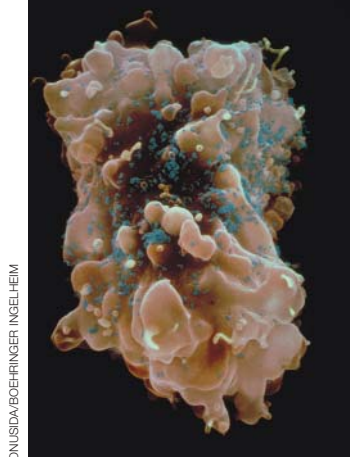
Cet ouvrage traite du SIDA et de l'Afrique, et des réponses du monde à ces grandes questions, en interprétant dans trois récits les potentialités de l'avenir.

Si, en 2025, des millions d'Africains contractent encore l'infection à VIH, les scénarios présentés dans ce livre ne permettront pas de prétendre qu'aujourd'hui, en ce début du XXI^e siècle, nous n'avons pas le choix, ni que nous ne connaissons pas les conséquences de nos actes et de nos décisions. Ils révéleront qu'une telle situation n'était nullement inévitable.

Comme les scénarios le démontrent, cela voudrait dire que les leçons des 20 premières années de l'épidémie n'ont pas été entendues, ou n'ont pas porté leurs fruits. Cela voudrait dire aussi que les pays n'ont pas eu suffisamment de volonté politique pour modifier les comportements à tous les niveaux, des institutions à la communauté et aux individus, et pour stopper la montée en puissance de l'épidémie de SIDA en Afrique.

Ce que nous accomplissons aujourd'hui a le pouvoir de modifier l'avenir, et, comme nous l'expliquent les scénarios, les sociétés devront certes affronter le SIDA pendant longtemps encore, mais l'ampleur de ses conséquences dépendra de la riposte et des investissements mis en œuvre aujourd'hui. Le fait de mettre en pratique ce que nous ont appris ces 20 dernières années et de continuer à apprendre aura une influence positive considérable sur l'avenir de l'Afrique.

Des centaines de personnes ont participé à l'élaboration des scénarios présentés dans cet ouvrage. Le projet a pris forme grâce à la participation d'un groupe comprenant des personnes de tous horizons, en majorité des Africains qui vivent et travaillent en Afrique, qui participent à la riposte au VIH et au SIDA, qui vivent avec le VIH et qui affrontent les conséquences de la maladie. Leurs efforts ont été soutenus et encouragés par les analyses et les commentaires d'experts travaillant dans de nombreux autres domaines, d'écrivains et d'artistes, et par les contributions d'un grand nombre d'organismes de soutien.



ONUSIDA/BOEHRINGER INGELHEIM



ONUSIDA/L. TAYLOR

Que proposent les scénarios ?

Chacun des trois scénarios décrit une voie différente, mais plausible, dans laquelle l'épidémie de SIDA pourrait s'engager sur l'ensemble du continent africain. Ce sont des descriptions rigoureuses de l'avenir fondées sur le pouvoir de la narration en tant que moyen de dépasser les hypothèses et les façons de voir des différents groupes d'intérêts, de manière à créer une base commune de dialogue et d'action pour aborder les questions importantes et difficiles.

Les descriptions épidémiologiques ne sont explicitement pas des projections de ce qui se produira dans la réalité, mais chaque scénario est illustré par un modèle, fondé sur l'une des trois hypothèses suivantes :

1. « **Le poids du passé** » extrapole les **tendances actuelles jusqu'en 2025.**
2. « **Des choix sans concession** » applique à l'avenir la trajectoire de la riposte ayant rencontré le plus grand succès à ce jour (**Ouganda**), en l'ajustant aux niveaux nationaux respectifs de l'épidémie.
3. « **Le moment de la transition** » illustre ce qui se produirait si une riposte complète fondée sur la prévention et le traitement était lancée le plus rapidement possible à travers tout le continent africain.

Chacun des scénarios est également illustré par des récits régionaux traitant d'épidémiologie.

La description de coûts programmatiques spécifiques pour le VIH et le SIDA dans chaque scénario a également valeur d'illustration et ces évaluations reposent sur les connaissances acquises au cours de la dernière décennie à propos de la relation entre les interventions et les résultats. Ces coûts sont également ventilés par région.

Les scénarios se proposent d'aller au-delà de la description d'événements actuels et de révéler la dynamique plus profonde qui entraîne la propagation de l'épidémie. Cette dynamique se déroule de trois manières différentes dans les trois scénarios.

Une épidémie contrastée sur un continent fait de contrastes

Les scénarios s'appuient sur les réalités complexes et interdépendantes des aspects sociaux, économiques, culturels et médicaux du VIH et du SIDA en Afrique aujourd'hui. Une des plus grandes difficultés que rencontrent les scénarios visant l'ensemble de l'Afrique est la nécessité de refléter la diversité de ce continent, un continent comptant 53 pays peuplés d'un grand nombre de groupes ethniques, religieux et linguistiques, dont les frontières respectives ne coïncident que rarement et dont les régimes économiques et politiques varient considérablement.

De plus, la dynamique de l'épidémie – en fait, le virus lui-même – n'est pas identique sur tout le continent. Selon les dernières estimations de l'ONUSIDA, la prévalence moyenne du VIH pour 2003 dans les pays d'Afrique Australe était de 16 %, contre 6 % en Afrique de l'Est, 4,5 % en Afrique de l'Ouest et Centrale et moins de 0,1 % en Afrique du Nord. Il y a en Afrique différentes épidémies de SIDA qui se recouvrent parfois et qui proviennent de sous-types virologiques différents.

Cette diversité ne devrait pas être considérée comme un obstacle à l'efficacité des actions, mais comme une source de créativité et comme une richesse d'expérience fournissant d'excellentes opportunités d'apprentissage et de partage à tous les pays du continent.

Les hypothèses-clés et les inconnues

Le projet de scénarios repose sur deux grandes hypothèses :

- Que le SIDA n'est pas un problème de courte durée – quoi que nous fassions aujourd'hui, nous savons que la maladie affectera encore l'Afrique dans 20 ans. Mais on ignore de quelle façon et dans quelle mesure elle influencera son avenir.
- Que les décisions que nous prenons aujourd'hui façonneront l'histoire future du continent.

Le projet n'entend pas dicter ces décisions, mais s'efforce de fournir un instrument qui permette de les rendre meilleures en explorant les liens qui existent entre les facteurs sociaux, culturels, économiques et politiques et en identifiant – et remettant en question – les hypothèses implicites qui les influencent.

ONUSIDA/LEYLA ALYANAK



L'avenir est fondamentalement fait d'incertitudes, mais les scénarios en étudient deux d'une importance capitale.

1. Comment la crise du SIDA est-elle perçue et par qui ? Si le SIDA est perçu principalement comme un problème de santé ou une question comportementale, la riposte ne sera pas du tout la même que celle envisagée sur un continent comme l'Afrique, où l'ampleur de l'épidémie est perçue comme un symptôme du sous-développement et de l'inégalité. Il importe bien sûr que les gouvernements définissent le problème, mais si leur définition ne coïncide pas avec celle de leurs sociétés civiles (ou vice versa), il est peu probable que la riposte soit cohérente. De même, si les donateurs perçoivent le problème d'une façon et les gouvernements d'une autre, les actions entreprises ne sauraient être optimales.
2. Les motivations et les capacités requises existeront-elles ? Le niveau actuel de l'intérêt porté au SIDA sera-t-il toujours le même avec le temps, et les motivations et les ressources disponibles pour lutter contre l'épidémie et ses conséquences seront-elles suffisantes pour couvrir les besoins ?

Les différents scénarios livrent des réponses différentes à ces questions de perception et montrent les effets produits par ces différents degrés de motivations et de disponibilité des ressources.

Outre ces « inconnues », on observe également des « chroniques annoncées » qui ne sauraient manquer d'influencer l'avenir comme, par exemple, la croissance démographique inéluctable en Afrique.

Les cinq déterminants du SIDA en Afrique et leurs interactions

Dès le début du projet, on a identifié cinq puissants déterminants dans le projet capables d'influencer considérablement l'épidémie de VIH et de SIDA en Afrique. Chacun d'entre eux a sa propre dynamique et agit à de nombreux niveaux, des familles et communautés jusqu'aux arènes régionales et internationales. En outre, ils s'influencent mutuellement, donnant ainsi naissance à d'autres dynamiques plus complexes.

L'étude de ces déterminants et de leur interaction fournit un instrument analytique performant qui permet d'observer les événements du passé et du présent et

d'émettre des hypothèses plausibles pour le futur. C'est à partir de l'interaction de ces déterminants qu'ont été créés les scénarios.

Leur analyse fait apparaître à l'évidence que la forme que prend l'épidémie de SIDA ainsi que son ampleur sont déterminées par un éventail de puissantes influences extérieures aux domaines dans lesquels les programmes concernant le VIH et le SIDA apportent normalement des réponses. La lutte contre le VIH et le SIDA peut devenir le catalyseur qui permettra d'aborder ces dynamiques socioéconomiques et politiques plus vastes. De même, pour lutter efficacement contre le VIH et le SIDA, il est essentiel de reconnaître l'importance de ces influences plus profondes.

Les cinq déterminants sont décrits de façon succincte dans les sections suivantes.

La croissance ou l'érosion de l'unité et de l'intégration

Ce déterminant concerne la mesure dans laquelle les individus, les groupes de population et les nations sont capables de ressentir les liens qui les unissent. L'unité et l'intégration entre les individus et leurs communautés sont le fondement des sociétés pacifiques et autosuffisantes dans lesquelles il est relativement aisé de mettre en œuvre efficacement des politiques et des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA. On ne saurait créer une solidarité mondiale sans cette perception de l'interdépendance universelle. Les sociétés auront plus de difficulté à appliquer la prévention et les traitements si l'unité tend à se désagréger, si elles souffrent de hauts niveaux d'inégalité ou si la prédominance des querelles intestines et des tensions interethniques et religieuses conduit à la violence. Par ailleurs, une riposte efficace à l'épidémie de SIDA peut contribuer de manière non négligeable au renforcement de la cohésion nationale en mettant en évidence l'existence d'un défi collectif.

L'évolution des croyances, des signifiants et des valeurs

Les croyances concernant la propagation du VIH et comment elle peut être évitée se fondent souvent sur des mœurs séculaires, traditionnelles ou religieuses ou sur un amalgame des trois. Ces mœurs engendrent des croyances individuelles concernant l'identité et la moralité



personnelles ou encore la sexualité, la maladie, la vie, la mort et l'interprétation de l'univers. Ces concepts déterminent à leur tour si le VIH et le SIDA seront considérés en termes de transgression, de tare sociale et de punition ou en termes d'opportunités et de risques. Les chefs culturels et religieux ont démontré qu'ils peuvent influencer les systèmes de croyances dans le sens d'une vision plus positive du VIH et du SIDA.

La mise en valeur des ressources et des compétences

Le combat contre le VIH et le SIDA est parfois présenté comme une simple question de ressources. Les scénarios démontrent bien en effet que des ressources supplémentaires considérables doivent être trouvées, mais il ne faut jamais oublier que l'on peut multiplier la valeur de ce qui est à disposition pour en tirer davantage – et ceci tout particulièrement lorsque les ressources sont limitées. Les ressources, ce sont notamment l'argent, le leadership, les compétences humaines, les institutions et les systèmes existants. Mais les scénarios soulignent aussi qu'à l'inverse, ce type de ressources peut s'épuiser sous la pression de l'épidémie de SIDA et du sous-développement. Il peut aussi arriver que des crédits précieux soient dissipés dans des initiatives à court terme ou contre-productives sans qu'il n'y ait de réel avantage sur le long terme. Comme le montrent les scénarios, de remarquables opportunités s'ouvrent actuellement et il convient de les exploiter sans délai. Faire travailler l'argent, notamment en accroissant la coordination, sera un élément-clé de la mobilisation de ressources supplémentaires, tant sur le plan national qu'international.

Générer et appliquer les connaissances

De nouvelles connaissances – et de nouvelles voies d'application des connaissances existantes – concernant le virus et sa propagation seront essentielles. Le plus fort impact sera obtenu en combinant trois aspects : les connaissances biomédicales, une meilleure appréhension des comportements sexuels et un savoir accru concernant les effets de l'épidémie sur les personnes vivant avec le VIH et le SIDA et sur ceux qui leur prodiguent des soins. Une approche combinant la vision moderne et la vision traditionnelle du monde a déjà été mise au point et elle continuera de jouer un rôle essentiel pour atteindre de plus vastes groupes de population.

La répartition du pouvoir et de l'autorité

Ce déterminant concerne les différentes manières dont le pouvoir et l'autorité sont répartis dans les sociétés et de quelle façon elles pourraient entrer en interaction. Ainsi, se pose la question de savoir qui détient le pouvoir dans telle situation et si ce pouvoir est centralisé ou partagé. Plus concrètement, il s'agit de savoir quelle est l'importance du sexe et de l'âge du point de vue de l'impact de l'épidémie et de la riposte.

Les scénarios

Les scénarios traitent principalement d'une question essentielle pour les 20 prochaines années : quels sont les facteurs qui détermineront les ripostes de l'Afrique et du monde à l'épidémie de SIDA et quel sera l'avenir de la prochaine génération ? Ils répondent à cette question, mais en posent deux autres qui lui sont liées et proposent aussi des réponses : « Comment la crise du SIDA est-elle perçue et par qui ? » et « Les motivations et les capacités requises existeront-elles ? ». Les réponses à ces questions nous amènent aux trois scénarios :

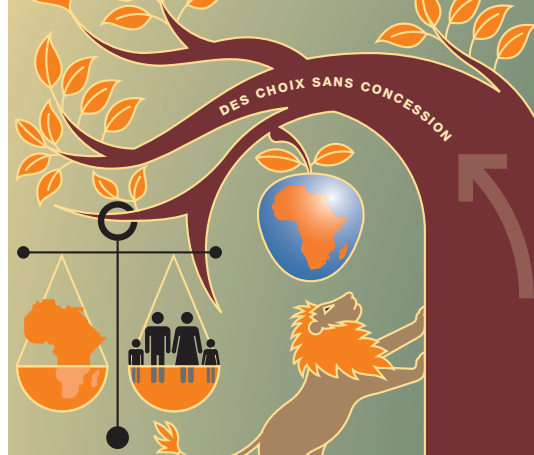
- **Des choix sans concession : l'Afrique s'engage dans la lutte**
- **Le poids du passé : la spirale infernale**
- **Le moment de la transition : l'Afrique rattrape le temps perdu**

Chacun des scénarios apporte des réponses différentes.

Des choix sans concession : l'Afrique s'engage dans la lutte

« Des choix sans concession » est l'histoire de chefs africains qui optent pour des mesures rigoureuses afin de réduire la propagation du VIH sur le long terme, même si elles doivent entraîner des difficultés dans l'immédiat. Ce scénario montre que même en présence des fluctuations de l'aide, des incertitudes de l'économie et des difficultés à gouverner, l'Afrique, dans son ensemble, est capable de jeter les bases de la croissance et du développement futurs et de faire diminuer l'incidence du VIH.

« Des choix sans concession » se présente comme le script d'un film documentaire qui serait écrit en 2026



et qui met en scène des dirigeants et des experts africains. Ce script décrit les options économiques, sociales et éthiques très rigoureuses que les dirigeants et les gouvernements se voient obligés de prendre pour susciter un renouveau national. Comme une grande partie de l'Afrique présentée dans le scénario n'est pas dans une ère d'abondance, il est de la plus grande importance de gouverner avec intelligence et la création d'institutions régionales et panafricaines est également essentielle.

Dans ce scénario, les gouvernements insistent pour que la lutte contre le VIH et le SIDA fasse partie d'une stratégie d'ensemble cohérente de développement national à moyen terme comme à long terme. Ils s'imposent une discipline, à eux-mêmes, mutuellement, ainsi qu'aux partenaires extérieurs qui ne le feraient pas et exigent que l'action corresponde aux paroles.

Le scénario identifie une série de choix rigoureux et des mesures soigneusement étudiées pour contrebalancer ces choix.

1. Les intérêts de l'Etat dans son ensemble par opposition à ceux des différentes communautés et les droits individuels par opposition au bien public. Une telle comparaison entraîne inévitablement des frictions concernant la façon de diriger.
2. La croissance économique immédiate par opposition à un investissement à long terme du capital humain.
3. Comment utiliser les ressources : faut-il développer rapidement au sein d'une minorité les compétences et les capacités nécessaires à la création et au maintien des fonctions de l'Etat, ou les ressources doivent-elles plutôt être majoritairement consacrées au service du bien public et à la lutte contre la pauvreté générale ?
4. Savoir trouver son chemin entre les traditions culturelles favorables et celles qui augmentent les risques.
5. Equilibrer la cohésion nationale face à la puissance des alliances panafricaines ; conserver sa liberté d'action en présence des vellétés de contrôle extérieur en ce qui concerne l'usage des ressources extérieures.
6. La tendance à vouloir « protéger » les femmes ou plutôt les aider à s'émanciper.
7. Quelle ligne de conduite adopter dans la planification de la lutte contre le VIH et le SIDA : la prévention « ciblée » par opposition à la prévention « généralisée » ; le traitement réservé à des cadres importants ou accessible à tous.

8. Privilégier les besoins des zones rurales (notamment la réforme agraire) ou les avantages que peuvent apporter l'urbanisation et le développement industriel.

Le scénario démontre qu'il est possible de mettre en œuvre une riposte à laquelle participent à la fois les dirigeants et les communautés. Il est possible de le faire en consacrant un niveau de ressources à des programmes autonomes de lutte contre le VIH et le SIDA analogue à ceux qui ont été utilisés dans les années 1980 et 1990 en Ouganda, en acceptant toutefois de n'y inclure qu'une faible proportion de traitements antirétroviraux. Une prévention rigoureuse débutant à un stade précoce donnera les résultats escomptés, même s'il faut attendre un certain temps avant qu'ils ne deviennent évidents.

Si la population continue de s'accroître, le nombre de personnes vivant avec le VIH et le SIDA continuera d'augmenter, même si l'on déploie des efforts de prévention considérables. En 2025, cependant, ce nombre sera retombé au niveau actuel et continuera de diminuer à mesure que les investissements à long terme effectués pendant deux décennies dans les domaines social, économique et des ressources humaines commenceront à faire sentir leurs effets.

L'effort principal du programme de lutte contre le VIH et le SIDA décrit dans « Des choix sans concession » porte principalement sur la prévention, mais la thérapie antirétrovirale sera toutefois renforcée dans une certaine mesure, puisque moins de 5 % de la population justiciable de cette thérapie est traitée au début du scénario et que cette proportion atteint plus d'un tiers en 2025. La trajectoire de la diffusion de la thérapie antirétrovirale augmente de façon constante, ce qui reflète l'investissement continu consenti par l'Afrique dans ses systèmes de santé et de formation ainsi que dans sa capacité à manufacturer les médicaments.

La mortalité due au SIDA est toujours élevée dans le scénario « Des choix sans concession », mais on constate que le taux commence à fléchir en 2015, ce qui montre bien que les mesures de prévention prennent du temps pour s'intégrer au système.

Le nombre des initiatives de soutien aux enfants rendus orphelins du fait du SIDA augmente rapidement jusqu'en 2010 pour ensuite suivre la courbe de la croissance démographique. Il n'en reste pas moins que



le nombre d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA aura presque doublé pendant la durée du scénario.

Dans l'ensemble, les dépenses totales consacrées à la lutte contre le VIH et le SIDA augmentent rapidement entre 2003 et 2013 pour ensuite adopter un rythme plus modéré jusqu'à la fin du scénario. Une grande partie de l'accroissement des coûts provient de l'augmentation des dépenses consacrées aux activités de prévention, qui se développent rapidement entre 2008 et 2014. Le coût des soins et des traitements augmente lentement pendant la première moitié de la période, puis plus rapidement ensuite, à mesure que les systèmes et les capacités sont mis en place pour effectuer une diffusion durable de ces interventions.

Les coûts cumulatifs totaux des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA atteignent près de 100 milliards de dollars des Etats-Unis dans ce scénario. Celui-ci part de l'hypothèse qu'une assistance substantielle et soutenue sera fournie par les donateurs au début du scénario et qu'ensuite l'aide publique au développement commencera à stagner. On sait néanmoins que les capacités nationales nécessaires pour reprendre le flambeau et soutenir la riposte au VIH et au SIDA grâce à des fonds générés en Afrique sont en pleine expansion et qu'elles s'appuient sur les politiques intérieures judicieuses qui se poursuivent pendant toute la durée du scénario. Les dépenses annuelles durant le scénario atteindront quelque 5 milliards de dollars US d'ici à 2016 et un peu plus de 6 milliards de dollars US d'ici à 2025.

Le poids du passé : la spirale infernale

« Le poids du passé » raconte une histoire où l'Afrique ne parvient pas à échapper à ses héritages les plus négatifs et où le SIDA aggrave la pauvreté, le sous-développement et la marginalisation sur une planète en voie de mondialisation. En dépit des bonnes intentions des dirigeants et d'une aide substantielle des donateurs internationaux, le continent rencontre sept obstacles qui l'empêchent, à l'exception de quelques pays ou de segments privilégiés de la population, de se soustraire à la pauvreté endémique ainsi qu'à une prévalence élevée et persistante du VIH.

Ce scénario est relaté sous la forme de conférences données par une femme écrivain africaine reconnue. Elle examine les raisons pour lesquelles l'Afrique subit encore en 2025 un énorme fardeau de cas de SIDA, ainsi

qu'une pauvreté et une instabilité généralisées. Bien qu'elle reconnaisse que dans ce climat général de pauvreté, certains individus, certains secteurs, et même des pays ont réussi à progresser, elle ne cherche pas à mettre leur histoire en évidence.

Le scénario suggère que la lutte contre le VIH et le SIDA continuera à être prioritaire dans l'avenir immédiat – mais que les ripostes sont disséminées et à court terme, ne savent pas la plupart du temps refléter les réalités de la vie quotidienne et ne sont ainsi pas en mesure d'arriver à une solution durable. En 2025, les conséquences démographiques, sociales et économiques de l'épidémie, qui se sont perpétuées pendant plusieurs générations (en particulier dans les pays où la prévalence dépasse les 5 %), ont épuisé les ressources des familles et des communautés. Une génération de grands-parents anéantie est un exemple parmi d'autres de l'impact démographique de l'épidémie tout comme un nombre toujours plus grand d'enfants rendus orphelins par l'épidémie, manquant d'instruction et de soins, et moins bien intégrés socialement que ne l'étaient leurs parents. Nombreux sont ceux qui n'ont pas grand-chose à perdre et qui pensent peut-être qu'ils s'en tireront mieux dans un environnement de conflits et d'instabilité. Ces impacts sociaux se transmettent à d'autres pays où pourtant la prévalence du VIH est moins élevée.

Le scénario identifie sept obstacles qui interdisent tout développement efficace, durable ou largement répandu en Afrique.

1. L'héritage que le passé a transmis à l'Afrique (le post-colonialisme n'est pas parvenu à surmonter de profondes divisions).
2. Le cercle vicieux de la pauvreté, de l'inégalité et de la maladie (des populations en pleine expansion exercent une pression excessive sur l'infrastructure insuffisante du secteur social, dont les capacités sont encore affaiblies par le SIDA).
3. Les divisions qui entraînent des fractures sociales (la pénurie engendre la division, et le SIDA et la stigmatisation la perpétuent).
4. La recherche de résultats rapides (les dirigeants africains et leurs partenaires donateurs veulent pouvoir montrer des résultats immédiats et ne sont pas capables de tableer sur le changement à long terme).
5. Les défis de la mondialisation : intégration ou marginalisation (les débats sur le commerce et la



ONUSIDA/LEYLA ALYANAK



ONUSIDA/G. PROZZI

réduction des investissements extérieurs ne sont pas à l'avantage de l'Afrique, dont l'économie formelle ne peut prendre appui que sur la base limitée de ses exportations de produits primaires).

6. La dépendance à l'égard de l'aide et la quête sécuritaire généralisée (ceux qui fournissent l'aide ne sont pas à la hauteur de leurs déclarations sur l'harmonisation et la prétendue guerre contre le terrorisme se déverse sur l'Afrique en déterminant les modes de financement des donateurs).
7. La riposte à l'épidémie : raccourcis et remèdes miracles (la précipitation que l'on met à répandre partout la thérapie antirétrovirale n'engendre que des résultats à court terme et impose des freins aux efforts de prévention, pourtant si nécessaires).

« Le poids du passé » décrit la manière dont le SIDA entraîne dans son sillage les individus et les institutions et les incite à se lancer dans la riposte, mais ils ne peuvent pas avancer suffisamment en raison de la pénurie de capacités et de la faiblesse des infrastructures. Le fardeau supplémentaire de la riposte à l'épidémie de SIDA soustrait les efforts de développement des autres domaines, ce qui entraîne un sous-développement latent qui à son tour érode la capacité de nombreux pays à devancer l'épidémie. Le scénario met le doigt sur la désagrégation de la cohésion sociale, la diminution des capacités, la persistance des dissensions ethniques et religieuses et le gaspillage des ressources, même si au départ un financement substantiel avait été mis à la disposition de ce que l'on a appelé « l'industrie du SIDA ». Qui plus est, des notions de blâme et de punition viennent rôder autour de l'épidémie. Cela démontre qu'en dépit des bonnes intentions, l'épidémie suivra simplement son cours dans de nombreux pays et parmi de nombreuses populations, car :

- On considère le VIH sans tenir compte de ses racines sociales, économiques et politiques et on tend à le médicaliser en le traitant principalement comme une question de modification des comportements individuels et de suivis thérapeutiques individuels ;
- Les apports de ressources sont irréguliers et il n'est pas possible de prédire à quoi ils ressembleront pendant les 20 prochaines années, tout comme cela s'est produit pour les 20 dernières années ;

- Les pays africains ne parviennent pas à transformer en réalité les aspirations à l'unité panafricaine ;
- Les donateurs n'harmonisent pas leurs efforts ;
- L'aide est très diverse et de qualité médiocre, et l'on continue à financer la lutte contre le SIDA sans consentir à faire des investissements en profondeur dans le développement social et économique ;
- Il est plus facile d'obtenir des médicaments antirétroviraux qu'une alimentation de qualité et de l'eau propre ;
- On ignore les réalités des comportements humains ; et
- On ne s'attaque pas aux causes profondes de la pauvreté.

Dans ce scénario, la prévalence du VIH sur l'ensemble du continent demeure analogue d'ici à 2025 à celle qui prévaut aujourd'hui, soit environ 5 % de la population adulte, certains pays se situant au-dessus de ce pourcentage et d'autres au-dessous. Les taux élevés de prévalence se traduisent par la perpétuation d'une espérance de vie réduite dans de nombreux pays et d'une augmentation de plus de 50 % des personnes vivant avec le VIH et le SIDA. On ne parvient pas réellement à augmenter les efforts de prévention, et, en dépit du fait que le niveau de services atteint en 2004 sera maintenu et même s'élèvera, celui-ci ne fera que suivre le taux de croissance démographique.

Les efforts visant à généraliser la thérapie antirétrovirale se poursuivent, mais ils sont entravés par le sous-développement, aggravé par la surcharge des systèmes de santé, ainsi que par le manque de crédits. En 2015, un peu plus de 20 % des personnes nécessitant un traitement antirétroviral y ont accès et ce pourcentage demeure obstinément le même jusqu'à la fin du scénario. Le coût des soins et du traitement dispensés à une minorité se monte déjà en moyenne à 1,3 milliard de dollars annuels pour les 23 années du scénario. D'ici à 2025, ce scénario entraînera encore 4 milliards de dollars de dépenses annuelles uniquement pour les programmes de lutte contre le VIH et le SIDA, et ceci seulement pour maintenir les services au niveau actuel. Etant donné que l'on ne parvient pas à devancer l'épidémie en termes de prévention, les coûts poursuivent leur marche ascendante, et celle-ci continuera dans un avenir prévisible.

ONUSIDA/G. PROZZI



ONUSIDA/L. TAYLOR



« Le poids du passé » dresse un tableau inquiétant de ce que sera la mortalité future sur l'ensemble du continent, puisque le nombre cumulatif de décès dus au SIDA sera multiplié par quatre et que le nombre d'enfants qui seront orphelins en raison de l'épidémie continuera d'augmenter après 2025.

Le moment de la transition : l'Afrique rattrape le temps perdu

« Le moment de la transition » est l'histoire de ce qui pourrait se produire si toutes les bonnes intentions existant aujourd'hui se traduisaient par une lutte cohérente et intégrée en faveur du développement qui est nécessaire pour riposter efficacement au VIH et au SIDA en Afrique.

Le scénario consiste en une histoire racontée par une conteuse et quelques-unes de ses amies en 2036 lorsqu'elles se souviennent des changements qui sont intervenus dans le premier quart du XXI^e siècle. Le scénario s'intéresse aux transitions et aux transformations qui doivent se produire dans la manière dont le monde et l'Afrique abordent la santé, le développement, le commerce, la sécurité et les relations internationales afin de pouvoir faire diminuer de moitié le nombre de personnes vivant avec le VIH et le SIDA et de s'assurer que la majorité de celles qui nécessitent un traitement antirétroviral soient desservies d'ici à 2025.

Le scénario identifie six transformations solidaires les unes des autres qui sont nécessaires à la création d'un avenir différent pour l'Afrique et rend compte de la place qu'elle occupera dans le monde.

1. « Une catastrophe évitée » décrit les changements qui interviennent dans la manière dont le VIH et le SIDA sont pris en charge grâce au lancement rapide du traitement antirétroviral et de stratégies de prévention efficaces qui bénéficient du soutien très actif de la société civile.
2. « Mettre de l'ordre chez soi » aborde les réponses politiques des pays en faveur de la réduction de la pauvreté et du renforcement du développement, deux choses qui sont essentielles pour limiter la propagation du VIH.
3. « Travailler ensemble au développement » examine l'amélioration de la collaboration entre les gouvernements africains et leurs partenaires extérieurs pendant le premier quart du siècle, alors

que les ressources proviennent de plus en plus des gouvernements africains et de leurs populations, qui sont désormais mieux à même de les orienter et de les coordonner.

4. « Tirer parti des points forts » passe en revue les changements qui se sont produits dans les pratiques du commerce mondial.
5. « Sentiments humains et droits de l'homme » explique que ce sont les gens qui ont permis de faire fonctionner le scénario et qu'ils se sont eux-mêmes transformés, citant à cet égard les changements radicaux qui se sont produits dans les relations entre les femmes et les hommes ainsi qu'avec leurs communautés.
6. « Instaurer la paix » montre que la prévention des conflits et la promotion de la paix et de la sécurité, tant dans les pays qu'entre les pays, forme une partie essentielle de l'ordre du jour de l'Afrique pour le XXI^e siècle.

Ces changements commencent avec l'avènement d'une meilleure perception de la crise : tout se passe comme si l'épidémie de SIDA était un archétype de bien d'autres problèmes qui assaillent l'Afrique et le monde dans ce scénario, notamment la possibilité d'un effondrement de la régulation du commerce mondial, l'impossibilité d'atteindre les *Objectifs de Développement pour le Millénaire*, la persistance des inégalités dans le monde, l'usure du concept de multilatéralité, la montée en puissance du terrorisme, et le sentiment d'urgence lié aux changements climatiques permanents. La perspective de devoir affronter un nouveau siècle miné par les conflits et l'appauvrissement entraîne une modification des attitudes, des valeurs et des comportements, ce phénomène étant magnifié autant par la société civile que par les dirigeants des États.

Les changements dans la fourniture de l'aide, dans les règles régissant le commerce, dans la vision sécuritaire du destin de l'humanité, ainsi que dans les formes de gouvernance appliquées dans les pays et dans la communauté internationale sont fondamentaux et ils devraient permettre d'aboutir avec le temps à l'avènement d'un monde plus stable dont le Sud tout comme le Nord pourraient retirer des avantages. Le flux de l'aide en Afrique a doublé et perdure depuis une génération, sous la forme d'investissements dans les systèmes de santé, dans l'agriculture, l'éducation,

ONUSIDA/G. PICOZZI



l'électrification, les approvisionnements en eau, les réseaux routiers, le développement social et les compétences des institutions et des gouvernements.

« Le moment de la transition » décrit le changement radical qui s'est produit dans la manière dont les donateurs fournissent l'aide et dans celle qu'adoptent les gouvernements pour en faire usage de façon à promouvoir leur souveraineté, à éviter que l'aide n'entame leur autonomie, qu'elle ne soit pas génératrice d'inflation et qu'elle n'entraîne pas une quelconque dépendance.

Le scénario décrit aussi une mobilisation internationale de la société civile, qui débute par l'action de militants du traitement travaillant pour une thérapie antirétrovirale délivrée en toute sécurité, ce qui entraîne par la suite un élargissement progressif de l'intérêt que porte la société civile à cette question, ainsi que de ses compétences et de ses engagements en la matière. Il fait un tableau des nouveaux rôles et partenariats dans lesquels l'industrie internationale s'engage. Selon le scénario, si de tels changements pouvaient intervenir en l'espace d'une génération, ils pourraient réduire de façon spectaculaire le nombre de personnes infectées par le VIH. Ils pourraient apporter une métamorphose fondamentale du cours des événements au XXI^e siècle, en Afrique et dans le monde.

Avec « Le moment de la transition », le nombre de personnes vivant avec le VIH et le SIDA est réduit de près de la moitié entre 2003 et 2025, en dépit du fait que la population s'est accrue de 50 %. La sexospécificité de l'infection et de la prévalence commence à s'estomper, bien que les femmes soient toujours légèrement plus touchées que les hommes à la fin du scénario.

La diffusion de la thérapie antirétrovirale atteint des sommets : pendant le scénario, l'accès à cette thérapie s'étend rapidement pour atteindre près de la moitié des personnes nécessitant ce traitement en 2012. A la fin du scénario, 70 % des personnes justiciables recevront le traitement – tout en tenant compte du fait que l'extension des soins au-delà de la capacité des systèmes de santé existants est un processus qui prend du temps et demande beaucoup d'efforts.

Malgré le prolongement de la vie que l'on peut obtenir grâce à la thérapie antirétrovirale, le nombre total et cumulatif des décès continue d'augmenter sur le continent, ce qui entraîne un accroissement régulier de celui des enfants devenus orphelins en raison du SIDA, mais l'espérance de vie des parents, dorénavant plus

importante, a cependant entraîné une différence significative dans la socialisation de nombreux enfants.

Pour réaliser ce scénario, il faut pouvoir disposer d'investissements cumulatifs de près de 200 milliards de dollars US, en tenant compte de l'existence de l'ensemble des autres investissements dans la santé, l'éducation, les infrastructures et le développement social. Les financements réservés à la lutte contre le VIH et le SIDA ont augmenté en moyenne de 9 % par an, avec les dépenses les plus rapides dans un premier temps, tandis que les donateurs extérieurs prennent en charge approximativement la moitié de l'ensemble des coûts. En 2014, les dépenses atteignent 10 milliards de dollars US et demeurent à ce pallier jusqu'au terme du scénario, moment où elles commencent à diminuer en raison des résultats obtenus grâce aux investissements antérieurs.

Le message important que délivre ce scénario, c'est que des dépenses engagées rapidement et accompagnées d'une augmentation régulière des dépenses de prévention, permettent au budget des soins et du traitement de commencer à diminuer dès 2019, année pendant laquelle devrait s'amorcer une diminution du nombre des personnes vivant avec le VIH et le SIDA.

Les implications et les enseignements des trois scénarios

Pris ensemble, les trois scénarios apportent d'importants éléments de réflexion aux activistes, aux décideurs, aux planificateurs de programmes et à ceux qui mettent en œuvre ces programmes.

- On ne peut encore garantir que la riposte sera suffisante : des revirements de l'intérêt manifesté actuellement pourraient encore se produire et nous devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour éviter que la question du SIDA n'entraîne une lassitude. Les scénarios nous font entendre que, si les pires conséquences de l'épidémie sont encore à venir, il nous reste de nombreuses parades qui devraient nous permettre d'influencer la trajectoire à long terme de l'épidémie ainsi que le nombre des personnes qu'elle affectera. Toutefois, les taux de mortalité dans quelques pays – et même en présence d'une diffusion efficace de la thérapie antirétrovirale – continueront de s'aggraver pendant



un certain temps. C'est ce à quoi les décideurs doivent se préparer. Des investissements rapides et durables destinés à la prévention devraient permettre d'infléchir la courbe de la mortalité vers le bas plus vite que prévu.

- La manière dont on définit la crise à laquelle est confrontée l'Afrique, et qui la définit, changera fondamentalement le résultat des actions qui seront engagées : le leadership est un instrument vital de la riposte au VIH et au SIDA, mais un leadership fort doit pouvoir s'appuyer sur des ressources et des compétences institutionnelles, sur les capacités du système, et sur des réponses efficaces de la part des politiques publiques. « Le poids du passé » montre clairement que le leadership seul ne suffit pas.
- Des ripostes locales décentralisées sont très importantes : il est indispensable d'inclure les cultures, les valeurs et les signifiants locaux dans l'élaboration des politiques. L'identité religieuse est également susceptible de jouer un rôle important dans l'avenir du continent et de l'épidémie. Mais on ne saurait mettre en œuvre de riposte efficace sans l'engagement et le soutien avérés du gouvernement central.
- Face à une crise qui dépasse manifestement les capacités actuelles de réponse, on ne peut pas tout entreprendre en même temps. « Le poids du passé » montre bien ce qui arrive si l'on ne consacre que peu de temps ou pas du tout à réfléchir sur l'étendue des capacités nationales et internationales parce que tout va trop vite, que les résultats doivent apparaître trop rapidement, et que ce sont les priorités des individus, des pays ou des organismes les plus agissants qui prédominent. « Des choix sans concession », pour sa part, démontre que lorsque l'on ne dispose que de ressources limitées, les gouvernements doivent prendre des décisions difficiles, mais que si les choix sont judicieux, alors les résultats en vaudront la peine. « Le moment de la transition » suggère que si les pays africains et la communauté internationale continuent d'étendre la riposte à l'épidémie dans le contexte de mesures plus larges de développement, cela entraînera une différence fondamentale dans le nombre de personnes vivant avec le VIH et le SIDA en 2025.
- Il n'y a pas de remède miracle : dans la mesure où les causes du VIH et du SIDA sont complexes, les

réponses à apporter le sont aussi. Aucune recommandation politique particulière n'a le pouvoir d'influencer l'issue de l'épidémie. Le VIH et le SIDA constituent un événement de longue durée, auquel il faut opposer des réponses politiques qui seront les mêmes au gré des gouvernements qui se succéderont. Des réponses politiques à fluctuations rapides ne pourront en rien juguler l'épidémie. Il convient donc d'envisager des solutions pragmatiques pour le court terme et des ripostes stratégiques s'étendant sur le long terme. Travailler sur ces deux fronts sera l'élément crucial de toute réussite dans ce domaine.

- Le nombre d'acteurs différents travaillant à contrer l'épidémie de SIDA fera une grande différence sur le plan des ripostes. « Le poids du passé » fonctionne grâce à une distribution restreinte d'acteurs qui ne savent pas comment coordonner efficacement leurs actions ; dans « Le moment de la transition », la société civile et le secteur privé ont des rôles très importants : et dans « Des choix sans concession », le gouvernement joue un rôle essentiel, mais il stimule aussi les leaderships à tous les niveaux de la société.
- On comprend bien désormais la vulnérabilité des femmes au VIH sur le plan social, économique et physiologique, mais les politiques les mieux susceptibles de les protéger n'ont pas été mises en œuvre correctement. Pour lutter contre le VIH, il importe de sortir de la vision étroite du risque d'infection particulier que courent les femmes. Il faut aussi prendre des mesures pour améliorer leur statut dans la société, et ainsi établir l'éducation universelle pour les filles, lutter contre la violence à l'encontre des femmes, et s'assurer qu'elles ont autant que les hommes accès à la propriété, à des revenus ou à un emploi. Les questions d'égalité entre les sexes se trouvent au cœur-même de l'épidémie de SIDA et s'en préoccuper efficacement constituerait un moteur très puissant de changement qui permettrait de propulser les réformes sociales, économiques et politiques.
- Jusqu'à maintenant, la volonté des communautés à prendre en charge les enfants rendus orphelins du fait du SIDA a été remarquable, mais il semblerait que la persistance des retours et des vagues successives de la crise du SIDA puisse avoir raison de cette volonté. Les alternatives sur le long terme doivent toutefois être

planifiées dès maintenant. Les scénarios montrent que d'investir dans les enfants et de les considérer comme une ressource pour l'avenir, mais aussi de permettre aux parents d'éviter l'infection et de rester en vie plus longtemps, apportent une contribution significative à l'issue globale de l'épidémie.

- En général, on n'a que peu étudié les conséquences psychologiques de l'épidémie. Il faut cependant inclure la santé mentale au même titre que la santé physique dans les plans de traitement, de soins et de prévention.
- La mortalité continuera d'augmenter, quoi que l'on fasse. Les scénarios explorent l'espace qui existe entre ce que l'on peut faire pour éviter les infections et sauver les vies et ce qui se produirait si les tendances actuelles perduraient. Mais, même si ce que l'on accomplit est le mieux que l'on puisse faire, les communautés africaines devront encore faire face à des défis majeurs pendant les 20 prochaines années.

Trois scénarios, trois manières d'aborder les grandes questions

Jusqu'ici les programmes de lutte contre le VIH et le SIDA ont presque tous été financés par des fonds extérieurs et tout porte à penser que cette tendance se poursuivra pendant de nombreuses années. La plupart des engagements financiers ne s'étendent cependant pas sur plus de cinq ans et l'incertitude règne quant à savoir de quelles ressources on pourra disposer à l'avenir. « Des choix sans concession » montre ce que l'on peut faire lorsque les politiques intérieures sont efficaces mais que l'aide extérieure tarde à venir ; « Le moment de la transition » ce que l'on pourrait faire si les politiques intérieures étaient plus efficaces et si l'aide extérieure était plus importante et de qualité ; et « Le poids du passé » montre ce qui risque de se produire si les politiques intérieures sont inefficaces et si l'aide extérieure est irrégulière ou en diminution.

Exceptionnalisme contre isolationnisme

Il faut faire la différence entre tendances consistant à considérer le SIDA comme une maladie d'exception

(exceptionnalisme) et celles qui interviennent uniquement sur le VIH (isolationnisme).

Dans « Des choix sans concession », l'épidémie de SIDA est considérée comme faisant partie d'une crise plus vaste engendrée par le sous-développement de l'Afrique, et chaque pays prend des mesures – dans les limites des ressources intérieures et extérieures – pour s'attaquer au sous-développement et trouver des modèles de développement qui correspondent à ses besoins et à son environnement particuliers.

Dans « Le moment de la transition », l'épidémie de SIDA joue le rôle d'un catalyseur qui permet aux individus et aux institutions du monde entier de percevoir la crise plus vaste de la paix internationale et du développement. Le SIDA engendre une riposte exceptionnelle, mais n'est pas traité comme un problème situé hors de son contexte social et économique. Le financement de la lutte contre le SIDA s'effectue dans le contexte beaucoup plus large d'une riposte au sous-développement.

Dans « Le poids du passé », le VIH est l'objectif principal des interventions, considéré hors du contexte social et économique. En raison de l'accent qui est mis sur la thérapie antirétrovirale, l'ensemble de la riposte est centrée sur les aspects médicaux. Le VIH et le SIDA sont considérés comme une urgence médicale et on leur consacre une grande partie de l'aide supplémentaire accordée à l'Afrique entre 2004 et 2010, détournant ainsi des ressources et des compétences provenant d'autres domaines. Il n'y a pas d'investissements suivis dans les infrastructures, ou dans les questions structurelles ou de développement qui nourrissent l'épidémie – notamment les relations entre les sexes, la réduction de la pauvreté ou les questions culturelles.

Les besoins en ressources et l'utilisation de l'aide

Il ressort clairement des scénarios que ce n'est pas la quantité des dépenses que l'on consacre aux programmes de lutte contre le VIH et le SIDA qui compte, mais plutôt l'adéquation de ces dépenses aux besoins et au contexte. Les scénarios montrent qu'il faudra augmenter considérablement les dépenses si l'on veut obtenir de meilleurs résultats en termes de diminution de la propagation du VIH, d'élargissement de l'accès aux

Indicateur	Scénario		
	Des choix sans concession	Le moment de la transition	Le poids du passé
Coût cumulatif du programme (US\$ milliards)	98	195	70
Nombre cumulatif de décès dus au SIDA (1980-2025, millions)	75	67	83
Nombre cumulatif de nouvelles infections (millions)	65	46	89
Nombre cumulatif d'infections évitées (millions)	24	43	Base :0
Coût supplémentaire par infection évitée (US\$)	800	1 160	Base :0
Coût supplémentaire par année de vie sauvée (QALY) (US\$)	20	29	Base :0

Source : ONUSIDA (2004) *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève (données historiques) et ONUSIDA, *Projet de scénarios sur le SIDA en Afrique*.

traitements, et d'atténuation de l'impact de la maladie, mais que de telles augmentations feront plus de mal que de bien si elles ne sont pas soutenues par une coordination efficace des interventions et une amélioration du contexte. Une augmentation très importante des financements pourrait contribuer à développer ce que l'on appelle « l'industrie du SIDA », plutôt que de procurer une riposte massivement améliorée.

La **Figure 2** ci-dessus montre les coûts et les résultats respectifs des trois scénarios.

En comparaison avec « Le poids du passé », « Le moment de la transition » obtient de meilleurs résultats, car il évite 43 millions de nouvelles infections, tandis que « Des choix sans concession » évite 24 millions d'infections et affiche un coût supplémentaire inférieur pour les années de vie ajustées sur la qualité de la vie (QALY) sauvées. Par la poursuite d'objectifs plus universels, « Le moment de la transition » accroît ses coûts, tandis que « Des choix sans concession » parvient à couvrir les cas où la prévention est « plus facile à atteindre ». Mais il ne faut pas oublier qu'au-delà des calculs respectifs de coût-efficacité, existent des avantages sociaux et économiques beaucoup plus importants et durables tels que ceux qui sont implicites dans la riposte concertée au VIH et au SIDA présentée dans « Le moment de la transition ».

Les dépenses annuelles moyennes du « Moment de la transition » d'ici à 2025 se monteront à près de 11 milliards de dollars US, soit près de trois fois plus que celles du scénario « Le poids du passé » et deux fois plus que celles du scénario « Des choix sans concession ». Les résultats obtenus seront extrêmement différents : dans « Le moment de la transition », l'épidémie aura été freinée dans une large mesure, dans « Des choix sans concession », la fin de l'épidémie sera en vue, mais non encore atteinte et dans « Le poids du passé », elle représentera toujours un danger très net et très présent.

Les scénarios : mode d'emploi

La mise au point des scénarios n'est qu'un premier pas ; encore faut-il les étudier plus attentivement et les mettre en application par le biais d'un processus interactif qui incite leurs utilisateurs à repenser leurs appréciations et leur compréhension individuelles et collectives.

Le projet forme l'espoir d'atteindre, grâce à ces scénarios, les objectifs énoncés plus bas. Il espère également que, grâce à cet ouvrage et au CD-ROM qui l'accompagne, le lecteur parviendra à atteindre des objectifs similaires.

1. Améliorer les connaissances sur le VIH et le SIDA et les déterminants qui façonnent leur avenir en Afrique.
2. Faire prendre conscience des perceptions, des croyances, des supputations et des idées reçues au sujet de l'épidémie de SIDA et de son avenir prévisible et si possible les contredire.
3. Accroître la compréhension mutuelle des différentes parties prenantes en créant un langage commun pour les discussions concernant le VIH et le SIDA en Afrique.
4. Faire prendre conscience et améliorer la compréhension des facteurs, des déterminants et des inconnues fondamentales (tout en soulignant leurs relations à l'intérieur du système) qui bâtissent l'avenir du VIH et du SIDA.
5. Mettre en évidence les dilemmes qui se présentent et les choix qu'il conviendra sans doute de faire.
6. Identifier les lacunes à combler et l'ordre dans lequel il faudra le faire afin de conduire les organismes et les pays de là où ils se trouvent actuellement vers le but qu'ils se sont fixé.
7. Elaborer et mettre au point des plans, des stratégies et des politiques afin de mettre à l'épreuve ou de remettre en question la validité et la fiabilité de toute vision ou stratégie.
8. Analyser diverses situations spécifiques dans un pays ou une région donnés afin d'en découvrir les risques spécifiques et de mettre au jour les opportunités qu'elles recèlent.
9. Fournir la toile de fond à une histoire qui mérite d'être racontée et susciter l'enthousiasme et le soutien à l'égard d'une politique particulière.

Pour ceux qui souhaitent en savoir plus, le CD-ROM qui accompagne le présent ouvrage contient la plupart des matériels qui ont été commandés pour alimenter le projet, sous formes d'articles et d'interviews qui se prêtent à la recherche par mots-clés. Le CD-ROM présente également des rapports détaillés sur les ateliers du projet et un certain nombre de présentations qui peuvent être utilisées face à un public.

En guise de conclusion...

Construire des scénarios signifie faire des accommodements avec le temps : les déterminants du présent et de l'avenir et les héritages du passé. Le temps n'a pas la même signification dans les trois scénarios.

« Des choix sans concession » nous dit que le temps est celui de plusieurs générations : que le passé a son importance ; que les ancêtres sont une valeur, que l'histoire et l'identité familiales façonnent profondément le présent ; et que nos actions présentes n'entraînent pas seulement des conséquences pour ceux qui sont en vie aujourd'hui, mais aussi pour les générations à venir.

Pour « Le poids du passé », le temps compte peu, les résultats doivent être immédiats, les objectifs sont liés à un temps déterminé et les actions se mesurent à l'aune des mandats politiques. Les événements de longue durée, telle l'épidémie de VIH et de SIDA, ne trouvent pas véritablement leur place dans un minutage aussi bref.

« Le moment de la transition » nous dit quelque chose sur la profondeur du temps, et pas seulement sur sa longueur. Les transitions et les transformations dont il parle pourraient prendre des générations si elles se faisaient les unes à la suite des autres. Mais ce scénario parle d'un monde dont les principales métaphores sont le dépassement et la synergie ; où les progrès de la lutte contre l'épidémie peuvent être rapides parce qu'ils sont portés par d'autres transitions qui se déroulent simultanément.

Les processus de développement ne tiennent que trop rarement compte du temps d'une manière différente de celle qui consiste à le mesurer en cycles conventionnels de trois ou cinq ans. Les scénarios permettent d'avoir une vision plus large, en regardant le temps dans sa longueur, mais aussi dans sa profondeur. Ils permettent de s'intéresser à d'autres dimensions du problème et d'en tirer une image plus complète. On ne se rendra compte de la valeur de ces scénarios que s'ils sont largement diffusés, discutés et utilisés, mais ce qu'ils offrent avant tout, c'est un point de départ pour le processus d'élaboration.

Par dessus tout, ces scénarios nous disent que si pour les millions de personnes qui sont mortes du SIDA il est désormais trop tard, nous avons encore devant nous assez de temps pour changer le destin de millions d'autres individus.



Ce qui fait la force des scénarios



C'est le récit qui survit au son des tam-tams de guerre et aux exploits des combattants courageux. C'est le récit... qui empêche nos enfants de se précipiter comme le mendiant aveugle sur les piquants hérissés de la clôture de cactus.

– Chinua Achebe,
Les termitières de la savane

De profondes incertitudes existent en ce qui concerne l'avenir de l'épidémie de SIDA ainsi que son ampleur et ses impacts. Ce qui adviendra en Afrique au cours des 20 prochaines années et au-delà dépendra des mesures et des décisions prises aujourd'hui sur le continent, mais aussi dans le reste du monde. Ces décisions ne seront faciles ni à prendre ni à appliquer.

Les héritages du passé, la culture, l'expérience, la formation, l'éducation, les croyances religieuses et les modes sont autant de domaines qui façonnent la perspective et l'interprétation humaines du monde. Ces influences peuvent nous aider à trouver la bonne direction. Elles peuvent aussi créer des zones d'ombre et des préjugés qui nous empêchent d'accorder de la valeur à un point de vue différent du nôtre, ou de bien comprendre un fait qui s'oppose à nos idées reçues. Cela est d'autant plus vrai que nous sommes profondément attachés à nos opinions. Dans le cas du VIH et du SIDA, il existe de nombreux mythes sur les raisons de la propagation de l'épidémie en Afrique et sur les différentes façons d'aborder le problème.

Chacun de nous doit dépasser ses propres suppositions et opinions afin d'être capable d'assimiler les autres perspectives pertinentes.



Avant de tirer, il faut viser.

– proverbe éthiopien

Des récits riches en enseignement

Toutes les cultures du monde possèdent une tradition de récits populaires qui sert à décoder la signification du monde et à transmettre cette sagesse de génération en génération. Ces récits sont des mines d'information, ils contiennent la mémoire et l'histoire des peuples. Racontées sous forme d'histoires, les leçons touchent ceux qui les écoutent à de nombreux niveaux : lorsque le récit met en scène explicitement une intrigue et suscite des émotions, il atteint aussi l'inconscient. Les récits posent des questions sur les signifiants et les valeurs, et ils y répondent.

Les scénarios sont des histoires imprégnées d'imagination qui reposent sur une construction rigoureuse et qui narrent des situations telles qu'elles pourraient survenir. L'objectif de ce processus est d'aider les gens à réfléchir plus profondément et plus librement à des problèmes complexes, mal définis ou apparemment insolubles. La forme du récit fournit une structure dans le cadre de laquelle il est possible de penser les décisions et de s'interroger sur leurs impacts probables. Le processus de création des scénarios encourage les individus à remettre en question leur vision habituelle des choses et à imaginer ce qui pourrait advenir et comment ils devraient alors aborder ces problèmes.

L'élaboration des scénarios ne se fixe pas sur la recherche d'un seul et unique point de vue, mais s'efforce d'impliquer et d'intégrer une foison d'idées en

s'inspirant de l'expérience et des perspectives d'un très grand nombre de personnes. Ce processus fonctionne parce qu'il crée une symbiose reposant à la fois sur l'analyse et sur l'intuition. Il englobe les idées consensuelles et celles qui font l'objet de controverses, et s'attache à des questions dont on sent qu'elles revêtent une importance majeure, mais dont l'enseignement apparaît comme plus incertain.

Si elle se propose de refléter pleinement la réalité, une série de scénarios se doit d'embrasser tous les aspects, qu'ils soient positifs ou négatifs, et révéler ainsi les difficultés comme les opportunités inhérentes aux événements qu'elle dépeint. Le principe de cette méthode n'est pas de concevoir un avenir parfait, mais de tirer les leçons que chacun des futurs possibles peut offrir et de faire la démonstration que nos choix ont le pouvoir de façonner l'avenir.

Les scénarios constituent un instrument utile : ils peuvent servir de base à la réflexion et aux débats qui président aux décisions actuelles et aux politiques futures ; ils permettent de mesurer les risques et les opportunités, de comprendre la signification des événements et d'apporter des réponses. Ils ne se limitent pas à l'usage individuel, mais peuvent être utilisés par différents groupes désireux d'améliorer l'entente et de fournir un cadre de référence et un langage communs.

Le processus et les conditions

Le premier stade du processus de création de scénarios est de parvenir à une entente commune concernant les problèmes qui se présentent. Cette étape est fondamentale quoique ardue à concevoir, sachant que chacun des participants possède sa propre vision du monde.

à une entente commune concernant les problèmes concevoir, sachant que chacun des participants

4 Des récits aux scénarios

A partir des différents embranchements, les participants se fondent sur ce qu'ils savent des énergies pour créer de toutes pièces des récits plausibles pour l'avenir. Ce sont les « scénarios ». En partant du fait qu'il est impossible de donner une seule interprétation exacte de l'avenir, on comprend qu'il y ait plusieurs scénarios. Ainsi, un processus d'élaboration de scénarios aboutira à un nombre de versions de l'avenir situé entre deux et quatre.

5 Se mettre d'accord

La plus grande difficulté, en particulier lorsqu'on est en présence d'importants groupes de concepteurs de scénarios possédant chacun son point de vue, est de décider quels scénarios privilégier et en quelle quantité. En fin de compte, il faut arriver à un accord sur la plausibilité des scénarios sélectionnés et sur leur intérêt et leur utilité.

3 Embranchements

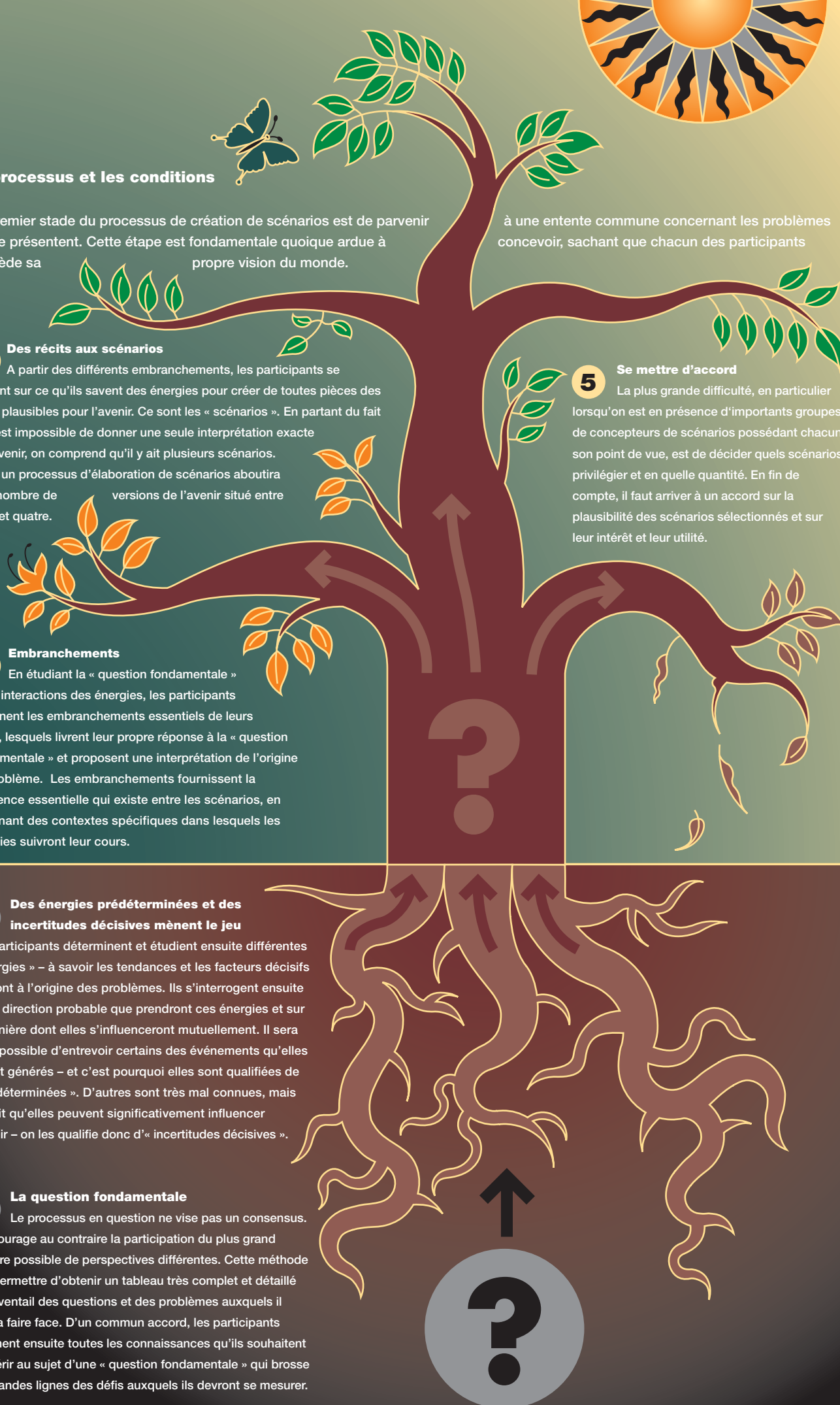
En étudiant la « question fondamentale » et les interactions des énergies, les participants atteignent les embranchements essentiels de leurs récits, lesquels livrent leur propre réponse à la « question fondamentale » et proposent une interprétation de l'origine du problème. Les embranchements fournissent la différence essentielle qui existe entre les scénarios, en imaginant des contextes spécifiques dans lesquels les énergies suivront leur cours.

2 Des énergies prédéterminées et des incertitudes décisives mènent le jeu

Les participants déterminent et étudient ensuite différentes « énergies » – à savoir les tendances et les facteurs décisifs qui sont à l'origine des problèmes. Ils s'interrogent ensuite sur la direction probable que prendront ces énergies et sur la manière dont elles s'influenceront mutuellement. Il sera alors possible d'entrevoir certains des événements qu'elles auront générés – et c'est pourquoi elles sont qualifiées de « prédéterminées ». D'autres sont très mal connues, mais on sait qu'elles peuvent significativement influencer l'avenir – on les qualifie donc d'« incertitudes décisives ».

1 La question fondamentale

Le processus en question ne vise pas un consensus. Il encourage au contraire la participation du plus grand nombre possible de perspectives différentes. Cette méthode doit permettre d'obtenir un tableau très complet et détaillé de l'éventail des questions et des problèmes auxquels il faudra faire face. D'un commun accord, les participants résumant ensuite toutes les connaissances qu'ils souhaitent acquérir au sujet d'une « question fondamentale » qui brosse les grandes lignes des défis auxquels ils devront se mesurer.





Section 2 Les éléments de départ

- 34 Le virus et son impact**
- 34 Une épidémie en progression
- 35 L'impact du SIDA
- 36 La riposte au SIDA**
- 36 Ripostes nationales
- 37 Ripostes internationales
- 38 L'Afrique : un continent vaste et multiple**
- 38 Pays et cultures
- 39 Diversité politique
- 40 Les conflits
- 40 Mouvements de population et connectivité
- 42 Economie : le commerce, l'aide, et la dette
- 43 Les progrès scientifiques
- 46 Le facteur humain
- 48 Les personnes vivant avec le VIH
- 48 Santé mentale et stigmatisation
- 49 Formes nouvelles et anciennes du « capital social »**



**Avant de cuisiner,
il faut avoir la viande.**

– proverbe nigérian

Section 2 Les éléments de départ

Selon l'ONUSIDA, entre 35 millions et 42 millions des personnes vivent actuellement avec le VIH et le SIDA dans le monde¹. Environ 25,5 millions d'entre elles vivent sur le continent africain, où, à cette date, 13 millions d'individus sont déjà décédés du SIDA (2,2 millions pour la seule année 2003), et 12 millions d'enfants ont perdu au moins un de leurs deux parents du fait de la maladie. Les taux de prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes (âgées de 15 à 24 ans) sont supérieurs à 10 % dans 12 des 23 pays pour lesquels on dispose de données, et ils excèdent 20 % dans 5 pays, tous situés dans la partie sud du continent. Dans les pays d'Afrique du Nord, plus de 91 000 personnes vivent avec le virus, et 11 000 sont décédées de ses suites (dont 2 700 en 2003)². L'anéantissement des foyers, des villages, des diverses structures et de la société est manifeste.

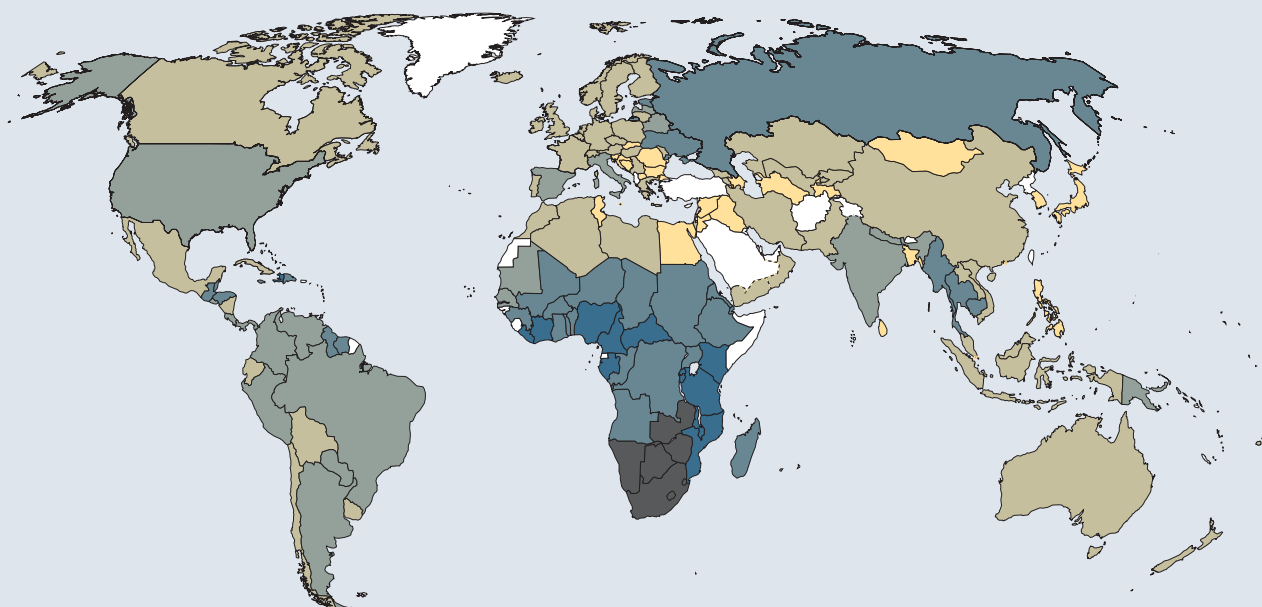
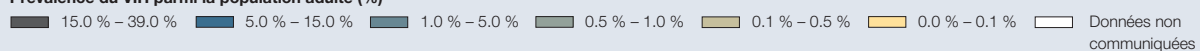
Le VIH a pu se propager parce qu'il exploite pour sa réplication une des sphères les plus complexes de la vie humaine : les relations sexuelles. Ces relations sont influencées par nos connaissances et nos croyances, par la façon dont nos us et coutumes appréhendent le pouvoir autoritaire, et par de simples facteurs d'ordre économique auxquels chacun d'entre nous est confronté.

Comme un grand nombre de participants au projet l'ont souligné, la transmission du VIH se produit en raison des choix que les individus pensent pouvoir effectuer – ou pas – et des actes qu'ils accomplissent en fonction de ces choix.

Nous savons que faute de développement économique, les ressources sont limitées, voire inexistantes. Nous savons aussi qu'en l'absence d'un pouvoir puissant, les actions destinées à prévenir efficacement l'infection à VIH ou à maintenir des réseaux de sécurité sociale diminuent ; nous sommes conscients que ces facteurs favorisent la propagation de l'infection à VIH et qu'ils sont aggravés par la propagation du virus elle-même. Dans certains pays, le SIDA contribue à façonner des situations sociales, politiques et économiques au gré desquelles l'épidémie progresse – entraînant une spirale infernale³.

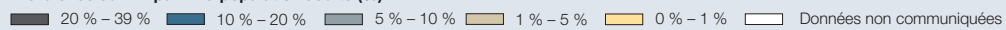
Figure 3 Répartition mondiale de l'infection à VIH

Prévalence du VIH parmi la population adulte (%)



La propagation du VIH sur le continent africain

Prévalence du VIH parmi la population adulte (%)



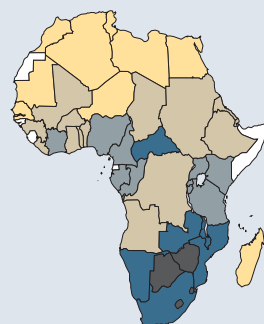
1988



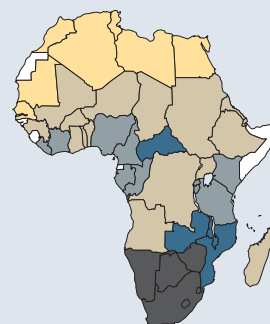
1993



1998



2003



Le virus et son impact

La propagation du VIH n'a pas suivi une courbe régulière – tous les pays et tous les secteurs de la société n'ont pas été affectés de manière similaire. En Afrique, l'épidémie de SIDA se présente plutôt comme une multiplicité d'épidémies sévissant dans des lieux divers ; dans certains endroits du continent, elle n'en est encore qu'à un stade initial.

Une épidémie en progression

La prévalence du VIH varie selon que l'on observe le cas des hommes ou celui des femmes, selon la tranche d'âge considérée et selon qu'il s'agisse de populations rurales ou urbaines. Elle varie sans doute également entre riches et pauvres, entre personnes instruites et analphabètes et entre personnes actives et sans emploi. Mais les statistiques disponibles établissent jusque-là rarement de telles distinctions.

Les taux de prévalence du VIH varient considérablement selon les zones géographiques considérées. L'Afrique Australe est très sévèrement touchée et présente une séropositivité supérieure à 16 % parmi sa population adulte (2003). La prévalence médiane est moins élevée en Afrique de l'Est (6 %), en Afrique Centrale et en Afrique de l'Ouest (4,5 %), et encore plus faible en Afrique du Nord (0,1 %)⁴. Selon le contexte considéré, de telles variations possèdent une incidence économique distincte.

Indépendamment des variations mentionnées ci-dessus, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans l'ensemble de l'Afrique continue d'augmenter.

L'accroissement démographique et le grand nombre de décès imputables au SIDA combinés font que la prévalence du VIH demeure stable dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, quoique en augmentation dans certains d'entre eux, à Madagascar et au Swaziland notamment, et en régression dans l'ensemble de l'Ouganda. L'épidémie de SIDA a également entraîné un nouvel accroissement de l'incidence de la tuberculose : un tiers des Africains sont actuellement atteints d'une tuberculose latente, et pour ceux qui sont aussi porteurs du VIH, la probabilité de développer une tuberculose active est importante. Chaque année, 5 à 10 % des personnes co-infectées par la tuberculose et le VIH développent une tuberculose active, et dans plus de 50 % des cas, la maladie se déclarera tôt ou tard.

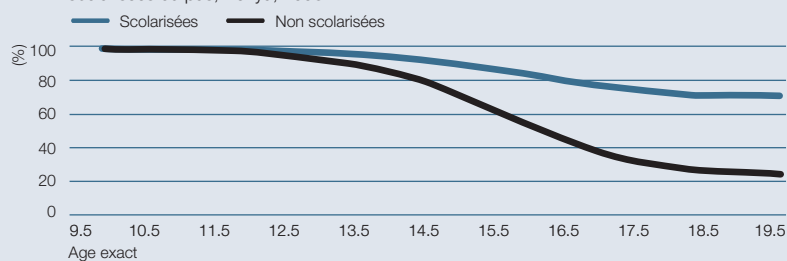
Au début de l'épidémie, le meilleur traitement disponible se limitait à la prise en charge des maladies opportunistes consécutives à l'infection à VIH. Les pays à hauts revenus ont pu disposer de traitements antirétroviraux dès le milieu des années 1990, mais en Afrique, seule une petite partie des secteurs les plus riches de la population y ont eu accès, à l'exception des secteurs publics de petite envergure ou encore de programmes soutenus par des ONG dans certains pays, notamment en Afrique du Nord, où le nombre de séropositifs est encore relativement peu élevé et où la capacité des infrastructures sanitaires est plus importante qu'en Afrique subsaharienne.

Que le traitement ait été appliqué selon le mode occidental ou selon les traditions locales africaines, la première réaction de la plupart des familles a été de prendre soin de ceux qui tombaient malades. Afin de pouvoir payer le traitement, les foyers les plus pauvres ont réduit leurs dépenses, utilisé leurs économies, emprunté de l'argent, vendu leurs biens et retiré les enfants de l'école – en particulier les filles – pour pouvoir mettre de l'argent de côté et être en mesure d'apporter des soins ou toute autre forme de soutien à la cellule familiale⁵. Cette dernière mesure génère une spirale négative quand on sait que l'éducation possède un caractère protecteur contre le VIH.

De nombreux programmes ont concentré leurs efforts sur la prévention de la propagation de l'infection à VIH. Les actions engagées initialement étaient destinées à modifier les comportements sexuels – qui représentent la voie royale de la transmission du VIH en Afrique – en améliorant la connaissance qu'avaient les individus de la maladie et en changeant leurs attitudes à son égard. Le discours plein de franchise des dirigeants a remporté un succès considérable. De même, les campagnes, les slogans, les services de dépistage et de conseil se sont multipliés.

Et pourtant, l'épidémie a continué de progresser. Face à une maladie qui est tout à la fois mortelle et difficile à contrôler, beaucoup ont préféré nier son existence et stigmatiser ceux qui étaient infectés. Ces attitudes, associées à un accès limité aux services de traitement, expliquent pourquoi 95 % des hommes et des femmes d'Afrique ne connaissent par leur état sérologique vis-à-vis du VIH⁶.

Pourcentage de filles d'âges divers *non encore* sexuellement actives, scolarisées ou pas, Kenya, 1998



Source : Données obtenues auprès du Département DHS et des services de santé de l'UNICEF.

L'impact du SIDA

En Afrique, l'épidémie de SIDA a eu une incidence sur tous les aspects de l'existence, à commencer par les sources de revenus individuels jusqu'aux moyens dont ont pu disposer les Etats. Son impact de plus en plus large préoccupe de nombreux organismes nationaux et internationaux. Nous décrivons ci-dessous quelques-uns des aspects majeurs de l'impact du SIDA¹.

Les sources de revenus

En Zambie, une étude relative aux foyers affectés par le SIDA a montré que dans deux tiers des familles où le père était décédé, les revenus mensuels avaient diminué de plus de 80 %⁷. Une étude analogue réalisée en Côte d'Ivoire a montré que les revenus des familles affectées par le SIDA étaient inférieurs de moitié à la moyenne de ceux dont disposaient les autres familles⁸. Au Botswana, où le taux d'infection est exceptionnellement élevé, le revenu par habitant pour un quart des foyers parmi les plus défavorisés devrait, selon les estimations, diminuer de 13 % au cours des dix prochaines années, alors que dans le même temps, chaque personne possédant des revenus dans cette catégorie de population sera amenée à prendre en charge quatre personnes supplémentaires en raison du SIDA⁹.

Les familles

Le SIDA peut aussi déchirer les familles. Une étude réalisée en 2000 dans deux districts du Zimbabwe a montré que 65 % des ménages ayant perdu une femme adulte s'étaient disloqués et dispersés¹⁰. Après la mort de leurs parents, les enfants survivants sont parfois élevés par leurs grands-parents ou d'autres parentes âgées, ou ils peuvent être confiés à d'autres membres de la famille élargie. Il est peu probable que ces enfants soient scolarisés et plus vraisemblable qu'ils doivent travailler au-delà de 40 heures par semaine de plus que les enfants ayant leur deux parents, en particulier s'ils sont élevés par des parents éloignés ou par des personnes étrangères à la famille. Certains enfants finissent dans la rue où le risque de tomber dans une précarité extrême et d'être exploité est particulièrement élevé¹¹.

Impacts psychologiques

Le VIH et le SIDA influencent les relations, la prise de décisions et les attitudes face au risque et aux

incertitudes. Mais paradoxalement, la maladie, génératrice d'anxiété et de dépression dans bien des cas, peut aussi amener à se comporter avec plus de courage et de détermination¹².

Même si elle s'appuie sur son courage et sa détermination, la pérennité du cercle familial étant, elle, compromise, la résistance de la communauté peut être sapée, en particulier lorsque celle-ci retire son soutien aux malades et aux mourants et n'encourage, au contraire, qu'opprobre et discrimination. Mais toutes les communautés ne réagissent pas ainsi. Lorsque quelqu'un, et en particulier quelqu'un de haut placé, parle ouvertement de son propre statut à l'égard de l'infection, la peur et la stigmatisation peuvent s'atténuer et faire place à une plus grande cohésion sociale, à une forme de solidarité et de confiance.

Les services publics

Plus généralement, de nombreuses personnes craignent que le VIH et le SIDA ne réduisent progressivement la capacité de l'Etat et des acteurs de la société civile à fournir les biens et les services essentiels. En Ouganda et au Malawi, près d'un tiers des enseignants du pays sont séropositifs¹³. Au Kenya, en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe, on s'attend à ce que l'épidémie participe pour beaucoup à une pénurie prochaine d'enseignants du cycle primaire¹⁴. Même si des personnes possédant les compétences voulues peuvent être trouvées, les perturbations causées par la maladie, l'absentéisme et la nécessité de former de nouveaux éléments freineront l'efficacité opérationnelle des institutions publiques.

Soins de santé

Les services dispensant des soins de santé sont doublement vulnérables. Les estimations de l'ONUSIDA montrent que dans certains pays, les taux de morbidité et de mortalité imputables au SIDA ont été multipliés par 5 ou 6 parmi les agents de santé¹⁵. La perte de personnel qualifié survient en même temps qu'un accroissement de la demande en soins de santé, et alors que de nombreux systèmes de santé africains sont caractérisés par un démantèlement de l'infrastructure des prestations, des ressources humaines inappropriées, des services, des fonctions, des compétences et des protocoles mal définis, de même que par une gestion et une administration fragilisées. Ces circonstances

¹ On trouvera des analyses plus complètes dans ONUSIDA (2004) *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA : 4ème rapport mondial* et ONUSIDA (2003) *Accélérer l'action contre le SIDA en Afrique*.



ONUSIDA/L. TAYLOR

contribuent à pousser les professionnels qualifiés à quitter les pays africains pour d'autres lieux où ils trouveront de meilleures opportunités¹⁶.

Agriculture et emploi

Certaines études indiquent que l'agriculture et la sécurité alimentaire pourraient être gravement fragilisées, en particulier parmi les populations rurales les plus pauvres, dans la mesure où la maladie impose aux individus de réduire leur rythme de travail, ce qui entraîne une baisse de la production des exploitations de subsistance¹⁷. Toutefois, la capacité des communautés à surmonter ces impacts et à ajuster leurs stratégies économiques et leurs récoltes vivrières n'a pas été clairement établie. Ainsi, certaines études révèlent qu'une chute de la production peut être rapidement compensée, car les familles remplacent la main-d'œuvre perdue en engageant des parents. Personne n'est en mesure de déterminer les conséquences susceptibles de se manifester à l'avenir¹⁸.

Les projections de l'Organisation internationale du Travail indiquent qu'en Namibie, les pertes de main-d'œuvre subies seront passées de 3 % à 26 % entre 2000 et 2020 %, de 6,6 % à 23,3 % au Botswana, de 9,6 % à 22,7 % au Zimbabwe et de 2,3 % à 20 % au Mozambique¹⁹. Près d'un tiers des mineurs travaillant en Afrique du Sud seront séropositifs en 2005²⁰. En l'absence de traitement, la maladie accentuera le phénomène d'absentéisme et entraînera une diminution de la productivité. Face à l'impact croissant du SIDA, plusieurs compagnies ont entrepris de faciliter l'accès à un traitement antirétroviral pour leurs employés, lequel, en favorisant une plus longue espérance de vie, contribue à restreindre la perte en personnel qualifié. On ne sait pas encore si de telles initiatives privées se multiplieront ni de quelle manière elles pourront influencer l'impact économique du SIDA.

La riposte au SIDA

L'épidémie de SIDA – et en particulier son impact sur l'Afrique – a suscité une forte mobilisation, à l'échelle internationale et locale, notamment au sein d'organismes panafricains, d'organisations religieuses nationales et mondiales et d'associations civiles. Cette attention

particulière portée à l'Afrique comporte de nombreuses implications dont certaines sont positives, puisque de nouvelles ressources sont orientées vers le continent et que le sous-développement en Afrique ainsi que les droits des personnes vivant avec le VIH et le SIDA génèrent un plus vif intérêt²¹.

Ripostes nationales

L'épidémie de SIDA a repoussé les limites du débat politique de trois manières au moins. Tout d'abord, elle a nécessité d'élargir le débat sur des questions directement liées à l'activité sexuelle, bien au-delà du domaine de la santé reproductive et sur des sujets jugés intimes ou du ressort d'organisations religieuses jusque-là. Deuxièmement, il a fallu élaborer des stratégies publiques destinées à régler des problèmes qui tombaient antérieurement dans le domaine de l'illégalité (par exemple le commerce du sexe et les actes de violence). Troisièmement, l'administration publique a dû s'intéresser à des questions auparavant considérées comme relevant d'activités commerciales ou de processus politiques plus généraux, s'agissant notamment de structures sociales et économiques ainsi qu'à des questions touchant à la violence et aux conflits armés.

Dans certaines parties de l'Afrique et durant un certain nombre d'années, les ripostes au VIH et au SIDA ont opéré. A la fin des années 1990, l'ONUSIDA soulignait que le recul significatif de la prévalence du VIH en Ouganda et les efforts réalisés par le Sénégal pour maintenir des taux de prévalence peu élevés constituaient des exemples marquants du succès de la prévention du VIH²². Ces ripostes nationales au VIH et au SIDA possèdent les mêmes caractéristiques que d'autres actions ayant abouti, à savoir :

- La volonté d'élaborer des stratégies publiques sur la base de données scientifiques ;
- Un leadership de haut niveau, et
- Le fait de reconnaître que, puisque la transmission du virus est liée aux relations sexuelles et aux schémas sociaux et économiques fondamentaux de la société, l'épidémie revêt donc un caractère social et doit être combattue de manière plurisectorielle et non pas seulement sur le plan biomédical.

Pour mettre en œuvre avec succès des programmes de prévention du VIH et améliorer les soins et le traitement,



il faut pouvoir compter sur l'engagement d'une multiplicité d'organisations s'occupant de questions de société. C'est pourquoi diverses pressions nationales et internationales ont été exercées sur les gouvernements dans le but de les inciter à travailler de concert avec les organisations religieuses et les ONG. Mais la plus dynamique des mobilisations opérées par des ONG demeure marginale et sans réelle efficacité sans l'appui des gouvernements. Ceux-ci doivent être en mesure d'appréhender la culture des populations qu'ils administrent. Il importe que les dirigeants politiques prennent pleinement conscience de l'ensemble des comportements propres à la sexualité au sein d'une population ainsi que des croyances populaires qui s'y rattachent, et s'assurent que les campagnes visant à modifier les comportements sexuels s'inspirent du parler et des pratiques populaires qui déterminent ces comportements. Les messages véhiculés par les gouvernements et destinés à faire autorité en matière de VIH et de SIDA doivent concorder avec tous ceux qui sensibilisent parallèlement la population et qui émanent de guérisseurs, d'autorités religieuses ou des médias.

Les programmes efficaces mis en place pour riposter au VIH et au VIH et au SIDA intègrent des structures gouvernementales aussi bien centralisées que décentralisées, et s'adaptent au type d'actions menées par les organisations politiques. Pour que la décentralisation fonctionne, elle doit pouvoir s'appuyer sur un gouvernement central puissant et capable de fournir les connaissances, les ressources et les compétences nécessaires à l'échelon local. L'autorité politique centralisée est également primordiale si l'on veut canaliser les ressources vers les populations à haut risque²³.

En 1986, le Président ougandais Museveni a été l'un des premiers chefs d'Etat africains à s'exprimer ouvertement sur les dangers inhérents au SIDA. Depuis lors, des commissions nationales et des programmes de suivi ont été mis en place dans la plupart des pays africains, et dans au moins 16 pays du continent, les organes nationaux chargés de la lutte contre le SIDA sont dirigés personnellement par le Président ou le Premier ministre²⁴.

A l'exception des territoires en guerre, il est actuellement difficile, pour tous les dirigeants politiques, d'éviter de parler ouvertement de leur engagement vis-à-vis de la lutte contre le VIH. On ne voit cependant que rarement des hommes politiques mener leur campagne

électorale sur le thème du VIH et du SIDA. Il n'a pas non plus été facile de mettre en place la planification de programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Dans certains pays, la création de commissions nationales a même affaibli les principaux programmes et l'infrastructure des ministères de la Santé, en dérivant les rares personnels et ressources disponibles au profit de programmes plus diffus travaillant par le biais des ministères, du secteur non gouvernemental et de pouvoirs locaux faiblement dotés. Les compétences requises dans tous les secteurs du pouvoir, national et local, font souvent défaut. Dans le secteur non gouvernemental, les organisations religieuses ont généralement choisi d'adopter une approche personnelle en matière de VIH et de SIDA, parfois en coordination avec des commissions nationales de lutte contre le SIDA ou en consultation avec des donateurs particuliers ou des autorités nationales.

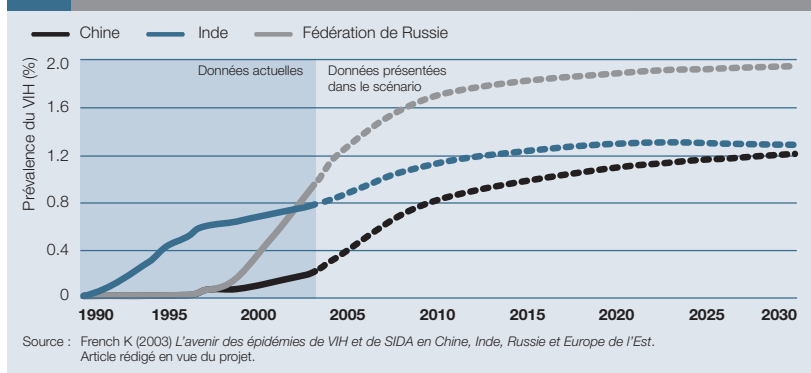
Des institutions sociales puissantes sont entrées en lice avec des messages contradictoires, s'agissant par exemple de l'abstinence, de l'utilisation de préservatifs, de la légalisation du commerce du sexe, du dépistage du VIH et de la circoncision. Ceci sans que l'opinion de la population en matière de sexualité ait été réellement appréhendée ou sans considération particulière pour la façon dont un homme perçoit sa propre position sociale en fonction de ses prouesses sexuelles, et enfin sans aucune réflexion sur ce que pensent les gens de la manière dont se propage le VIH et des moyens existant pour le traitement des personnes atteintes²⁵.

Ripostes internationales

La riposte internationale à l'épidémie de SIDA a été conséquente, même si l'on constate qu'un large fossé sépare les besoins réels et les actions entreprises. En 1996, les dépenses internationales en faveur de la lutte contre le VIH et le SIDA dans l'ensemble des pays en développement s'élevaient à 300 millions de dollars US. En 2003, le total des dépenses engagées dans les pays en développement et provenant de sources internationales et nationales atteignaient 4,7 milliards de dollars US, les fonds internationaux provenant d'organismes multilatéraux comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et de contributions de donateurs bilatéraux²⁶.

Une analyse de l'aide globale, bilatérale et multilatérale, destinée à la lutte contre le VIH et le SIDA révèle que 75 %

Figure 5 **Prévalence du VIH chez les adultes, projections pour 2030**



de cette aide a été dirigée vers l'Afrique au cours de la période 2000-2002²⁷. Si l'on se fonde sur les tendances actuelles et sur le fait que des promesses de financements futurs ont déjà été formulées, les ressources totales disponibles pour la lutte contre le VIH et le SIDA en Afrique subsaharienne (toutes provenances confondues, y compris les fonds nationaux et internationaux) atteignaient plus de 1,5 milliard de dollars US en 2003 et augmenteront pour dépasser 4 milliards de dollars US en 2007²⁸.

Si l'on focalise son attention sur le VIH et le SIDA, il est probable que notre perception de l'Afrique soit de plus en plus celle d'un continent en crise. En outre, certains propos évoquent l'éventualité que les fonds consacrés à la lutte contre le VIH et le SIDA le soient aux dépens de ressources nécessaires à d'autres besoins. On peut concevoir que le reste du monde tire un enseignement de l'expérience de l'Afrique en matière de VIH, et perçoive dorénavant cette dernière telle un continent embourbé dans la maladie et les situations désespérées. Toutefois, nombreux sont ceux qui craignent que, dans un avenir un peu plus lointain, les fonds internationaux dépensés actuellement en Afrique lui soient retirés au bénéfice de la lutte contre les nouvelles épidémies de SIDA surgissant dans d'autres régions.

Différentes épidémies émergent dans diverses parties du monde, notamment en Chine, en Europe de l'Est, au sein de la Fédération de Russie et en Inde. De quelle manière progresseront-elles et atteindront-elles un degré préoccupant à l'échelle mondiale ? Auront-elles une incidence sur les actions engagées au niveau international face à l'accroissement de la maladie et, plus spécifiquement, sur l'attention portée actuellement au VIH et au SIDA en Afrique ?

Contrairement à ce qui se passe en Afrique, les épidémies qui sévissent en Chine, en Inde, au sein de la Fédération de Russie et dans les pays d'Europe de l'Est n'en sont encore pour la plupart qu'à un stade initial. Au départ, et dans de nombreuses régions de ces pays, les cas de VIH n'étaient enregistrés que parmi des groupes de population spécifiques, notamment les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe ; mais compte tenu de la très forte densité de population des pays en question, la progression des épidémies est inévitable. Au sein de la Fédération de Russie, la proportion de femmes infectées a augmenté et, considérant que la plupart des

consommateurs de drogues sont là des hommes, il est vraisemblable que les relations sexuelles jouent désormais un rôle plus important dans la transmission du VIH. En Chine comme en Inde, la prévalence du VIH est globalement relativement peu élevée, mais un certain nombre de provinces, d'Etats et de territoires subissent déjà de sérieuses épidémies²⁹.

L'Afrique : un continent vaste et multiple

L'essentiel du projet a consisté à identifier les énergies déterminantes qui se déploient sur l'ensemble du continent et qui auront des conséquences matérielles sur l'évolution de l'épidémie au cours de 20 prochaines années. Ces énergies sont étudiées plus en détail dans le chapitre suivant du présent ouvrage.

Ici, nous passons brièvement en revue quelques-unes des réalités actuelles constituant les éléments de départ du processus d'élaboration des scénarios. Il n'est pas possible d'en décrire tous les aspects dans le détail. Cette introduction est plutôt destinée à rendre compte de toute leur complexité et de leur variabilité.

Le continent africain s'étend sur plus de 30 millions de kilomètres carrés – soit un territoire équivalant à ceux de l'Argentine, de la Chine, de l'Europe, de l'Inde, de la Nouvelle-Zélande et des Etats-Unis d'Amérique réunis.

L'étendue de l'Afrique et sa situation géographique sur le globe font que de nombreux climats et de nombreuses cultures sont présents sur le continent. La diversité et la répartition des populations africaines engendrent des défis structurels particuliers pour les systèmes de santé et la planification de la lutte contre le VIH et le SIDA. Ainsi, un quart seulement de la population africaine vit à moins de 100 kilomètres du littoral, alors que ce pourcentage atteint globalement les deux tiers dans les autres pays en développement. En outre, 45 % de la population africaine vit dans des zones à faible densité démographique, contre 27 % pour les autres régions en développement³⁰.

Pays et cultures

Le continent est divisé en 53 pays, mais de nombreux aspects de la culture – ethnicité, langue, religion et

coutumes – transcendent les frontières actuelles des Etats nations, réunissant ou divisant les pays en raison de l'identité et des filiations de leur population.

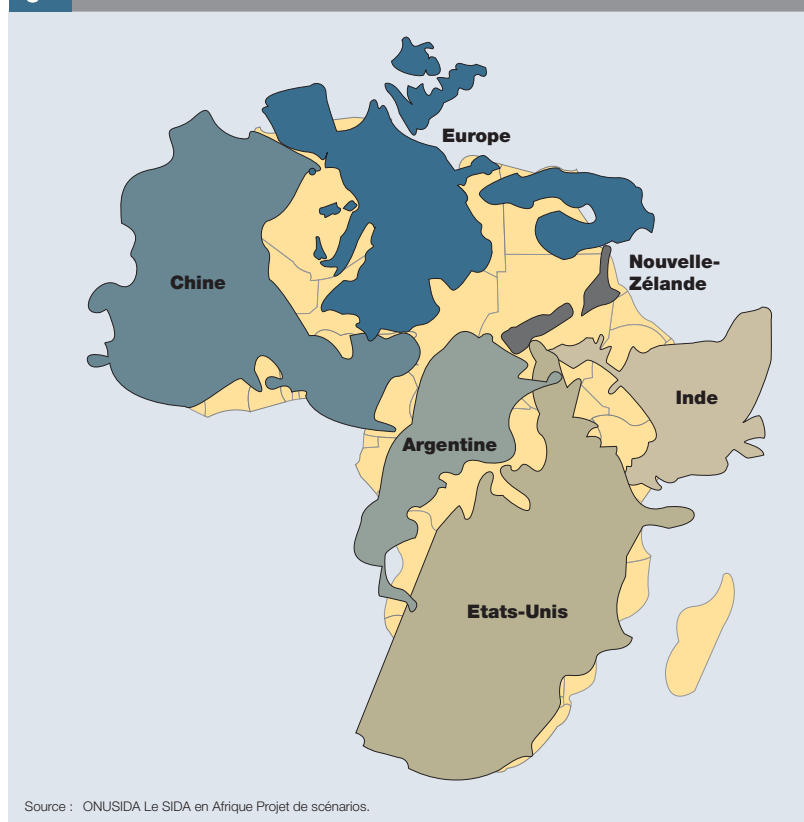
Diversité politique

Au milieu du XIXe siècle, le territoire africain était gouverné à plus de 90 % par ses propres habitants, alors favorables à une plus grande variété d'institutions politiques et sociales qu'en Europe³¹. Avant la colonisation, il existait probablement plus de mille régimes ou groupements politiques en Afrique subsaharienne, et l'histoire africaine regorge d'exemples de migrations, d'intégrations, d'avènements et de chutes dynastiques, de changement des habitudes commerciales et de transformations des contacts intellectuels ou économiques avec les cultures arabe et européenne^{32, 33}.

Mais dans le dernier quart du XIXe siècle, tous les pays, exceptés l'Ethiopie et le Liberia, vivaient sous l'autorité de pouvoirs européens qui allaient maintenir leur présence pendant 75 ans (et plus dans certains pays). En 1912, le continent avait été divisé en 50 Etats environ, tous sous domination étrangère. Cette répartition arbitraire réunissait sur un seul territoire géopolitique des groupes politiques, culturels et religieux qui jusque-là avaient été autonomes, et les contraignaient à coexister sous des régimes coloniaux centralisés, sans se préoccuper de leurs différences, qu'elles aient été sociopolitiques, culturelles, religieuses ou se réclamant de coutumes traditionnelles. Ces répartitions arbitraires sont aujourd'hui encore à l'origine de conflits majeurs en Afrique.

L'Afrique postcoloniale a vu de nombreux systèmes politiques s'implanter sur son sol, en passant par l'expérimentation socialiste, les Etats à parti unique ou sans parti, les pseudo-démocraties et les dictatures militaires, jusqu'au vol organisé et l'autoritarisme. Des gouvernements civils ont souvent été remplacés dans la violence par des régimes militaires, et des gouvernements reposant sur une certaine forme de fédéralisme être supplantés par des centralismes unitaires. La corruption, le népotisme, l'élitisme, la manipulation politique des tensions ethniques et religieuses, la personnalisation du pouvoir et des mandats à vie étaient fréquents dans plusieurs parties du continent. L'absence parallèle de justice et d'équité, l'accroissement de la pauvreté et les luttes incessantes

Figure 6 Carte de l'Afrique faisant apparaître une équivalence territoriale du continent



	Période					Total
	1960–1969	1970–1979	1980–1989	1990–1999	2000–2003	
Renversés par un coup d'Etat, lors d'un conflit ou d'une invasion	27	30	22	22	6	107
Décédés de causes naturelles ou accidentelles	2	3	4	3	0	12
Assassinés (hors coup d'Etat)	1	1	1	2	0	5
Partis à la retraite	1	2	5	9	2	19
Non réélus	0	0	1	12	6	19
Autres (gouvernement intérimaire)	6	8	4	14	1	33

Source : *Risk, rule and reason in Africa*. African Economic Research Policy Discussion Paper No. 46. Washington D.C., USAID.

ⁱⁱ Voir ONUSIDA (2004) *Rapport sur l'épidémie de SIDA 2004 : 4ème rapport mondial*, pp. 175-181.

pour le pouvoir politique et économique ont contribué à l'éclatement d'un grand nombre des conflits actuels.

Cependant, l'aspiration à de meilleures formes de gouvernements, la multiplication d'organisations au sein de la société civile, ainsi qu'une classe urbaine instruite croissante (qui représentait 23 % de la population africaine en 1989 pour passer à 35 % en 2001³⁴) ont contribué à renforcer les mouvements pluripartites et à accéder à une libéralisation politique sur l'ensemble du continent, dans un climat toutefois lourd d'irrégularités. Au cours des dernières années écoulées, les transitions vers des régimes démocratiques ont été plus nombreuses que durant toute l'histoire passée du continent africain.

Entre 1960 et 2003, 107 dirigeants africains ont été renversés, parmi lesquels deux tiers ont été tués, incarcérés ou contraints à l'exil. Des signes encourageants laissent aujourd'hui présager que ces schémas évolueront vers des valeurs démocratiques plus solides, de meilleurs gouvernements et une réelle croissance économique. Effectivement, les pays africains ayant joui de la plus forte croissance économique en 2002 (en excluant les pays exportateurs de pétrole), à savoir le Mozambique, l'Ouganda et le Rwanda, peuvent probablement attribuer leur croissance économique à la stabilité de leurs gouvernements, et dans le même temps, un projet de coopération gouvernementale panafricaine a été fortement encouragé par les activités du Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD)³⁵.

Depuis le milieu des années 1980, près de la totalité des pays africains ont tenu des élections démocratiques. Même si certaines n'avaient de démocratique que le nom, 23 dirigeants africains n'ont pas été réélus depuis les années 1990, tandis qu'un certain nombre de sondages d'opinion révèlent un souhait plus affirmé de la part des individus pour une plus large démocratie.

Partout où gouverner était une récompense permettant à un petit nombre de personnes d'exploiter le pays à son profit, on a vu fleurir la corruption, le népotisme et la manipulation politique de tensions ethniques et religieuses dans le but de prendre le pouvoir ou de le conserver. Là où de telles circonstances ont empêché les dirigeants de gouverner de façon efficace, il a été extrêmement difficile d'élaborer et de maintenir des programmes de prévention du VIH efficaces.

Les conflits

On ne maîtrise pas encore totalement la nature des liens de cause à effet qui existent entre la propagation du VIH et la survenue de conflits, mais les influences peuvent être aussi bien positives que négativesⁱⁱ. Par exemple, un conflit peut interrompre des activités économiques normales et inhiber ainsi la propagation du VIH qui, sans cela, se serait produite par le biais d'une mobilité humaine constante tout au long de réseaux de transport nécessaires à la chaîne d'approvisionnement. Les camps de réfugiés peuvent jouer un rôle protecteur, quoiqu'ils favorisent aussi parfois des situations à plus haut risque d'infection à VIH, notamment lorsque les transactions liées au commerce du sexe sont fréquentes ou qu'il n'est pas possible de se procurer des préservatifs³⁶.

Parallèlement, les troubles économiques générés par les conflits peuvent entraîner les jeunes filles et les femmes dans le commerce du sexe. Les représentants des forces de maintien de la paix originaires de pays à faible prévalence et postés dans des pays à haute prévalence seront plus exposés au risque de contamination par le VIH parce que peu conscients du risque ou mal informés. Un soldat qui contracte le VIH alors qu'il est en poste à l'étranger peut véhiculer et introduire le virus dans son propre pays, et plus tard, une démobilisation peut entraîner une large dissémination du VIH dans l'ensemble de la population. Le viol, souvent utilisé comme une arme de guerre, tant par les groupes rebelles que par les troupes régulières, contribue également à la propagation du VIH³⁷.

Mouvements de population et connectivité

La population africaine est en marche. Avec l'aide d'investissements publics dans le domaine de la santé et une fécondité toujours élevée, certaines populations ont doublé et d'autres triplé depuis les années 1960. Sous la pression de cette rapide croissance, les ressources rurales et les méthodes traditionnelles de culture du sol s'épuisent et ne parviennent que difficilement à fournir à des populations en constante augmentation des moyens de subsistance. C'est pourquoi un grand nombre de personnes quittent les zones rurales – temporairement ou définitivement – pour les agglomérations urbaines, les mines, les plantations et d'autres centres d'activité économique.

Les conflits et l'insuffisance de sécurité alimentaire sont les facteurs responsables du déplacement des

populations. Parmi toutes les personnes déplacées dans le monde, 40 % sont africaines, et les estimations indiquent qu'en 2001, 13 millions d'Africains ont été déracinés pour cause de guerre ou de persécutions et que 1,7 million ont dû fuir en abandonnant leur foyer au cours de cette seule année³⁸.

Chaque pays définit l'urbanisation différemment, mais en 2001, la Commission des Nations Unies pour les établissements humains (UN-HABITAT) a estimé qu'avec un taux d'urbanisation annuel de 3,5 %, l'Afrique³⁹ était au premier rang mondial. En Afrique, la population rurale est en diminution par rapport à l'ensemble de la population, et la population urbaine augmente, mais toutes deux s'accroissent en nombre absolu. Les trois scénarios décrits dans le présent ouvrage se fondent sur l'hypothèse d'un accroissement analogue de la population urbaine et de l'ensemble de la population, tel que présenté dans les projections de la Division de la population des Nations Unies (hypothèse moyenne de fécondité – voir l'**Annexe 2**).

En Afrique, la surface du sol agricole exploitable n'a pas changé au cours des 30 dernières années, alors que la population a continué de s'accroître. Cela a entraîné une réduction progressive du nombre d'hectares de terrain agricole par habitant.

Ainsi, tandis que la population africaine augmentait, la part exploitable des terres par habitant s'est effondrée, sans qu'une « révolution verte » ait permis d'intensifier la productivité du sol, ce qui en a entraîné la chute, tant en terme de rendement que de superficie.

La mobilité, les migrations et le risque de contracter et de propager le VIH sont étroitement liés. Toutefois, il est peu vraisemblable que les motivations qui poussent les individus à abandonner leur foyer en quête d'une vie meilleure ou dans l'espoir d'augmenter leurs revenus afin de nourrir les familles laissées derrière eux évoluent au cours des dix prochaines années. Les gens ont besoin de se déplacer, avec tout ce que cela comporte d'espoirs et de dangers.

Depuis 1990, l'incessant « exode des cerveaux » qui a amené près de 20 000 cadres de professions libérales à quitter l'Afrique pour des pays où les revenus étaient plus élevés, a grevé le capital de compétences qui existait en Afrique.

Certaines tendances compensent cependant cette situation : les capacités de l'Afrique en matière de connectivité, sur son territoire ou avec le reste du

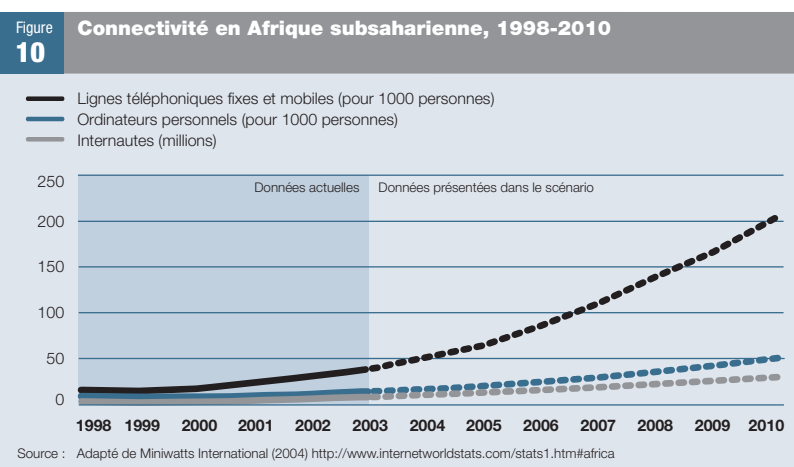
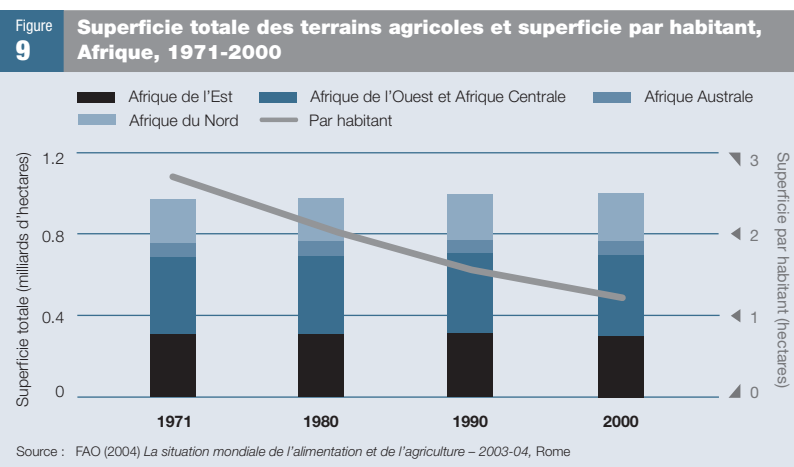
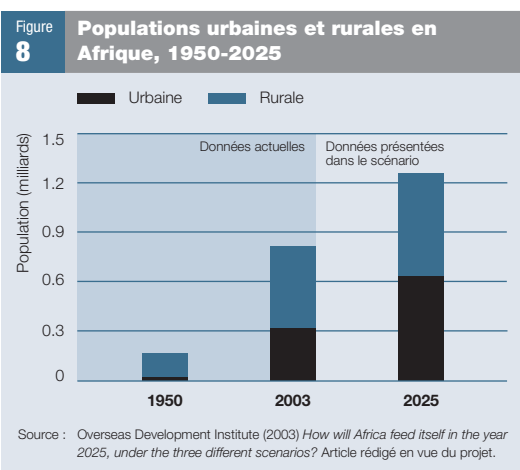
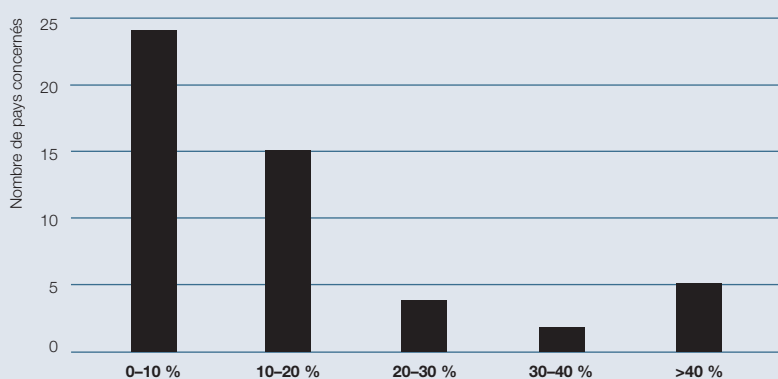


Figure 11 **Pays africains et produits rapportant plus de 75 % des revenus à l'exportation, 2000**



Figure 12 **Pays africains : pourcentage du RNB financé par l'aide, 2002**



Note : L'aide inclut à la fois l'Aide publique au développement (APD) et l'aide officielle.

Source : Banque mondiale (2004) *Indicateurs du développement dans le monde*, Washington DC.

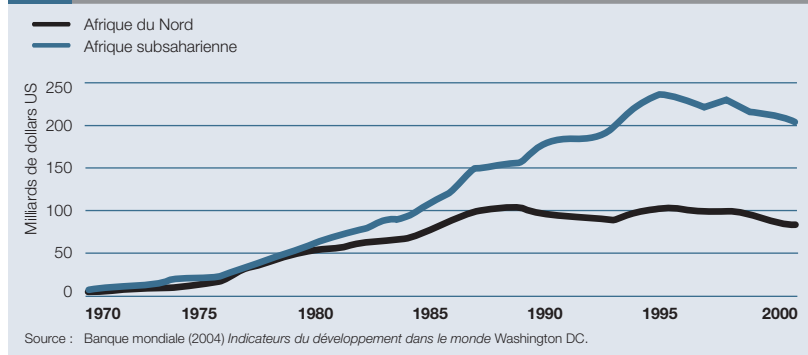
monde, se sont accrues. Certains signes montrent que dans de nombreuses parties de l'Afrique, une explosion des systèmes de télécommunication est sur le point de se produire. Les connexions de téléphonie mobile étaient déjà plus nombreuses que les lignes fixes en 2000, et, selon les estimations établies, le nombre d'abonnés de téléphonie mobile devrait doubler, tripler, voire quadrupler d'ici 2010 ; et l'important potentiel en services GPRS de troisième génération devrait élargir l'accès à l'Internet⁴⁰.

Au même moment, la diaspora africaine a eu une influence majeure sur le plan social, culturel et économique. Pour de nombreux pays, les subventions représentent une source stable et substantielle de revenus, moins sujette aux fluctuations des cycles économiques que les investissements directs en provenance de l'étranger. Ces subsides revêtent une importance particulière pour les pays à faibles revenus et pour ceux où les perspectives d'investissement sont considérées comme très risquées. La Banque mondiale estime qu'en 2002, le montant des subventions perçues par les pays d'Afrique subsaharienne s'élevait à 4 milliards de dollars US, soit 4 % du PIB. On peut établir une comparaison entre ce montant et les flux en provenance de l'extérieur qui atteignaient 7 milliards de dollars US en investissements étrangers directs cette année-là. En 2002, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ont attiré 14 autres milliards de dollars US en versements effectués par des ressortissants travaillant à l'étranger (soit 2,2 % du PIB)⁴¹.

Economie : le commerce, l'aide, et la dette

En Afrique, 39 pays ont été classés dans la catégorie des pays à faible revenu (situé entre 90 dollars US par habitant par rapport au PIB pour la République démocratique du Congo et 775 dollars US pour la Côte d'Ivoire) et 14 ont été classés parmi les pays à revenu moyen (de 1250 dollars US par habitant par rapport au PIB pour l'Egypte jusqu'à plus de 8 000 dollars US par habitant pour les Seychelles)⁴².

L'Afrique subsaharienne est la seule région du monde à s'être appauvrie au cours des 25 dernières années. La moitié de ses 700 millions d'habitants ne possèdent, au maximum, que 0,65 dollar US par jour pour survivre⁴³. La moyenne annuelle de progression du PIB dans les pays situés au sud du Sahara a diminué, passant de 7 % dans la première moitié des années 1960 à moins de 4 % en 2001, et à 2 % en 2002⁴⁴.



En général, et dans toute l'Afrique, les revenus à l'exportation des pays reposent à 75 % sur les produits de base de différente nature. Seul cinq pays exportent plus de 20 produits pour atteindre ce pourcentage significatif de leurs revenus à l'exportation, et plus le nombre de produits de base exportés est petit, plus grande est la vulnérabilité et la volatilité des revenus à l'exportation⁴⁵. Etant donné leur marge de manœuvre limitée, les économies africaines doivent souvent se rabattre sur des tarifs à l'importation relativement élevés.

Par ailleurs, de nombreux pays dépendent dans une grande mesure de l'aide extérieure : environ la moitié des pays africains doivent compter sur l'Aide publique au développement (APD) pour 10 % ou plus de leur revenu national brut (RNB)⁴⁶.

Plusieurs pays doivent consacrer une partie importante des revenus qu'ils génèrent au service de la dette : pour les économies subsahariennes, ce pourcentage représente en moyenne 10,9 % de leurs gains à l'exportation. Ce pourcentage est encore plus élevé pour les économies nord-africaines, qui consacrent 15,9 % de leurs gains à l'exportation au service de la dette⁴⁷. Parmi les pays africains, 18 sont reconnus par l'Initiative PPTE⁴⁸ en tant que pays démunis lourdement endettésⁱⁱⁱ.

Le niveau de l'investissement étranger direct (IDE) en Afrique demeure relativement bas si on le compare à celui d'autres régions du monde. Par exemple, l'Afrique subsaharienne n'a reçu que 7 milliards de dollars US pour un total global net de 143 milliards de dollars US dont ont bénéficié les pays en développement, et la Banque mondiale n'anticipe qu'une augmentation lente, portant la part de l'Afrique à 9 milliards en 2005 (sur un total global de 175 milliards de dollars US pour la même année).⁴⁹

La nature de l'économie propre à l'Afrique – qui comprend les ressources propres aux zones rurales, le commerce et la production manufacturée à caractère non officiel, l'exportation de nouveaux produits de base, un secteur de production peu développé et un rapport de dépendance vis-à-vis de l'assistance extérieure – a été une des causes déterminantes de la propagation de l'épidémie de SIDA en Afrique. Cette économie a généré des situations précaires ou au contraire prospères, à l'origine du choix d'émigrer ou de rester. Elle a aussi exercé une influence déterminante sur les impôts que les gouvernements étaient en mesure de prélever et donc sur

les dépenses qu'ils pouvaient consacrer à la lutte contre l'épidémie. Enfin, elle a influencé ce que les entreprises – petites ou grandes – pouvaient s'engager à verser pour combattre l'impact du SIDA et ralentir la propagation du VIH.

Les progrès scientifiques

Depuis 1981, date à laquelle le premier cas de SIDA, aujourd'hui avéré, a été décelé aux Etats-Unis, des avancées importantes ont été réalisées dans la connaissance scientifique du VIH et de son mode de transmission⁵⁰. Parmi ces avancées figurent la découverte de l'existence de plusieurs sous-types du VIH et la connaissance de son évolution, les mécanismes de la transmission et le fait de pouvoir surveiller le processus de l'infection grâce à la surveillance épidémiologique ; et enfin une compréhension de plus en plus aiguë de la vulnérabilité biologique et sociale face au virus.

Collecte et interprétation des données

Se faire une idée exacte du processus épidémique du SIDA dans chacun des pays africains, et plus largement, sur le continent tout entier, relève d'une véritable gageure. Toutefois, des ressources et des compétences considérables sont actuellement déployées afin d'améliorer la collecte et l'interprétation des données, en vue de faire du SIDA une des maladies les mieux documentées du continent. Grâce à des données et des méthodologies plus fiables, les estimations les plus récentes concernant le VIH et le SIDA sont considérablement plus précises que celles qui étaient obtenues auparavant. Mais ces estimations ne sont toutefois pas définitives et tous ceux qui les utilisent ne doivent jamais l'oublier.

De nouveaux enseignements obtenus grâce à une méthode déterminée de collecte de données peuvent permettre de mieux cibler une autre approche. Ainsi, il n'y a pas très longtemps, les données de surveillance provenaient généralement des services de soins prénatals situés dans les zones urbaines – jusqu'au jour où des études démographiques ont démontré que les taux d'infection dans les zones rurales pouvaient être jusqu'à deux ou trois fois moins élevés que dans les zones urbaines⁵¹. Pour un certain nombre de pays, dont le Burundi, l'Ethiopie, le Rwanda et la Zambie, les enquêtes de surveillance les plus récentes essaient de mieux tenir compte de ces variations en faisant figurer dans leurs

ⁱⁱⁱ Le FMI et la Banque mondiale ont lancé l'Initiative PPTE en 1996 afin de tenter de ramener la charge de la dette des pays pauvres les plus endettés à un niveau supportable.



WHO/SVEN TORENN

systèmes de suivi les données recueillies dans un certain nombre de services de soins situés en milieu rural⁵².

A mesure que la surveillance s'affine et que l'on comprend mieux les schémas de l'infection, et à mesure que l'on dispose d'un plus grand nombre d'études sur la surveillance communautaire et d'enquêtes démographiques et sanitaires, les instruments mis à la disposition des initiateurs de programmes s'améliorent. Par exemple, on en sait actuellement beaucoup plus sur les orphelins de mère, de père ou des deux parents et sur le nombre d'enfants rendus orphelins chaque année. On comprend également mieux les différents schémas de transmission du VIH. L'épidémie de SIDA n'est pas statique et une surveillance rigoureuse permet aux décideurs politiques de déterminer où se produisent de nouvelles infections, en quoi les situations diffèrent d'un pays à l'autre et comment les schémas de transmission évoluent avec le temps.

Les données qui ont été recueillies doivent aussi être interprétées avec circonspection. Ainsi, l'apparente stabilisation de la prévalence du VIH dans certains pays ne signifie pas nécessairement que l'épidémie commence à reculer. Cela pourrait vouloir dire que le nombre de personnes qui décèdent du SIDA est le même que celui des nouveaux cas d'infection à VIH. Alors que les traitements antirétroviraux sont dorénavant plus largement mis à disposition, la prévalence du VIH pourrait augmenter (c'est-à-dire qu'un plus grand nombre de personnes seraient susceptibles de vivre avec le VIH dans certains pays). L'explication à cela ne serait toutefois pas nécessairement liée à l'occurrence d'un plus grand nombre de nouveaux cas d'infection à VIH, mais à une plus longue espérance de vie favorisée par le traitement.

On constate également un manque de données indiquant si, ou dans quelle mesure, les différents sous-types du VIH influencent la transmission ou réagissent au traitement. Mais ce qui est encore plus important que les différents sous-types présents chez l'être humain, c'est qu'une fois que quelqu'un a été infecté par le VIH, le virus continue de muter. C'est là un des facteurs qui lui permet de devancer notre système immunitaire. Depuis une vaste mise à disposition d'antirétroviraux en Amérique du Nord et en Europe occidentale au milieu des années 1990, on a constaté l'apparition de virus mutants résistant au traitement chez les personnes récemment infectées dans ces régions⁵³.

Le traitement

Au cours des 20 dernières années, et en particulier de la dernière décennie, des progrès majeurs ont été réalisés sur le terrain des médicaments destinés à contrecarrer le VIH et ses conséquences.

Le traitement d'un grand nombre d'infections opportunistes peut s'avérer relativement peu coûteux. Le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) est la stratégie thérapeutique privilégiée dans le cas de la tuberculose et, à la fin de l'année 2003, 70 % des pays africains avaient mis en place des programmes DOTS ; mais on notera cependant que le taux de 70 % atteint en Afrique dans la guérison de la tuberculose demeure en-dessous de l'objectif fixé⁵⁴.

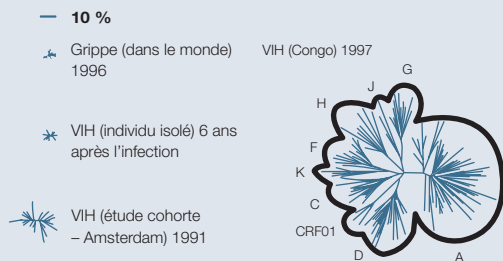
Le traitement de nombreuses maladies opportunistes n'est pas onéreux, mais s'attaquer au VIH lui-même s'est révélé être une tâche plus difficile.

Ce n'est qu'au milieu des années 1990 que l'on a constaté qu'en utilisant en association un certain nombre de médicaments antirétroviraux, on obtenait une réduction durable du taux de cellules infectées dans l'organisme (charge virale) et que l'on pouvait ainsi prolonger la vie⁵⁵.

Il n'a pas été possible jusqu'ici d'éliminer le VIH du corps humain (en d'autres termes de guérir les infections à VIH), mais une association judicieuse de médicaments antirétroviraux permet de maintenir la charge virale à un niveau très faible pendant de longues périodes. Malheureusement, cette thérapie n'est pas efficace chez tous les patients. Dans certains cas, le VIH développe rapidement une résistance aux médicaments qui, dès lors, n'ont plus la capacité de faire chuter la charge virale. Certains de ces médicaments peuvent aussi entraîner des effets secondaires graves, au point de devoir les déconseiller dans certains cas⁵⁶.

Les principales recherches scientifiques actuelles portent sur les éléments suivants :

- Trouver diverses manières d'optimiser la thérapie antirétrovirale de façon à écarter l'apparition d'une résistance et de minimiser les effets secondaires ;
- Mettre la thérapie de côté dans un premier temps – c'est à dire en faire un traitement de deuxième ou troisième intention qui sera administré si les associations initiales n'ont pas réussi à maintenir une charge virale basse ;



Source : Garber DA, Silvestri G, Feinberg MB (2004) Prospects for an AIDS vaccine: Three big questions, no easy answers, *Lancet Infectious Diseases*, 4(7):397-413.

- Rechercher de nouveaux médicaments ciblant d'autres aspects de la réplication virale afin de créer de nouvelles voies pour une meilleure efficacité de la thérapie antirétrovirale.

Dans l'intervalle, et étant donné que l'accès aux traitements antirétroviraux reste marginal dans la plupart des pays en développement, des recherches ont également été menées afin de trouver des stratégies optimales d'administration de cette thérapie dans les milieux où les ressources sont rares.

Notons également l'importance des études récentes qui ont démontré l'efficacité des associations à dose fixe, où un certain nombre de médicaments antirétroviraux sont associés dans un seul comprimé. La thérapie est ainsi simplifiée à tous les niveaux – celui du patient qui prend le comprimé, du médecin qui le prescrit et des réseaux qui le distribuent.

Vaccins et microbicides

Comme pour d'autres maladies infectieuses, la meilleure façon de lutter à long terme sera d'administrer un vaccin efficace susceptible d'éviter au sujet exposé au virus de contracter l'infection.

Cependant, une fois que le VIH s'est installé dans l'organisme, il élude l'attaque des anticorps qui l'ont détecté. Cela permet au VIH de se renouveler constamment, à une vitesse remarquable, et de muter avec une rapidité étonnante. Lors d'une infection chronique, des variantes génétiques du VIH recelant des mutations simples ont la capacité de donner naissance à chaque fois à une réplique du virus – ceci des milliers de fois par jour – et d'engendrer de nouvelles populations génétiques.

La diversité que présente le virus de la grippe pendant une quelconque année donnée est en gros comparable à la diversité du VIH chez un individu isolé à un moment précis. Cette variabilité extraordinaire est ce qui rend l'élaboration d'un vaccin particulièrement difficile.

La décision de mener différents types d'essais cliniques de vaccins à de multiples niveaux, constitue un processus complexe et souvent controversé. Le risque existe de multiplier inutilement les mêmes actions et de générer une concurrence stérile plutôt qu'une souhaitable synergie. Il faut également se préoccuper des problèmes considérables qui se posent sur le plan

éthique et politique. Une fois qu'un vaccin est rendu disponible, d'autres difficultés surgissent – que ce soit du point de vue des coûts ou de celui des obstacles d'ordre pratique rencontrés dans les zones défavorisées.

La mise au point d'un vaccin efficace contre le VIH requiert un effort coordonné de la part de la communauté scientifique et des représentants des organes de santé publique d'une ampleur et d'une complexité sans précédent. Il sera nécessaire que toutes les personnes qui prennent part à la recherche d'un vaccin contre le VIH et que celles qui travaillent dans le domaine du développement affrontent collectivement les multiples difficultés scientifiques et pratiques.

Les microbicides sont des formules à usage local destinées à bloquer l'infection à VIH-1 lorsqu'ils sont appliqués sur le vagin ou l'anus avant le rapport sexuel. Ils pourraient être présentés sous forme de gel ou de crème ou encore, par exemple, d'anneau vaginal à porter à chaque fois pendant un mois ou plus.

Un microbicide attaquerait le virus à n'importe quel moment de son cycle de vie. Il pourrait en théorie être fabriqué sur la base de l'un quelconque des antirétroviraux déjà utilisés pour le traitement, bien que son objectif soit de tuer le VIH avant qu'il n'envahisse l'organisme. Cela signifie également que certains des médicaments existants, qui ne sont pas assez efficaces pour guérir l'infection à VIH une fois celle-ci installée, pourraient toutefois l'être assez pour bloquer l'entrée du virus dans l'organisme. De nombreuses recherches sur les microbicides se fondent sur les médicaments anti-VIH les plus complexes, qui ciblent des molécules spécifiques ou des enzymes essentielles au VIH. Ces formules, dont chacune contient un unique médicament antiviral, ont déjà donné lieu à des essais cliniques sur l'homme afin d'en déterminer l'innocuité. La recherche poursuivra son étude des microbicides en abordant les associations médicamenteuses, analogues aux régimes de bi- ou de tri-thérapie qui ont permis de maintenir en vie et en bonne santé de nombreuses personnes infectées. Dans le même temps, les recherches vont se poursuivre afin de trouver des façons innovantes d'utiliser ces médicaments par voie vaginale ou rectale.

En dépit de certains signes encourageants, les étapes préalables à la mise au point de microbicides efficaces sont jalonnées de défis à relever. Le secteur de la recherche de microbicides ne dispose pas de crédits

suffisants (selon les estimations, les fonds nécessaires devraient dépasser le milliard de dollars US au cours des sept à dix prochaines années) et ceux qui sont disponibles ne sont pas toujours idéalement utilisés. De nombreuses améliorations sont encore nécessaires en matière de coordination. Les grands laboratoires de recherche et les compagnies pharmaceutiques ne manifestent que rarement un intérêt durable, même si l'une d'entre elles a récemment cédé les droits d'un de ses médicaments au Partenariat international pour les Microbicides. Le processus global apparaît lent lui aussi : les six produits actuellement ou prochainement soumis à des tests d'efficacité à grande échelle ont été élaborés voici plus de 10 ans. Il faudra encore trois ou quatre ans pour que l'on sache si l'un d'entre eux peut fonctionner. Même si un ou plusieurs de ces produits démontrent

leur efficacité, il faudra encore plus de temps pour qu'ils soient approuvés et puissent être produits commercialement. Pour être approuvés, les microbicides doivent être peu coûteux, stables et faciles à utiliser. Un des obstacles majeurs à leur utilisation réside dans le fait qu'ils impliquent, au même titre que le préservatif, une modification des comportements. Il semble cependant qu'un microbicide viable soit en passe de voir le jour.

Le facteur humain

La vie en Afrique n'est pas simple aujourd'hui. Si les signes de modernité à l'occidentale sont nombreux (comme dans d'autres situations propres aux pays en développement), on y trouve aussi un héritage actif de croyances locales, de traditions et d'habitudes reposant sur l'interaction sociale. Cela signifie qu'un grand nombre d'institutions et de structures influencent toute action engagée. C'est ainsi que les gens choisissent entre différentes visions du monde ou les combinent, de telle sorte à pouvoir s'adapter aux circonstances.

Ce double héritage façonne les croyances, les valeurs, les coutumes et les choix économiques des individus - tout autant que le traitement vers lequel ils se tournent. Ce monde extrêmement complexe, aussi complexe que l'habileté d'un jongleur, conditionne également les mouvements de population, en équilibrant les liens au territoire et le besoin de mobilité et d'indépendance nécessaires à l'obtention d'un travail.

Les usages de la gouvernance, du pouvoir et de l'autorité sont également façonnés par ces deux héritages. Le désir de rechercher l'aide des dieux et des ancêtres, et le besoin de créer des institutions démocratiques modernes constituent tous deux le produit des héritages multiples de l'Afrique. Il n'est évidemment pas concevable de ne considérer qu'une seule de ces approches pour faire face aux défis posés par l'épidémie, puisque tant la modernité que la tradition sont en situation d'échec. La fulgurante rapidité de la propagation du VIH pourrait bien être le signal d'alarme le plus audible de cet échec.

Derrière les analyses anonymes, il y a les individus et les contextes sociaux dans lesquels ils vivent et travaillent. Affiner l'analyse implique d'explorer le contexte dans lequel les gens prennent leurs décisions et de tenter d'établir la relation qui existe entre ces facteurs sociaux et les comportements.

Figure 15 Des influences complexes



On ne maîtrise qu'imparfaitement le concept de contexte social. Peut-être est-ce pour cette raison que ce dernier ne fait que depuis peu partie intégrante de nombreux programmes de lutte contre le VIH et le SIDA ; et l'on expliquera peut-être ainsi pourquoi les donateurs et les partenaires se sont jusque-là « concentrés exclusivement sur les comportements individuels, au lieu de s'intéresser également aux normes sociales, aux politiques, à la culture et aux environnements favorables » – ceci en grande partie parce que cette approche plus vaste comporte de nombreuses difficultés⁵⁷.

Mythes, signifiants et motivations

A ce jour, les pays qui ont réussi à faire des progrès dans la lutte contre l'épidémie en Afrique sont ceux qui ont également tenté de décoder les conventions sociales qui déterminent les comportements sexuels.

Il se peut que nous ne puissions jamais déterminer et décrypter tous les facteurs sociaux, économiques ou culturels qui poussent quelqu'un d'autre à se comporter de telle ou telle manière. Il n'existe pas de répertoire simple des comportements qui engendreraient des risques dans telle ou telle population : les règles et les croyances d'une population donnée recouvrent le seul contexte dans lequel se déroule un acte sexuel et peuvent inclure la croyance en la prédestination ou dans les pouvoirs surnaturels.

Les comportements sexuels ne se fondent pas simplement sur une relation entre deux individus, mais ils reflètent les rôles respectifs que l'homme et la femme sont supposés jouer. Dans certaines parties de l'Afrique, la polygamie est courante, et dans de nombreuses sociétés, les hommes se marient tard, vers l'âge de 30 ans, alors que les femmes se marient plus précocement. Certaines études suggèrent que ces arrangements comportent implicitement une notion couramment rencontrée parmi les hommes, selon laquelle ils seraient « programmés biologiquement » pour avoir besoin de plusieurs femmes⁵⁸.

L'économie exerce également une influence majeure sur les comportements sexuels. Les femmes peuvent accepter des relations sexuelles avec un homme plus âgé – dans le mariage ou hors mariage – parce qu'il est mieux à même de leur apporter le soutien économique dont elles ont besoin. Des études menées à Kismu, au Kenya, et à Ndola, en Zambie (2001), indiquent que 40 %

des femmes, pour la plupart célibataires, avaient eu une relation sexuelle monnayée ou en échange de cadeaux au cours de l'année précédente⁵⁹. Là où le SIDA a laissé la charge du foyer à des femmes ou à des adolescents orphelins, les femmes et les jeunes filles sont davantage vulnérables aux propositions de soutien matériel faites par des « papas gâteaux ». Ces hommes paient parfois les frais scolaires et nourrissent la famille, à condition d'avoir des relations sexuelles en retour. De plus, comme l'a déclaré une jeune fille de 15 ans aux chercheurs qui étudiaient cette question en Zambie, « si tu refuses, tu restes pauvre. Si tu prends l'argent, mais que tu refuses de faire l'amour avec lui, il te viole⁶⁰ ». Sur le continent, il semble que la prévalence du VIH soit légèrement plus élevée chez les jeunes femmes pauvres – parce qu'elles auront plus facilement tendance à monnayer leurs

^{iv} Moatti JP, et al (2003) Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV infected patients aware of their serostatus in Côte d'Ivoire. *AIDS*. (Suppl. 3):69-77.

Figure 16 Exemples de mythes et idées reçues à l'égard du VIH et du SIDA couramment rencontrés en Afrique

Mythes et idées reçues	Réalité
Si les gens connaissent les risques, ils changeront leur mode de vie et renonceront aux comportements à risque.	Les gens ne changent pas facilement de comportement. Les individus peuvent subir les contraintes de nombreux facteurs économiques et socioculturels, ainsi que de besoins physiologiques ou de croyances profondément ancrées.
Les ressources disponibles devraient être prioritairement destinées aux programmes de prévention, plutôt que de traiter les personnes déjà infectées.	On ne peut choisir l'un ou l'autre – les recherches ont aussi démontré que l'absence de traitement limite l'efficacité des programmes de prévention.
La science médicale peut vaincre le VIH et un vaccin sera bientôt disponible.	On ne pourra probablement pas guérir l'infection à VIH avant une quinzaine d'années. Si un vaccin est un jour disponible, une infrastructure et des compétences seront encore nécessaires pour le diffuser.
Toutes les épidémies de SIDA peuvent être traitées de la même façon.	Un certain nombre d'épidémies sévissent en Afrique et dans d'autres régions du monde. Elles se propagent différemment, selon diverses variables socioculturelles, économiques et sanitaires – elles doivent donc être abordées différemment.
L'accès gratuit généralisé à des antirétroviraux sapera les efforts de prévention.	Les faits prouvent le contraire. Ainsi, en Côte d'Ivoire, les personnes traitées au moyen de la thérapie antirétrovirale utilisent plus souvent des préservatifs que les personnes séropositives ne suivant aucun traitement ^{iv} . Dans un contexte où le traitement est disponible, l'espoir est plus grand et un plus grand nombre de personnes choisissent de subir un test de dépistage du VIH, ce qui pourrait avoir une influence positive sur la prévention.

Source : Adapté à partir de Irwin A, Fallows D (2003) *Global AIDS: Myths and facts: Tools for fighting the AIDS pandemic*. Cambridge, MA, South End Press.

ONUSIDA/G. PIROZZI



relations sexuelles – et elle est également plus élevée chez les hommes aisés, parce qu'ils ont les moyens de payer ou de proposer quelque chose en échange de ces relations⁶¹.

En proclamant que, pour contrer la propagation du VIH, il faut changer les comportements, on demande en fait aux individus et aux communautés de s'interroger sur les mythes et idées reçues inhérents à la nature du monde et sur les relations qu'ils entretiennent avec celui-ci. Pour réussir à le faire efficacement, il est nécessaire d'acquérir une meilleure connaissance de nos propres mythes et idées reçues, ainsi que de ceux des autres, tout en tenant compte des contextes qui en sont à l'origine.

Bien entendu, des croyances nombreuses et complexes existent au sujet de la nature de la sexualité. Ces schémas ne seraient sans doute pas si catastrophiques si la plupart des gens abordaient facilement cette question, mais parler de sexe est souvent malaisé, ce qui rend plus difficile la définition des risques inhérents à la sexualité. Ainsi, dans les communautés africaines, peu d'informations sont disponibles au sujet des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, et la relation existant entre la propagation du VIH et cette pratique pourrait bien provenir du fait que celle-ci est soumise à un tabou culturel, plutôt que du fait de nier son existence. En effet, en évitant d'évoquer cette pratique sexuelle, on tend à ne parler que des rapports impliquant le vagin et à ignorer les dangers que représentent les rapports impliquant le rectum, tant masculin que féminin. Parallèlement, on constate que les principes culturels en matière de comportements sexuels peuvent parfois rapidement évoluer. Par exemple, des groupes défendant les droits homosexuels commencent à se former dans une quinzaine de pays d'Afrique, laissant pressentir de nouvelles formes d'affirmation de l'identité⁶².

Les personnes vivant avec le VIH

Dès les premiers jours où l'épidémie est apparue dans le monde, les personnes vivant avec le VIH et le SIDA ont joué un rôle essentiel, d'une part en collaborant avec un grand nombre d'organisations et d'autre part en prenant part à des stratégies de lutte. C'est ainsi qu'ils continuent de contribuer, en tant qu'individus, à la personnalisation de la maladie, en faisant pression sur les communautés pour qu'elles affrontent la maladie de façon plus claire et

plus honnête. Ces dernières années, les actions menées contre le SIDA en Afrique ont atteint leur maturité⁶³. Les structures représentant les personnes atteintes ou affectées par le VIH et le SIDA possèdent aujourd'hui des compétences organisationnelles et travaillent au sein d'un environnement politique où elles sont en mesure d'exiger le respect des droits en vigueur et de pousser les gouvernements et les ONG à agir.

La participation des personnes vivant avec le VIH et le SIDA aux ripostes nationales et régionales est de plus en plus organisée en réseaux. Le Réseau africain de personnes vivant avec le VIH/SIDA (RAP+), créé à Dakar en 1993, a pour but d'établir un lien entre les personnes vivant avec le VIH et le SIDA et les organismes qui les représentent, notamment en fournissant une formation et un appui aux groupes de soutien en matière de VIH et de SIDA. On estime que quelque 2 millions de personnes vivant avec le VIH et le SIDA en Afrique participent au RAP+ par l'intermédiaire de leurs groupes de soutien⁶⁴.

Santé mentale et stigmatisation

Une riposte adéquate à la crise du SIDA se doit d'intégrer les questions de santé mentale des individus et des communautés et d'intervenir. Les conséquences de l'infection par le virus peuvent être directes (par exemple, devoir vivre avec le VIH) ou indirectes (devoir prendre en charge une personne atteinte du SIDA). L'impact est ressenti par les personnes vivant avec le VIH et le SIDA, leur famille, leurs amis et leurs collègues. Il touche toutes les générations : non seulement les enfants sont touchés directement par cet impact, mais ceux qui s'occupent d'eux souffrent également. Le blâme et d'autres manifestations de stigmatisation sont les conséquences psychologiques du traumatisme.

Ces conséquences peuvent affecter les relations qu'entretiennent les individus à tous les niveaux, le processus de prise de décision et les attitudes face au risque et à l'incertitude. Elles peuvent faire naître des problèmes psychologiques, telles que l'anxiété et la dépression ou au contraire donner du courage et permettre de se focaliser sur les choses essentielles.

Pour mettre au point des campagnes de prévention efficaces, il faut tout d'abord comprendre le cheminement complexe de la réflexion préalable à la prise de décision, appréhender la manière dont la personne se comporte face au risque, les causes et les conséquences du



désespoir, de la peur, de l'anxiété, comment elle est amenée à évaluer ce que pourront lui coûter ou apporter différentes options, ainsi que l'influence exercée par les attentes et les problèmes de la société vis-à-vis des relations sexuelles, des rôles des deux sexes et de la sexualité, pour ne citer que quelques-unes de ces questions importantes. Concernant les traitements à prodiguer, les programmes doivent être élaborés en tenant compte de la manière dont les personnes et les communautés se préparent au traitement et considérer les croyances, les pratiques culturelles et les processus de prise de décision qui motivent le fait de commencer un traitement plutôt qu'un autre, d'en changer ou de s'en tenir à celui que l'on a choisi au départ.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et le SIDA fait partie intégrante du travail de nombreuses personnes et organisations dans toute l'Afrique, que ce soit au sein de l'Église ou d'autres groupes religieux (il s'agit parfois de régler les cas de stigmatisation existant à l'intérieur même des organisations) et jusque dans les commissions travaillant sur les questions des droits humains et d'autres organismes législatifs⁶⁵.

Formes nouvelles et anciennes du « capital social »

Même si ce fait est encore mal étudié et mal connu, une grande partie des relations sociales en Afrique se fondent sur des activités communes librement consenties, phénomène qu'on appelle le « capital social » en sociologie. Les églises et les mosquées, les sociétés d'épargne, les mutuelles de santé, et les clubs de jeunes professionnels coexistent avec des formes plus anciennes de socialisation, telles que les sectes d'initiation, les sociétés secrètes, les groupes reposant sur des liens familiaux ou des affinités et les organisations tribales. Ce capital social est présent et encouragé au sein de tous ces groupements et il existe aussi dans la formation et les entreprises non officielles. Ainsi, sur les plages de Dar es Salam, on peut voir un vieux *fundi* en train de réparer ou de construire un bateau avec l'aide d'un homme plus jeune à qui il enseigne le métier. De même, les réparateurs de montres qui travaillent dans de petits kiosques des rues de

Nairobi ou de Kampala, ne sont pas simplement de petits commerçants indépendants. Ces kiosques représentent en fait trois ans d'études financées grâce à des économies ou des prêts personnels, et organisés selon un ensemble de règles plutôt strictes. La plupart des commerçants que l'on trouve sur les marchés appartiennent à des structures reposant sur un tissu de relations financières informelles, des accords commerciaux et des échanges de main-d'œuvre.

Les relations familiales sont une autre source de capital social. La famille et les liens du sang sont définis de façon large et créent des obligations considérables. Si quelqu'un appartenant à votre famille ou à votre lignée frappe à votre porte, vous pouvez avoir l'obligation de l'aider, même si vous ne l'avez jamais rencontré.

« Mama Afrika » est le nom donné par les participants au projet à l'une des histoires qu'ils ont élaborées. Cette histoire décrit le rôle que joue le capital social informel sur le continent et souligne en particulier la force et les ressources de la famille élargie.

Les participants au projet ont estimé que ces ressources fournissaient une source extraordinaire, mais peu reconnue de résistance, apparue au sein de la société africaine au moment d'initier la riposte à la propagation de l'épidémie de SIDA. Ces ressources ont contribué au remplacement des emplois perdus dans les familles, au partage de la charge des dépenses et à la prise en charge des orphelins.

Mais il est vrai aussi que des systèmes sociaux si puissants peuvent renforcer les valeurs, les attitudes et les croyances qui entravent une gestion efficace de la lutte contre de VIH et le SIDA. Comme pour les autres réalités courantes décrites dans cette section, il importe de ne pas sous-estimer ou de simplifier exagérément la complexité de leur nature et d'accepter le fait qu'il est impossible de prévoir comment ces aspects de la vie africaine évolueront et, partant, dans quelle mesure ils affecteront la propagation du VIH sur le continent. Il faut au contraire explorer les développements possibles et plausibles en la matière et se préparer à ce qui pourrait se produire.

Dans la section suivante, nous déplacerons notre centre d'intérêt présent vers le futur, pour présenter l'investigation menée par le projet afin de déterminer les éléments-clés véhiculant l'épidémie et les questions fondamentales implicites concernant l'avenir du SIDA en Afrique au cours des 20 prochaines années.

Références

- 1** ONUSIDA (2004) *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*, Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org>
- 2** Stover J, McGreevey B, Salomon J, Bollinger L, Ghys P, Stanek K (2004) Estimations élaborées en vue de ce projet.
- 3** Voir, par exemple, Cohen D (2002) *Human capital and the HIV/AIDS epidemic in sub-Saharan Africa*. OIT, Genève.
- 4** Stover J, McGreevey B, Salomon J, Bollinger L, Ghys P, Stanek K (2004) estimations élaborées en vue du projet
- 5** Mutangadura G, Mukurazita D (1999) *La riposte des ménages et des communautés à l'épidémie de VIH/SIDA dans les zones rurales de l'Afrique subsaharienne*. Genève, ONUSIDA.
- 6** De Cock et al. (2003) *UNAIDS scenarios on voluntary counselling and HIV testing*. Article rédigé en vue du projet.
- 7** Loewenson R, Whiteside A (2001) *HIV/AIDS : Implications for poverty reduction* (document de base), préparé pour le PNUD en vue de la Session extraordinaire sur le VIH/SIDA de l'Assemblée générale des Nations Unies, 25–27 juin 2004, New York, PNUD, p. 10.
- 8** Bechu N (1996) The impact of AIDS on the economy of families in Côte d'Ivoire : Changes in consumption among AIDS-affected households. In : Ainsworth M, Franssen L, Over M, réd.. (1998) *Confronting AIDS : Evidence from the developing world : Selected background papers for the World Bank Policy Research Report*. Royaume-Uni, Commission européenne. Cité dans Desmond C, Michael K, Gow J (2001) *The hidden battle : HIV/AIDS in the family and community*. Health Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD), Durban, Université du Natal.
- 9** ONUSIDA (2001) *Le point sur l'épidémie de SIDA, Décembre 2001*, Genève.
- 10** UNAIDS, UNECA (2000) AIDS in Africa, Country by Country (background document for Africa Development Forum 2000), cited in Michael Kelly (2001) *Challenging the challenger : Understanding and expanding the response of universities in Africa to HIV/AIDS*. Rapport de synthèse à l'intention du Groupe de travail sur l'éducation supérieure, Association for the Development of Education in Africa (ADEA), March 2004, Washington DC.
- 11** ONUSIDA (2003) *Accélérer l'action contre le SIDA en Afrique*. Genève.
- 12** Sherr L (2004) *The psychological impact of the AIDS epidemic – concerns for Africa*. Article préparé en vue du projet.
- 13** Banque mondiale (2002) *Education and HIV/AIDS : A window of hope*. Washington DC, p.12. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.worldbank.org>
- 14** ONUSIDA (2004) *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org>
- 15** ONUSIDA (2003) *Accélérer l'action contre le SIDA en Afrique*. Genève, p.16.
- 16** HSRC (2003) *The impact of HIV/AIDS on the health sector : Summary and conclusions*. Département de la santé de l'Afrique du Sud, p.136. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hsrcpublishers.co.za>
- 17** Jayne TS et al. (2004) *Interactions entre le secteur agricole et la pandémie de VIH/SIDA : incidences pour la politique agricole*. ESA Document de travail No. 04-06, mars. Rome, FAO. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.fao.org>
- 18** Mather D et al. (2004) *A cross-country analysis of household responses to adult mortality in rural sub-Saharan Africa : Implications for HIV/AIDS mitigation and rural development policies*. Rédigé à l'occasion de la Préconférence du Réseau international SIDA et économie (IAEN), 9–10 juillet, Bangkok, MSU Document de travail sur le développement international No. 82 (Projet en soumission 2004), Department of Agricultural Economics, Université d'Etat du Michigan. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.aec.msu.edu>
- 19** OIT (2004) *HIV/AIDS and work : global estimates, impact and response*. Genève.
- 20** Quattek K (2000) *The economic impact of AIDS in South Africa : a dark cloud on the horizon*, Konrad-Adenauer-Stiftung Occasional Papers, June 2000. Johannesburg, Konrad-Adenauer-Stiftung, p.9.
- 21** Patterson D, London L (2002) International law, human rights, and HIV/AIDS, *Bulletin of the World Health Organization*, 96:4–9, and Gostin LO, Lazzarini Z (1997) Human rights and public health in the AIDS pandemic. Oxford, Oxford University Press, p.199.
- 22** ONUSIDA (2001) HIV prevention needs and successes : *A tale of three countries. An update on HIV prevention success in Senegal, Thailand and Uganda*. Genève.
- 23** Putzel J (2004) *Public policy responses to HIV/AIDS in Africa*. Development Studies Institute, London School of Economics and Political Science. Article préparé en vue du projet.
- 24** ONUSIDA (2003) *Accélérer l'action contre le SIDA en Afrique*. Genève.
- 25** Putzel J (2004) *Public policy responses to HIV/AIDS in Africa*. Development Studies Institute, London School of Economics and Political Science. Article rédigé en vue du projet.
- 26** ONUSIDA (2004) *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*, Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org>
- 27** OCDE/ONUSIDA (2004) *Analysis of aid in support of HIV/AIDS control, 2000–2002*, Genève, OCDE/ONUSIDA.
- 28** ONUSIDA (2004) *Financing the expanded response to AIDS 2004*. Genève.
- 29** ONUSIDA (2004) *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org>
- 30** Sachs JD, McArthur JW, Schmidt-Traub G, Kruk M, Bahadur C, Faye M McCord G (2004) *Ending Africa's poverty trap*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.brook.edu>
- 31** Colson E (1981) African society at the time of the scramble. In Gann L, Duignan P, réds. *Colonisation in Africa 1870–1920*, Volume 1, Cambridge, Cambridge University Press, p.27
- 32** Liebenow J (1986) *African Politics : Crises and Challenges*. Bloomington, Indiana University Press, p. 39.
- 33** Hodder-Williams R (1984) *An introduction to the politics of tropical Africa*. Londres, Allen and Unwin, p.11.
- 34** The Economist (2004) First get the basics right. In : *A Survey of sub-Saharan Africa*, January 2004, p.3.
- 35** The Economist (2004) A survey of sub-Saharan Africa, 17 January 2004.
- 36** Spiegel P (2004) HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations : Dispelling myths and taking action, *Disasters*, 28(3) :322–339
- 37** Zihindula M (1998) *Rape : a weapon of war. General Board of Global Ministries*, The United Methodist Church. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.gbgm-umc.org>
- 38** US Committee for Refugees (2002) *World refugee survey 2002*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.refugees.org>

- 39** Commission des Nations Unies pour les Etablissements humains, *Les villes dans un monde mondialisé : Rapport mondial sur les établissements humains 2001*. UN-HABITAT (Centre des Nations Unies pour les Etablissements humains), Nairobi.
- 40** Union internationale des Télécommunications (2004) *L'Afrique, marché où le mobile connaît la plus forte croissance au monde*, Communiqué de presse, 26 avril 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.itu.int>
- 41** Banque mondiale (2003) *Global development finance – Striving for stability in development finance*. Washington DC. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.worldbank.org>
- 42** Banque mondiale (2004) *Indicateurs mondiaux de développement*. Washington DC.
- 43** The Economist (2004) First get the basics right. In : *A survey of sub-Saharan Africa*, janvier 2004, p.3.
- 44** Banque mondiale (2003) *Indicateurs de développement de l'Afrique*, Washington DC, et Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (2003) *Rapport économique sur l'Afrique*. Addis Abeba.
- 45** Francois JF (2004) The economic context of African trade policy. Article ridge en vie du project.
- 46** Banque mondiale (2004) *Indicateurs de développement de l'Afrique*, Washington DC.
- 47** Francois JF (2004) The economic context Of African trade policy. Article rédigé en vue du projet.
- 48** Banque mondiale/FMI (2003) *Heavily indebted poor countries (HIPC) initiative : Status of implementation*. Washington DC. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.siteresources.worldbank.org>
- 49** Banque mondiale (2003) *Global development finance – Striving for stability in development finance*. Washington DC. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.worldbank.org>
- 50** UNESCO (2001) *Twenty years of HIV/AIDS*. HIV/AIDS Electronic Library Series : The international institute for capacity building in Africa, Fact sheets. Addis Ababa. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.library.unesco-icba.org%20HIV-AIDS.htm>.
- 51** La Guardia A (2004) Figures 'no cause for rejoicing'. *The Daily Telegraph*, 9 janvier 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.telegraph.co.uk>
- 52** ONUSIDA (2004) *Understanding the latest estimates of the global AIDS epidemic*. Genève
Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org>
- 53** Girardi E (2003) Epidemiological aspects of transmitted HIV drug resistance. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 35(Supp. 106) : 17–20.
- 54** OMS (2004) *Global tuberculosis control : Surveillance, planning, financing*. Genève
WHO/HTM/TB/2004.331.
- 55** CEA (2003) *Exploiter les technologies pour un développement durable*, Addis Abeba, pp.127–132.
Disponible à l'adresse suivante : <http://www.uneca.org>
- 56** AVERT (2004) *Information about HIV & AIDS treatment*, UK. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.avert.org>
- 57** Panos/UNFPA (2001) *Rapport d'une table ronde sur la communication pour le développement*, New York, cité dans Panos (2003) *Missing the message? 20 years of learning from HIV/AIDS*. Londres.
- 58** Caldwell JC (2000) Rethinking the African AIDS epidemic. *Population Development Review*, 16 :117–135.
- 59** Weiss HA et al. (2001) The epidemiology of HSV-2 infection and its association with HIV infection in four urban African populations, *AIDS (Suppl 4)* : S97–108.
- 60** Wall Street Journal (2004) *Saying no to sugar daddies*, 25 février 2004.
- 61** Fleischmann J (2003) *Fatal vulnerabilities : Reducing the acute risk of HIV/AIDS among women and girls*. Rapport du Groupe sur les femmes et les jeunes filles, du Centre pour les études stratégiques et internationales. Washington.
- 62** Behind the mask : Site Internet sur les questions gays et lesbiennes en Afrique, <http://www.mask.org.za>
- 63** ONUSIDA (2003) *Accélérer l'action contre le SIDA en Afrique*. Genève.
- 64** ONUSIDA (2003) *Accélérer l'action contre le SIDA en Afrique*. Genève.
- 65** ONUSIDA (2003) *Accélérer l'action contre le SIDA en Afrique*. Genève.



54 Cinq énergies majeures mais aléatoires, déterminantes pour un changement

- 56 Intensification ou érosion de l'unité et de l'intégration
- 56 Evolution des croyances, des valeurs et des signifiants
- 56 Mobilisation de ressources et de compétences
- 57 Acquisition et application de connaissances
- 58 Répartition du pouvoir et de l'autorité

58 Comparaison des énergies déterminantes

61 Les embranchements

62 Des interactions qui créent la dynamique des scénarios

- 62 Planification de la lutte contre le VIH et le SIDA
- 63 Accès et recours au traitement contre le SIDA
- 63 Relations entre les sexes

63 Des énergies prédéterminées

63 Bouleversements et ruptures radicales

Section 3 Les énergies déterminantes



Section 3 Les énergies déterminantes

Dès le début du projet, cinq puissantes énergies sont apparues comme déterminantes s'agissant de l'avenir du SIDA en Afrique.

L'étude des énergies en présence et de leurs interactions fournit un instrument utile à la compréhension des événements du passé et du présent ainsi qu'à la réflexion sur ce que pourraient être les développements futurs. Il n'est pas possible de prédire comment ces énergies et leurs interactions agiront en réalité : les influences qu'elles ont les unes sur les autres pourraient donner lieu à diverses dynamiques et à différents événements.

Toutefois, les scénarios fournissent une structure qui permet d'explorer quelques-unes des situations envisageables.

1

Intensification ou érosion de l'unité et de l'intégration

Les 20 prochaines années seront-elles caractérisées par une plus grande cohésion et une meilleure intégration, ou par la contestation et la fragmentation ?

2

Evolution des croyances, des valeurs et des signifiants

Les 20 prochaines années seront-elles caractérisées par la tolérance et le respect des croyances, ou par la contestation des valeurs, l'intolérance et une nouvelle démarche vers d'autres convictions ?

3

Mobilisation de ressources et de compétences

Les 20 prochaines années seront-elles caractérisées par la mobilisation de ressources et de compétences supplémentaires ou verra-t-on les ressources se tarir et être gaspillées ?

4

Acquisition et application de connaissances

Les 20 prochaines années seront-elles caractérisées par une acquisition efficiente et le partage de connaissances, ou par le mépris et la remise en question de celles-ci ?

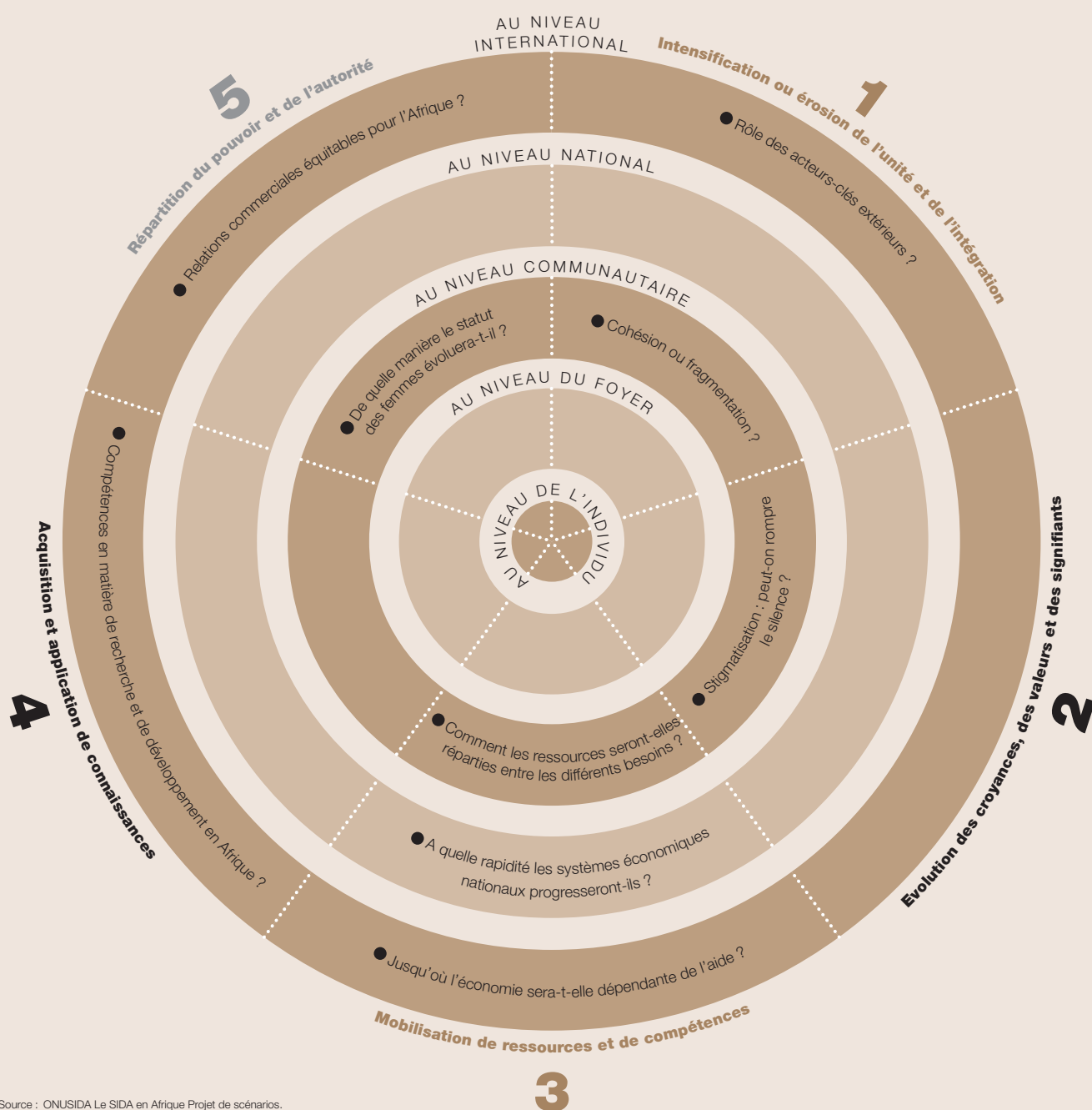
5

Répartition du pouvoir et de l'autorité

Les 20 prochaines années seront-elles caractérisées par une plus vaste mobilisation en faveur du partage du pouvoir, ou le pouvoir sera-t-il concentré et contesté ? Le pouvoir de l'Etat et celui de structures traditionnelles seront-il en accord ou opposés ?

Ces énergies possèdent leur propre dynamique et opèrent à de nombreux niveaux, en passant par les foyers jusqu'aux arènes panafricaines et internationales. En outre elles sont en interaction, ce qui crée d'autres dynamiques plus complexes.

Figure 17 Types de questions soulevées par les « énergies déterminantes » à divers niveaux de la société



Source : ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

Intensification ou érosion de l'unité et de l'intégration

L'étude de cette énergie amène à considérer la capacité des individus, groupes et nations à agir de concert. L'unité et l'intégration entre les individus et leurs communautés sont la base de sociétés pacifiques et homogènes, où les politiques et programmes de lutte contre le VIH et le SIDA se déroulent harmonieusement. Les sociétés où l'unité tend à s'effriter, où les factions se multiplient et où les tensions ethniques et religieuses prédominent et conduisent à la violence rendent la prévention et les soins de plus en plus difficiles.

L'incertitude est grande quant à savoir quels liens entretiendront les sociétés au cours des 20 prochaines années.

- La solidarité internationale aura-t-elle un sens pour chacun ?
- Le panafricanisme se renforcera-t-il ?
- Les communautés rurales africaines se sentiront-elles intégrées au développement national ou souffriront-elles de se voir marginalisées ?
- Les sociétés qui présenteront une forte prévalence de l'infection à VIH feront-elles prévaloir une véritable cohésion au sein des foyers et des communautés ?
- L'épidémie aggravera-t-elle les tensions existantes et exploitera-t-elle les points faibles de la société ?

Qu'on la considère au niveau régional ou à l'échelle de l'ensemble des peuples africains, l'énergie en question évoque la nature et la portée des liens politiques, sociaux et économiques qui existent entre les Etats, au travers d'une évolution des liens institutionnels ou du développement de la société civile. Son étude permet aussi de se pencher sur la mondialisation et sur les avantages qu'elle peut apporter à l'Afrique. Elle soulève des questions majeures en ce qui concerne la relation de l'Afrique avec le Nord, s'agissant par exemple de l'aide, de la gouvernance et de la sécurité. Si l'on parvient à l'avenir à mieux concilier ces facteurs, quelle en sera alors l'incidence sur l'épidémie de SIDA ?

Enfin, l'analyse de cette énergie conduit à soulever des questions sur la nature de l'ordre mondial futur : dans quelle mesure les nations investiront-elles dans le multilatéralisme et ses institutions et jusqu'à quel point considèrera-t-on le VIH et le SIDA comme un problème mondial nécessitant une solution mondiale ?

Evolution des croyances, des valeurs et des signifiants

Les croyances concernant la propagation du VIH et la manière de se prémunir contre l'infection peuvent se fonder sur des principes laïques spécifiques, traditionnels ou religieux, ou sur un mélange des trois ainsi que sur la sexualité, la maladie, la mort et l'interprétation de l'univers. Ces croyances détermineront si le VIH et le SIDA sont considérés en termes de transgression et de punition ou au contraire d'opportunités et de risques.

Si l'infection à VIH est considérée comme inévitable, le fatalisme qui en résulte peut entraver la prévention. Si l'on pense que le SIDA est causé par la sorcellerie, par le rejet de tabous sexuels ou par la pauvreté, il est alors peu vraisemblable que les stratégies biomédicales de prévention et de soins soient adoptées ou possèdent un réel impact. En outre, le blâme, la stigmatisation, la honte et la discrimination, en particulier lorsque cette dernière se fonde sur l'appartenance sexuelle, freineront également l'efficacité de la prévention et des soins. Ainsi, pour un individu, l'accès à un service adéquat sera fonction de sa capacité à évoquer ouvertement ses pratiques sexuelles.

Cette énergie soulève aussi d'autres questions sur la manière dont les individus et les groupes sociaux réagissent en présence de croyances différentes des leurs. Par exemple, l'idée que l'infection à VIH est la conséquence d'une conduite « immorale » limite la compassion et la compréhension. Si l'on estime que l'infection à VIH est au départ la résultante de choix personnels, cela implique que les facteurs qui déterminent l'éventail des choix existants n'ont pas été pris en considération. La faculté qu'auront les sociétés à absorber les croyances et les valeurs diverses possèdera une importance majeure sur le processus futur du SIDA en Afrique. Certains verront dans la diversité des croyances et des valeurs une force à encourager, alors que d'autres seront susceptibles d'y déceler un facteur d'affaiblissement pour la société.

Mobilisation de ressources et de compétences

La riposte au VIH et au SIDA est parfois présentée comme une simple question de financement. Mais si les trois scénarios font la preuve que de plus vastes ressources sont nécessaires (financières, humaines et institutionnelles), il importe également de mobiliser ce qui

est disponible pour en tirer le plus de parti possible y compris des avantages à long terme – en particulier dans les régions confrontées à une pénurie de ressources.

Les scénarios démontrent également que seul ne compte pas le fait de se procurer des fonds, mais aussi la manière de les utiliser. À l'avenir, ce qui importe dans la lutte contre le VIH et le SIDA, c'est avant tout la nature, le niveau, la qualité et l'uniformité des ressources, des systèmes, des processus et des infrastructures, s'agissant notamment du leadership et de la gouvernance, ainsi que l'accent mis sur une approche synergique et intégrée. Si les ressources dévolues à la lutte contre le SIDA sont par exemple divisées pour être attribuées à des douzaines de projets de faible envergure, nécessitant néanmoins une gestion et un système de rapports particuliers, les coûts relatifs aux transactions pourraient bien diminuer la valeur totale des ressources. L'aide liée (lorsque les gouvernements bénéficiaires ont obligation d'acquiescer des services ou des biens auprès du pays donateur) peut également nuire à la valeur de l'aide reçue.

La rigueur avec laquelle les ressources affectées à la riposte au VIH et au SIDA sont utilisées dépend de l'élaboration de systèmes capables d'absorber, de transférer, de dépenser et de justifier toute augmentation importante du financement. Une augmentation importante des financements octroyés à la lutte contre le VIH et le SIDA risque cependant de nuire à d'autres secteurs du développement ou à d'autres parties des systèmes nationaux de santé déjà confrontés au manque de ressources.

D'autres dangers sont manifestes ; par exemple, l'accent mis sur la thérapie antirétrovirale susceptible d'entraîner un épuisement de la capacité dans d'autres domaines prioritaires de la santé, tels que les campagnes de vaccination, la préconisation de changements comportementaux ou la distribution d'autres soins de santé essentiels. Si l'on souhaite accroître les financements (ainsi que la disponibilité de la thérapie antirétrovirale), il importe de développer des systèmes qui favoriseront l'ensemble des programmes de santé ainsi que l'amplitude d'action du gouvernement et de la société civile.

Se pose également la question de savoir jusqu'à quel point les gouvernements africains seront désireux ou en mesure de débloquer des crédits intérieurs pour la lutte contre le VIH et le SIDA, dans quelle mesure ces

ressources devront provenir de particuliers, et quelle sera la durée du maintien de financements extérieurs destinés aux programmes de lutte contre le VIH et le SIDA.

L'issue de l'épidémie dépendra de la rigueur avec laquelle les gouvernements, la société civile et le secteur privé feront usage des ressources. Des fonds dépensés pour le développement rural et urbain, par exemple, peuvent être utilisés de manière à faire diminuer la propagation du VIH tout en satisfaisant d'autres priorités liées au développement. Quelle que soit la nature des ressources considérées – qu'il s'agisse de médicaments, de potentiels humains, de leadership, de flux financier, de pétrole ou de diamants – les scénarios suggèrent qu'il n'est pas possible à ce stade d'en déterminer l'incidence pour les 20 prochaines années.

Acquisition et application de connaissances

De nouveaux éléments de connaissance – et de nouvelles applications des connaissances existantes – concernant le virus et sa propagation seront d'une importance cruciale. L'impact le plus significatif proviendra probablement de la combinaison des connaissances biomédicales et d'une meilleure compréhension des comportements sexuels avec celles relatives aux conséquences de l'infection sur les personnes vivant avec le VIH et le SIDA et sur celles qui leur prodiguent des soins. Les approches reposant à la fois sur une vision traditionnelle et sur une vision moderne du monde seront primordiales pour atteindre des groupes de population plus larges.

Les connaissances biomédicales sont essentielles à l'élaboration de nouveaux médicaments destinés à combattre le processus épidémique du SIDA, notamment les microbicides et, ultérieurement, un vaccin contre le VIH... Il n'est toutefois pas certain que l'épidémie sévissant en Afrique serve de référence à la mise au point de ceux-ci. L'incertitude demeure aussi s'agissant de l'élaboration d'un vaccin et de l'efficacité dans le temps de la génération actuelle d'antirétroviraux. Il en est de même des thérapies et des médicaments traditionnels africains dont on ne sait encore si l'usage sera encouragé, faute d'en connaître la réelle efficacité.

En outre, l'élaboration et l'application de nouvelles technologies répondent à différentes influences. L'efficacité d'une nouvelle technologie n'en garantit pas nécessairement son application à grande échelle.

Certaines incertitudes demeurent quant à la manière d'aborder différents aspects socioculturels de l'épidémie. Une meilleure compréhension des contextes et circonstances qui influencent des comportements sexuels spécifiques peut revêtir la même importance que la promotion de nouvelles techniques de prévention : faute de connaître la nature de ces différents schémas comportementaux, s'assurer de l'efficacité de campagnes de prévention est particulièrement délicat. Une meilleure compréhension des conséquences psychologiques sur les personnes et les communautés confrontées à une prévalence élevée du VIH peut apporter une contribution précieuse à la mise au point de meilleures stratégies de prévention et de soins.

Si l'un des aspects de la connaissance sur l'épidémie est privilégié, il déterminera la voie que prendra la lutte contre l'épidémie en influençant de manière décisive les politiques appliquées. Durant les deux décennies écoulées, les connaissances relatives au virus lui-même, de sa structure moléculaire à sa dynamique sociale, se sont considérablement développées. Au cours des 20 prochaines années, l'acquisition et l'application opportune d'éléments de connaissance plus complexes contribueront à renforcer significativement l'action menée contre le VIH et le SIDA. Un doute subsiste cependant quant à savoir si ces nouvelles connaissances seront appliquées aux véritables problèmes rencontrés par les pays africains les plus démunis.

Répartition du pouvoir et de l'autorité

L'énergie dont il est ici question décrit de quelle manière le pouvoir et l'autorité peuvent s'articuler au sein d'une société et s'influencer mutuellement. Elle donne à s'interroger sur la nature du pouvoir, centralisé ou réparti, selon les circonstances. Dans les foyers et les communautés, la répartition du pouvoir détermine à quel point les jeunes filles et les femmes ont la possibilité de se protéger de relations sexuelles qui les exposent à l'infection à VIH. Il faut se souvenir que chaque système de pouvoir et d'autorité possède sa propre influence sur le statut des femmes.

A tous les niveaux de la société, la répartition du pouvoir et de l'autorité détermine qui a le droit de bénéficier des avantages du développement, d'accéder à la thérapie antirétrovirale, de recevoir une meilleure

éducation ou d'exercer un emploi. De nombreuses régions africaines se démocratisent, et des efforts considérables sont faits pour que les atouts liés au développement soient répartis plus équitablement. Mais dans le même temps, de nombreuses inégalités demeurent, qu'elles se fondent sur l'appartenance à l'un ou l'autre des deux sexes, qu'elles soient d'ordre religieux, ethnique, tribal, économique, ou qu'elles relèvent de l'âge ou du statut social. On ne sait pas encore comment le pouvoir sera réparti dans l'ensemble de l'Afrique au cours des deux décennies à venir. En outre, la capacité qu'auront les gouvernements à maintenir un équilibre entre la confidentialité due aux patients – exprimée en termes de législation sur la protection de données ou d'informations relatives aux patients – et la nécessité d'un partage de l'information entre les patients et le personnel médical, contribuera au choix de diagnostics et de traitements opportuns.

Lorsque pouvoir et autorité ne sont pas en accord, il peut en résulter un conflit civil. Les sources traditionnelles d'autorité qui ne reconnaissent ou ne respectent pas les structures du pouvoir national, et inversement, sont une des causes de mésentente les plus importantes, comme cela se produit lorsque des groupes ethniques ou tribaux entrent en conflit avec le gouvernement.

Comparaison des énergies déterminantes

Pour chacune des énergies étudiées ici, il est possible de considérer l'impact potentiel et une multitude d'étapes intermédiaires. Le phénomène dont il est ici question peut être illustré pour chacun des scénarios sous forme de graphique (voir la **Figure 18**).

- L'intensification ou l'érosion de l'unité et de l'intégration peuvent être observées comme un phénomène progressif entre fragmentation et contestation et cohésion et solidarité.
- L'évolution des croyances, des valeurs et des signifiants peut être observée comme un phénomène progressif entre intolérance et valeurs conflictuelles et respect et tolérance
- La mobilisation des ressources et des compétences peut être observée comme un phénomène

Figure 18 Comparaison des énergies déterminantes dans chacun des scénarios

1

Intensification ou érosion de l'unité et de l'intégration

Des choix sans concession



Unité :
Fragmentation et contestation

Unité :
Cohésion et solidarité

Cooptation ou coercition à l'égard des autorités tribales et religieuses, la responsabilité étant dévolue aux autorités et dirigeants locaux. Epanouissement d'identités nationales. Une plus grande autonomie des pays africains aboutit à des tensions générales maîtrisées. La collaboration hors frontières visant à délivrer des services et à favoriser les échanges aboutit à un renforcement des blocs régionaux : ceci fournit une plate-forme à partir de laquelle les aspirations panafricaines peuvent être réalisées et l'on constate une intégration croissante au sein du G90.

Le poids du passé



Unité :
Fragmentation et contestation

Unité :
Cohésion et solidarité

La dépendance croissante de l'Afrique à l'égard de l'aide fait que le multilatéralisme cède sa place au bilatéralisme dans les relations internationales. Au sein des nations africaines, les tensions ethniques et religieuses augmentent tandis que certains réseaux familiaux et communautaires se désintègrent en raison de l'accroissement des pressions subies.

Le moment de la transition



Unité :
Fragmentation et contestation

Unité :
Cohésion et solidarité

Les efforts multilatéraux réalisés en vue de s'attaquer aux problèmes de l'Afrique en matière de santé, de développement, d'échanges commerciaux et de sécurité mobilisent la communauté internationale, la société civile nationale et internationale, et les gouvernements.

2

Evolution des croyances, des valeurs et des signifiants



Croyances :
Intolérance et valeurs conflictuelles

Croyances :
Respect et tolérance

Les Etats abritent différentes obédiences (religieuses et ethniques). Les valeurs et les coutumes traditionnelles sont largement respectées et sont utilisées et adaptées afin de contribuer au développement d'un sentiment d'appartenance nationale ; elles favorisent en particulier une meilleure prévention de la propagation du VIH. Le bien de tous est privilégié par rapport à la liberté individuelle ; les souffrances présentes sont considérées comme utiles puisqu'elles sont susceptibles de favoriser des acquis ultérieurs.

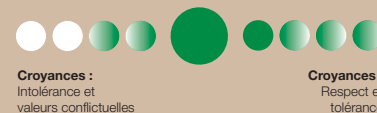


Croyances :
Intolérance et valeurs conflictuelles

Croyances :
Respect et tolérance

Les individus et les groupes accordent une grande importance à leurs propres valeurs et croyances et ne sont que peu enclins à accepter celles des autres. Les politiques et les programmes sont généralement fondés sur l'hypothèse non vérifiée que les valeurs et les croyances sont partagées par tous.

Des valeurs et des signifiants de plus en plus contestés apparaissent, ce qui accroît la stigmatisation et le blâme.



Croyances :
Intolérance et valeurs conflictuelles

Croyances :
Respect et tolérance

Un nouveau contrat moral international englobant justice sociale et égalité politique favorise une tolérance croissante à l'égard de la diversité des valeurs. Il est tenu compte d'une gamme plus large et représentative de perspectives dans la prise de décisions.

3

Mobilisation de ressources et de compétences



Ressources :
Parcelles et insuffisantes

Ressources :
Coordonnées et durables

Faible progression de l'aide extérieure, mais des décisions sans concession et l'utilisation efficace des ressources existantes contribuent à multiplier les capacités des pays africains. En revanche, les ressources intérieures ne commencent à s'accroître rapidement qu'au terme de la période considérée dans le scénario.



Ressources :
Parcelles et insuffisantes

Ressources :
Coordonnées et durables

Les crédits en faveur de la lutte contre le VIH et le SIDA se verticalisent, s'isolent et augmentent, ce qui aboutit à une diminution des ressources destinées à d'autres programmes de santé et à l'épuisement plutôt qu'à l'augmentation des ressources et des compétences nécessaires à un plus vaste développement. Les ressources et les compétences développées par l'Etat, notamment dans le domaine de la santé, ne suivent pas la courbe des besoins d'une population en constante augmentation. Les ressources conséquentes disponibles au départ sont utilisées de manière peu cohérente et diminuent au fil du temps.



Ressources :
Parcelles et insuffisantes

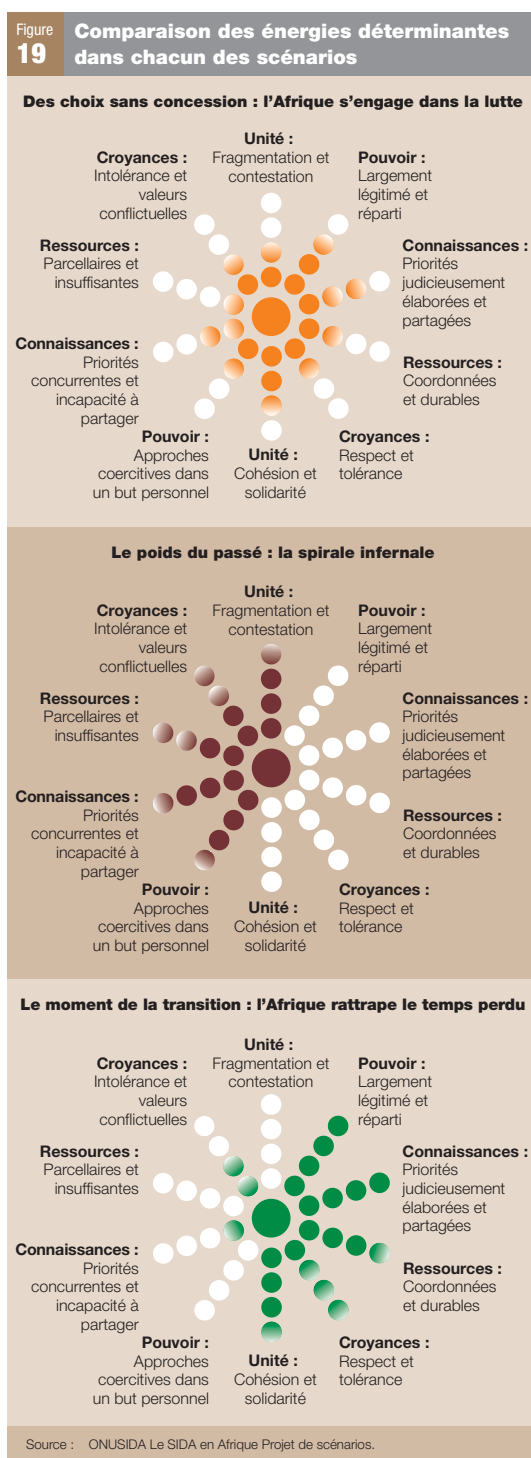
Ressources :
Coordonnées et durables

L'augmentation des ressources et de l'aide internationale durable et partagée favorise une amélioration des compétences. Dans les pays africains, le flux croissant et soutenu de l'aide internationale, simultanément à une évolution des échanges commerciaux, permet de développer les infrastructures essentielles, les services publics fondamentaux et l'accès au traitement de l'infection à VIH, et de faire face aux besoins de populations en constante augmentation. Une diversification progressive des économies nationales africaines, participe à une plus large autosuffisance pendant une plus longue période.

Figure 18

Comparaison des énergies déterminantes dans chacun des scénarios (suite)





progressif entre actions parcelaires et dépourvues de ressources suffisantes et infrastructures et systèmes coordonnés et durables.

- L'acquisition et l'application de nouvelles connaissances peuvent être observées comme un phénomène progressif entre priorités concurrentes et incapacité à partager et priorités judicieusement élaborées et partagées.
- La répartition du pouvoir et de l'autorité peut être observée comme un phénomène progressif entre des approches coercitives menées dans un but personnel et un engagement partagé tendant au progrès et à l'accès de tous à l'autonomie.

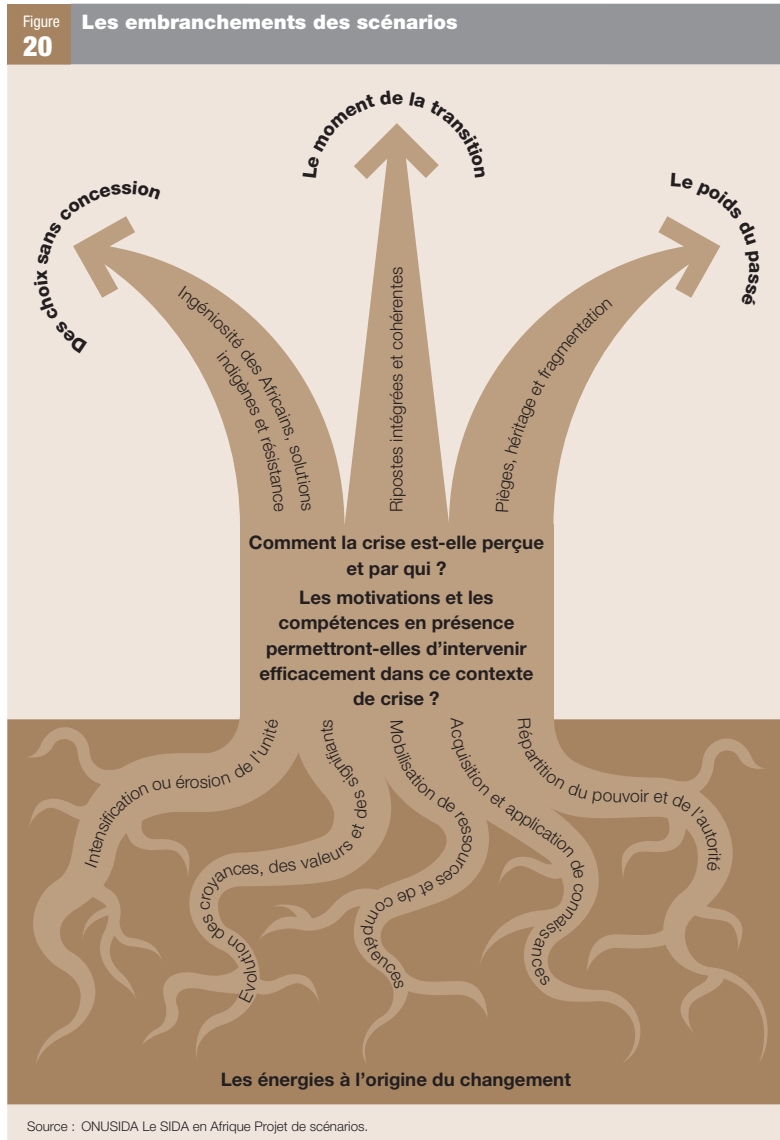
La **Figure 19** représente graphiquement l'ensemble de ces phénomènes, sous forme de spectres de différentes couleurs en fonction des scénarios, afin de permettre une comparaison visuelle.

Les embranchements

Dans chacun des trois scénarios, les énergies décrites ci-dessus suivent une trajectoire différente et s'entremêlent pour créer une histoire différente (voir la **Figure 20** à la page suivante). Ces divers développements s'articulent autour d'une série de différences fondamentales entre les scénarios et que nous appelons les « embranchements ». Dans notre projet, les embranchements des trois scénarios sont résumés par les réponses distinctes qu'ils apportent aux deux questions suivantes :

- Comment la crise est-elle perçue, et par qui ?
- Les motivations et les compétences en présence permettront-elles d'intervenir efficacement dans ce contexte de crise ?

Par conséquent, on peut se demander si au cours des 20 années à venir les dirigeants africains reconnaîtront l'existence de la crise qui sévit dans leur pays et sur le continent ? Si oui, se focaliseront-ils sur l'épidémie de SIDA ou élargiront-ils leurs efforts afin d'englober les problèmes plus larges que sont la pauvreté et le sous-développement ? Dans le même temps, les gouvernements occidentaux et les institutions bilatérales partageront-ils leur vision de la crise ? Si oui,



harmoniseront-ils leurs efforts avec ceux de l'Afrique pour la résoudre, ou les dirigeants africains ne pourront-ils compter que sur leurs propres ressources ?

La **Figure 21** rend compte de l'incidence des embranchements sur les récits distincts développés dans chacun des scénarios.

Des interactions qui créent la dynamique des scénarios

Les interactions générées par les énergies déterminantes sont à la base des principales dynamiques des scénarios. Nous citons ainsi quelques exemples de l'influence potentielle des interactions entre énergies sur des éléments spécifiques des récits.

Planification de la lutte contre le VIH et le SIDA

L'ensemble des cinq énergies détermine l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA. Les programmes efficaces reposent sur des ressources suffisantes et des systèmes inébranlables. Ils doivent se fonder sur des données scientifiques infaillibles, bénéficier de hauts niveaux de soutien de la part des autorités traditionnelles (chefs religieux, tribaux, etc.) et de l'Etat, et doivent être d'accord sur la meilleure manière de riposter contre le VIH et le SIDA. Les croyances préjudiciables à la lutte contre le VIH et le SIDA doivent être abordées dans le cadre des programmes encourageant des valeurs susceptibles de favoriser une modification des comportements et le recours au traitement.

Le niveau de cohésion sociale d'une société est un facteur important de protection contre le risque de contamination par le VIH : les grandes disparités qui existent au niveau des richesses et de l'état du marché du travail – à l'origine de fractures au sein de la Fédération de Russie, en Inde, des cellules familiales – ou encore un manque de confiance sociale, peuvent avoir un impact négatif sur l'assurance d'une évolution durable des comportements. La paix et la stabilité sont aussi des éléments essentiels à l'action engagée contre le VIH et le SIDA : alors que l'on ne comprend toujours pas complètement le rôle joué par les conflits

Figure 21 Embranchements et récits distincts développés dans chacun des scénarios

Embranchements	Des choix sans concession	Le poids du passé	Le moment de la transition
Comment la crise est-elle perçue ?	Profonde crise développementale.	Généralement comme une crise médicale. On s'attaque à l'infection à VIH sans tenir compte de son contexte social et économique.	Le SIDA, telle une image métaphorique d'une crise planétaire.
Et par qui ?	Les dirigeants africains.	Par beaucoup de gens, mais sans action coordonnée.	La société civile, l'Afrique et la communauté internationale.
Se trouvera-t-on en présence de motivations suffisantes pour affronter la crise ?	Oui, mais le VIH est considéré comme un problème parmi d'autres.	Oui, mais les financements créent une « industrie du SIDA » en expansion.	Oui, en tant que catalyseur d'une reconfiguration des priorités internationales et nationales.
Et de compétences ?	Oui. Efforts nationaux considérables en vue de rétablir les compétences nécessaires à la riposte contre l'épidémie. Accent important mis sur la prévention et la thérapie afin de maintenir les compétences essentielles.	Non. Les ressources conséquentes initialement mises à disposition entraînent une redondance d'efforts mal coordonnés et le gaspillage. Dans les pays à forte prévalence, le SIDA décime les compétences qui seraient nécessaires à la riposte.	Oui. Mobilisation considérable de ressources nationales et internationales.

Source : ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

dans la propagation du VIH, on a déjà constaté que les vastes mouvements de population perturbent considérablement le bon déroulement des politiques et des programmes.

Accès et recours au traitement contre le SIDA

L'accès et le recours au traitement seront conditionnés aux relations entre acquisition et application des connaissances (qui influencent les types de traitements élaborés) et à la mobilisation de ressources et de compétences (qui de leur côté sont responsables de la disponibilité du traitement). Les croyances, les valeurs et les signifiants jouent également un rôle important, car ils doivent déterminer l'acceptabilité et encourager le recours aux services, y compris lorsque ceux-ci sont disponibles.

Relations entre les sexes

Les relations entre les sexes sont façonnées par la répartition du pouvoir et de l'autorité. Elles reposent sur les croyances culturelles concernant le statut des hommes et des femmes. La nature de ces relations influence à son tour les dynamiques familiales et communautaires, notamment leur faculté à demeurer unies, et pèse sur le développement économique qui en résulte.

Des énergies prédéterminées

Les énergies prédéterminées prises en considération dans l'élaboration des scénarios relèvent notamment de la situation géographique de l'Afrique, de sa superficie, de la variété de ses climats, et de la diversité de ses cultures et de ses ethnies.

Des données fiables existent qui attestent d'une poursuite de la croissance démographique dans l'ensemble des pays africains (même s'il arrive qu'elle diminue localement) : on suppose que d'ici 2025, la population aura dépassé 1,2 milliard d'individus¹. En chiffres absolus, l'accroissement de la population sera perçu tant en milieu rural qu'en milieu urbain, à un rythme plus rapide dans ce dernier cas de figure.

Il est également probable que la structure familiale continue d'évoluer en raison de l'urbanisation et que la religion revête toujours une certaine importance.

Bouleversements et ruptures radicales

Le projet a également établi que les bouleversements possibles se répartissaient en cinq catégories-clés : guerres et conflits, effondrement des systèmes écologiques, famine, maladies épisodiques ou émergentes, et bouleversements mondiaux, politiques et économiques.

Cependant et pour plus de facilité, l'équipe des participants au projet a décidé de ne pas faire figurer de tels événements ou bouleversements dramatiques dans les scénarios, afin de ne pas introduire de ruptures radicales.

Il a été admis qu'aucun bouleversement majeur, tel qu'une guerre mondiale, une épidémie de grippe, ou un changement climatique significatif ne surviendrait. En outre, on a admis l'hypothèse que les mécanismes de transmission du virus – ainsi que les vulnérabilités biologiques actuelles à l'infection à VIH – ne se modifieraient pas au cours des 20 prochaines années.

Si l'un de ces bouleversements extérieurs venait à se produire, il aurait probablement un impact significatif sur la capacité de l'Afrique et du monde à riposter efficacement contre l'épidémie de SIDA.

¹ ONU, Division de la population (2003) *World population prospects: The 2002 revision, and World urbanization prospects: The 2001 revision*, Disponible à l'adresse suivante : <http://www.un.org>



Le lion africain surgit de son repaire obscur
 Et son puissant rugissement défie la clameur du monde :
 - tel une vague gigantesque, il étouffe discordes et chicanes.

L'hippopotame, l'éléphant et le buffle pacifiques
 S'en vont lourdement boire l'eau des mares endormies :
 - mais lui est le maître du monde jusqu'aux confins de l'horizon.

Ses pas feutrés le portent parmi les os brûlés de soleil et les
 maigres broussailles,
 Humant le ciel mordoré d'un nouveau jour :
 - sa force transperçant son pelage, à l'instar de la lumière de l'aube.

— Brutus D. in: Pieterse C, ed. (1971) *South African poets: poems of exile*.
 Londres, Heinemann. Titre : "Lutuli : 10 décembre 1961".

Section 4 Des choix sans concession : l'Afrique s'engage dans la lutte

Le scénario présenté ci-après est livré sous forme de script d'un documentaire réalisé en 2026 et comporte un certain nombre d'observations émises à la fois par des dirigeants africains et des personnes familières de ce continent. Il décrit les choix rigoureux – tant économiques que sociaux et éthiques – auxquels dirigeants et gouvernements sont confrontés afin de parvenir à un renouveau national.

Conte populaire

Il était une fois un petit village nommé Ogundugbwe, où vivait une communauté d'animaux, l'Eléphant Lebongros, le Lion Intrépide, le Singe Diplomate, le Chacal l'Ensommeillé, la Souris Futée, la Hyène Docile et la belle Madame Zèbre.

La vie n'avait jamais été facile, mais maintenant, voilà qu'elle devenait encore plus dure – une maladie détruisait toutes les récoltes et la famine montrait le bout de son nez. Comme il y avait de plus en plus de morts, le Lion Intrépide, Chef d'Ogundugbwe, décida de convoquer tous les animaux pour une réunion d'urgence sur la place du marché.

Le Lion Intrépide dit : « Je vous ai convoqués ici pour que nous réfléchissions ensemble sur ce qu'il convient de faire. » Le Chacal l'Ensommeillé s'écria : « J'ai une solution !... Allons demander de la nourriture et de l'aide aux villages voisins et aux pays lointains. N'est-ce pas ce que nous avons toujours fait ? » « Non... non... non... », grogna le Lion Intrépide. « Pendant de nombreuses années, nous avons fait venir des gens d'ailleurs pour qu'ils nous aident à trouver des solutions à nos problèmes. Mais ces solutions ne sont jamais venues ! Et même, quelquefois, les étrangers n'ont pas arrangé nos affaires, tout au contraire ! »

« Aujourd'hui, en ces temps difficiles, nous devons être fidèles à nos valeurs et à nos traditions. Nous devons nous lever tous ensemble et nous mettre au travail. Nous devons oublier nos disputes et mettre en commun ce que nous avons », expliqua le Lion Intrépide.

Le silence se fit pendant un instant parmi les animaux, c'est alors que la belle Madame Zèbre prit la parole. « Si aucun des mâles du village n'a quoi que ce soit à dire, moi, en tant que femelle, oui ! »

« La première chose à faire est de rationner la nourriture. Il faut donc rassembler toutes nos provisions et les stocker dans le grenier municipal. Ensuite, quelqu'un, je propose Lion Intrépide, distribuera la nourriture aux autres avec l'aide de Hyène Docile, comme il le jugera bon. »

Tout le monde tomba d'accord et le Lion Intrépide s'en fut parler en privé au Chacal l'Ensommeillé et à la Souris Futée. Il leur dit : « Je vous ordonne d'abandonner sur-le-champ votre paresse et vos larcins. Trop de nos citoyens nous ont déjà quittés ! Et bien plus encore se meurent en ce moment même ! Si la maladie maudite continue de détruire nos récoltes, il ne nous restera plus que nos réserves. Dans ces circonstances, moi, Lion Intrépide, ne saurais tolérer aucun méfait dans notre communauté... Je ne saurais tolérer l'indiscipline... et je ne saurais tolérer le gaspillage ! »

« Mais, notre vénéré Chef Intrépide, » s'écria le Singe Diplomate, « Pourquoi ne parlons-nous que de la nourriture ? Qu'allons-nous faire au sujet de la maladie qui détruit nos récoltes ? Peut-être devrions-nous produire quelque chose qui résisterait à la maladie ? »

« Oh, je sais ce qu'il faut faire, » dit l'Eléphant Lebongros. « Nous pouvons élever des abeilles et récolter le miel. La maladie qui tue nos plantes ne pourra pas atteindre notre miel. »

Les animaux d'Ogundugbwe passèrent beaucoup de temps à s'occuper de leurs ruches tandis qu'ils traversaient encore des temps très durs. En rationnant soigneusement la nourriture, le Lion Intrépide et ses concitoyens les animaux réussirent à faire diminuer les décès dans le village. Mais la maladie mystérieuse rôda encore très longtemps autour d'eux.



Une planète, un monde

2026



ONUSIDA/L. TAYLOR

Script intégral inclus

Edition spéciale : Documentaire de Miriam Muntu : *Des choix sans concession*

Il y a vingt-cinq ans, de nombreux pays situés en Afrique étaient sous la menace imminente d'une catastrophe – mais la catastrophe n'a pas eu lieu.

L'année dernière, le très célèbre metteur en scène Miriam Muntu a décidé de perpétuer la mémoire des réalisations positives en Afrique. Dans *Des choix sans concession*, elle décrit ce qu'elle appelle « un exercice d'équilibrisme » brillamment exécuté par les dirigeants africains et leurs populations tandis qu'ils se battaient pour atténuer les conséquences les plus criantes du sous-développement et de la pauvreté, tout en respectant les traditions et les coutumes du passé et en construisant l'avenir.

Sur l'ensemble du continent, d'inquiétantes et profondes mutations sociales et économiques commençaient à se faire jour, en particulier dans les pays confrontés à une forte prévalence du VIH. Les gens parlaient des dommages inévitables qui touchaient les individus, notamment les enfants rendus orphelins par l'épidémie de SIDA et des familles détruites par l'impact de la maladie ; des compétences qui déclinaient au sein des gouvernements ; des menaces qui planaient sur la sécurité, que ce fut à l'échelon des foyers ou à l'échelle régionale, des altérations de plus en plus visibles de la démographie, de la perte de la mémoire sociale et institutionnelle, ainsi que des dégradations profondes et durables que subissaient les capacités de production et de protection que doit offrir la société. Aucun pays n'avait jamais eu à subir ce type de tensions auparavant et il n'y avait aucun précédent de solutions dont les pays auraient pu s'inspirer.

Ce n'était pas un temps de vaches grasses pour les pays africains – ils ne bénéficiaient de rien qui eût pu ressembler au Plan Marshall et ne pouvaient trouver le salut dans les secours prodigués en vertu d'accords internationaux. Le film souligne à quel point les choix devant lesquels se trouvaient les dirigeants africains étaient difficiles.

La série **Muntu** se compose de quatre parties relatant des événements qui ont eu lieu au cours des 25 dernières années.

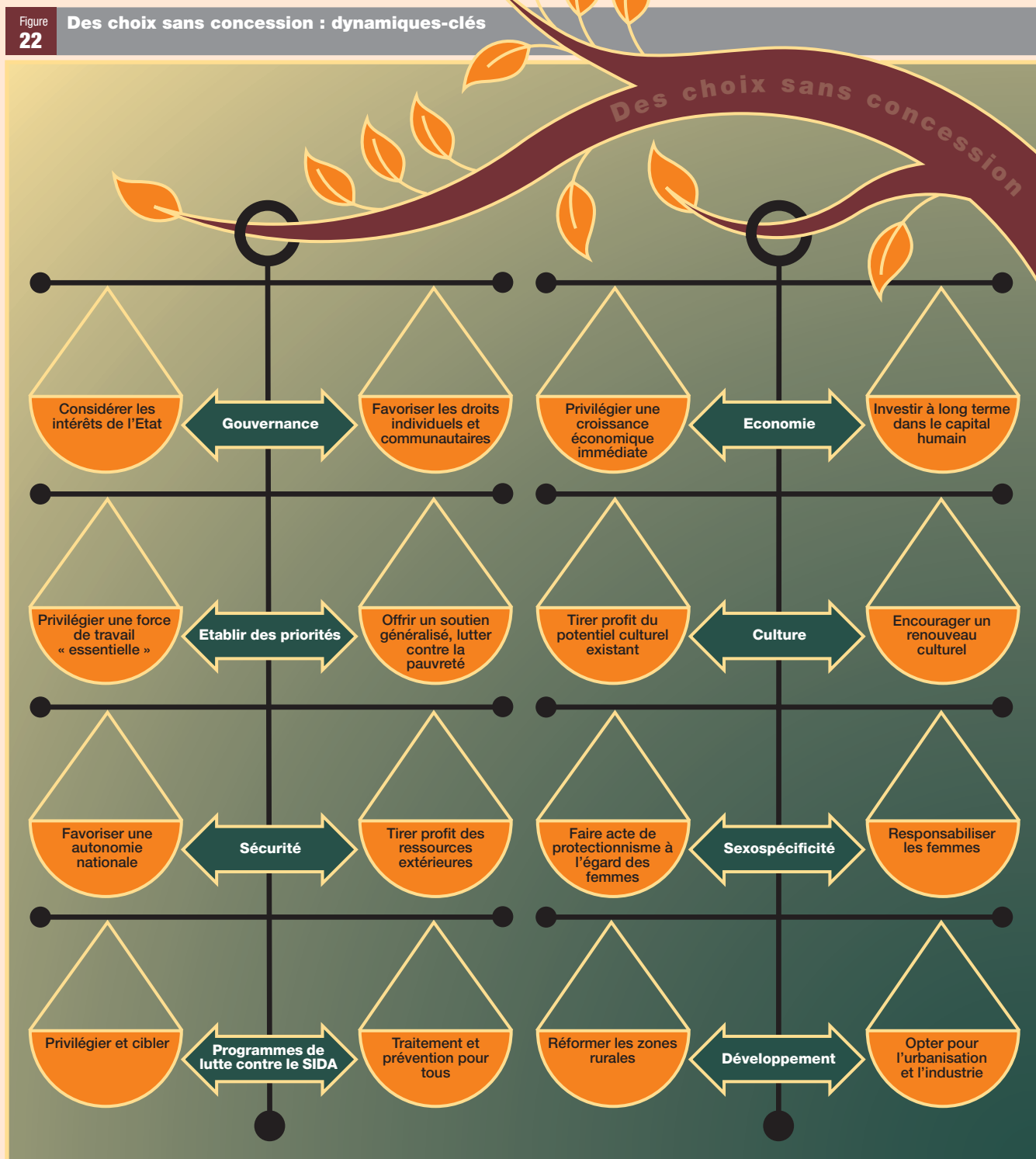
- 1** Les « **Premières années** » décrit la période initiale, lorsqu' une nouvelle génération de dirigeants élaborait une nouvelle vision de leurs nations.
- 2** « **Les années de la construction** » illustrent combien difficiles étaient les choix que ces dirigeants durent faire, alors qu'ils menaient leurs nations vers une plus grande autosuffisance et la prospérité.
- 3** « **La vie dans un monde où sévit le SIDA** » explique les défis que constitue le fait de s'attaquer à l'épidémie et les avantages qui en découlent.
- 4** « **Les années de la récompense** » montre ce qu'est aujourd'hui devenue l'Afrique, et comment le développement national s'est mis en place et a contribué à la coopération régionale et pancontinentale.

Dans la présente édition spéciale d'*Une planète, un monde*, nous publions le script intégral des quatre parties du documentaire et décrivons l'épidémiologie et les coûts de la riposte de l'Afrique à l'épidémie de SIDA.

L'équipe éditoriale d'*Une planète, un monde* a préparé un résumé et un diagramme qui doivent guider le lecteur à travers les principaux choix sans concession et les exercices d'équilibrisme que nous trouvons dans le script du film.

1. Les intérêts de l'Etat contre ceux de chaque communauté, et les droits individuels contre le bien de tous. Ce concept entraîne inévitablement quelques dissensions dans la manière de gérer.
2. La croissance économique immédiate contre un investissement à long terme en capital humain.
3. Où diriger les ressources – la priorité devrait-elle aller à la production rapide de compétences et de capacités au sein d'une minorité, essentielles à la création et au maintien des fonctions de l'Etat, ou la plupart des ressources devraient-elles être utilisées pour des services dispensés à la majorité en vue de soulager la pauvreté généralisée.
4. Savoir faire la part des choses entre des traditions culturelles bénéfiques et des traditions nuisibles.
5. Encourager la construction de la nation tout en maintenant de fortes alliances régionales et panafricaines, et s'affranchir de tout contrôle externe tout en bénéficiant de ressources extérieures.
6. Protectionnisme à l'égard des femmes contre une plus grande liberté pour les femmes.
7. Comment déterminer la direction que doivent prendre les programmes de lutte contre le VIH et le SIDA : prévention « ciblée » contre prévention généralisée, traitement réservé à une minorité de cadres ou traitement pour tous.
8. Les besoins de zones rurales (y compris la réforme agraire) contre les avantages de l'urbanisation et du développement industriel.

Figure 22 Des choix sans concession : dynamiques-clés



ONUSIDA/L. TAYLOR



Script des *Choix sans concession*

Partie 1 : Les premières années

action de la caméra

Séquence de montage initiale filmée en micro-trottoir sur fond de conversations de rue.

Le commentateur s'adresse à la caméra tout en se déplaçant dans les rues animées d'une ville africaine. Quelque part, devant lui, on peut entendre le battement lent d'un tam-tam.

Le commentateur parvient à l'angle d'une rue où un groupe de musiciens locaux joue du tam-tam devant le public – alors que les battements s'accroissent, le commentateur se retourne et continue de parler devant la caméra.

le script

Un homme : Le début et la fin de l'histoire parlent de leadership. Si nos dirigeants s'étaient montrés faibles, l'histoire aurait été différente.

Une femme (1) : Ils ne voulaient pas embrigader tout le monde, mais suffisamment de monde pour pouvoir continuer sans perdre de vue le chemin à parcourir.

Une femme (2) : C'était une forme de renouveau – un voyage initiatique sur le plan moral et éthique.

Le commentateur : Il semble qu'en 2005 une catastrophe ait été imminente dans de nombreux pays d'Afrique. Partout, on sentait venir la crise.

- Le sous-développement chronique paraissait chevillé au sol par la dette, la corruption, l'aggravation du chômage, et une population en constante augmentation qui se pressait aux portes de services publics défaillants ;
- L'aide au développement s'assortissait de coûts transactionnels prohibitifs et suivait les caprices des changements d'orientation des donateurs ;
- La marginalisation de l'économie du continent s'aggravait ;
- La violence et la guerre ne donnaient pas de signes d'affaiblissement et certains conflits semblaient insolubles.

Qui plus est, le SIDA aggravait encore les choses. Même les pays où l'épidémie n'atteignait pas des proportions tragiques ne pouvaient s'isoler des souffrances qui frappaient leurs voisins. Les conséquences de la stagnation économique, le délabrement des institutions, les dissensions intestines et le SIDA ne connaissaient aucune frontière.

Mais cette catastrophe n'a pas eu lieu.

Et l'Afrique n'a pas seulement survécu à toutes ces difficultés, elle est également entrée définitivement dans la voie du développement. Dans quelques pays, des dirigeants forts et efficaces, prêts à affronter les crises du développement, ont commencé à faire leur apparition. Limités par la rareté des ressources, et devant la nécessité de combler les divisions sociales, religieuses et ethniques, ils se sont attelés aux problèmes qui frappaient leurs pays en prenant des mesures parfois impopulaires, sans faire de concessions et en neutralisant les tensions dangereuses. Ils ont ainsi donné un exemple remarquable que bien d'autres ont commencé à suivre.

La plupart ont réussi.

Pour comprendre ce qui s'est produit, nous devons nous poser une question fondamentale : d'où venaient ces dirigeants ?

L'équilibre de la force et de la démocratie

action de la caméra

Les bruits de rue se dissipent. Le commentateur entre dans une bibliothèque poussiéreuse dont les rayonnages sont étagés jusqu'au plafond, et où le Professeur Damilola Oyo est en train de lire, assis près de la fenêtre devant une table couverte de livres. Le commentateur s'approche de lui, s'assied, et on le voit qui salue le Professeur. Pendant cette séquence, le commentateur parle hors caméra. La caméra se déplace pour filmer le signe de tête affirmatif du Professeur tandis que le commentateur parle.

Une crise – un chemin vers la solution...

La caméra suit le commentateur qui passe par une porte battante puis avance le long d'un corridor tout en parlant à la caméra.

Le commentateur entre dans un bureau orné de plantes vertes et salue le Professeur Betty Amanzi, vêtue d'une magnifique tenue nationale.

le script

J'ai rencontré le Professeur Damilola Oyo à l'Université de Lagos, où il étudiait la question des dirigeants et du leadership dans l'histoire africaine et je lui ai posé la question.

Le Professeur Oyo, qui répond avec un enthousiasme évident : C'est l'histoire de l'Afrique qui a formé ses dirigeants. Depuis les luttes anticolonialistes des années 1950 jusqu'au début des années 1990, l'Afrique était dominée par une autocratie civile, des dictatures militaires ou des pseudo-démocraties. Il y a eu des Etats à parti unique, et des Etats sans parti, ou encore des Etats où le parti dominant réprimait l'opposition.

Des expériences idéologiques, notamment le socialisme et même diverses formes de gouvernements consensuels – où des groupes parfaitement disparates coexistaient dans un même Etat, avec une coopération partielle des élites dirigeantes. Toutefois, ce sont différentes variantes du capitalisme qui devinrent la règle. La vérité, c'est que les différentes idéologies servaient tout simplement à cacher le caractère patrimonial et parfois kleptocratique des systèmes.

Le commentateur : Je me souviens d'avoir lu que vers la fin des années 1990, des voix de plus en plus audibles se sont élevées dans les pays africains pour demander plus de démocratie, de transparence, de répondant de la part du gouvernement. Les gouvernements occidentaux, et en particulier les donateurs, voyaient cette tendance d'un très bon œil.

Le Professeur Oyo : C'est vrai – les populations faisaient pression pour que les choses changent. La société civile devenait de plus en plus active et n'hésitait pas à se faire entendre, tout cela avec un soutien accru de la part de l'Occident. Ainsi, au commencement du XXI^e siècle, on comptait en Afrique un plus grand nombre de dirigeants élus démocratiquement que jamais auparavant. La vague croissante de changements a alors permis aux dirigeants de changer la face de l'Afrique.

Le commentateur : De quelle manière cette nouvelle génération de dirigeants a-t-elle influencé la politique africaine ?

Le Professeur Oyo : Dans certains pays, le processus était en pleine maturation, la société civile était puissante et l'éducation civique atteignait de hauts niveaux. Dans d'autres, les candidats à la législature suprême de l'ancien régime s'accrochaient à leur mandat, par la force ou à cause des erreurs commises par l'opposition.

En 2010, l'Afrique abritait en son sein divers types de dirigeants : certains des anciens kleptocrates étaient toujours là – et de nouveaux avaient surgi – mais dans d'autres pays, les dirigeants avaient été élus démocratiquement et provenaient d'anciennes et de nouvelles familles politiques, et il y avait aussi plus de femmes au pouvoir.

le commentateur : Mais quelles que furent leurs origines, la presque totalité des dirigeants de la nouvelle génération avaient une chose en commun... quel qu'ait été le niveau de prévalence qu'ils aient eu à affronter, ils savaient pertinemment que l'Afrique était plongée dans une crise sans précédent qui exigeait de nouvelles solutions politiques et des réponses aux difficultés communes, aux conflits cycliques, à l'augmentation de l'absentéisme, aux problèmes que rencontrait le secteur public pour assurer ses prestations, et à la pénurie de ressources humaines. Des tentatives antérieures pour établir une unité régionale et panafricaine avaient commencé à livrer des résultats encourageants.

Madame le Professeur Betty Amanzi a réalisé quelques travaux spécifiquement consacrés aux changements qui se sont produits à cette époque en Afrique.

Le commentateur prend place et demande : Ainsi les dirigeants connaissaient bien le problème ?

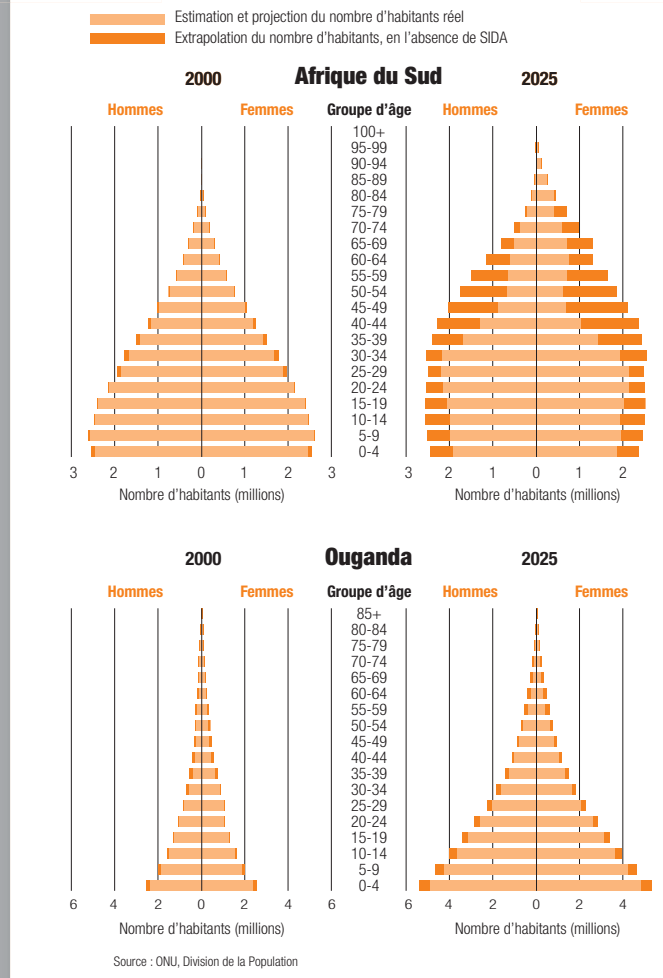
Le Professeur Amanzi : Oh oui, les dirigeants de tous niveaux étaient terriblement conscients de la crise qui touchait le continent. L'optimisme de la génération post-coloniale n'était plus qu'un vieux souvenir. La délinquance, la pauvreté et la maladie étaient aussi aiguës que toujours – et à certains endroits, pires. Les services publics se désagrégeaient. Dans certains pays, l'espérance de vie régressait, en grande partie

action de la caméra

La caméra zoome sur un grand graphique mural.

le script

Figure 23 Nombre d'habitants ayant, ou pas, contracté le SIDA, Afrique du Sud et Ouganda, 2000 et 2025



à cause du SIDA. Les dirigeants corrompus ou inefficaces étaient légion. Dans le même temps, les promesses que faisait le reste du monde d'aider l'Afrique reposaient trop souvent sur la perception qu'avait le Nord des problèmes et des solutions et l'aide était irrégulière, imprévisible et souvent utilisée sans discernement.

Le Professeur Amanzi continue de parler pendant que la caméra reste sur le graphique puis revient sur elle dans son bureau.

Le Professeur Amanzi : Dans quelques pays à prévalence élevée, les dirigeants, y compris les dirigeants d'entreprises et les chefs religieux – avaient compris l'impact à long terme du VIH sur l'évolution démographique et cherchaient à prendre exemple sur des pays où le pouvoir en place, puissant, avait réussi dans une certaine mesure à contrôler l'épidémie. D'autres cherchaient l'inspiration auprès de pays qui avaient pris des mesures leur ayant permis de maintenir des taux de prévalence du VIH extrêmement bas. Il devenait très clair qu'aucun pays ne pouvait rester isolé face aux conséquences de l'épidémie : le VIH ne respectait aucune frontière.

Remarquez que le SIDA n'était pas le seul sujet de préoccupation, et même, dans certains pays, il n'était pas le plus important. Mais là où l'épidémie était la plus virulente, elle était considérée comme une métaphore du combat que l'Afrique devait mener sur tous les fronts.

Le commentateur : Alors qu'ont-ils fait ?

Le Professeur Amanzi : En 2010, d'une manière ou d'une autre, de nombreux chefs d'Etat avaient fermement décidé quelle direction ils prendraient. Il ne s'agissait pas de visions nébuleuses, mais de buts concrets concernant l'accroissement de l'autonomie

action de la caméra

le script

économique, une meilleure utilisation des ressources internes et extérieures, et un véritable objectif de développement constant à long terme.

C'est à peu près à cette époque, ou peut-être un peu avant, que l'on rencontre un mouvement d'opinion indéniable affirmant que pour construire un avenir meilleur, les Africains doivent trouver des solutions qui leurs sont propres, se souvenir de leurs traditions ancestrales, et recouvrer en partie leurs valeurs et leurs systèmes politiques et sociaux. Les meilleurs dirigeants alors en place ont souscrit à – tout autant qu'ils ont été le fruit de – ce nouvel élan populaire. Des visions très variées prenaient forme qui prônaient fréquemment un sens moral nouveau au sujet de la direction que devaient prendre leurs pays.

Le commentateur : Vu d'aujourd'hui, ces événements nous paraissent s'être déroulés sans heurts, pourtant ce n'était pas vraiment facile...

Le Professeur Amanzi : Vous avez raison, les esprits de tout le continent ne se sont pas mis d'accord comme par magie... Si ces approches nouvelles gagnaient l'approbation de certains, d'autres restaient méfiants. Les pouvoirs rivaux de la région en particulier n'avaient aucune confiance ; néanmoins, encouragés par les principes du panafricanisme et par les exemples qu'ils voyaient autour d'eux, ils ont compris qu'ils avaient intérêt à améliorer leurs relations avec leurs voisins et à ne pas perdre l'avantage de la coopération inter-pays. L'influence des blocs commerciaux et économiques régionaux prenait de l'envergure. C'est de là que s'est progressivement formé le puissant esprit de panafricanisme que nous connaissons aujourd'hui.

Le commentateur : Est-ce que la même chose s'est produite à l'intérieur des pays... ?

Le Professeur Amanzi : Oui et non. Quelques-uns des dirigeants combattaient l'opposition par la force, d'autres cherchaient à s'attirer le soutien du peuple. Partout où quelqu'un essaie d'imposer sa vision des choses, cet homme ou cette femme rencontrera de l'opposition.

Vous comprenez, il n'y avait pas beaucoup de ressources humaines et financières et il est certain que dans quelques pays, l'autorité et la légitimité des partis politiques et des institutions avaient souffert. Les instruments du pouvoir et la faculté de contrôle des Etats s'étaient affaiblis en raison des difficultés qu'ils devaient affronter. Le moral déplorable et l'insuffisance des effectifs de nombreuses forces armées étaient encore aggravés par la prévalence élevée du VIH dans leurs rangs. A quelques exceptions près, d'importance, certes, les investissements commerciaux peinaient à progresser. En outre, l'intensification des impacts de l'épidémie de SIDA, ainsi que la compétition acharnée à l'égard des ressources naturelles et de la distribution des revenus de l'Etat, montraient à l'évidence que l'on se rapprochait dangereusement du chaos.

Le commentateur : Je suis venu ici pour demander à Hulda Esi comment l'Afrique s'en est sortie. Hulda travaillait à cette époque dans une administration locale d'un pays dont la prévalence du VIH était alors élevée.

Esi : C'était une drôle d'époque, mais une époque fantastique. Tout allait si vite. Nous savions que c'était la crise, vous voyez. Ce n'est pas quelque chose qui s'abat sur vous à l'improviste. Non. Mais peu à peu, les choses empiraient et les gens se sont rendu compte que nous vivions une époque, comment dire ? sans issue. Et, oui, à un certain moment, nous avons compris que nous devons prendre notre destin en main. Ce que disait notre Présidente nous donnait beaucoup d'espoir. Elle parlait du fond du cœur. Si nous ne faisons rien, qui ferait quelque chose pour nous ? Nous devons être prêts à affronter la crise du développement qui menaçait l'Afrique, et aussi la propagation de l'épidémie – et nous devons renverser la situation.

Le commentateur : Et qui a été le premier à comprendre ce qui se passait ?

Esi : Eh bien, de plus en plus de dirigeants réalisaient qu'il faudrait mobiliser des ressources financières, sociales et humaines à tous les niveaux d'activités du gouvernement et qu'ils avaient besoin des ressources et de l'aide des chefs locaux et traditionnels.

Le Professeur Amanzi se redresse et se dirige vers une fenêtre, tout en continuant à dialoguer.

Le Professeur Amanzi s'écarte de la fenêtre tout en continuant à s'adresser au commentateur qui est, lui, assis.

La caméra suit le commentateur qui traverse le hall d'entrée, ordinaire et quelque peu négligé, d'un bâtiment administratif gouvernemental.

Suivi par la caméra, le commentateur entre dans un petit bureau aux murs nus. Sur la table, on voit un ordinateur et un téléphone portable, mais ce n'est pas là le bureau d'un responsable travaillant dans une entreprise florissante – les parois mériteraient d'être

Réponses locales, orgueil national

Coopération et négociation

action de la caméra

... repeintes et un nouveau bureau avec sa chaise seraient les bienvenus.

Le commentateur se dirige vers un café tout en parlant à la caméra.

Les trois invités sont assis à une table. La caméra et le commentateur les rejoignent alors qu'ils discutent.

le script

Les dirigeants locaux ont été les premiers à dire que leur population était confrontée à une crise sociale et politique. Le renouveau de l'Etat leur offrait une chance : la coopération allait leur permettre d'occuper des postes-clés et ils pourraient alors offrir à la population dont ils étaient responsables une meilleure chance d'avoir de l'eau propre, de meilleures routes et la possibilité de s'en sortir. Quelques-uns, malheureusement, avaient des préoccupations moins altruistes. Ils ne voyaient là que l'occasion de reprendre le pouvoir et de retrouver une crédibilité politique.

Mais je pense aussi à des dirigeants qui pensaient réellement que le futur de l'Afrique était de retourner vers son passé rural, ou de faire une révolution aux pieds nus parmi les pauvres des villes, même s'il en était d'autres pour rejeter cette idée aux allures de rêve romantique. Et il y avait ceux qui souhaitaient vraiment et ardemment faire revivre la riche histoire de leur pays, et qui pensaient que les dirigeants locaux et traditionnels étaient essentiels à la tâche de régénération des institutions et des systèmes de valeurs. D'une façon ou d'une autre, ils ont contribué à inspirer une nouvelle vision du développement.

Le commentateur : Beaucoup de gens de l'extérieur cherchaient à les encourager, car une grande partie des « meilleures pratiques » dans tous les secteurs du développement attiraient l'attention sur le rôle déterminant des collectivités rurales. Nous avons donc invité nos deux professeurs et Esi à se rencontrer pour discuter des nombreuses ramifications, en particulier en ce qui concerne la riposte contre le VIH et le SIDA, engendrées par le fait que le leadership africain repose sur deux piliers : le pouvoir officiel de l'Etat et les réseaux traditionnels et locaux du pouvoir.

Le Professeur Amanzi : Grâce aux autorités traditionnelles et aux institutions locales, les gouvernements africains pouvaient avoir vent des dissensions et les apaiser. Je ne suis pas en train de dire que c'était une bonne chose, mais il faut reconnaître que c'était un moyen efficace de neutraliser les fauteurs de troubles les plus puissants et de maintenir une paix et une stabilité relatives.

Le Professeur Oyo : Bien sûr, s'ils n'étaient arrivés à rien par la persuasion, les dirigeants avaient recours à la force, même face au tollé général. Les gouvernements s'assuraient qu'ils avaient le monopole presque total de la force dans la société, mais en même temps, ils mettaient un fort accent sur le respect des systèmes locaux de gouvernance, ainsi que de la loi, et la plupart d'entre eux ont mis sur pied des systèmes judiciaires efficaces, même si ceux-ci n'étaient pas toujours totalement indépendants.

Esi : En plus, la coopération des leaders traditionnels ou des administrateurs locaux apportait une énergie nouvelle ; mais les dirigeants de l'Etat ne lâchaient jamais les rênes. Dans certains pays, cela a même donné lieu à une approche administrative qui pourrait être décrite comme une décentralisation contrôlée et dirigée. Ce n'était en réalité, et de loin, pas une stratégie libérale, mais plus une sorte d'« autoritarisme éclairé ».

Le Professeur Amanzi : C'était loin d'être facile... Vous voyez, ces dirigeants avaient la responsabilité d'équilibrer les intérêts généraux de l'Etat et les intérêts de chacune des communautés, et devaient en outre se garder de donner l'impression de favoriser l'une ou l'autre d'entre elles.

Le commentateur : Mais alors, qu'est-ce qui a fait que les pays sont restés unis ?

Esi : Dans les premières années, lorsque les choix étaient vraiment durs à supporter, la seule chose qui maintenait les gens unis était l'engagement qu'ils avaient pris de construire leur nation. Mais il n'en était pas moins difficile de naviguer entre les écueils des divisions tribales ou religieuses.

Le Professeur Amanzi : Certains dirigeants voulaient retrouver l'Afrique d'avant la colonisation. Ils avaient tendance à être plus conservateurs et plus réticents à l'égard des influences et de la pensée non africaines, et ils créaient des liens très puissants avec les groupes religieux et les leaders traditionnels.

action de la caméra

le script

Maintenir un minimum de personnel

Le Professeur Oyo : Et puis il y avait ceux qui voulaient être sûrs que ce qu'ils retenaient de la tradition était ce qu'il y avait de mieux pour leur peuple, ou ce qui conduirait au meilleur résultat.

Mais quel qu'ait été le chemin qu'ils avaient choisi de suivre, ces dirigeants savaient qu'ils étaient dans la meilleure position pour prendre des décisions et qu'ils pouvaient compter sur l'appui de conseillers et de technocrates de plus en plus compétents.

Le commentateur : **Il semble que les gouvernements ont dû faire des choix administratifs difficiles, entre différentes forces sociales, approches de développement économique, sécurité... la liste est longue. Là où le SIDA avait affaibli l'administration, celle-ci ne parvenait probablement pas à s'occuper de tout... et sur quels critères se fondait-on pour déterminer à qui destiner les antirétroviraux ?**

Le Professeur Amanzi : Vous avez raison. C'était vraiment dur. Les gouvernements devaient restreindre l'accès à la thérapie antirétrovirale aux membres essentiels de leur personnel, alors que tant d'autres personnes en avaient aussi besoin. C'était un cauchemar que de mettre au point les critères d'accès. Les militaires étaient souvent les premiers sur la liste, et les hauts fonctionnaires du gouvernement se débrouillaient toujours pour recevoir la thérapie dans des cliniques privées. Dans certains cas, il y avait même des arrangements spéciaux liés à l'accès à la thérapie antirétrovirale, notamment dans le cas des enseignants.

Esi : La question était de savoir quel type de personnel indispensable il importait de garder. Mais les priorités ne se fondaient pas seulement sur le VIH et le SIDA. Chacun des dirigeants avait ses priorités, selon les besoins du pays, les points faibles et les points forts. Quelquefois, cela voulait dire qu'il faudrait faire des sacrifices, comme de soutenir les capacités techniques et professionnelles au détriment de l'enseignement primaire universel, ou encore choisir entre créer des logements urbains ou mener des stratégies de développement rural.

Le commentateur : **Et bien sûr, face à tous ces choix difficiles, la tolérance à l'égard de l'opposition devait être de plus en plus limitée.**

Le Professeur Oyo : Oui, mais presque partout, on tolérait que les gens puissent ne pas être d'accord. Bien évidemment, seulement dans la mesure où la situation demeurait gérable. De nombreux dirigeants ont fait en sorte que la société civile et les chefs traditionnels locaux aient accès aux instances gouvernementales, en proposant des rencontres d'information, un accès aux financements du gouvernement ou des récompenses pour « services rendus à la nation ». En fait, il faut souligner que cette stratégie cooptative limitait les critiques publiques virulentes à l'encontre du gouvernement de la part du secteur tertiaire et des autorités traditionnelles.

Mais il y avait un inconvénient, la confiance du public était mitigée et les idées neuves se faisaient de plus en plus rares.

Le commentateur : **Il est surprenant de constater qu'ils ont été capables de maintenir l'unité nationale. Il y avait, et il y a encore, c'est évident, une volonté de coopérer. Alors quel était l'élément unificateur ?**

Le Professeur Oyo : Le fait que les dirigeants, tant au niveau fédéral que provincial ou communautaire, se soient sentis plus responsables les uns envers les autres qu'auparavant, et aussi le développement des technologies de l'information et des médias. Ils apprenaient à négocier les uns avec les autres et n'hésitaient pas à adapter des idées glanées auprès de leurs homologues et à parfaire ainsi leurs connaissances. Cela ne signifiait pas que toutes les tensions s'étaient dissipées, loin de là. En particulier certains dirigeants sans scrupules – il y en aura toujours – étaient encore décidés à tirer avantage des divisions ethniques ou religieuses, ou à fomenter la xénophobie s'ils pouvaient ainsi arriver plus vite à leurs fins politiques...

Esi, qui l'interrompt : Mais même là où les dissensions politiques étaient sous contrôle, il y avait des inconvénients à tenir si étroitement les rênes du pouvoir. Il est difficile de

action de la caméra

le script

susciter un esprit d'entreprise, que ce soit dans les programmes et les approches préconisées par les ONG ou dans les instances administratives du gouvernement.

Le Professeur Amanzi : C'était un équilibre que bien des dirigeants avaient de la peine à tenir... Mais à ce moment-là, la plupart d'entre eux cherchaient avant tout à mettre de l'ordre dans les affaires du pays – créer un soutien, un sens fort de l'identité nationale et un partage des responsabilités entre l'élite intellectuelle et la classe moyenne, et entre les groupes religieux et ethniques. Ils devaient passer par ces étapes initiales, qui sont les plus difficiles et faire naître l'espoir. Ils devaient électriser leur peuple, et bien sûr susciter la confiance en tenant leurs promesses. Les gouvernements étaient attachés à l'idée qu'en maintenant une stabilité ou un contrôle gouvernemental, ils favoriseraient la confiance des investisseurs...

Esi : Au cours de cette période, l'importance de l'idéologie était omniprésente. Je me souviens d'un slogan qui disait : « Quelle image voulez-vous que vos enfants gardent de vous ? » Beaucoup de gens calquaient leurs idéaux sur la toile de fond du panafricanisme, même si ce n'était pas une réalité politique. Un des gouvernements avait pour mot d'ordre la « négritude », un autre prônait l'anti-impérialisme... Quelques-uns allaient à la rencontre de leur peuple, leur offrant des festivités spectaculaires ; d'autres allaient même jusqu'à solliciter des artistes connus, vous savez, des Disk Jockeys et des chanteurs, des auteurs dramatiques ou des metteurs en scène de cinéma. Pour d'autres, la main de fer était toujours prête à se débarrasser du gant de velours.

Le commentateur : On dirait qu'ils voulaient que leur peuple comprenne qu'il n'y avait pas de miracle possible, mais que les choses allaient s'arranger tôt ou tard... que l'on était en train de poser des bases durables, en particulier en ce qui concernait la lutte contre le SIDA...

Le commentateur se tourne vers la caméra qui s'éloigne de la table et jette un coup d'œil en direction du groupe.

Le commentateur retourne auprès du groupe et la caméra filme encore un moment la conversation qui se poursuit autour de la table, puis s'éloigne en fondu en guise de fin.

Le commentateur : **Madame le Professeur, Monsieur le Professeur, Madame Esi, merci d'avoir bien voulu participer à cette première partie de notre série documentaire.**

ONUSIDA/L. TAYLOR



action de la caméra

La séquence d'ouverture montre des images d'institutions internationales financières et de développement, un entrepôt rempli de denrées alimentaires, un port animé, des champs de blé et de maïs, une classe d'école, et une salle d'hôpital bondée... Séquence de montage initiale filmée en micro-trottoir sur fond de conversations provenant du marché très animé d'une petite ville.

La caméra revient sur le commentateur qui s'éloigne du marché en direction d'un endroit calme, à l'ombre d'un grand arbre.

Quels objectifs pour l'aide ?

Le commentateur se dirige vers deux personnes assises à l'ombre sur des pliants et les présente.

le script

Une femme (1) : Les dirigeants savaient bien qu'une crise sévissait, mais ils ne la voyaient pas de la même manière et l'ont affrontée différemment. Il leur fallait établir des priorités.

Un homme (1) : Certains ont fait du SIDA une priorité ; pour d'autres, c'était plutôt la tuberculose qui arrivait dans le sillage du VIH ; quelques-uns ont mis l'accent sur le paludisme, ou l'eau saine et la nutrition ; d'autres ne pensaient qu'à diversifier leurs industries de base, et d'autres encore voulaient mettre l'unification des économies officielles, populaires et communautaires tout en haut de leur liste. Il y en avait beaucoup qui s'occupaient de résoudre les problèmes sociaux et culturels. Cela ne voulait pas dire que les autres problèmes n'existaient pas, mais compte tenu de ressources intérieures et internationales limitées, ils devaient bien peser leurs choix.

Un homme (2) : Ce n'était pas facile. Il fallait s'occuper des nécessités, disons économiques, requises, pour lutter contre la crise, et il fallait équilibrer cela avec les exigences politiques.

Une femme (2) : Certains dirigeants ont fait des choix difficiles, et ils en ont assumé les conséquences politiques. La plupart des dirigeants ont été obligés de prendre des décisions difficiles concernant la préservation, la répartition et la production des ressources.

Le commentateur, qui traverse un marché grouillant de monde : La crise que la plupart des dirigeants africains voyaient se dérouler devant leurs yeux était une crise liée au développement. Bien sûr, le VIH et le SIDA ajoutaient à l'urgence des problèmes, mais la plupart des gens savaient qu'en dépit de l'horreur qu'elle représentait, l'épidémie était aussi le symptôme d'un problème beaucoup plus vaste qui touchait l'Afrique tout entière. Ils ont réalisé qu'il fallait s'attaquer au contexte dans lequel évoluait l'épidémie, à savoir le sous-développement extrême de leur pays. Mais comment ?

Aujourd'hui, nous voyons de quelle manière les nouveaux dirigeants d'alors s'y sont pris et comment ils ont abordé les questions sur lesquelles se focalisaient la population : la création d'emplois, la délinquance, le SIDA, l'éducation, le logement et la corruption.

Le commentateur : Nous accueillons à nouveau Hulda Esi, qui travaillait à l'époque dans une administration locale d'un pays où la prévalence du VIH était élevée et nous accueillons pour la première fois un journaliste célèbre, le Professeur Mohammed Parkes, pour qu'il nous dise ce qu'ont fait les dirigeants de l'époque.

Le Professeur Parkes, qui parle vite et énergiquement : Entre 2005 et 2010, on s'est rendu compte que les pays riches n'augmenteraient pas massivement l'aide aux pays en développement. En dépit de tout le travail effectué par le Projet de Développement pour le Millénaire, aucun signe n'annonçait une augmentation du double de l'aide assurée jusque-là. En fait, en 2010, celle-ci stagnait toujours, même si elle donnait

action de la caméra

le script

l'impression de se maintenir plutôt bien en ce qui concernait le VIH et le SIDA. Les pays donateurs se trouvaient confrontés à une liste de plus en plus longue de demandes diverses et pour une grande partie, l'aide prodiguée était liée à leur perception de la manière dont les pays africains devaient gouverner et se comporter.

En 2010, il était clair que seul un petit nombre de pays, principalement en Afrique du Nord, réussiraient à atteindre l'un des *Objectifs de Développement pour le Millénaire (ODM)*. Après tout, dès l'année 2004, le Programme des Nations Unies pour le développement avait prédit que, compte tenu des tendances observées, la pauvreté des pays d'Afrique subsaharienne ne pourrait *jamais* être réduite de moitié. La relance très énergique de ressources extérieures que l'on pensait être nécessaire pour faciliter le processus dans d'autres pays ne se profilait pas à l'horizon. Tout le monde le savait.

Nous serions donc obligés de nous tourner vers nos propres ressources et de tirer un parti maximum de l'assistance au développement. Si nous ne pouvions pas atteindre les *ODM* avant l'année 2015, cela ne signifiait nullement que nous devions relâcher nos efforts, mais ce serait notre combat et non celui de quiconque.

Esi : Lorsque nous avons pris conscience de cela, les relations entre les gouvernements africains et leurs partenaires extérieurs ont changé. Nous avons connu un des moments forts lorsqu'en 2009, un nouveau protocole de consultations entre partenaires a été établi. Une fois adopté, un plus grand nombre de pays l'ont accepté et les donateurs et les institutions multilatérales ont été invités à présenter leurs offres d'investissement conjointement et non séparément.

Le Professeur Parkes : Les partenaires donateurs avaient encore une liste très claire de pays qu'ils souhaitaient aider, ceux qui selon eux présentaient un environnement politique favorable, et ils ont commencé à s'apercevoir que les pays étaient de plus en plus nombreux à se conformer à cette liste.

Esi : Les pays prenaient de l'assurance. Nous approchions les donateurs en tant que pays égaux et souverains afin de relancer le processus. Ils nous ont dit qu'ils ne souhaitaient pas quitter nos pays, mais lorsque nous les avons pris au mot au sujet d'une plus grande équité, lorsqu'il s'est agi de définir les termes de nos accords, ils ont été surpris. Nous leur avons dit clairement que le fait de nous fournir de l'aide ne leur donnait pas la permission de créer des systèmes parallèles d'administration et de gouvernance, en particulier lorsque des progrès significatifs avaient été atteints en la matière. Nous avons également mentionné que nous utiliserions leurs ressources plus efficacement. En 2010, de nombreux pays avaient fait des progrès majeurs dans l'amélioration de la qualité de leurs systèmes gouvernementaux : alors, pourquoi n'en n'aurions-nous pas profité ? Je dois dire que ceux qui sont restés étaient les meilleurs, et les autres ne nous ont pas manqué. Certains de nos partenaires, qui au début étaient désireux de conserver leurs systèmes financiers, ont accepté de travailler dans le cadre de nos stratégies nationales globales.

Le Professeur Parkes : L'Afrique savait depuis le début que l'autonomie et le libre arbitre représentaient une route longue et difficile. Nous devons déterminer en quoi consisteraient nos premières actions, nous ne devons pas perdre de vue notre objectif à long terme, qui consistait à construire notre avenir... et la tentation d'emprunter massivement était toujours présente.

Le commentateur : **Et dans de nombreux pays, le SIDA sévissait toujours, en toile de fond, avec la nécessité urgente de sauver des vies. Les gouvernements étaient-ils capables de faire face ? Pouvaient-ils diversifier, expérimenter, et en outre combattre la corruption ? Les ressources économiques augmenteraient-elles suffisamment pour fournir les services publics essentiels et, il ne s'agissait pas là de la moindre des choses, pour faire face aux coûts de la riposte au VIH et au SIDA ?**

Le Professeur Parkes : Eh bien, en même temps, certaines économies ont commencé à se diversifier. A mesure que la confiance grandissait, la participation du secteur privé à la fourniture de services et à la formation s'accroissait. Dans certains pays, la motivation venait de la suppression de certains impôts. Forts d'une plus grande stabilité, certains pays sont devenus attractifs pour de nombreuses compagnies. Les

action de la caméra

le script

investissements venaient d'autres pays d'Afrique, en particulier de l'Égypte, du Nigeria et de l'Afrique du Sud, dans un large éventail de domaines, tels que les technologies d'information et de communication, le développement des affaires, le tourisme et l'infrastructure. Des investissements sont également venus de la Chine et de l'Inde.

Les pays ont testé un grand nombre de politiques développementales et économiques différentes. Certains ont mené des politiques industrielles (par exemple en sélectionnant des secteurs potentiellement porteurs et en facilitant leur développement au moyen de subsides, de mesures législatives et d'autres formes d'incitation). D'autres se sont élevés dans la chaîne des valeurs en augmentant la cote de leurs exportations en transformant leurs matières premières et en trouvant des marchés plus lucratifs.

Certains ont signé des accords bilatéraux afin d'obtenir des marchés pour leurs produits d'exportation, tandis que d'autres ont consacré du temps, des ressources et de la main-d'œuvre pour définir la marge de manœuvre dont ils disposaient dans le cadre d'accords multilatéraux, afin de pouvoir les utiliser à leur avantage et en tirer le plus fort potentiel possible. Ils ont cherché à garder une certaine liberté de choix en ce qui concernait leur développement économique futur, en évitant d'intégrer des accords qui auraient pu compromettre le potentiel et les plans de développement de leurs pays.

Esi : C'est tout à fait cela. Les pays ont testé différentes politiques développementales et économiques et ils ont été peu nombreux à adopter exactement les mêmes stratégies. On était loin d'approches toutes coulées dans le même moule. Quelques pays ont attiré un nombre croissant d'hommes, de femmes et d'enfants pauvres sur le marché officiel du travail et leur ont donné une formation et une éducation de base. D'autres ont préféré rechercher des opportunités de commerce avec l'étranger et attirer des investissements. Et bien entendu, certains ont réussi et d'autres non.

Le Professeur Parkes : Certains pays, ceux qui s'étaient spécialisés dans l'exportation d'un produit de base unique, ont commencé à se diversifier en mettant sur pied des politiques industrielles. Ceux qui pouvaient offrir à l'exportation plus d'un produit de base et qui s'étaient déjà lancés dans les produits manufacturés, ont délocalisé le travail vers des pays plus vastes ou des pays où la prévalence du VIH était encore faible.

Le commentateur, qui se tourne vers la caméra : Nous avons demandé à **Aïda Michel, une brillante femme d'affaires, de nous expliquer ce qui s'est passé ensuite. Nous l'avons rejointe alors qu'elle inspectait une aire de stockage.**

Le commentateur : **Aïda Michel, cette époque ne devait pas être facile ?**

Aïda Michel : En effet. Ce n'était pas chose facile que d'essayer d'améliorer la productivité de la main-d'œuvre non officielle, qui pourtant était sous-employée. Il fallait des changements radicaux qui donneraient le droit de propriété à cette main-d'œuvre, dont un pourcentage important était très réticent à vouloir intégrer le marché du travail régulier où ils devraient payer des impôts.

Puis on s'est occupé de responsabiliser un nombre substantiel de personnes au chômage ou sous-employées. Il fallait pour cela mener une stratégie agricole agressive consistant à procéder à une réforme agraire et à une redistribution des terres, liées à une stratégie d'industrialisation fondée sur le développement de petites et moyennes entreprises et de micro-entreprises, ainsi que d'entreprises de grande envergure adéquates.

Le commentateur : **Est-ce que tout le monde a réussi à le faire ?**

Aïda Michel : Non. Vous voyez, il fallait avoir des objectifs : et il est clair que l'ensemble des chômeurs et des personnes sous-employées n'étaient pas capables de créer leur propre entreprise. Certains devaient poursuivre leurs études ou entamer une formation professionnelle, d'autres étaient intéressés par les prestations sociales qu'ils pourraient toucher plus tard, et beaucoup semblaient mieux adaptés au travail salarié ou effectué au sein de coopératives, mais seul un nombre restreint manifestait un véritable esprit d'entreprise.

Le commentateur : **Mais, vous-même, vous avez atteint le succès en tant que femme d'affaires ? Quel a été votre parcours ?**

La caméra filme une femme qui traverse un entrepôt rempli de denrées alimentaires.

Le commentateur la salue et ils s'asseyent sur des bancs.

action de la caméra

le script

Gros plan sur le port, très animé, et sur le Professeur Parkes adossé à une balustrade surplombant une grue en mouvement.

La caméra revient pour saisir le commentateur dans son champ.

Aïda Michel : Certains gouvernements avaient compris qu'il fallait prendre quelques mesures essentielles pour que les femmes puissent participer à l'économie, et ces mesures ont fonctionné.

Le commentateur : **Pouvez-vous nous dire quelles étaient ces mesures ?**

Aïda Michel : Ecoutez, je ne voudrais pas généraliser. Souvenez-vous que dans certains pays – et ce phénomène perdure – seules les coutumes locales et religieuses décidaient de ce que les femmes avaient le droit de faire. Je ne peux parler que de mon pays – en fait de ma région. Il a d'abord fallu supprimer les lois et la législation discriminatoires puis fournir un soutien, une éducation, une formation et des structures destinées au développement de l'agriculture. Cela a l'air simple, mais en vérité, il a fallu beaucoup de temps.

Naturellement, et surtout lorsque les zones urbaines se sont développées, l'amélioration progressive des infrastructures sociales et économiques de base a contribué à nous soulager, nous les femmes, du poids de certaines tâches ménagères et maternelles. L'augmentation du nombre des infirmières et des infirmiers signifiait qu'un plus vaste soutien était dorénavant disponible afin de dispenser des soins aux personnes atteintes du SIDA, et nous avons eu davantage d'occasions de pouvoir contribuer au potentiel économique de nos pays. Perdre moins de temps à aller chercher l'eau et à faire la queue au puits a été une libération pour de nombreuses femmes.

Bien sûr, un grand nombre de changements se sont faits par tâtonnements. Le succès n'était jamais garanti, mais nos erreurs nous ont appris beaucoup de choses.

Le commentateur, qui se tourne vers la caméra : **Alors qu'Aïda Michel travaillait pour créer son affaire, la question du commerce prenait de l'importance. Nous rejoignons le Professeur Parkes en train de visiter le port national.**

Le Professeur Parkes : Vous pouvez voir derrière moi à quel point ce port déborde d'activité. Au cours des 20 dernières années, le commerce a exigé toute l'attention des dirigeants.

Malheureusement, le système des échanges multilatéraux n'a pas donné à l'Afrique les occasions dont elle aurait pu profiter. Ce système paralysait en fait les efforts que faisaient certains pays en développement pour sortir du marasme. Et le rôle économique joué par la Chine et l'Inde est venu compliquer les choses. Ces deux pays poursuivaient leur croissance, ce qui a rendu la diversification plus difficile pour les pays à moindre revenu...

Hors du continent africain, les préoccupations relatives à l'économie et aux approvisionnements des pays en développement ont abouti à pléthore d'accords bilatéraux avec l'Afrique afin de garantir la sécurité des approvisionnements. Les conférences multilatérales sur la régulation du commerce international, cela ne surprenait personne, continuaient de piétiner.

Les nations africaines, en dépit de bases différentes sur lesquelles reposaient leurs activités économiques, étaient de plus en plus solidaires. Elles se battaient pour que les lois et les règlements multilatéraux soient plus clairs et mieux affirmés. Elles n'hésitaient pas à stopper, à retarder ou à faire avorter les pourparlers sur le commerce international s'ils ne leur paraissaient pas corrects. Elles ne reculaient pas face à la rudesse des temps immédiats si un bénéfice pouvait en être retiré à long terme. De nombreux pays, en particulier ceux dont l'économie reposait sur l'exportation d'une, voire de deux denrées, souhaitaient que la protection tarifaire et les subsides du Nord soient abandonnés, ou au moins ramenés à des niveaux inférieurs, et que la communauté internationale remplisse ses engagements.

Le commentateur : **Alors ils ont mieux maîtrisé le processus ?**

Le Professeur Parkes : Bien sûr. Lorsqu'ils n'obtenaient pas ce qu'ils voulaient, certains ont saisi l'Organe de règlement des différends de l'OMC, et plusieurs ont gagné. C'était remarquable, car aucun gouvernement africain n'avait jamais réussi à le faire auparavant... Cette victoire a fait boule de neige et a encouragé un nombre croissant de pays dont les exportations étaient peu diversifiées à s'engager dans cette voie.

Le commentateur : **De même qu'ils avaient exercé une pression plus importante concernant les questions relatives au commerce, certains pays étaient plus enclins que d'autres à aborder le sujet de la dette. Comment les choses se sont-elles passées ?**

action de la caméra

le script

Le Professeur Parkes : L'Afrique voulait que les pays industrialisés prennent leur part des problèmes relatifs à la dette. Un nombre important de pays pauvres très endettés ont obtenu un allègement de leur dette grâce à l'initiative PPTE, et en 2010, la dette d'au moins 15 d'entre eux avait été ramenée à ce que l'on décrivait comme des « niveaux supportables ». Il faut bien admettre que la seule chose que l'on se devait de maintenir était leur capacité à rembourser les dettes.

Toutefois, éviter d'autres dettes était devenu une pierre de touche des politiques qui suscitait un fort soutien populaire. Certains gouvernements n'étaient pas très satisfaits parce qu'ils considéraient que l'initiative PPTE imposait trop de restrictions sur la manière dont ils souhaitaient utiliser les économies réalisées grâce à la dette, par exemple au bénéfice des secteurs sociaux. Ils disaient que leurs pays avaient besoin d'infrastructures essentielles et que des dépenses étaient nécessaires au maintien de l'ordre civil. Pour eux, les négociations sur l'allègement de la dette étaient beaucoup plus tendues et n'aboutissaient pas toujours à des solutions.

Quelques dirigeants africains ont demandé la suppression pure et simple de la partie de ces dettes qu'ils considéraient comme odieuse ou criminelle.

Le commentateur : Dans le même temps, des émeutes urbaines sporadiques et une agitation populaire dans certains endroits ont largement contribué à mobiliser les gouvernements sur le dilemme que constituait le choix des domaines à privilégier en matière de dépenses publiques.

Un tournant majeur qu'avaient pris la plupart des dirigeants avait été de déplacer les priorités d'objectifs immédiats, comme la lutte contre la pauvreté, vers des stratégies de croissance à long terme, se fondant entre autres choses sur un partenariat entre les aspirations politiques et celles des affaires.

Le Professeur Parkes : Tout d'abord, dans certains pays, l'inégalité augmentait vraiment. Privilégier les fractions de la population considérées comme les plus vitales pour le développement futur entraînait l'inégalité et la mise en sourdine de l'objectif des services pour tous. Les droits s'assortissaient de responsabilités, qui se traduisaient par exemple par la fourniture de denrées alimentaires en échange de prestations et de programmes de travaux d'intérêt public.

Le développement de l'agriculture était une priorité pour la majorité des pays – l'autosuffisance en matière de nourriture avait été longtemps une source d'orgueil national. Au tournant du 20e siècle, la malnutrition, très répandue, était vecteur d'états de santé médiocre et d'une faible résistance au VIH. Tandis que les infrastructures rurales se développaient lentement, le commerce intérieur et régional gagnait en efficacité et, partant, en compétitivité. C'est ainsi que peu à peu, de telles initiatives ont entraîné une réduction de la pauvreté et un accroissement de la disponibilité de denrées alimentaires d'un coût abordable.

Le commentateur : J'ai rencontré Miriam Ogola, qui dirige une coopérative agricole sur sa propre ferme pour qu'elle explique les changements qui étaient intervenus dans l'agriculture et ce qui orientait les choix politiques.

Le commentateur : Les gouvernements africains ont toujours considéré que des approvisionnements en nourriture suffisants étaient importants, mais il a du falloir faire quelques choix difficiles ?

Miriam Ogola : Pour construire la nation, il a souvent fallu commencer par résoudre le problème de la disponibilité en denrées alimentaires par une production nationale. Mais en 2005, cela faisait une dizaine d'années que le rendement stagnait, et compte tenu de la croissance démographique, la superficie des terres agricoles disponibles par habitant était en train de diminuer.

L'agriculture représentait une part significative de l'économie (au début du siècle, elle représentait 17 % du produit intérieur brut de l'Afrique et 40 % de ses bénéfices en devises étrangères), mais les dirigeants devaient toujours trouver le juste équilibre entre l'intensification du développement économique urbain et l'amélioration de la production agricole.

A cette époque, certains gouvernements ont fait revivre leurs « parastatals » sous des formes plus efficaces. J'ai travaillé dans une de ces grandes entreprises nationalisées, une organisation agricole dirigée par l'Etat qui fournissait alors à crédit

La caméra revient sur le commentateur en guise de fin.

La caméra filme maintenant le commentateur qui marche avec une femme dans un champ où le blé arrive jusqu'à la taille.

Nourrir la nation

action de la caméra

le script

des semences, des fertilisants et des pesticides aux petits producteurs pour ensuite leur acheter leurs récoltes !

Nous faisons du bon travail ; la corruption aiguë qui sévissait parmi les fonctionnaires avait été étouffée. Les transports étaient plus aisés, les moyens de stockage avaient été améliorés et les techniques de transformation étaient très efficaces. Les prix se sont stabilisés et on a pu augmenter la transformation des récoltes en denrées alimentaires à proximité directe du site de production. Bien entendu, les organismes génétiquement modifiés étaient alors très controversés. Certains gouvernements ont pris une position ferme anti-OGM et se sont tournés vers les marchés européens. D'autres se sont attachés les services de chercheurs en modifications génétiques afin de mettre au point des souches résistantes à la sécheresse.

Le commentateur : Qu'est-il arrivé après la sécheresse dévastatrice de 2006-2009 ?

Miriam Ogola : Je n'oublierai jamais cette époque. C'était vraiment affreux et de nombreux gouvernements ont dû repenser leurs politiques. Nous devons nous efforcer de réunir une réserve de grains équivalente à la récolte d'une année. Bien sûr, certaines personnes ont commencé à dire que ce serait ruineux et tout à fait inefficace, mais c'est là que l'amélioration de la coopération régionale a été utile : tous les pays ne pouvaient pas y arriver, mais la coopération étroite entre pays voisins et régions nous a incité à mieux travailler à la mise en place de mécanismes de distribution. En évitant d'acheter la nourriture en urgence au moyen de devises étrangères, nous espérons pouvoir continuer à payer nos dettes pendant les années de sécheresse.

Sur le court terme, procéder ainsi était coûteux pour les budgets publics, mais les dirigeants nous ont assuré qu'à plus long terme, il nous serait possible de récupérer ces investissements en réduisant la nécessité de dépendre lourdement de l'aide alimentaire, en évitant les mouvements massifs de populations pendant les périodes de pénurie alimentaire, et en contribuant à assurer une nourriture suffisante aux populations.

Au cours de la dernière sécheresse, confrontés à une situation pénible, il est toujours terrible de voir mourir les récoltes, notre peur de manquer de nourriture, d'assister à d'importantes migrations et de voir les enfants mourir de faim s'est atténuée. Ce n'était pas facile, mais nous avons survécu d'une manière qui n'aurait pas été possible seulement dix ans plus tôt.

Le commentateur : Plus de nourriture abordable, moins de déplacements de populations pendant la sécheresse, moins de pauvreté en milieu rural : tout cela a influencé favorablement les programmes de prévention du VIH.

Et maintenant, vous dirigez une coopérative agricole. Je vous félicite, Miriam.

Miriam Ogola : Merci.

**Reconsidérer
l'éducation**

*Gros plan sur le
commentateur.*

*La caméra les filme alors
qu'ils entrent dans une
modeste école de quartier.
L'école est vide. Ils
marchent vers une salle
de classe et prennent
place à des pupitres pour
continuer leur discussion.*

Le commentateur : Naturellement, Miriam avait reçu une bonne éducation. Mais ce secteur n'avait pas toujours fonctionné aussi bien. Pour en savoir plus, j'ai rencontré Madame Patricia Ombaka, la très respectée Ministre de l'Éducation. Nous nous sommes entretenus lors d'une visite à son ancienne école.

Le Ministre Ombaka : Lorsque je suis entrée à l'école, j'étais une privilégiée...

L'Afrique était entrée dans le nouveau millénaire avec les chiffres de scolarisation les plus bas du monde. Dans les années 1980 et 1990, les États avaient dû réduire radicalement l'investissement consacré aux systèmes d'éducation, car la crise liée à la dette avait atteint des sommets dans de nombreux pays. Pour chaque millier d'enfants entrant dans l'enseignement primaire, on ne comptait qu'un très petit nombre de diplômés universitaires. Le SIDA continuait à décimer notre main-d'œuvre compétente, notamment parmi les enseignants, et nous devions faire face à une pénurie aiguë d'effectifs capables de fournir des services et de diriger le pays.

Nous devons repenser nos modèles d'éducation et nous avons mis l'accent sur l'accès de tous à l'éducation primaire et avons négligé le cycle secondaire. De nombreux pays ont fait cette erreur, de diverses manières, et je pense que l'approche globale actuelle nous est plus favorable. Comme beaucoup de pays subissant une sévère épidémie de SIDA, nous devions faire tout ce qui était en notre pouvoir pour reconstituer les capacités que nous avons perdues à cause du VIH et du SIDA.

action de la caméra

le script

Le commentateur : Êtes-vous d'accord de mettre l'accent sur la responsabilisation de la société civile ?

Le Ministre Ombaka : Tout à fait, et je considère qu'il importe de se concentrer sur un niveau d'enseignement plus performant. Je sais que c'était dur. Et j'ai laissé de nombreux camarades de classe derrière moi lorsque j'ai continué, mais mon pays avait besoin de moi pour faire partie de cette masse essentielle de personnel qualifié. Bien sûr, mes frères et sœurs, que j'ai dû laisser derrière moi, ont bénéficié d'une formation professionnelle au terme de leur scolarité primaire.

Finalement, j'ai dû me rendre dans le sud de l'Afrique pour pouvoir suivre mes études universitaires. Vous savez que certains pays avaient réussi à rajeunir leurs universités beaucoup plus rapidement. Mes professeurs étaient non seulement mieux payés, mais personnellement, j'avais enfin accès à des moyens d'information et d'enseignement.

Le commentateur : Vous êtes restée à l'étranger pendant près de dix ans, et lorsque vous êtes rentrée pour enseigner, avez-vous trouvé que les choses avaient changé ?

Le Ministre Ombaka : Oui. Tout était très différent. Les normes académiques s'étaient élevées, en particulier dans l'enseignement secondaire, et je dirais que cela a généré de meilleurs niveaux de prestation dans les services publics.

Nous avons aussi vu la formation professionnelle se développer et de nouveaux centres pour le développement des entreprises sont apparus. Ce n'est pas étonnant que nous voyions aujourd'hui se constituer une nouvelle génération de jeunes entrepreneurs africains. Et, ce qui est intéressant, c'est que beaucoup d'entre eux voient l'Afrique comme un endroit où ils ont envie de rester. Je ne suis pas la seule qui puisse retourner voir son ancienne école.

Le commentateur : Et en quoi la condition des jeunes filles que vous étiez a-t-elle le plus changé ?

Le Ministre Ombaka : C'est devenu normal aujourd'hui, mais à l'époque, la valorisation de l'éducation des filles et des femmes est ce qui a vraiment fait la différence dans la riposte au VIH et au SIDA. Bien sûr, la fourniture de services ciblés, comme la microfinance, a aussi aidé. Par exemple, ma mère faisait partie d'un groupe d'épargne dans notre village.

Si je n'avais pas eu la chance d'étudier, mon destin aurait été entièrement différent...

Elle rit : Si je n'avais pas pu acquérir les compétences essentielles qui m'ont donné la connaissance et la force nécessaires afin de fuir tout comportement sexuel à risque... je ne serais probablement pas en vie aujourd'hui.

Le commentateur : Votre famille a-t-elle été choquée par ce que vous appreniez ?

Le Ministre Ombaka, qui rit : Peut-être. Mais ensuite, après un débat acharné, la décision a été prise dans mon pays de s'attaquer énergiquement au VIH... de prendre de fermes décisions sans concession, alors nécessaires à une riposte efficace contre l'épidémie... et cela signifiait qu'il fallait utiliser les écoles et tous les forums disponibles.

Aujourd'hui, je me suis engagée dans notre politique consistant à mettre des préservatifs à la disposition des élèves des dernières classes du cycle secondaire. Malgré des protestations virulentes de quelques chefs religieux, cette politique remporte un franc succès dans certains pays. Si nous avions eu cette possibilité naguère... un grand nombre de mes camarades d'école seraient encore en vie.

Le commentateur : Merci beaucoup, Madame le Ministre, d'avoir bien voulu participer à notre émission.

Le commentateur : Continuons sur cette note du Ministre Ombaka, et demandons-nous comment les pays africains de l'époque ont mis en œuvre leurs politiques sanitaires. Comme pour l'agriculture et l'éducation, il a fallu faire des choix sans concession. Le Docteur Kandeke nous a reçus à l'hôpital universitaire où il enseigne depuis 15 ans.

Stimuler les politiques

La caméra termine par un gros plan sur le commentateur.

action de la caméra

La caméra filme le commentateur qui est reçu par un médecin vêtu de blanc et portant des lunettes : le Docteur Kandeke, qui l'emmène dans une salle de cours.

Le Docteur Kandeke se penche en avant pour bien souligner son propos, et il est maintenant beaucoup moins tendu.

Il précède le commentateur vers la sortie, puis la caméra les filme tandis qu'ils marchent dans un couloir, en grande conversation. Fondu en guise de fin.

le script

Le commentateur : Docteur Kandeke, même dans les pays les plus durement frappés par le SIDA, de nombreux dirigeants pensaient que la meilleure stratégie à long terme consistait à s'attaquer à l'épidémie dans son contexte le plus large. Qu'en pensez-vous ?

Le Docteur Kandeke, qui est un peu tendu : Assez vite, au début de la mise à disposition de traitements antirétroviraux, nous avons compris que si nous n'accordions pas la priorité au développement de systèmes de santé adéquats, nous aggraverions la situation plutôt que de l'améliorer. Mais ce n'était pas seulement à cause de l'impact du SIDA. Les ministères de la Santé de nombreuses régions d'Afrique ont essentiellement fait porter leurs efforts sur les niveaux secondaire et de district de leurs systèmes de santé, et sur leurs hôpitaux urbains. Il leur était en effet plus facile d'améliorer la qualité en regroupant les activités afin d'assurer un meilleur contrôle de budgets limités et de s'assurer la disponibilité de personnels et de compétences. Il leur a également été nécessaire d'investir dans des moyens de communication et de transport pour que les populations les plus démunies puissent avoir accès à des soins de meilleure qualité.

Le commentateur : Et pourquoi cette approche ?

Le Docteur Kandeke : Je pense qu'au moyen de cette approche, on reconnaissait que les services locaux étaient sous-utilisés et aussi, en partie, que les soins de santé primaires attiraient toujours des fonds ainsi que les services des ONG et des organisations religieuses qui le souhaitaient. Nous avons aussi l'impression que notre personnel médical appréciait cette stratégie.

Le commentateur : Une des questions auxquelles les gouvernements se sont fermement attelés était l'émigration du personnel de santé. Avez-vous été concerné personnellement par ce phénomène ?

Le Docteur Kandeke : Non, je n'ai jamais voulu m'en aller, mais certains de mes amis l'on fait. Le phénomène s'est cependant ralenti grâce à de nouveaux accords bilatéraux. Certains de mes amis ont dû revenir au bout d'un certain temps parce que le gouvernement le leur demandait avec insistance. Dans certains cas, celui-ci est même allé jusqu'à retirer des passeports.

Lorsque je dirigeais moi-même un hôpital, je me disais que le gouvernement avait raison. Je ne voulais pas perdre mes meilleurs éléments et j'étais d'accord pour que l'on publie le nom des compagnies qui débauchaient honteusement notre personnel.

Mais j'aimerais que ceux qui regarderont ce film comprennent bien quelles sont les vraies questions. Prenons par exemple les taux de mortalité maternelle, qui chutent actuellement dans de nombreux pays et qui font partie des indicateurs de succès. L'amélioration des services de santé maternelle a été une bonne base pour mettre sur pied des programmes plus efficaces de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Ces services constituaient également un moyen efficace de diffuser plus largement la thérapie antirétrovirale, à mesure que les financements et les systèmes se mettaient en place.

Il en était de même pour les programmes de lutte contre la tuberculose. Ces programmes se sont progressivement alignés sur la lutte contre le VIH. Dorénavant, le test de dépistage du VIH est couramment pratiqué parmi les patients atteints de tuberculose. Un autre moyen – d'un excellent rapport coût-efficacité – d'améliorer la vie des patients consiste à leur proposer, ce qui se fait de plus en plus souvent, une prophylaxie contre la tuberculose. Les gouvernements ont également donné des subsides aux organisations religieuses et aux ONG afin de leur permettre d'élargir leurs programmes de proximité aux régions rurales.

Dans bien des parties de l'Afrique, la lutte contre le paludisme a elle aussi enregistré des succès... Les gouvernements connaissaient depuis longtemps l'impact économique du paludisme et ont pris des mesures concrètes au cours des 20 dernières années, notamment en se concentrant sur la prévention et le traitement rapide au moyen de nouveaux médicaments, partout en Afrique. C'est un domaine que les donateurs ont toujours voulu financer, en particulier lorsque nos progrès se sont manifestés de manière évidente.

Le Docteur Kandeke, qui se lève : Suivez-moi. Je vais vous montrer notre nouvelle unité.

ONUSIDA/G. PROZZI



action de la caméra

La caméra revient pour montrer un hôpital en pleine effervescence.

Séquence de montage initiale filmée en style micro-trottoir, avec en arrière-plan les conversations des infirmières.

Ouverture sur le commentateur qui traverse un hôpital situé dans une zone rurale pour rejoindre le dispensaire où sont prodigués des traitements antirétroviraux. Il y a un peu partout des petits groupes parmi lesquels certains font la queue, et d'autres discutent.

La caméra saisit en gros plan un homme posant des questions à des gens qui font la queue. Il est petit et très vif, et porte des vêtements froissés. C'est le Docteur Asaba, un chercheur local.

Le Docteur Asaba est un historien de l'épidémiologie qui s'est spécialisé dans l'étude des ripostes à l'épidémie de SIDA en Afrique au cours des 20 dernières années.

Les deux hommes se dirigent vers l'entrée et s'asseyent sur les marches de l'escalier.

La prévention : ouverture d'esprit ou stigmatisation ?

le script

Une femme (1) : Nous avons brisé le silence, mais d'abord, il a fallu trouver les mots. Après, nous ne pouvions plus nous arrêter.

Un homme : Naturellement, il a fallu faire des choix, mais cela aurait été trop simple d'avoir à choisir entre la prévention et le traitement.

Une femme (2) : Nos choix, c'était plutôt de savoir comment utiliser les précieuses ressources pour assurer l'avenir.

Le commentateur, qui s'adresse à la caméra : Nous avons maintenant le plaisir de vous présenter la troisième partie de notre série. Nous allons nous demander pourquoi la catastrophe que certaines personnes avaient prédite en Afrique n'a pas eu lieu.

La plupart des gens étaient alors consternés par les projections démographiques pour 2025, c'est-à-dire aujourd'hui. Dans les pays où la prévalence du VIH était élevée, on a pu constater des déséquilibres démographiques susceptibles d'entraîner des conséquences à long terme. Et dans les pays où la prévalence était faible, les dirigeants étaient déterminés à empêcher l'épidémie d'échapper à leur contrôle.

Le commentateur : Docteur Asaba, qu'est-ce qui vous frappe le plus, personnellement, au sujet du début du XXIe siècle ?

Le Docteur Asaba : Je dirais qu'il y a trois choses qui me frappent : Tout d'abord, la plupart des gouvernements ont privilégié la prévention. Après tout, à longue échéance, la prévention est meilleur marché. Ensuite, quelles qu'aient été leurs stratégies, ils ont assimilé les droits individuels aux droits communautaires et au bien de la nation. Enfin, de nombreux gouvernements ont été guidés par un pragmatisme perspicace : Ils devaient stopper cette épidémie, même s'il leur en coûtait d'aborder des questions considérées comme embarrassantes et même taboues.

A part cela, je soulignerais l'importance de la prévention : de grosses sommes d'argent provenant d'une part de donateurs en un premier temps, puis de plus en plus, de nos budgets nationaux, ont été consacrées au ralentissement de la transmission du VIH, et je dois l'admettre, avec un succès considérable.

Le commentateur : Les dirigeants devaient trouver le moyen d'encourager les gens à modifier leur comportement et leur en donner la possibilité, ceci volontairement ou, si nécessaire, par la contrainte. De quelle manière s'y sont-ils pris ?

Le Docteur Asaba : Dans la plupart des cas, les dirigeants politiques et communautaires ont évité d'affronter directement ou de remettre en question les comportements sexuels qui avaient cours. Ils ont plutôt essayé de faire évoluer ou de renforcer les pratiques culturelles et religieuses qui favorisaient un recul de la transmission, tout en s'efforçant d'adapter ou de faire abandonner celles qui étaient plus dangereuses.

Encourager les changements de comportement

action de la caméra

La caméra saisit en gros plan le visage de Babadawa, vedette de la scène et de l'écran, tandis qu'il se fraie un chemin dans la foule pour rejoindre le Docteur Asaba et le commentateur.

Le pasteur Jean-Paul, un homme d'Eglise, et le Docteur Abdul Raheem, un exégète islamique, sortent du dispensaire et viennent s'asseoir auprès d'eux sur les marches.

le script

Vous comprenez, les croyances et les valeurs d'une communauté sont des instruments très importants du renforcement des comportements constructifs des individus. Mais pour les gouvernements, trouver la voie entre les traditions favorables et préjudiciables était comme de marcher dans un champ miné.

Le commentateur : Ils ont adopté des approches très diverses – certaines visaient à concevoir une nouvelle génération sans SIDA et tentaient d'atteindre les enfants avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs.

Le Docteur Asaba : Oui, certains dirigeants ont adopté une attitude beaucoup plus inflexible lorsqu'il s'est agi de surveiller les comportements de divers groupes – instituant par exemple le test obligatoire chez les travailleurs du secteur public et les ouvriers au moment de l'embauche. D'autres ont essayé de réguler les déplacements de travailleurs saisonniers qu'ils estimaient susceptibles de véhiculer le virus. Toutes sortes de techniques ont été utilisées pour diffuser des messages – la radio, le théâtre des rues, les campagnes d'affichage, les réunions villageoises...

Sans aucun doute, la communication faisait feu de tout bois...

Le commentateur : Babadawa, bonjour [Ils se serrent la main]. Ce n'est pas seulement en tant qu'acteur que vous êtes devenu célèbre, mais aussi à cause de votre plaidoyer en faveur du théâtre populaire d'Afrique.

Babadawa : C'est exact. Depuis l'époque où j'étais un jeune garçon, le théâtre populaire s'est développé. Au théâtre, on peut raconter des histoires sur toutes sortes de problèmes. C'est fantastique ; on peut parler de conflits entre tribus, de maladies, d'analphabétisme, de sexospécificité et même de pédophilie. J'ai aussi entendu parler d'un groupe qui avait réussi à faire une pièce tout à fait intéressante sur la crise de la dette et la bureaucratie !

Le commentateur : Tiens... mais comment cela marche-t-il ?

Babadawa : Eh bien... on utilise la danse, l'art dramatique, la poésie et les chansons pour aborder de front quelques-uns des grands problèmes de la vie. Et je suis fier de pouvoir dire que tout le monde peut participer à ces spectacles – il n'y a rien d'« élitiste » dans le théâtre populaire.

Vous savez, il arrive que les discussions après le spectacle durent pendant des jours, même pendant des semaines. Les gens se passionnent ! J'ai vu sortir de ces discussions et de ces débats de vrais changements dans les actes et les attitudes, en particulier en ce qui concerne le VIH et le SIDA.

Le commentateur, qui se tourne vers la caméra : De nombreux dirigeants nationaux ont sollicité la contribution de chefs religieux locaux pour qu'il y ait partout un leadership puissant. Ces chefs locaux étaient capables d'adapter leurs campagnes aux conditions particulières de leur communauté. Dans l'ensemble, on peut dire qu'ils s'investissaient dans la diffusion de messages sur la prévention et sur les stratégies à suivre pour faire face à la maladie, et ils soutenaient les réformes législatives et culturelles.

Monsieur le pasteur Jean-Paul et Docteur Raheem, je vous remercie d'être venus. Vous avez tous les deux longtemps travaillé dans cette région. J'aimerais vous demander de nous parler de ces dirigeants qui refusent de reconnaître que la vulnérabilité à l'égard du VIH existe toujours – en particulier lorsqu'il s'agit d'évoquer des actes sexuels vécus dans une certaine forme de clandestinité.

Le Pasteur Jean-Paul : Il est vrai que dans plusieurs pays, la manière dont le gouvernement a traité certains groupes – je pense aux professionnel(le)s du sexe, aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et aux homosexuels, a été considérée comme outrageante. Vous voyez, le problème, c'est que lorsqu'ils accusent certaines personnes d'être tout particulièrement responsables de la propagation du VIH, ils ne font qu'alimenter la stigmatisation, ce qui affecte toute personne vivant avec le VIH.

action de la caméra

le script

Le commentateur : Exactement, mais est-ce que la question des préservatifs n'a pas soulevé un débat encore plus passionné ?

Le Docteur Raheem : Oui, les préservatifs sont un exemple vivant de la différence qui peut exister entre les approches des différents dirigeants. Au lieu de combattre certains comportements sexuels, les plus pragmatiques des dirigeants ont de plus en plus misé sur les campagnes en faveur d'une plus large utilisation du préservatif, surtout du préservatif masculin, mais aussi du préservatif féminin.

Dans certains pays, des préservatifs ont été fournis pour les « actes sexuels rémunérés », mais leur usage était obligatoire, sous peine de fermeture des bars et des hôtels. Les pays se sont mis à légaliser la prostitution, et les professionnel(le)s du sexe subissent régulièrement un test de dépistage du VIH.

Nous soutenons les campagnes qui cherchent à persuader les hommes de mieux assumer leurs responsabilités en matière de comportements sexuels. De nombreuses écoles possèdent désormais des programmes qui traitent de l'éducation relationnelle.

Le commentateur : Cela a dû être un processus difficile, puisqu'il n'y avait pas assez de préservatifs de qualité pour faire face à la demande. Mais dans certains pays, l'accent qui était mis sur les préservatifs rencontrait une forte opposition de la part des chefs religieux. Dans quelle mesure cela a-t-il affecté les campagnes anti-SIDA ?

Le Pasteur Jean-Paul : En fait, dans l'ensemble, la plupart des gouvernements sont parvenus à neutraliser ces protestations. Un certain nombre de pays ont réussi à convaincre les chefs religieux d'apporter leur contribution : les préservatifs ont dès lors été considérés comme un « moindre » mal dans la mesure où les chefs religieux encourageaient l'utilisation, expliquant qu'utiliser un préservatif était moins grave que de contaminer quelqu'un.

Naturellement, d'autres pays ne voyaient pas les choses de la même façon. Ils ont privilégié les campagnes qui prônaient l'abstinence en prétextant que les préservatifs risquaient d'encourager la promiscuité sexuelle et qu'ils ne constituaient pas une protection contre le VIH. Certains de ces dirigeants ont même empêché les donateurs étrangers d'importer des préservatifs dans le pays et ont mis fin aux campagnes qui encourageaient leur utilisation.

Ce que nous devons, je pense, souligner, c'est qu'aussi bien les approches très conservatrices que les approches plus pragmatiques pouvaient fonctionner – ou se solder par un échec. Et l'utilisation du préservatif ne constituait vraisemblablement pas l'unique sujet d'importance ; la situation était plus complexe que cela. Même si le nombre de préservatifs mis à disposition était suffisant, l'absence de discussions claires engagées simultanément au sujet des comportements sexuels ou des relations entre partenaires d'âge opposé limitait l'incidence de toute campagne favorable à l'utilisation du préservatif. De manière identique, une campagne menée en faveur de l'abstinence qui jetait le blâme sur les personnes atteintes de l'infection, ou qui se refusait à considérer l'existence des relations hors mariage et alimentait en outre l'idée selon laquelle le commerce du sexe ne cessait de croître ne possédait qu'une portée restreinte.

Le commentateur : De nombreux dirigeants ont dû choisir comment et dans quelle mesure ils pouvaient – ou ne pouvaient pas – parler ouvertement de l'épidémie. Pourquoi ?

Le Pasteur Jean-Paul : Vous comprenez, d'une part ils risquaient d'embarrasser, ou même de mettre en colère certains groupes de leur communauté, et d'autre part ils devaient dissiper l'opprobre qui s'attachait à l'épidémie.

Ils ont été nombreux à avoir de la peine à trouver un équilibre entre ces deux extrêmes.

Prenez par exemple les attitudes adoptées face aux différentes manières de vivre la sexualité. Les progrès dans ce sens ont été minimes au cours des 20 dernières années. Dans bien des pays, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les homosexuels, hommes et femmes, ont simplement été ignorés. Dans d'autres pays, ils sont opprimés – les campagnes destinées à combattre les

La question de la propriété intellectuelle

action de la caméra

le script

« pratiques contre nature » existent encore. Dans certains cas, ces campagnes sont associées aux programmes de sensibilisation au SIDA. On s'aperçoit que de telles approches ont empêché ces groupes de recevoir l'information, pourtant nécessaire, sur une sexualité à moindre risque.

Dans d'autres pays – mais il s'agit d'une minorité, je me dois de l'admettre – les gouvernements désireux de combattre le VIH ont permis une diffusion limitée des préservatifs, dans les prisons par exemple, ou parmi les populations défavorisées. Et rares sont ceux qui ont apporté des amendements à leur constitution pour garantir la non-discrimination à l'encontre de la sexualité ou de comportements sexuels – et plus rares encore sont ceux qui ont mis en pratique les clauses existantes.

Etablir un équilibre entre les approches conservatrices et celles qui sont plus libérales a été la caractéristique d'une grande partie des programmes de prévention contre le VIH. Mais même dans ces conditions, au cours des premières années, nous avons pu voir un nombre croissant de responsables gouvernementaux s'exprimer ouvertement sur leur propre état sérologique vis-à-vis du VIH et encourager les personnes atteintes à jouer un rôle important dans les campagnes publiques soutenues par le pouvoir.

Le Docteur Asaba, qui se mêle à la discussion : Remarquez, les initiatives interconfessionnelles de différentes obédiences religieuses luttant contre l'épidémie se sont multipliées. Des pas de géant ont été réalisés en matière d'éducation sexuelle, s'agissant de la prévention du VIH.

Le Docteur Raheem : Oui, c'est vrai, la plupart de ces programmes ont une composante morale. Les déclarations officielles insistent sur la compassion et l'acceptation, mais les préjugés selon lesquels la maladie constitue une punition divine frappant des transgressions teintent encore l'approche de nombreux individus et, dans certains endroits, n'ont pas permis de lutter contre le silence, la stigmatisation ou le blâme.

Le Docteur Asaba : Je dois dire que certains dirigeants ont continué à penser que la stigmatisation pouvait avoir un effet positif. Ils s'imaginaient que la crainte de la stigmatisation inciterait les gens à modifier leur comportement. Mais bien sûr, ce qui s'est passé là où la stigmatisation avait cours a eu un effet inverse, en particulier pour les femmes. En règle générale, les tests de dépistage étaient prioritairement effectués sur des patientes, c'est pourquoi ce sont elles qui ont souffert de la stigmatisation lorsqu'elles étaient infectées. Nous savons maintenant depuis longtemps que les gens ont peur du test de dépistage du VIH en raison de cette stigmatisation, en particulier les hommes. Mais aujourd'hui, en Afrique, les gens sont plus nombreux à connaître leur état sérologique vis-à-vis du VIH, sans doute parce que le traitement est disponible. Dans certains endroits, on considère qu'aborder ouvertement le sujet de sa sérologie VIH est une bonne chose.

Le commentateur : Tandis que l'Afrique s'occupait des aspects sociaux du SIDA, on a assisté à de grands changements dans l'accès aux antirétroviraux. On s'est en particulier intéressé aux droits de propriété intellectuelle et aux licences obligatoires pour les produits brevetés.

Le Docteur Asaba : Oui, en effet. En ce qui me concerne, cela a toujours été une question importante. Pouvez-vous imaginer qu'un historien de l'épidémiologie puisse s'intéresser à des questions commerciales ? Eh bien, ces questions influent considérablement sur les maladies. Il fallait donc bien que je m'y intéresse.

Je me souviens avoir fêté l'événement – eh oui, j'étais beaucoup plus jeune alors – lorsque le front commun présenté par les pays africains et d'autres gouvernements du G20 lors des différents cycles de négociations sur le commerce mondial a fini par payer et qu'ils ont réussi à faire prolonger la date limite de l'ADPIC de 2016 à 2026 !

Le commentateur : Ah oui. Mais déjà en août 2003, un accord avait été passé dans lequel il était clairement spécifié que les pays ne disposant pas de la capacité de manufacturer les produits en question pouvaient importer des médicaments génériques.

action de la caméra

le script

Le Docteur Asaba : Libérés de la pression que constituait les délais à respecter, les pays pouvaient continuer à chercher des solutions pragmatiques.

Le commentateur : Qu'ont-ils fait alors ?

Le Docteur Asaba : Ils se sont emparés des opportunités que leur procurait l'Accord sur les ADPIC et la Déclaration ministérielle adoptée lors de la Conférence de Doha et ont appliqué les approches combinées qui leur paraissaient appropriées : recourir à l'importation de médicaments génériques manufacturés dans des pays en développement ; acheter à des prix très bas auprès de fabricants mettant en œuvre des projets de recherche ou recevoir ces produits gratuitement ; acheter des produits fabriqués localement ; ou importer au titre de licences volontaires ou obligatoires.

Le commentateur : C'est ainsi qu'en 2015, la production d'antirétroviraux de première intention contenant des composés à doses fixes était devenue la règle ?

Le Docteur Asaba : Oui. Les gouvernements exigeaient et obtenaient l'approvisionnement nécessaire au traitement à dose fixe. Des installations, qui avaient d'abord abrité des filiales de sociétés brésiliennes, indiennes, sud-africaines et autres, ont été utilisées pour la création de fabriques de médicaments peu coûteux sous contrôle de l'Etat en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest.

Le commentateur : Que devenaient les nouveaux produits brevetés lorsqu'ils étaient disponibles ?

Le Docteur Asaba : Eh bien, nos gouvernements poursuivent un débat passionné. Il concerne la façon de mettre les nouveaux médicaments brevetés aussi rapidement que possible et à un prix aussi bas que possible à la disposition des pays en développement.

Les gouvernements ont clairement exprimé leur indifférence à l'égard d'accords bilatéraux qui serviraient les intérêts des détenteurs de brevets ou qui restreindraient la faculté des pays à se procurer des médicaments aussi abordables que possible. La nouvelle génération d'accords bilatéraux allait dans le sens des accords multilatéraux en maintenant un équilibre entre, d'une part, les aspirations et les sûretés données par la Déclaration de Doha et, d'autre part, en matérialisant le potentiel d'investissement de la propriété intellectuelle.

Le commentateur : Et aujourd'hui ?

Le Docteur Asaba : La capacité de fabrication locale de deux ou trois pays est très bien établie. Les sites de production ne sont pas très répandus, mais ils peuvent gérer un gros volume de production tout en maintenant une qualité acceptable. La production générique des anciens antirétroviraux est monnaie courante et ne crée pas de controverse sur le plan international. Certaines compagnies africaines commencent en outre à envisager de se muer en institutions de recherche et de développement – il a fallu quelque 30 ans à l'industrie indienne pour atteindre ce stade.

Le commentateur : Permettez-moi maintenant de vous présenter Madame Masiga. Elle est infirmière chef à l'hôpital où nous sommes actuellement et a perçu le côté humain de tout ce qui a été dit.

Madame Masiga, au début du siècle les esprits se sont unilatéralement tournés vers la thérapie antirétrovirale. Que représentait à l'époque le fait de travailler comme infirmière ?

Madame Masiga : Eh bien cher ami, sur le terrain, les choses n'étaient pas si simples. Nous avons déjà beaucoup d'expérience dans les soins palliatifs et le traitement des infections opportunistes, mais les nouveaux médicaments, c'était une autre histoire. Même lorsque le prix des médicaments est tombé en chute libre, on se trouvait encore devant des décisions difficiles à prendre. Il n'y avait tout simplement pas assez de médicaments pour tout le monde. Qui traiter, comment traiter et avec quoi – c'était-là un casse-tête qui remettait en question ce en quoi je croyais en tant que personnel soignant, à savoir que tout le monde doit être égal

Les antirétroviraux – une question de distribution

Une femme d'âge mûr en blouse blanche vient prendre place auprès du groupe, elle a une voix douce, mais non dénuée d'une certaine autorité.

action de la caméra

le script

devant la maladie et les traitements. Mais nous pouvions toujours trouver quelque chose à faire pour soulager, même si nous n'avions pas d'antirétroviraux. On faisait des efforts considérables pour mettre à disposition des médicaments moins complexes, le cotrimoxazole par exemple. Mais même cela était difficile dans certains pays.

Le commentateur : Tous les gouvernements abordaient la question des antirétroviraux avec extrêmement de précautions – entre autres parce qu'ils devaient en étendre l'efficacité – et que compte tenu de ressources limitées, ils pensaient ne jamais être en mesure d'en fournir à tout le monde.

Madame Masiga : C'est cela. Les gouvernements devaient prendre la décision très dure de rationner les antirétroviraux, même s'ils ne le criaient pas sur les toits. Dans certains pays, ces restrictions suscitaient des protestations. Il s'agissait vraiment d'un test pour les dirigeants. Ils devaient communiquer leur façon de voir avec assez de persuasion pour que les gens comprennent qu'ils avaient fait les bons choix. Cela me paraissait raisonnable, enfin, jusqu'au moment où mon propre frère a eu besoin d'aide, et il n'était qu'un petit agriculteur.

Le Docteur Asaba, qui se penche vers elle : Certains dirigeants ont réussi. Certains avec des arguments forts, qui leur ont permis de s'attacher la confiance de personnes-clés au sein des communautés ; d'autres ont élaboré des campagnes d'information invraisemblables. Mais certains pays n'étaient tout simplement pas prêts à affronter la violence des réactions... Il y a eu des émeutes – la plupart d'entre nous s'en souviennent – et c'était le tollé général lorsque l'armée était appelée à la rescousse...

Madame Masiga : Oui, et nous avons dû faire de réels efforts pour empêcher que les médicaments n'échappent au secteur public, au secteur privé qui détenait les licences et aux ONG, car les gouvernements avaient compris qu'il était essentiel de préserver l'efficacité des traitements de première et de deuxième intention aussi longtemps que possible.

Ils ont même augmenté nos salaires afin que nous ne soyons pas tentés de vendre les médicaments de façon illicite. Cela, c'était surtout dans les zones urbaines, même si des hôpitaux de district avaient été créés pour desservir le monde agricole, qui était essentiel. D'autres personnes disaient que les médicaments devaient être réservés à ceux qui dirigeaient le pays et sa population, les enseignants, les médecins, les fonctionnaires – et quelques-uns disaient que les antirétroviraux étaient devenus un moyen d'obtenir le soutien de groupes importants. De toute manière, depuis que des systèmes ont été mis en place, le nombre de personnes qui ont accès aux médicaments a augmenté régulièrement. Plus d'un tiers de ceux qui en ont besoin peuvent en bénéficier aujourd'hui...

Le Docteur Asaba : N'oubliez pas que nous ne faisons pas que travailler à changer les comportements et à faire plus largement usage de la médecine moderne, nous nous efforçons aussi d'encourager le développement des thérapies et des médecines traditionnelles africaines. Le Centre Annan pour la Thérapie Holistique est bien connu pour ses recherches innovantes sur l'utilisation combinée des approches traditionnelles et biomédicales dans la lutte contre le SIDA.

Madame Masiga : Oui, cher ami, et les premiers essais sur les microbicides ont révélé qu'il y avait une demande concernant les méthodes de protection contrôlées par les femmes elles-mêmes, même si ces essais spécifiques n'ont pas produit de microbicide efficace ! En plus de l'impression généralisée selon laquelle les femmes africaines étaient les cobayes des chercheurs du Nord, on s'est rendu compte qu'il existait un marché pour un microbicide « africain » mis au point en Afrique sur la base de produits africains et à l'usage des Africaines.

Des recherches ont même été faites pour élaborer un microbicide génétiquement modifié à partir de plantes. Certains gouvernements ont décidé que la menace représentée par les OGM était moins grave que l'épidémie de VIH, et le premier microbicide efficace a vu le jour il y a environ sept ans.

action de la caméra

le script

Figure 24 **Guérisseurs et médecins par nombre d'habitants : ratios établis dans des pays sélectionnés, 2003**

Pays	Ratios par nombre d'habitants	
	Guérisseurs	Médecins
Zimbabwe	1:600	1:6 250
Ghana	1:200	1:20 000
Ouganda	1:700	1:25 000
Tanzanie	1:400	1:33 000
Mozambique	1:200	1:50 000

Source : Gbodossou EVA, et al (2003) *Le rôle de la médecine traditionnelle dans la lutte contre le VIH et le SIDA en Afrique*. Article rédigé en vue du projet.

Le son s'atténue tandis que la caméra s'attarde encore un peu sur le groupe avant un fondu en guise de fin.

Maintenant, nous avons un microbicide basé sur la technologie des antirétroviraux. Mais il n'est prescrit qu'avec une très grande prudence, car on craint que le virus ne développe une résistance si on l'utilise inconsidérément.

Le Docteur Asaba : Des essais de vaccins ont en outre été réalisés. Les espoirs nés au début du siècle d'obtenir des succès rapides ne se sont pas concrétisés : la recherche dans ce domaine était en perte de vitesse, freinée par le manque d'argent et de compétences. Je me souviens les avoir entendus dire qu'il fallait un minimum de un milliard de dollars US pour les tests d'efficacité et qu'en plus il faudrait mettre en place des unités de fabrication. Il a fallu du temps pour regagner du terrain. On peut citer un élément positif : la mise au point des microbicides a suscité de l'intérêt, un apport de fonds et l'implantation de laboratoires qui pourraient aussi être utilisés pour l'élaboration d'un vaccin. La Phase III des essais de vaccins commence en ce moment-même dans trois pays. Nous sommes très optimistes – et une grande partie du travail a été réalisée par des chercheurs africains.

Madame Masiga : Ce que j'ai le plus aimé dans ma carrière a été de pouvoir prodiguer une formation à des guérisseurs traditionnels. Cela m'a aussi beaucoup appris. Et ils étaient plus nombreux que les médecins. Ils suivaient cette formation avec beaucoup de sérieux et une grande partie d'entre eux ont pris à cœur leur rôle nouveau. Cela apporte beaucoup à notre service de santé et favorise certainement une meilleure pénétration des zones les plus reculées.

Pasteur Jean-Paul : Malheureusement, je ne peux pas oublier les malades et les mourants. Même maintenant, la maladie et la mort hantent encore le continent. Oui, nous avons changé d'attitude, de croyances, de rituels. Mais quelquefois... je me demande combien tout cela a coûté en vies humaines... ce que nous avons perdu...

Le commentateur : Mais il n'y a pas que du négatif. Même si le nombre total de cas est encore élevé aujourd'hui, l'approche rigoureuse de la prévention au cours des premières années a entraîné une diminution des infections depuis 2010. Les taux de morbidité et de mortalité imputables au SIDA ont diminué tout au long de la dernière décennie. Cela, c'est déjà une victoire...

Pasteur Jean-Paul : ... mais il y a encore trop de souffrance que nous ne devons jamais oublier...



action de la caméra

Lent fondu en ouverture sur des scènes montrant la foule qui sort d'un stade de football. En arrière-plan, une musique nationale entraînante. Séquence de montage filmée en style micro-trottoir au milieu des gens qui quittent le stade. Ils parlent avec fierté.

La paix s'installe...

Les deux professeurs émergent du tunnel du stade, marchant en sens inverse de la foule. Ils prennent place avec le commentateur sur des sièges du stade.

Partie 4 : Les années de la récompense

le script

Un homme (1) : Maintenant, nous sommes avant tout des Africains. Et en tant qu'Africains, nous sommes fiers de ce que nous avons fait et avons confiance en nos réalisations futures.

Un homme (2) : La route a été longue, et nous avons beaucoup souffert, mais maintenant, nous entrons dans une ère nouvelle.

Une femme : Nous avons honoré notre histoire et nos ancêtres et nous avons créé un monde plus sûr pour nos enfants.

Le commentateur : Au cours des 25 dernières années, le sentiment de fierté africaine a grandi sur l'ensemble du continent – parmi les individus, les communautés, au niveau national et continental. Nous vivons toujours avec le VIH et le SIDA, mais le scénario le plus sombre ne s'est pas réalisé. Dans ce dernier épisode, nous montrons comment et pourquoi la crise relâche son emprise.

J'ai invité le Professeur Oyo et le Professeur Amanzi à me rejoindre à nouveau après le discours du Président, pour leur demander de nous dire comment les choses se sont arrangées.

Le commentateur : De nombreux dirigeants ont réussi à créer un équilibre entre la poursuite de leur intérêt national et le développement d'alliances régionales. Des solutions communes ont-elles pu être trouvées ?

Le Professeur Oyo : On peut dire que oui. Les solutions partagées entre pays se sont multipliées. Au Sommet de l'Union africaine de 2014, organisé pour discuter des retombées extranationales de la maladie, les dirigeants se sont réunis pour discuter de leurs problèmes communs, tels que les effets des conflits et de la pénurie de ressources, pour débattre de nouvelles approches et, ce qui est important, pour mettre en commun des compétences, des capacités et des ressources.

Le Professeur Amanzi : Pour commencer, il semble que maintenir la paix s'est alors avéré particulièrement difficile. Comme le nombre d'agents de sécurité, tant dans la police que dans l'armée, affectés directement ou indirectement par le SIDA était de plus en plus élevé, le pouvoir et les capacités des forces de sécurité nationales de nombreux pays ont commencé à décliner.

Le Professeur Oyo : Oui, dans certains pays, les gouvernements réservaient au moins en partie la mise à disposition d'antirétroviraux aux forces de sécurité... mais dans d'autres, les budgets n'arrivaient même pas jusque-là. Dans certains pays, l'infection, les deuils, les responsabilités vis-à-vis des soins et une morale déplorable ôtaient toute efficacité aux forces de sécurité, qui en étaient venues à négliger leurs devoirs.

Le commentateur : Pour que l'investissement étranger soit possible, la paix et la sécurité revêtaient une importance capitale. Les gouvernements savaient

action de la caméra

le script

aussi que si l'on ne stoppait pas la délinquance, elle pourrait nourrir l'anarchie et les dissensions publiques, ce qui serait une menace pour la sécurité du régime. Comment ont-ils appréhendé ce problème ?

Le Professeur Amanzi : Certains se sont adressés à des sociétés privées de sécurité qui, parfois, employaient des ressortissants d'autres pays. Les gouvernements pouvaient maintenir ces groupes sous contrôle et les surveiller efficacement. Certains investissaient plus dans les forces militaires que dans les forces de police.

Le commentateur : **Et ça a marché ?**

Le Professeur Amanzi : Bien sûr ! Ces actions ont fonctionné et ont entraîné une réduction considérable de la délinquance. Mais d'autres gouvernements voyaient les choses autrement. Ils se contentaient d'aller de l'avant, et alors il y a eu toutes sortes de problèmes, des actes extrajudiciaires, la corruption, le népotisme.

Le Professeur Oyo : Vers 2010, des émeutes sporadiques et des troubles sociaux ont éclaté dans diverses parties du continent. Afin de pallier à cette situation, le Conseil de paix et de sécurité de l'Union africaine a organisé d'urgence une réunion sur les stratégies d'intervention nécessaires pour promouvoir la paix civile et la sécurité communautaire. Si l'on voulait éviter que cette agitation ne se transforme en de vrais conflits, il fallait frapper fort.

Le Professeur Amanzi : De nombreux gouvernements nationaux étaient de cet avis. Ils craignaient que, faute de pouvoir maintenir le calme, les pays deviennent ingouvernables et que les terroristes et leurs employeurs trouvent en Afrique un refuge où camoufler leurs agissements et recrutent même des jeunes gens insatisfaits pour servir leurs fins.

Nelson Abba se joint au groupe. Il est plus jeune que les professeurs, mais plus âgé que leurs élèves actuels.

Le commentateur : **Nelson Abba, vous avez participé aux manifestations et même conduit quelques-unes d'entre elles. Quels étaient les sentiments de la population à l'égard de la violence ?**

Nelson Abba : Eh bien, les gouvernements craignaient que les manifestations ne déclenchent des tensions ethniques ou religieuses latentes ou n'engendrent une atmosphère propice aux coups d'Etat. Mais nous, les activistes des droits de l'homme et les protestataires, nous pensions que les valeurs démocratiques étaient indispensables à une vraie construction de la nation et à une gouvernance digne de ce nom.

Même au milieu de toute cette agitation, nous appelions à la prudence ceux qui voulaient user de la force ou prendre des mesures répressives à l'encontre des libertés fondamentales.

Le commentateur : **Qu'est-il arrivé alors ?**

Nelson Abba : Les chefs de gouvernement et ceux de la société civile se sont divisés en deux camps : les « faucons », qui réclamaient l'état d'urgence et la suspension de la constitution en cas de troubles, et les « colombes » qui appelaient à des approches pacifiques, à un usage minimum de la force, au respect de la loi et au dialogue. Les « colombes » se sont prononcées en faveur d'interventions rapides demeurant dans un cadre constitutionnel, énergiques mais modérées, devant éviter de saper les progrès réalisés pour gagner la confiance du public et garantir les droits civils.

Le commentateur : **Et qui a gagné ?**

Nelson Abba : La situation était plutôt fluctuante : quelquefois les « colombes » marquaient des points, d'autres fois, les « faucons ». Dans bien des cas, les pays faisaient ce que commandaient les circonstances, sans pour autant porter atteinte à leurs allégeances régionales. A cette époque, le soutien régional revêtait une grande importance et aucun pays ne pouvait s'en passer.

...la prospérité aussi

action de la caméra

le script

Le Professeur Oyo : C'est vrai. *Le Conseil de Paix et de Sécurité de l'Union africaine* a opté pour une approche équilibrée et, de concert avec *la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples* et *le Parlement panafricain*, a mis au point un cadre d'intervention qui fournissait une formation en droits humains aux forces de sécurité nationales afin de leur permettre de calmer l'agitation sociale en faisant un usage minimum de la force, tout en protégeant les droits de l'homme, la paix et la sécurité.

Le Professeur Amanzi : La sécurité a été de diverses manières un catalyseur qui a donné lieu à de nouvelles formes de coopération régionale sur tout le continent, a provoqué un regain de sens à l'unité africaine, laquelle s'est considérablement renforcée au fil des années.

Le Professeur Oyo : A la fin de la première décennie du XXI^e siècle, il était évident que les gouvernements africains se préoccupaient avant tout de leur propre pays et des pays frères. C'est dans cet esprit que *le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD)*, créé par l'Union africaine, a été rebaptisé *Partenariat africain pour le développement en Afrique (APAD)*.

L'APAD conservait bien entendu les idéaux du NEPAD, notamment le recul de la pauvreté et le soutien aux efforts déployés pour mettre en place des environnements favorables à la paix et à la sécurité, mais les gouvernements ont cette fois modifié leur approche et ont décidé de rechercher chez eux une part beaucoup plus importante de leurs financements, même si cela était très difficile.

Nelson Abba, qui se tape la cuisse : Mais nous étions fous de joie ! L'Union africaine nous avait donné le choix entre deux possibilités. Premièrement les membres de l'Union pouvaient donner 0,5 % de leur PIB à l'UA, qui reverserait une partie de ces contributions à l'APAD et le reste au *Conseil de Paix et de Sécurité*.

Quant à l'autre option, elle consistait à demander aux pays d'augmenter leur taxe à la valeur ajoutée et de verser cet excédent à l'Union africaine.

Le commentateur : Et la population, que pensait-elle de ces idées ?

Nelson Abba : Eh bien, nous étions d'avis que l'option de la taxe à valeur ajoutée n'était pas claire ! Alors, elle a été rejetée.

Mais comprenez-moi bien. Nous étions déterminés à relever les défis sans la moindre hésitation. Ainsi, l'APAD a commencé à réunir toutes les ressources qu'il pouvait sur le continent, à mobiliser les compétences et les capacités et à les diriger là où elles pouvaient être utiles pour remplir les objectifs de développement ainsi que pour lutter contre l'épidémie de SIDA. C'était un effort très courageux de la part de l'Union africaine.

Le Professeur Amanzi : Ils étaient vraiment courageux : ils ont refusé de faire figure de partenaires mineurs dans les plans et les stratégies. Ils ont aussi refusé des fonds de partenaires potentiels qui exigeaient qu'ils fassent des entorses à leurs propres stratégies. L'idée qui était derrière le maintien de leur position, c'était que ce n'était pas seulement les Africains qui devaient changer, mais plutôt l'ensemble du système qui avait exploité l'Afrique pendant tant d'années.

Nelson Abba : C'était fantastique ! Ils exigeaient pour l'Afrique une intégration plus juste et plus réelle sur les marchés mondiaux, ainsi qu'une meilleure représentation auprès des institutions multilatérales.

Nous étions très en colère lorsque nous nous sommes aperçus que, si la plupart des pays suivaient la même ligne de conduite, certains faisaient cavaliers seuls et passaient des accords destinés à servir leurs intérêts nationaux. Mais ces pays ont été sanctionnés et rapidement isolés en Afrique même, ce qui fait que bientôt la plupart des pays ont respecté la position de l'Union africaine : « selon nos conditions uniquement ».

Le Professeur Parkes rejoint le groupe. Il surgit de l'entrée du tunnel, les joues rosies par le contentement.

Le Professeur Parkes : Est-ce que c'est maintenant que j'interviens ?

Le commentateur : Oui, Professeur, s'il vous plaît, vous qui êtes un journaliste respecté, dites-nous comment vous voyez les choses.

action de la caméra

le script

Solutions ciblées
et augmentation
des impacts

Une femme émerge du tunnel. Elle prend un plateau avec des boissons des mains d'un serveur. Elle monte l'escalier pour rejoindre le groupe.

Plus de sécurité
ou plus de liberté
pour les femmes ?

Le Professeur Parkes : Avec plaisir ! Mais à condition que vous soyez tous assis confortablement (*des rires fusent parmi les personnes présentes*)... la plupart des pays africains ont retiré des avantages extraordinaires du commerce intérieur comme du commerce extérieur par le simple fait de former un seul bloc.

Le Professeur Oyo, qui l'interrompt, enthousiaste : En 2018, les investissements directs africano-africains avaient atteint un sommet stable d'environ 2 % du produit intérieur brut de l'Afrique. A l'heure actuelle sur le continent africain, la plupart des pays ont signé des accords commerciaux régionaux.

Le Professeur Parkes : Merci, Professeur !

L'intégration régionale accrue a amélioré la capacité de reprise des pays en réduisant les risques relatifs à l'isolement et à la vulnérabilité, et en fournissant des opportunités d'accès à des ressources et à des compétences qui n'existaient pas à l'intérieur des frontières nationales.

Mais le partage des ressources et des capacités a aussi créé un sentiment d'insécurité. Les gens se demandaient comment les grands pays et les pays les plus puissants du continent allaient se comporter dans le cadre de ces arrangements.

Le commentateur : Nous pouvons peut-être écouter ce que Madame Masiga, notre interlocutrice infirmière, peut nous dire de la survie des services de santé ? Madame Masiga, où êtes-vous ?

Madame Masiga, qui est légèrement essoufflée : Bon. De mon point de vue, on a accordé beaucoup d'importance au fait de dispenser des soins de santé. Mais les fonctionnaires avaient la priorité lorsqu'il s'agissait de la thérapie antirétrovirale. Certaines personnes disent que c'était une bonne chose, car les avantages étaient nombreux : la stabilité politique et économique accrue de leur pays a permis à la plupart des gens de ne plus avoir à affronter autant de situations à risque.

Il y a maintenant des générations d'adolescents – dont ma propre nièce – qui sont fermement convaincus que l'abstinence est la seule parade acceptable, mais que c'est aussi une bonne chose en soi. Et la stigmatisation s'exerce désormais à l'égard de ceux qui donnent l'impression de ne pas se conformer aux politiques nationales de prévention du VIH.

Le Professeur Oyo : Nous devrions être contents de ce que les fonctionnaires ont fait : ils voyaient aussi leurs amis, les membres de leur famille et leurs collègues mourir du SIDA, et pourtant, ils se sont organisés pour parler d'une seule et même voix et ils n'ont pas tardé à prendre une part active dans le débat concernant le VIH et le SIDA. En épousant la cause du panafricanisme, ils se sont mués en un groupe de pression en faveur de l'accélération de la lutte contre le VIH.

Madame Masiga, qui passe le plateau de boissons à la ronde et s'assied : Mmmm, oui Cher Professeur, mais maintenant on voit une sorte de « police citoyenne » où chacun se met à surveiller les autres – et les enfants des autres ; des congrégations religieuses qui s'occupent des affaires de tout le monde et pas seulement de celles de leurs membres, et qui concrètement surveillent tout le monde ! C'est sans doute le revers de la médaille du soutien qu'ils se procurent les uns les autres... Mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que dans la plupart de ces communautés, certains groupes sont marginalisés, pour toutes sortes de raisons. Tout cela varie selon la culture des gens.

Le Professeur Amanzi : Ah ! La question des femmes est très complexe ! Alors que de plus en plus de femmes africaines montent dans la hiérarchie des affaires ou de la politique dans beaucoup de pays, d'autres femmes pensent que rien n'a changé. Certains vous diraient même que l'accent que l'on a mis sur le changement des comportements a réduit les libertés sociales et économiques octroyées aux femmes.

Madame Masiga : Bien sûr ! Dans certains pays, les hommes se sont empressés d'invoquer le passé pour chasser tous les vestiges du « féminisme occidental » et ils ont tout fait pour remettre les femmes à leur place. Dieu merci, ils n'ont généralement pas réussi, mais dans de nombreux pays, il y a encore deux poids

action de la caméra

le script

deux mesures concernant les « femmes faciles », ce qui entraîne des pressions considérables – parfois même intolérables – sur les jeunes femmes pour qu'elles conservent leur virginité.

Comprenez-moi bien, je n'ai rien contre l'abstinence en tant que moyen d'éviter l'infection. Mais je suis contre le fait qu'il n'y ait pas d'équivalent concernant les comportements sexuels des hommes, ou que l'on ne soit pas plus ouvert à la dynamique relationnelle ou aux réalités des pressions.

Je suis en particulier outrée que l'on ne s'élève pas contre le problème de la différence d'âge. Dans trop de pays, les hommes mûrs ont toujours tendance à vouloir épouser des femmes très jeunes, et en particulier celles dont il est possible de « certifier » la virginité. Je sais que dans certains pays, des campagnes publiques traitent de cette pratique, en particulier la pratique des « papas gâteau ». Certains pays ont même instauré le test prénuptial de dépistage du VIH pour les hommes et pour les femmes, mais là, j'ai toujours un peu peur que les tests ne deviennent obligatoires.

Il y a encore beaucoup trop de cas de dirigeants qui traitent cette question de la différence d'âge avec indulgence, ou même qui la considèrent comme partie intégrante de leur stratégie contre le SIDA. Vous savez : « gardez la virginité de vos filles jusqu'au mariage et nous ralentirons la transmission du VIH ». Naturellement, ça ne marche pas. Car sans la garantie que l'homme mûr n'est pas déjà infecté par le VIH, cela veut simplement dire que sa jeune épouse vierge se retrouvera elle-même infectée extrêmement rapidement !

Le Professeur Amanzi : Oui, bien sûr, mais dans d'autres pays, c'est exactement l'opposé qui s'est produit, en tout cas en ce qui concerne les femmes. On les a encouragées à jouer un rôle beaucoup plus actif dans la lutte contre la maladie. Certaines ont réussi à saisir les opportunités liées à de tels changements pour affirmer et négocier leur position sociale. Elles sont nombreuses à posséder de l'instruction, plus à l'aise financièrement et vivent pour une grande part dans les villes, mais il y a aussi des exemples de femmes pauvres en milieu rural – de surcroît chefs de famille – qui ont gagné le respect de leur communauté locale grâce au rôle-clé qu'elles ont joué dans la lutte contre la maladie et dans le soutien qu'elles ont apporté à leur communauté.

Madame Masiga : Ma nièce m'a écrit récemment... pour m'envoyer une copie d'une lettre qu'elle a remise à un journal local.

Je saute une bonne partie... mais je vous lis ce qui a été publié...

Madame Masiga sort la lettre de sa poche, la montre et en entame la lecture à haute voix.

Courrier du lecteur

« En général, c'est vrai que dans toute l'Afrique l'égalité entre les sexes est beaucoup plus grande qu'à une époque. Ces changements se sont vérifiés dans certains pays à la suite de mesures pratiques prises pour stopper la propagation du VIH.

« Un peu partout, les femmes se sentent aujourd'hui plus en sécurité : sans doute grâce à la mise en application du principe de tolérance zéro à l'égard du viol ou grâce à d'autres mesures de protection. Dans de nombreux pays le style de vie s'améliore, ce qui veut dire que moins de femmes sont obligées d'émigrer pour trouver du travail. Le commerce du sexe fait actuellement l'objet de règles précises dans certains pays, ce qui entraîne également une meilleure protection des femmes. En outre, de nouvelles organisations féminines nationales, y compris des groupes de femmes vivant avec le VIH et le SIDA, ont été formés pour mettre en œuvre les stratégies nationales contre l'épidémie de VIH. Certaines femmes vivant avec le VIH et le SIDA ont trouvé des emplois en tant que sensibilisatrices à la prévention du VIH.

« Mes amies et moi-même sommes fières de pouvoir dire que nous sommes encore à l'école – nous avons presque fini le secondaire – et certaines d'entre nous espèrent

pouvoir aller à l'université. Nous sommes nombreuses à penser que l'abstinence est le meilleur moyen de préparer l'avenir.

« Tu ne peux pas imaginer à quel point nous sommes fières de ce que nous sommes arrivées à faire, et à quel point nous sommes fières de nos parents, de nos dirigeants, de l'Afrique. Nous sommes presque une génération sans SIDA. Et maintenant, ce que nous voulons, c'est contribuer à créer un meilleur avenir pour notre nation, et nous réclamons une plus grande participation à la prise des décisions communautaires.

« Un grand nombre d'entre nous travaillent pour ouvrir de nouvelles voies à la lutte contre l'épidémie, de nouvelles voies pour encourager les gens à changer leurs comportements. Je suis membre du Club SIDA de l'école : nous organisons à l'intention des classes d'élèves plus jeunes des présentations sur les comportements sexuels sans risque et nous apportons notre contribution à l'enseignement des compétences pratiques ou des aspects sociaux de la vie. Nous avons décidé de promouvoir les valeurs de nos ancêtres et de notre peuple et de les vivre dans le futur : nous ferons ce qu'il faudra pour que l'Afrique devienne de plus en plus forte. »

action de la caméra

le script

Le commentateur : *Quelle belle lettre ! Est-ce que c'est vous qui avez élevé votre nièce ?*

Madame Masiga : Oui, en effet... et j'ai pu voir en direct le changement d'attitude à l'égard des enfants rendus orphelins par l'épidémie. Je pense qu'il y a eu des changements positifs. Les enfants sont traités avec compassion, ils reçoivent beaucoup plus d'aide concrète et bénéficient de réelles opportunités.

Le Professeur Amanzi : Vous savez, nous avions l'habitude de dire des orphelins qu'ils étaient « vulnérables », et à cause de cela, ils étaient considérés comme des victimes qui n'attendaient qu'une chose, c'est qu'une catastrophe se produise. Nous avons vraiment beaucoup travaillé pour changer cela. Un jour, j'ai entendu quelqu'un parler d'« enfants formidables » et cela m'a frappée. Nous avons commencé à utiliser cette expression dans nos documents, dans nos réunions, partout où nous le pouvions. Peu à peu, je crois que c'est devenu une chose établie. Pas seulement l'expression, mais l'état d'esprit. Et c'est bien que de regarder des enfants qui ont perdu leurs parents comme des « enfants formidables ».

A ce sujet, il a aussi fallu faire des choix sans concession. Dans certains pays, les dirigeants considéraient les enfants vulnérables comme une ressource inexploitée, et ils ont suivi différentes approches pour s'assurer qu'ils recevaient des soins, qu'ils étaient socialisés et bénéficiaient d'une éducation ou d'une formation. Ces approches comprenaient notamment des programmes qui proposaient de la nourriture contre du travail, ainsi que des projets de placement dans des familles ou au sein des communautés, et aussi des écoles communautaires et des orphelinats. Dans certains endroits, les enfants qui n'étaient pas sous la tutelle d'adultes ont été « retenus » dans des camps spéciaux gérés par le gouvernement. Ce n'était évidemment pas la meilleure des solutions, mais on peut dire aussi qu'elle était toujours meilleure que de se retrouver dans la rue. Les dirigeants locaux étaient chargés par le gouvernement central de s'assurer qu'aucun enfant ne resterait en dehors de ce filet protecteur. C'est ainsi que les communautés sont devenues plus souples et dès lors mieux à même d'affronter les impacts – physiques et psychologiques – du SIDA et d'autres traumatismes.

Le commentateur : *Pendant ce temps, les transferts de fonds en provenance des Africains émigrés augmentaient. Était-ce une bonne chose ?*

Le Professeur Oyo : Bien sûr, c'était une bonne chose. Dans le passé, l'histoire de la diaspora africaine était surtout caractérisée par des pertes et un gaspillage des opportunités : le phénomène était décrit comme la fuite d'un capital humain, ou, comme on disait alors, l'« exode des cerveaux ». Mais au cours des 15 dernières années à peu près, tout cela a changé. Les dirigeants africains ont noué des contacts avec nos émigrés, et vice-versa, et on a placé beaucoup d'espoir dans leur capacité à créer une économie florissante, tellement nécessaire, sur le continent qui les avait vus naître.

Le Professeur Parkes : De plus en plus d'Africains émigrés sont retournés dans leur pays tandis que les membres de la génération suivante partaient les remplacer. Ceux qui reviennent perçoivent les changements qui se produisent : Ils s'aperçoivent que leur pays d'origine, ou le pays de leurs parents, se sont transformés en lieux où fleurissent de nouveaux espoirs et où le développement économique se porte bien, où ils peuvent envisager d'investir leurs cœurs, leurs vies et l'avenir de leurs enfants, ainsi que leur argent !

Nelson Abba : Quelques-uns de mes vieux amis sont revenus. C'est bien, aussi, que des gens plus jeunes, qui ne sont même pas nés en Afrique, reviennent. Ils nous apportent des compétences précieuses dont nous saurons faire bon usage.

Le Professeur Oyo : Au cours des 20 dernières années, nos dirigeants ont sorti leurs pays du chaos du sous-développement. Ce faisant, ils ont fait une série de choix d'une extrême difficulté, géré les tensions, apaisé les frictions, souvent en équilibre sur une lame de rasoir entre deux extrêmes. Certains ont mieux réussi que d'autres, et ce qu'est exactement une réussite a souvent été débattu.

Retour de la diaspora africaine

Se serrer les coudes, garder la tête haute

action de la caméra

le script

Le Professeur Amanzi : Je vais être franche. Dans un certain nombre de pays, les stratégies menées au cours des 20 dernières années avaient souvent leurs zones d'ombre. Certains dirigeants par exemple, ont renforcé des valeurs et des politiques qui n'avaient en rien fait progresser les premiers acquis relatifs aux droits des femmes, et qui les faisaient même parfois régresser. Certaines approches ont encouragé la xénophobie – et je dois dire qu'il y a encore des tensions considérables entre les communautés dans différentes parties de l'Afrique. D'un autre côté, nombreux sont ceux qui ont tiré leur pays du puits. J'imagine que dans certains cas, on peut se demander si la fin justifie les moyens... ? Nos amis des Nations Unies nous diraient « en aucun cas », mais je ne suis pas sûre que les choses soient aussi simples.

Le Professeur Oyo : Je dirais que probablement oui. Sur tout le continent, la plupart des pays ont réussi à mettre efficacement en pratique leurs stratégies, tant sur le plan de la capacité que des infrastructures, et, par voie de conséquence, ils ont mis sur pied une nouvelle philosophie et de nouvelles valeurs.

Le commentateur : **Mais cette philosophie et ces valeurs survivront-elles ?**

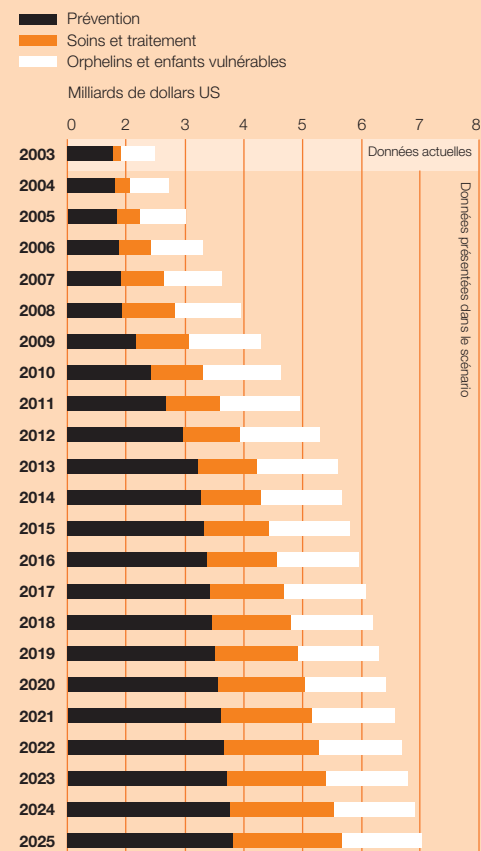
Le Professeur Oyo, qui sourit : Si je pouvais lire l'avenir, je pourrais répondre à cette question !

Le Professeur Amanzi, qui fait un geste en direction du centre du stade où l'on est en train de démonter une estrade tandis que les gens se dispersent : Nous avons une nouvelle vision de notre pays, de notre continent et nous l'avons vue se réaliser. Ne voyez-vous pas l'espoir et la fierté tout autour de nous ? Les nations et les peuples d'Afrique se serrent les coudes et gardent la tête haute.

Conformément à son habitude consistant à fournir un résumé des données historiques, *Une planète, un monde* présente ci-dessous quelques-uns des principaux indicateurs qui permettent d'illustrer les progrès réalisés en Afrique pendant le premier quart de ce siècle.

Des choix sans concession : une vue d'ensemble

Figure 25 **Dépenses annuelles consenties dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA, par composante, « Des choix sans concession », 2003-2025**



Source : ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

Les victimes

L'épidémiologie est un révélateur de la difficulté extrême de faire céder l'épidémie, du moins en termes de diminution de la prévalence. Des efforts et des dépenses considérables ont été consacrés à cette tâche et les activités de prévention se sont intensifiées. Aujourd'hui, en 2026, le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH et le SIDA est analogue à celui enregistré en 2003. Etant donné que la population africaine s'est accrue pour atteindre 1,4 milliard d'habitants, nous pouvons être fiers de constater qu'en pourcentage de la population, la prévalence du VIH est tombée de 5 % en 2003 à près de 3 % aujourd'hui.

Aujourd'hui, nous avons pris de l'avance par rapport à l'épidémie, mais nous n'avons pas réussi à la vaincre.

Les préjugés sexuels demeurent et les femmes sont toujours plus affectées que les hommes par l'épidémie. En 2003, la prévalence du VIH parmi les hommes adultes était de 4,9 % contre 6,4 % chez les femmes. Ces chiffres sont aujourd'hui de 2,8 % et de 3,8 % respectivement.

Le chemin pris par l'Afrique était principalement axé sur la prévention, bien que des efforts aient également été faits pour diffuser la thérapie antirétrovirale : Aujourd'hui 1,5 million d'adultes bénéficient du traitement, alors qu'en 2003, ils étaient moins de 78 000 à y avoir accès. Il est encourageant de constater que la mise à disposition de traitements antirétroviraux augmente à un rythme régulier et que parmi ceux qui en ont besoin, un peu plus de 30 % en bénéficient aujourd'hui.

L'Afrique continue à voir un grand nombre de personnes mourir du SIDA : 60 millions d'adultes et 15 millions d'enfants sont ainsi décédés depuis le début de l'épidémie. Le nombre annuel de décès sera encore élevé pendant quelque temps, car la réduction du taux d'infection prend du temps pour se manifester au sein d'une population. Malheureusement, 2 millions d'adultes meurent encore du SIDA en Afrique chaque année, ainsi que quelque 340 000 enfants.

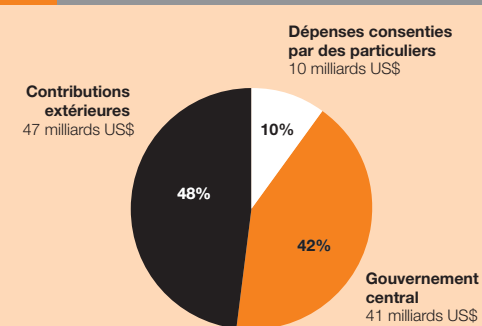
L'Afrique a riposté : les initiatives d'aide aux « orphelins du SIDA » ont augmenté de façon significative jusqu'en 2010, et depuis, l'aide augmente au même rythme que la croissance démographique. Il n'en reste pas moins que le nombre d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA est passé de 12 millions en 2003 à 22 millions en 2025.

Etablir le coût de la riposte

Les dépenses totales réalisées en Afrique pour la lutte contre le SIDA ont augmenté en moyenne de 6,6 % par an depuis 2003. Le taux de croissance de ces dépenses a été beaucoup plus rapide entre 2003 et 2013, avec une croissance de 12 %, et il a été suivi par un rythme plus modéré de 2,3 % par an entre 2013 et 2025, en raison des dépenses opportunes qui avaient été effectuées précédemment pour la prévention.

Une partie des dépenses a été consacrée à des actions de prévention, qui se sont multipliées de manière significative entre 2008 et 2014. Les dépenses

Figure 26 Dépenses totales consenties dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA, par source, « Des choix sans concession », 2003-2025



Source : ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

consacrées aux soins et au traitement ont augmenté lentement au début, puis plus rapidement ultérieurement.

L'observation de la première et de la dernière lignes de la **Figure 25** montre le changement dans la répartition des ressources au cours des 23 dernières années. En 2025, les dépenses pour les soins et le traitement ont augmenté pour atteindre 30 % du total et les dépenses liées à la prévention sont demeurées très stables, à près de 50 % du total. La proportion consacrée aux orphelins et aux enfants vulnérables est plus restreinte aujourd'hui qu'en 2003, bien qu'en termes monétaires réels, le niveau de dépenses pour ce poste ait augmenté rapidement entre 2003 et 2010 et soit demeuré stable jusqu'en 2025.

Les coûts cumulatifs se sont élevés à près de 98 milliards de dollars US au cours des 23 années que représente la période 2003-2025. Heureusement, les bailleurs de fonds ont fourni une aide substantielle et durable pendant les premières années, quoique celle-ci ait atteint un plateau vers 2010. On a également noté une expansion considérable des capacités nationales à prendre durablement la relève de la riposte au VIH et au SIDA.

Les économies africaines ont accusé un accroissement de 2 % annuel en moyenne en termes réels, et les budgets des gouvernements de 0,75 % par an. La proportion des budgets gouvernementaux consacrés à la santé s'est accrue pour atteindre 13 %. C'est ainsi que la capacité du secteur public intérieur s'est considérablement accrue et a pu alimenter les dépenses en faveur de la lutte contre le VIH et le SIDA. Pendant la période 2003-2025, les investissements consentis provenaient de différentes sources, y compris de dépenses privées et gouvernementales ainsi que de l'aide internationale.

La proportion des coûts assumés par différentes sources de revenus varie dans la région (**Figures 27-30**). L'Afrique de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale par exemple, ont eu besoin d'une aide plus importante et sont restées plus dépendantes de celle-ci (ceci étant dû à une croissance démographique plus importante et plus rapide) dans les années récentes. Si les coûts des programmes par habitant étaient relativement bas, se situant autour de 4 dollars US par personne et par année, la taille des populations a entraîné une inflation importante des coûts totaux.

Bien qu'elles aient reçu une proportion plus élevée de l'aide, l'Afrique de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale ont fait des efforts visant à financer leurs propres programmes. Les coûts programmatiques initiaux, prélevés sur les budgets gouvernementaux, ont entraîné des déficits budgétaires dans certains pays, en particulier lorsque les revenus fiscaux n'augmentaient pas au même rythme que les budgets des gouvernements. De même, la croissance modérée de l'économie a grevé les dépenses consenties par les particuliers eux-mêmes, compte tenu de la forte proportion que ces dernières représentaient encore dans le financement du programme global.

L'Afrique de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale se sont taillées la plus grande part de l'aide officielle au développement, et au cours des 20 dernières

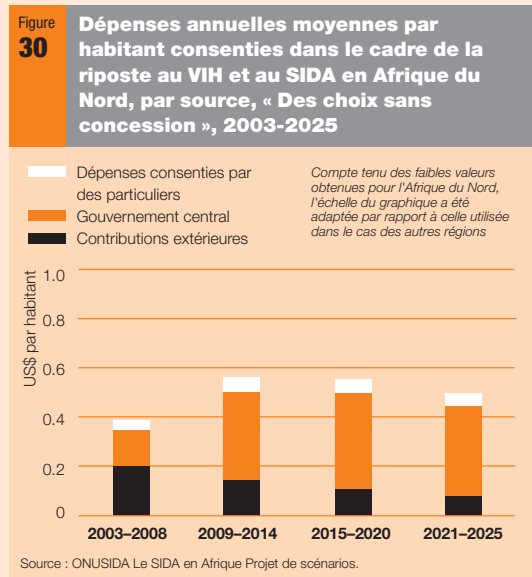
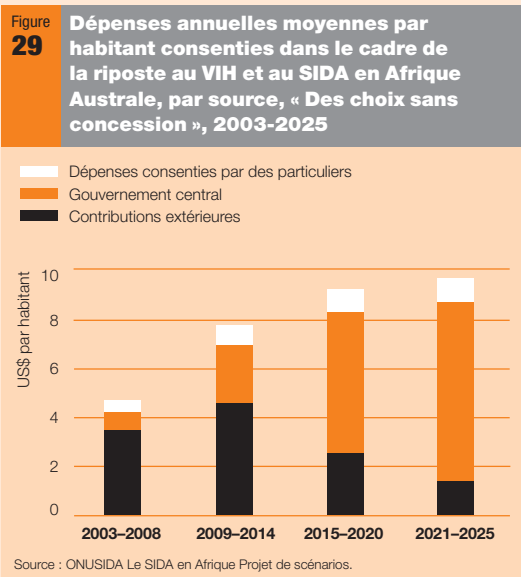
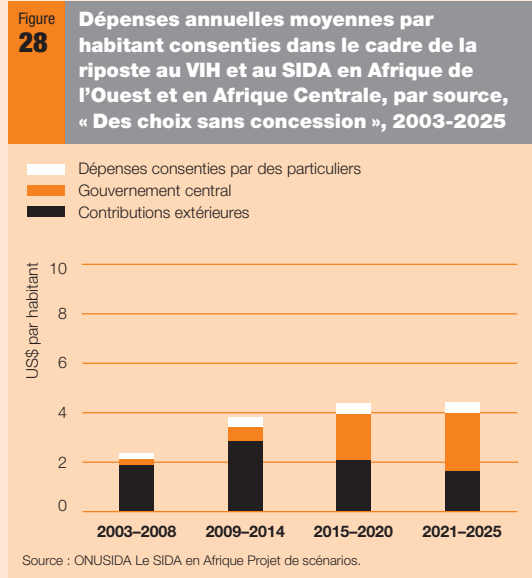
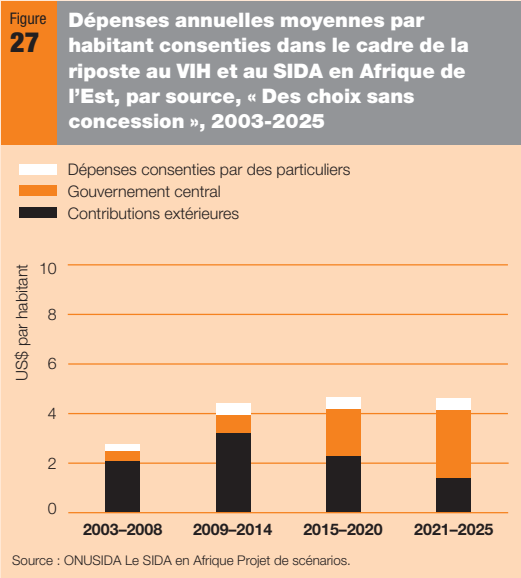
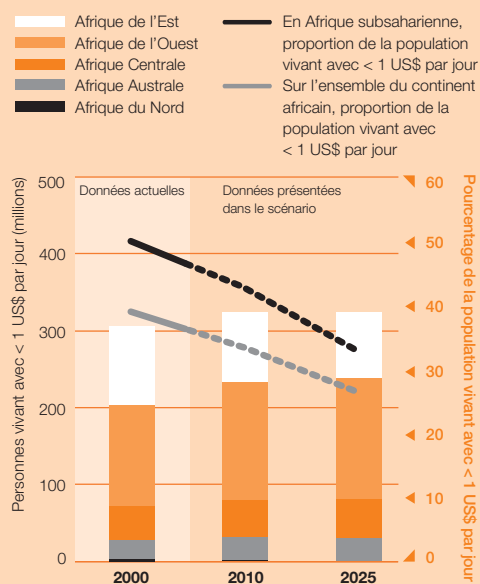


Figure 31 Personnes vivant avec moins de un dollar US par jour, par région, pour certaines années spécifiques, « Des choix sans concession »



Source : Nations Unies (2003) *Projections démographiques mondiales – données révisées en 2002*, Genève (données rassemblées en 2000) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

années, elles ont reçu 74 % de l'aide réservée aux programmes d'intervention contre le VIH et le SIDA en Afrique.

L'Afrique Australe se trouvait face à une situation financière différente. La croissance démographique plus faible dans cette région et un statut économique légèrement plus élevé la rendait plus indépendante vis-à-vis de l'aide. Mais les taux élevés de prévalence et la croissance démographique permanente ont produit un effet cumulatif de croissance des coûts annuels par habitant, qui s'élevaient à 9 dollars US par habitant en 2025. Comme pour l'Afrique de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale, cette région a subi des contraintes budgétaires dues au programme d'intervention, qui ont été particulièrement ressenties par les gouvernements et les particuliers.

Mais dans l'ensemble, la planification de la riposte au VIH et au SIDA a été abordable. Le montant de l'aide étrangère a permis de donner un élan initial aux programmes, puis le niveau des contributions a diminué, l'Etat prenant à sa charge une proportion plus importante des dépenses.

Les Objectifs de Développement pour le Millénaire

La **Figure 32** illustre les progrès réalisés dans le sens des Objectifs de Développement pour le Millénaire jusqu'en 2025. En Afrique du Nord, les progrès ont été rapides et durables. En Afrique subsaharienne, ils ont été plus lents mais stables et durables.

La pauvreté

La proportion de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté a diminué dans l'ensemble de l'Afrique au cours de 20 dernières années (passant de près de 40 % en 2000 à 27 % en 2025 sur l'ensemble du continent et de 50 % à 33 % en Afrique subsaharienne). Le nombre absolu des personnes vivant dans la pauvreté a diminué en Afrique du Nord et en Afrique de l'Est, il est demeuré stable en Afrique Australe et a légèrement augmenté en Afrique de l'Ouest (pour atteindre 158 millions) et en Afrique Centrale (où il atteint 51 millions). Pour l'ensemble de l'Afrique, cela signifie une légère augmentation, puisque ce nombre est passé de 306 millions à 325 millions de personnes.

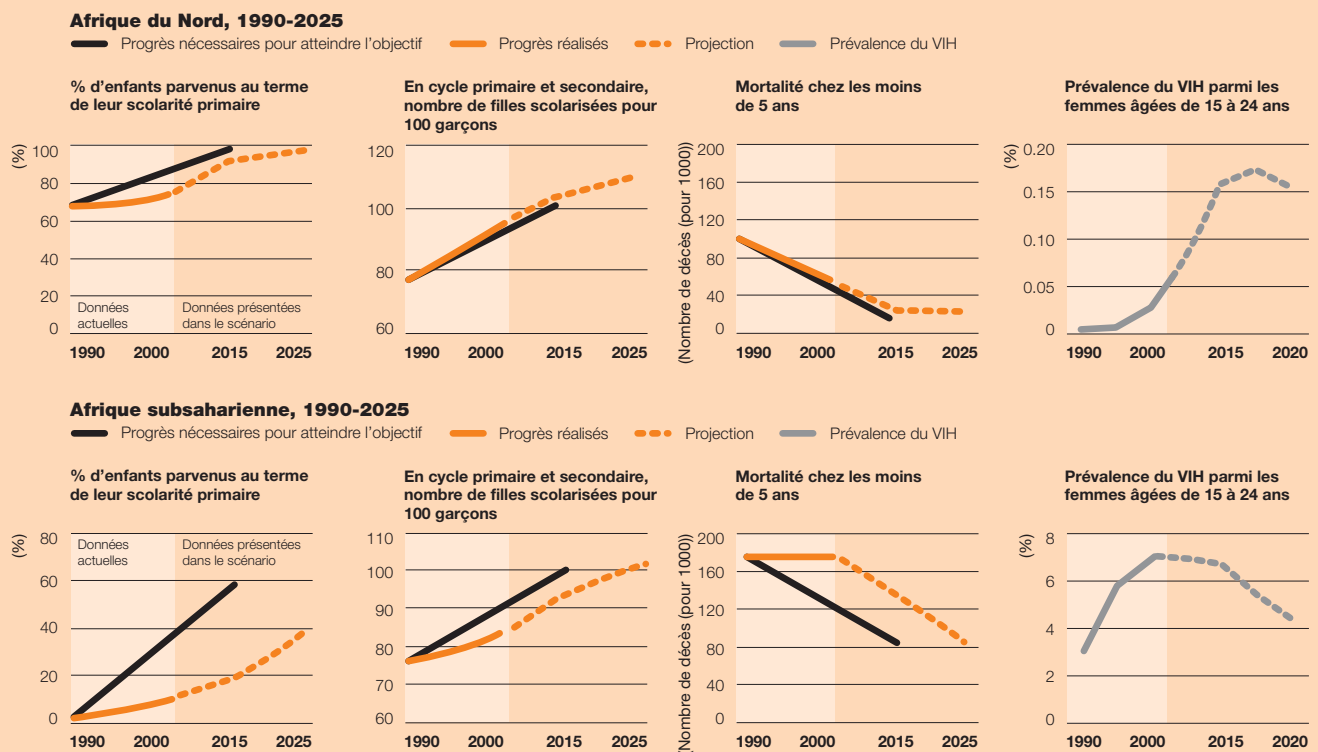
Vue globale de l'Afrique

Les **Figures 33-36** illustrent les tendances de la prévalence du VIH et du SIDA jusqu'en 2025. L'**Annexe 1** fournit, quant à elle, un exposé complet des coûts engendrés. Au cours des 20 dernières années, la prévalence du VIH parmi l'ensemble des adultes est tombée de 5,6 % en 2004 à 3,3 % en 2025.

Même si la chute de la prévalence a été plus rapide à partir de 2010, le nombre total des adultes séropositifs en 2025 (soit 23,9 millions) est presque aussi élevé qu'en 2004 (soit 24,1 millions). L'accroissement du nombre absolu de nouveaux cas d'infection après 2015 est dû à une croissance démographique soutenue.

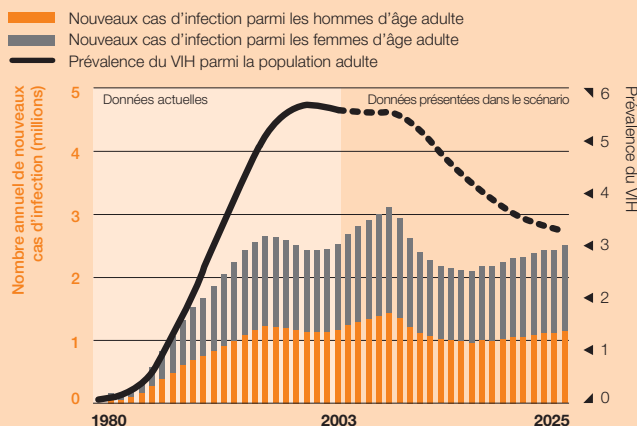
Les femmes sont toujours les plus touchées par l'épidémie : le nombre estimatif annuel des nouveaux cas d'infection chez les femmes est de 1,4 million en 2025 et de 1,2 million chez les hommes adultes.

Figure 32 Progrès réalisés dans le sens des Objectifs de Développement pour le Millénaire en Afrique du Nord et en Afrique subsaharienne, « Des choix sans concession », 1990-2025



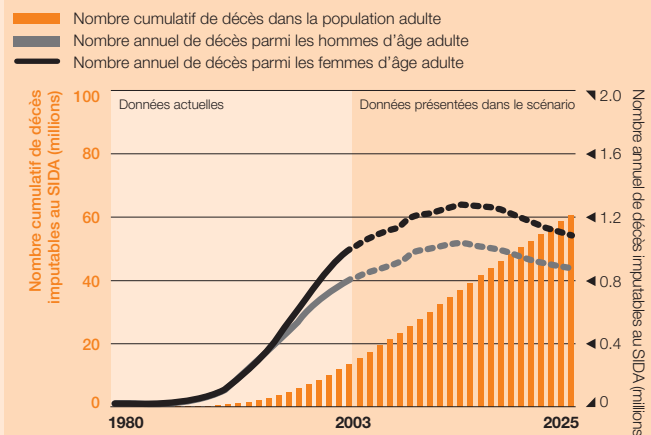
Source : PNUD/UNICEF (2002), *Les Objectifs de Développement pour le Millénaire en Afrique : promesses et progrès*, New York ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

Figure 33 Nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH parmi la population adulte et prévalence du VIH chez l'adulte en Afrique, « Des choix sans concession », 1980-2025



Source : ONUSIDA (2004) *Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève (données chronologiques) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

Figure 34 En Afrique, nombre annuel et cumulatif de décès de personnes adultes imputables au SIDA, « Des choix sans concession », 1980-2025



Source : ONUSIDA (2004) *Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève (données chronologiques) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

Figure 35 En Afrique, nombre d'adultes ayant accès à un traitement antirétroviral et nombre d'adultes à qui il devrait être prodigué, « Des choix sans concession », 1980-2025

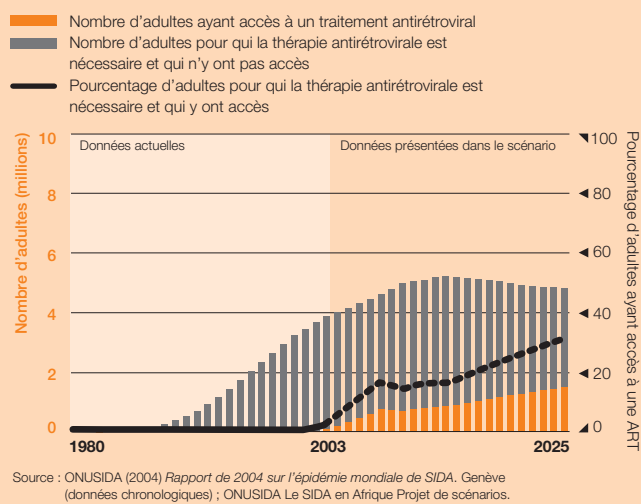
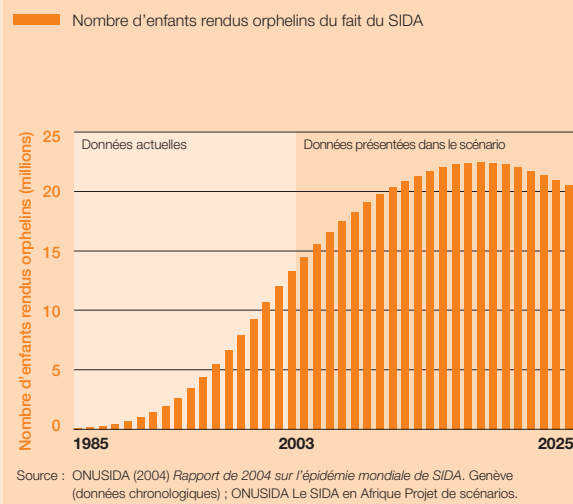


Figure 36 En Afrique, nombre d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA ou pour d'autres raisons, « Des choix sans concession », 1985-2025



A l'approche de 2025, 60 millions d'adultes et 15 millions d'enfants avaient déjà succombé au SIDA. Le nombre annuel de décès d'adultes et d'enfants a commencé à diminuer à partir de 2016, et s'élevait à 2,3 millions en 2025 (voir la **Figure 34**, à la page précédente).

La différence entre la mortalité masculine et féminine est moins élevée en 2025, en comparaison de 2014, année au cours de laquelle on a enregistré une mortalité annuelle maximale.

Parmi ceux pour qui la thérapie antirétrovirale est nécessaire, 31,2 % (1,5 million d'adultes) y avaient accès en 2025. La fourniture accrue de la thérapie antirétrovirale a entraîné une diminution du nombre de décès annuels dès 2015. Le nombre de personnes ayant besoin de la thérapie antirétrovirale mais n'en bénéficiant pas continuera de baisser à partir de 2025, puisque la prévalence du VIH chute et que l'accès à la thérapie antirétrovirale continue d'augmenter.

Le nombre d'enfants rendus orphelins par le SIDA n'a cessé de croître jusqu'en 2021, et en 2025, on en dénombrait 22,4 millions.

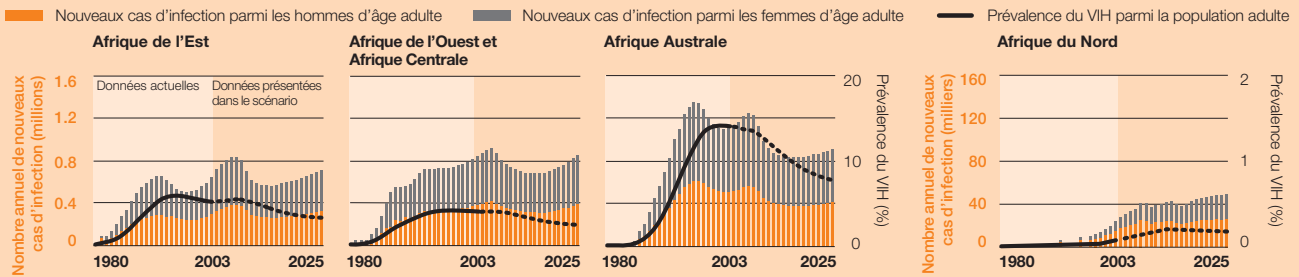
Survol des régions africaines

La **Figure 37** fournit un état épidémiologique détaillé de l'épidémie dans les différentes régions géographiques que sont l'Afrique de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale, l'Afrique Australe et l'Afrique du Nord.

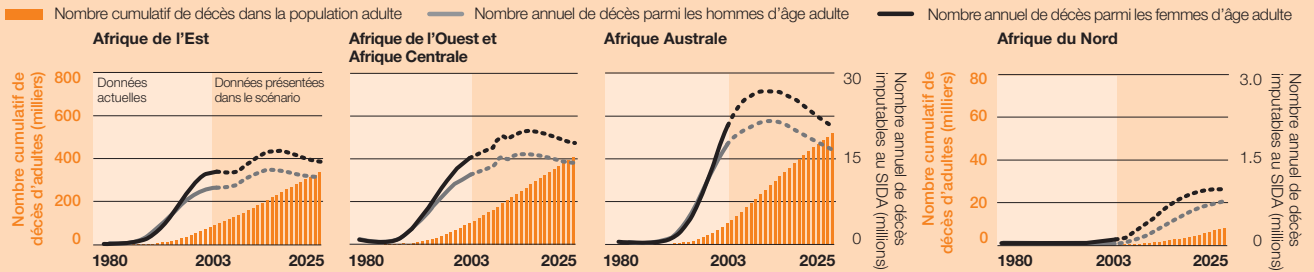
Figure 37 Des choix sans concession : Survol des régions africaines

Nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH parmi la population adulte et prévalence du VIH chez l'adulte en Afrique, 1980-2025

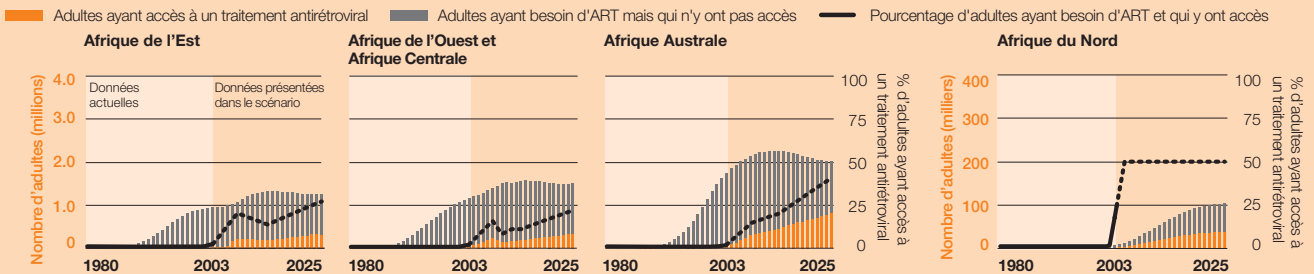
Note : Compte tenu des faibles valeurs obtenues pour l'Afrique du Nord, l'échelle du graphique a été adaptée par rapport à celle utilisée dans le cas des autres régions



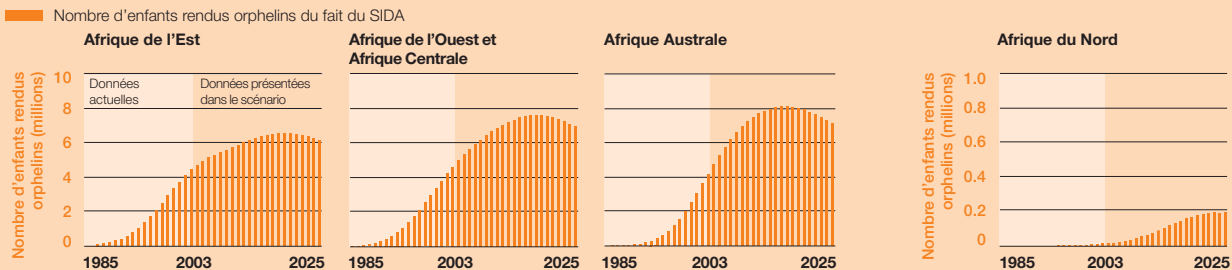
En Afrique, nombre annuel et cumulatif de décès de personnes adultes imputables au SIDA, 1980-2025



En Afrique, nombre d'adultes ayant accès à un traitement antirétroviral et nombre d'adultes à qui il devrait être prodigué, 1980-2025



En Afrique, nombre d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA, 1985-2025



Source : ONUSIDA (2004) Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA, Genève (données chronologiques) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

La mer engloutit la terre chez nous

Chez nous la mer est en ville,
Déferlant dans les cuisines,
Emportant le bois des foyers
Et le renvoyant la nuit ;
La mer engloutit la terre chez nous ;

Elle est venue un jour au plus profond de la nuit,
Détruisant les murs de ciment,
Et a emporté la volaille,
Les marmites et les louches,
La mer engloutit la terre chez nous ;
C'est triste d'entendre les gémissements,
Et les cris de deuil des femmes,
Implorant tous les dieux qu'elles vénèrent,
De les protéger de la colère de la mer.

Aku se tenait dehors là où se trouvait sa marmite,
Avec ses deux enfants tremblant de froid,
Les mains sur sa poitrine,
Pleurant de désespoir.

Ses ancêtres l'ont négligée,
Ses dieux l'ont abandonnée,
C'était un dimanche matin glacé,
La tempête faisait rage,
Les chèvres et la volaille luttèrent dans l'eau,
L'eau en furie de la mer cruelle ;
Le clapotis de l'eau rugissante sur le rivage,
Et par-dessus les sanglots et les plaintes sourdes et étouffées,
Le chant éternel de la mer vivante.

Elle avait emporté ses affaires
Adena avait perdu les colifichets qui
Étaient sa dot et son bonheur,
Dans la mer qui engloutit la terre chez nous,
Qui engloutit toute la terre chez nous.

— Awoonor K. In: Beier U, Moore G, ed. (1999) The Penguin book of modern African poetry. New York, Penguin Classics.

Section 5 Le poids du passé : la spirale infernale

Le scénario présenté ci-après est livré sous forme de conférences tenues par un auteur africain de grande renommée. Celle-ci analyse les raisons pour lesquelles, en 2025, le fardeau de l'épidémie de SIDA, que côtoient pauvreté généralisée et instabilité, perdurent.



LE POIDS DU PASSE

APPLICATION DES CONNAISSANCES

POUVOIR ET AUTORITE

CROYANCES, VALEURS ET SIGNIFIANTS

Conte populaire

Il était une fois dans un village nommé Ogundugbwe où vivait une communauté d'animaux, l'Eléphant Gros Dur, le Singe Roublard, le Chacal Paresseux, la Chèvre Bornée, la Souris Sans Gêne et le Zèbre Travailleur.

La vie n'avait jamais été facile mais elle était plus dure encore dorénavant - une maladie détruisait toutes les récoltes et la famine montrait le bout de son nez. Alors l'Eléphant Gros Dur, chef auto-proclamé de Ogundugbwe, décida de convier toutes les familles d'animaux à une réunion d'urgence sur la place du marché.

La réunion débuta par un discours interminable de l'Eléphant Gros Dur au cours duquel il évoqua ses rêves et sa famille. Quand le débat véritable commença, la plupart des animaux pensaient que tout ceci était une pure perte de temps.

L'Eléphant Gros Dur suggéra que chacun lui apporte la moitié de la nourriture qu'il possédait pour l'entreposer et la distribuer lorsque ce serait nécessaire. Mais peu d'animaux avaient confiance en lui parce qu'il les avait déjà trahis dans le passé et utilisé les réserves de nourriture commune comme s'il s'était agi des siennes.

Ceux qui n'acceptèrent pas la « suggestion » de l'Eléphant Gros Dur, comme la Chèvre Bornée, le payèrent cher. Sa concession fut saccagée et ses réserves de nourriture emportées. Elle réussit à fuir avec sa famille et à vivre en exil sur des terres lointaines.

Les problèmes du village s'aggravèrent à cause du manque de coopération entre animaux. Dans leur lutte quotidienne pour survivre, chacun des animaux considérait l'autre comme un ennemi et non point comme un ami et ils se battaient même entre eux pour les maigres réserves d'eau et de nourriture.

Maintenant que la famine avait atteint le village, beaucoup d'animaux regardaient avec envie la famille du Zèbre Travailleur parce qu'elle avait travaillé avec ardeur pour récolter le maximum de nourriture bien avant l'arrivée de la catastrophe. Mais le Chacal Paresseux et la Souris Sans Gêne se relayaient dans l'ombre de la nuit pour voler des aliments chez le Zèbre Travailleur.

Ensuite, ils vendaient leur butin au Singe Roublard. Ses ventes de maïs, de haricots et de pois augmentaient de jour en jour et son bénéfice montait en flèche, tandis que la pauvreté et la mort engloutissaient les animaux de Ogundugbwe.

Le Singe Roublard rendait également des visites fréquentes et secrètes à la concession de l'Eléphant Gros Dur. Il lui offrait de l'argent et de la nourriture en échange de promesses de sécurité et de gains matériels.

Au village, et dans les villages alentour et même éloignés, les plantes et les récoltes continuaient à mourir... la famine sévissait partout, les animaux mouraient.

Malheureusement pour le village d'Ogundugbwe, les animaux restèrent divisés, si bien qu'ils ne trouvèrent jamais de solution.

Revue Une planète, un monde

VOLUME 20, NUMÉRO 12 LE 12 DÉCEMBRE 2025

Autrefois en 2005, il semblait exister tellement de raisons d'espérer. Les activités de l'Union Africaine et ses initiatives, comme le *Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD)* et la *Déclaration d'Abuja*, semblaient avoir canalisé fierté et détermination. Un nombre croissant d'élections dans toute l'Afrique suggérait plus de pertinence de la part des gouvernements qui semblaient plus sensibles aux besoins de leurs citoyens. Au-delà du continent, l'aide bilatérale augmentait à nouveau tandis que l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS, le *Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA (PEPFAR)* et le *Projet pour le Millénaire* soulignaient tous à quel point il était urgent d'affronter non seulement l'épidémie mais également les autres facettes du sous-développement qui sévissait sur le continent. Les donateurs parlaient de plus en plus d'harmonisation et de travail au sein d'un seul cadre national, surtout en matière de VIH et de SIDA.

Au début de l'année 2005, de nombreux dirigeants, en Afrique et ailleurs, ont proclamé leur intention de s'unir « pour sauver l'Afrique ». Au cours de cette année, plus de 5 milliards de dollars US ont été dépensés en faveur des programmes de riposte au VIH et au SIDA dans les pays les plus pauvres du monde, dont une partie significative en Afrique.

Alors, que s'est-il passé ?

En 2025, le célèbre écrivain Maria Diop a essayé de répondre à cette question dans le numéro annuel de la revue « Une autre lecture de l'histoire ». Elle a choisi comme sujet « Le poids du passé » et a étudié les événements survenus en Afrique au cours des 20 dernières années. Elle a constaté l'existence de sept obstacles, de nature sociale, économique et politique auxquels ont été confrontés les gouvernements et les populations de nombreux pays africains. Ces obstacles, a-t-elle affirmé, constituent les véritables racines de l'épidémie de SIDA car ils ont façonné la perception que les gens pouvaient avoir de la maladie et leur manière d'y faire face.

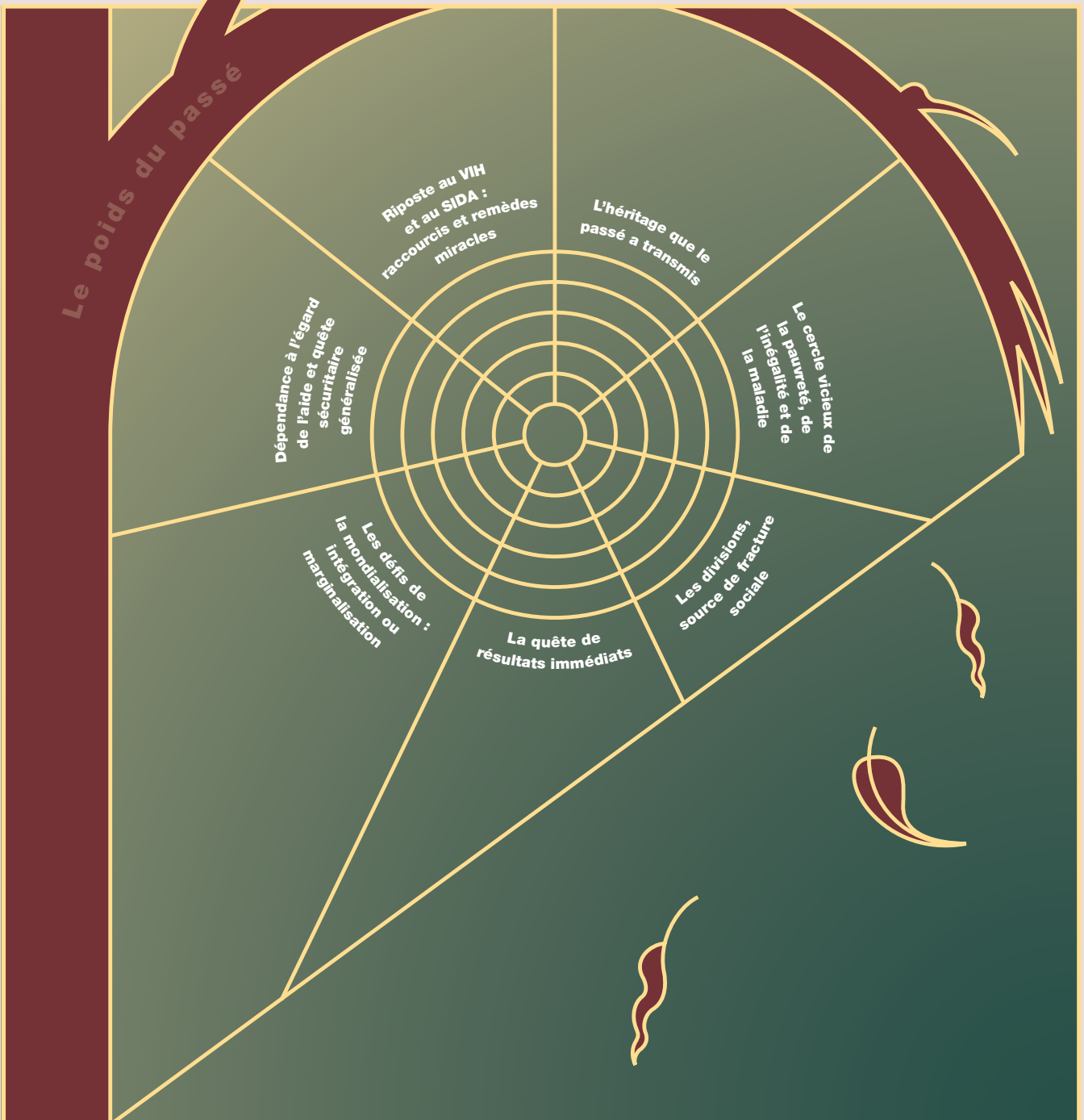
2025

Il est possible de résumer comme suit sa définition des obstacles rencontrés et de l'héritage transmis :

- 1 L'héritage que le passé a transmis à l'Afrique**
(le post-colonialisme n'est pas parvenu à surmonter de profondes divisions).
- 2 Le cercle vicieux de la pauvreté, de l'inégalité et de la maladie**
(des populations en pleine expansion exercent une pression excessive sur l'infrastructure insuffisante du secteur social, dont les capacités sont encore affaiblies par le SIDA).
- 3 Les divisions, source de fracture sociale**
(la pénurie engendre la division, et le SIDA et la stigmatisation la perpétuent).
- 4 La quête de résultats immédiats**
(les dirigeants africains et leurs partenaires donateurs veulent pouvoir montrer des résultats immédiats et ne sont pas capables de tableer sur le changement à long terme).
- 5 Les défis de la mondialisation – intégration ou marginalisation**
(les débats sur le commerce et la réduction des investissements extérieurs ne sont pas à l'avantage de l'Afrique, dont l'économie formelle ne peut prendre appui que sur la base limitée de ses exportations de produits primaires).
- 6 La dépendance à l'égard de l'aide et la quête sécuritaire généralisée**
(ceux qui fournissent l'aide ne sont pas à la hauteur de leurs déclarations sur l'harmonisation, et la prétendue guerre contre le terrorisme se déverse sur l'Afrique en déterminant les modes de financement des donateurs).
- 7 La riposte à l'épidémie de SIDA – raccourcis et remèdes miracles**
(la précipitation que l'on met à répandre partout la thérapie antirétrovirale n'engendre que des résultats à court terme et impose des freins aux efforts de prévention, pourtant si nécessaires).

Figure
38

Le poids du passé : la spirale infernale



Nous présentons ici la transcription complète de la série de conférences du Dr Maria Diop – *Le poids du passé* – ainsi que certains graphiques et documents auxquels elle a eu recours.

Transcription du *Poids du passé*

Bonsoir.

Ce soir, quelque part en Afrique – sans doute dans chaque pays, peut-être dans chaque village, un homme est malade.

Pendant qu'elle s'occupe de lui, sa femme ne peut pas désherber le maïs et les champs de coton, pailler et couper les bananiers, sécher le café ou récolter le riz. Cela signifie donc moins de récoltes et moins de ressources retirées de cultures marchandes.

Les déplacements à la ville pour le traitement médical, les frais d'hospitalisation et les médicaments émiettent les économies. Il n'y a plus assez d'argent pour payer l'école et on en retire les filles. Les enfants aident la mère à soigner le père. Les guérisseurs sont payés en nature grâce au troupeau.

L'homme meurt.

On vend les outils agricoles et le bétail pour payer l'enterrement. Le rituel du deuil interdit de cultiver pendant quelques jours. Un temps précieux est perdu pour les activités agricoles. La saison suivante, la famille, incapable d'engager de la main-d'œuvre, sème une parcelle plus petite. En l'absence de pesticides, les mauvaises herbes et les parasites se multiplient. Les garçons quittent à leur tour l'école pour désherber et récolter. La récolte s'amenuise à nouveau. La famille dispose donc de peu de nourriture cultivée et n'a pas de quoi acheter de la viande ou du poisson ; son alimentation et sa santé en pâtissent. Si la mère est atteinte du SIDA, le même cercle vicieux se répète. Les familles se replient sur les cultures de subsistance. La production de cultures marchandes chute dans tout le pays.

La raison pour laquelle j'ai choisi de commencer par cette image est très simple. Une grande partie de ce qui suit pourrait s'apparenter à une discussion abstraite au sujet du contexte et de l'impact de l'épidémie de SIDA.

Mon audience et moi-même ne devons pas oublier les êtres humains qui sont au cœur de ce débat : derrière chaque chiffre, il y a des gens comme vous et moi.

De plus, cette histoire nous rappelle que l'Afrique porte depuis longtemps ce fardeau qu'est le SIDA. En 1999, le cycle que je viens de décrire s'était déjà répété des millions de fois – et se répéterait encore, creusant une blessure de plus en plus profonde.

Alors que nous sommes assis ici, 40 millions d'africains vivent avec le VIH et le SIDA. Plus de 80 millions en sont morts. Mais il est possible que le nombre réel soit bien plus élevé car rassembler des données reste difficile, même après 40 années.

La maladie de chaque personne infectée affecte sa famille et sa communauté : nous pourrions dire que maintenant, en 2025, plus nombreux sont les gens qui vivent avec les conséquences du virus.

Selon l'OMS, 7 millions de personnes ont actuellement besoin de médicaments, mais un cinquième seulement de ceux qui ont besoin d'antirétroviraux en reçoivent. Parmi eux, une proportion encore bien plus faible a accès à des médicaments actifs – la résistance du virus ayant rendu inefficaces les plus anciens d'entre eux.

Dans cette série de conférences, je voudrais tenter d'explorer **pourquoi** ceci est arrivé. Nous devons pour cela examiner le contexte de l'épidémie de manière plus large.

Je vais décrire sept obstacles auxquels nous avons été confrontés et analyser leurs interactions complexes. Ces pièges ne sont pas séquentiels – ils interagissent en permanence – lorsqu'un obstacle se dresse, c'est un ou plusieurs obstacles qu'il génère dans son sillage, parfois plus insurmontables encore.

Les sept obstacles

Au cours des 50 dernières années, nombreux sont les pays et les personnes qui ont été confrontés à ces obstacles.

Bien sûr, certains pays et certaines personnes sont parvenus à les surmonter – et certains de façon remarquable. Mais ce n'est pas sur leur histoire que je veux m'attarder.

Les six premiers obstacles ont fait le lit de la misère et du sous-développement qui continuent de ravager la majeure partie de notre continent. Il s'agit de l'héritage transmis au cours de l'histoire africaine, du cercle vicieux de la pauvreté, de l'inégalité et de la maladie, des fractures au sein de notre société, de la recherche de bénéfices immédiats, des défis liés à la mondialisation, de l'intégration et de la marginalisation et de la dépendance à l'égard de l'aide ainsi que de la quête sécuritaire généralisée. Le dernier obstacle que j'ai baptisé « raccourcis et remèdes miracles » – me semble être la somme de tous les autres. Il tient à la façon dont les dirigeants et leurs sociétés – en Afrique et ailleurs – ont agi face à l'épidémie de SIDA durant les 20 dernières années et, ce faisant, n'ont fait que contribuer à forger un lourd héritage et à consolider de multiples obstacles, dont celui du SIDA, auxquels l'Afrique a toujours si énergiquement tenté d'échapper.

Parlons maintenant des obstacles 1 et 2.

Premier obstacle : L'héritage que le passé a transmis à l'Afrique

Le premier obstacle qui contribue à freiner l'Afrique réside dans son histoire – et dans l'héritage transmis au cours de cette histoire. Au fil des siècles, l'esclavage a par exemple conduit à l'emprisonnement de 40 millions d'Africains et à la mort d'un plus grand nombre encore d'entre eux. Comment peut-on ignorer l'impact de l'esclavage sur le paysage social, économique et politique actuel ? La période coloniale a profondément changé notre continent, de manière sans doute définitive – et

généralement négative. Pendant les 30 années qui ont suivi, plusieurs pays d'Afrique sont devenus des pions de la guerre froide. Dans de nombreux endroits, l'héritage historique est, au mieux, fait de divisions et d'instabilité, au pire, de chaos politiques, sociaux et économiques. Dans de nombreux pays, cet héritage a exacerbé les dissensions, remanié, déstabilisé ou détruit les communautés et les cultures traditionnelles et coûté de nombreuses vies. Et bien rares sont les acquis en termes d'éducation, de soins de santé, d'infrastructures ou d'administration de l'Etat.

Tous les pays n'ont pas suivi le même chemin. Il y a eu des épisodes d'optimisme et d'espérance. La lutte contre l'apartheid, le panafricanisme, l'éducation gratuite pour tous, les campagnes contre le parti unique ont notamment contribué à faire souffler le vent de l'espoir. Le développement de l'*Union Africaine (UA)* et du *NEPAD*, les *Mécanismes africains d'examen par les pairs (APRM)*, le *Parlement africain* et la *Force d'intervention africaine* – tout cela semblait bien prometteur.

Mais d'une manière générale, le progrès a cédé sa place au recul et à de nouveaux malheurs. A se pencher sur la période antérieure à 2025, on constate que le continent a, non pas enduré des décennies, mais des siècles d'exploitation, de sous-développement et de fléaux sanitaires, notamment quatre décennies de SIDA. Ces abominations ont parfois motivé des actes de violence ou ont servi d'excuse à l'inaction – mon raisonnement personnel diffère.

Je voudrais insister sur le fait que nous ne pouvons pas négliger le problème du pouvoir interne : il est navrant de constater que de nombreux dirigeants africains ont utilisé leur fonction dans le but unique de s'enrichir tandis que leur population souffrait.

L'obstacle que constitue l'héritage transmis en a consolidé un autre : la dynamique de la pauvreté toujours plus aiguë, de l'inégalité et de la maladie croissantes. J'estime qu'il s'agit là d'un deuxième obstacle.

Deuxième obstacle : Le cercle vicieux de la pauvreté, de l'inégalité et de la maladie

Tout au long de l'histoire africaine, la pauvreté, l'inégalité et la maladie n'ont cessé de rôder, main dans la main. La pauvreté entraîne généralement une grave pénurie de soins de santé, qu'il s'agisse de médicaments, d'éducation à la santé ou d'une alimentation suffisante. Elle favorise donc la propagation de maladies, qui à leur tour affaiblissent les personnes, lesquelles luttent parfois déjà pour échapper à la misère, et les empêchent de travailler suffisamment pour subsister. Le SIDA n'est que le dernier avatar d'une telle situation : le paludisme a eu le même effet pendant d'innombrables décennies. Ajoutez à ces deux facteurs un troisième, l'inégalité croissante – non seulement entre pays et régions d'Afrique, mais également entre l'Afrique et le reste du monde – et vous avez les trois engrenages qui contribuent à dresser cet obstacle.

La pauvreté

En ce qui concerne la pauvreté, les débats engagés au début des années 2000 se poursuivent : faut-il la mesurer en proportion, en nombres absolus ou d'une autre manière ? Bien que le déclin de la pauvreté en Afrique du Nord soulève quelque espoir, la proportion de personnes vivant dans la pauvreté en Afrique subsaharienne reste un problème. En 2025, tout comme en 2000, près de 40 % des Africains (et 50 % de la population d'Afrique subsaharienne) vivent avec moins d'un dollar US par jour. Mais cette proportion, qui reste constante, cache un nombre réel

croissant. Au cours des 20 dernières années, ce nombre a en effet considérablement augmenté, en parallèle avec la croissance démographique : actuellement, plus de 450 millions de personnes vivent avec moins de un dollar US par jour contre 300 millions environ en 2000.

Le nombre réel de personnes démunies n'a diminué qu'en Afrique du Nord. Il a augmenté de 65 % en Afrique de l'Ouest (pour passer de 130 millions en 2000 à plus de 210 millions en 2025) ; de 70 % en Afrique Centrale (pour atteindre 75 millions) ; de 90 % en Afrique Australe (pour atteindre 50 millions) ; et de 16 % en Afrique de l'Est (pour atteindre près de 120 millions).

Pourquoi ? Les uns jettent le blâme sur une intégration insuffisante des pays africains dans la mondialisation, les autres affirment que l'intégration a été excessive. D'autres encore accusent le manque de réformes ou l'inopportunité de plusieurs institutions nationales.

La maladie

Pendant ce temps, la maladie progresse. Ceci pouvait paraître inévitable, mais en fait, au cours des 20 années qui ont suivi la décolonisation, l'Afrique a connu un progrès significatif en termes de soins de santé. Après 1980, la majeure partie de ces réalisations a été engloutie par le service de la dette, les programmes d'ajustement structurel, l'exode des professionnels de la santé et la détérioration des échanges commerciaux. Depuis 2004, très peu d'investissements systématiques et à long terme ont été effectués dans les infrastructures et les systèmes de santé publique essentiels, surtout en milieu rural. Les efforts de rattrapage ont été trop limités et trop tardifs. Les taux de notification de la tuberculose ont par exemple augmenté rapidement, à mesure que le VIH rendait les populations plus vulnérables à cette maladie.

Certaines personnes affirment que ce ne sont pas tant les maladies qui s'aggravent mais plutôt la population qui augmente sans que les investissements s'accroissent. En attendant, le nombre d'enfants qui succombent à des maladies auxquelles il est pourtant possible d'échapper – en particulier, le paludisme, les pneumonies et la diarrhée – est passé de 4 millions en 2005 à plus de 5,5 millions en 2015, pour atteindre près de 8 millions en 2025. L'offre de soins de santé privés s'est accrue mais elle ne profite qu'à un petit nombre.

L'inégalité

L'inégalité constitue l'un des aspects essentiels de tous les obstacles que je vais décrire. A travers le continent, l'inégalité d'accès au pouvoir, au statut social, à l'argent, à l'éducation, aux biens matériels et à la santé divise la population, les familles, les sexes, les générations, les communautés et les nations. Elle pervertit les dynamiques régionales du continent et brouille les relations complexes qui régissent commerce et assistance entre l'Afrique et le reste du monde. Trois facteurs exacerbent l'inégalité.

- **Le premier** est le fait que la croissance de la population ne s'accompagne pas d'une croissance économique proportionnelle et de mécanismes suffisants de distribution des bénéfices de la croissance, aussi limitée soit-elle. Dans la majorité des pays africains, les gens ne possèdent pas de ressources susceptibles d'être réinvesties pour générer davantage de revenus – ou pour épargner et faire face à des temps difficiles. De plus en plus de gens ont besoin de services, mais le nombre de ceux qui peuvent les financer n'a augmenté que très lentement. Les avoirs existants s'épuisent tandis que l'inégalité et la pauvreté demeurent –

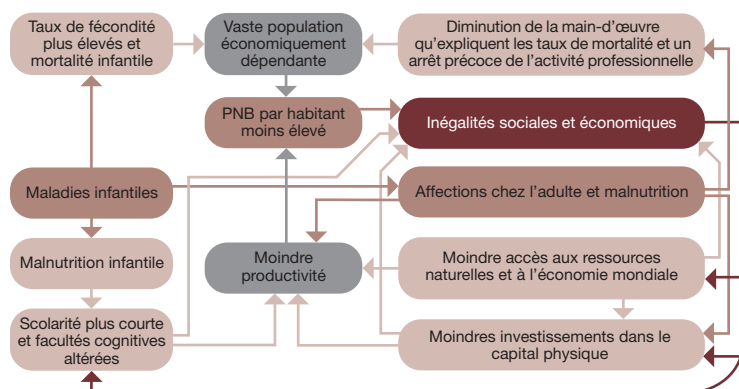
souvent reflétées par un état de santé médiocre et notamment par le SIDA – dans la majeure partie de l'Afrique subsaharienne.

Le résultat, si l'on considère les 30 années écoulées, voire au-delà, prend l'allure d'un cercle vicieux par accumulation, qui affaiblit individus, familles, communautés, corporations et nations. Quelquefois, un événement heureux rompt le cercle et apporte quelques améliorations – une série de bonnes récoltes, des activités commerciales florissantes, un nouveau travail – mais il s'agit là d'exceptions.

- **Le deuxième facteur** est l'impossibilité apparente de maintenir en place un pouvoir national et régional solide, ceci durant un temps suffisant afin d'affronter certains de ces cercles vicieux liés à la pauvreté et au sous-développement dans lesquels sont englués tant de gens. En général, deux cas de figure se présentent : soit des dirigeants corrompus réussissant à maintenir leur emprise sur le pays, soit des dirigeants qui se soucient du bien-être de leur population mais se trouvent confrontés à trop de défis ou n'ont pas assez de ressources, d'institutions ou d'expérience pour parvenir à un résultat durable. D'autres n'ont accompli des progrès que pour les voir balayés par la résurgence d'un conflit ou par un afflux massif de réfugiés.
- Le VIH et le SIDA constituent un **troisième facteur** d'inégalité, que l'on a vu subir depuis au moins 40 ans. Le virus s'est silencieusement propagé dans la population, inconnu et indétectable au début. Ensuite, la maladie s'est manifestée... et les gens sont morts. Au cours des 10 à 15 dernières années, la prévalence du VIH en Afrique s'est

Figure 39 Relations entre santé et PNB

De médiocres conditions de santé concourent à une diminution du PNB par habitant en réduisant la productivité et en laminant la main-d'œuvre



Source : Adapté de Ruger JP, Jamison DT, Bloom DE (2001) Health and the economy. In Merson MH, Black RE, Mills AJ (ed.), *International Public Health*, p.619, Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett.

stabilisée. Certaines personnes ont vu là un succès, de piètre consolation si l'on considère en particulier que la prévalence de l'infection parmi la population adulte dépasse toujours 5 % dans près de 20 pays. La triste vérité est que la prévalence n'est stable que parce que chaque individu qui meurt du SIDA est « remplacé » par un autre individu, lui-même infecté par le VIH – un équilibre diabolique a été atteint. A mesure que la population augmente, le nombre total de personnes vivant avec le SIDA progresse, tout comme le nombre de décès. Avant que ne soient décelés les premiers cas de VIH et de SIDA, l'espérance de vie augmentait rapidement dans la plupart des pays africains. Mais si l'on considère la dizaine d'années écoulées, on constate qu'elle a chuté dans tous les pays où la prévalence était supérieure à 5 %.

Le SIDA aggrave tous les problèmes de pauvreté, d'inégalité et de mauvaise santé. Au début de l'épidémie, le SIDA frappait tout le monde sans distinction : les riches et les pauvres étaient infectés de la même manière. Mais au cours de la dernière décennie, les épidémiologistes ont vu émerger un nouveau profil. Si vous êtes pauvre, si vous avez peu fréquenté l'école et que vous n'avez pas beaucoup d'atouts en votre possession – surtout si vous avez perdu vos parents du SIDA – le VIH n'est jamais loin. S'il ne vous touche pas personnellement, dans ce cas votre sœur, votre cousin, votre fils ou votre nièce contractera l'infection. Des cercles vicieux sont apparus qui aggravent encore la pauvreté, l'inégalité et la maladie.

Relations existantes

Le diagramme que vous pouvez consulter à présent est extrait d'un article écrit pour la

baronne Omumali, avant un discours devant les parlementaires européens, en 2006. Il illustre la perception actuelle des relations entre la santé, le sous-développement et la pauvreté, au sens monétaire ou plus général.

L'épidémie a érodé les capacités actuelles et futures de plus de 20 pays africains – leur famille, leurs systèmes de soins de santé, leurs gouvernances et leurs programmes éducatifs. Et cela continue.

L'impact des sécheresses qui ont ravagé plusieurs régions du continent en 2008, 2016 et 2023 – touchant près de 60 millions de personnes dans la Corne de l'Afrique, l'Afrique Australe et le Sahel – est un exemple des répercussions de l'épidémie. Entre chacun de ces événements, les pays affectés ont tenté de réagir mais avec un succès limité. Des stocks de nourriture ont été constitués mais les infrastructures destinées à en assurer la distribution étaient trop peu nombreuses. Les conflits ont les mêmes conséquences que les catastrophes climatiques puisqu'ils obligent les populations à abandonner leurs terres.

Mais il n'est pas besoin d'événements aussi graves pour précipiter les gens dans une situation catastrophique – la croissance démographique à elle seule exerce une pression de plus en plus forte sur les terres arables, en particulier lorsque l'agriculture est le plus souvent envisagée de manière rudimentaire, sans le soutien de techniques nouvelles. Dans de nombreuses régions, ceci accentue l'impact sur l'environnement et réduit la productivité.

En Afrique, on mesure l'impact de l'épidémie de SIDA sur des périodes de temps successives et on le perçoit tant au niveau de l'économie que de la santé publique et de l'éducation, et de la capacité à gouverner et à transmettre des savoirs spécifiques ainsi que des compétences essentielles. Il faut noter qu'une prévalence

élevée (disons, supérieure à 7,5 %), signifie qu'un individu actuellement âgé de 15 ans a 30 % de risque de contracter l'infection à VIH au cours de son existence.

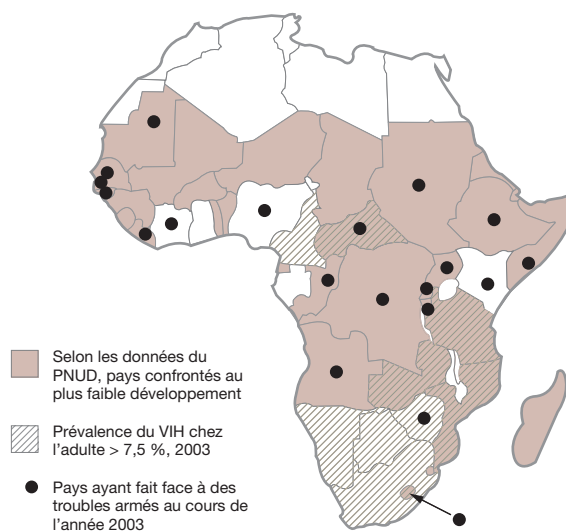
Conséquence de telles pressions, des millions d'individus continuent de se déplacer à travers l'Afrique, séparant les familles et érodant les communautés. Certains viennent grossir la population des bidonvilles toujours plus nombreux aux abords des villes. L'accès qu'ils y trouvent à certains services facilite peut-être leur existence. Mais la plupart doivent faire face à de dures conditions de vie et de travail. Transports publics, hygiène et autres commodités sont insuffisants et une précarité extrême s'installe. A quelques exceptions majeures, dans la plupart des pays, l'urbanisation se poursuit sans entraîner un essor économique pourtant nécessaire au soutien de ces villes en pleine croissance.

Malgré les efforts mobilisés en faveur de l'emploi, les opportunités de travail sont insuffisantes, tout au moins dans l'économie formelle : au cours des deux dernières décennies, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée et d'infrastructures a en effet découragé les investissements étrangers. Les gens en sont donc réduits à échanger du travail contre de la nourriture ou toute autre chose essentielle à leur existence ; ils colportent des marchandises ; ils jonglent avec leurs dettes ; certains volent. Ils en arrivent à se prostituer pour de l'argent, de la nourriture, ou une protection pour eux et leur famille – tout cela n'est pas nouveau, que ce soit en Afrique ou ailleurs. Les gens font ce qu'il faut pour survivre. Quand ils retournent dans leur village, avec de l'argent, parfois pour y être soignés, il arrive qu'ils soient eux-mêmes porteurs du virus. S'ils ne sont pas infectés, ils peuvent cependant être confrontés à d'autres difficultés : le chef de famille a pu mourir en leur laissant une famille à soutenir.

Au cours des 20 dernières années, la pauvreté, l'inégalité et la maladie ont anéanti pays, communautés et personnes. Dans mon travail, j'ai décrit le schéma décourageant et désastreux qui se répand à travers le continent : de nombreux pays qui en 2004 possédaient tout le potentiel pour réussir, rencontrent à présent les taux de prévalence les plus élevés. Mais les pays qui sont le moins affectés par l'épidémie restent les moins développés. Dans le même temps, les pays qui avaient atteint un certain niveau de développement et évité le pire en matière de SIDA, sont ravagés par une guerre civile. Comme le montre cette carte, peu de pays échappaient à l'un ou l'autre de ces problèmes en 2004.

Une autre lecture de l'histoire

Figure 40 Les défis liés au développement, 2004



Source : ONUSIDA (2004), Baromètre des conflits (2003), PNUD



2

Conférence

La perte de confiance

Dans mon deuxième exposé, je décrirai comment la perte de confiance a induit des divisions sociales et une recherche de résultats rapides.

Alors que nous sommes assis ici, près de 40 millions d'Africains vivent avec le VIH et le SIDA. Plus de 80 millions sont morts. Nous nous demandons ce qui s'est passé.

Aujourd'hui, nous allons nous pencher sur les troisième (Les divisions, source de fracture sociale) et quatrième (La quête de résultats immédiats) obstacles.

Troisième obstacle :

Les divisions, source de fracture sociale

Alors que l'année 2025 débute, on constate que dans les pays qui présentent une prévalence élevée du VIH, le nombre de familles disloquées ne cesse de croître, abattues par des vagues successives d'infections à VIH. Au début, les sociologues et les chercheurs évoquaient la capacité de réaction de la famille et de la société africaines, liées par un système complexe de devoirs et de réciprocité. Mais après trois décennies de maladie, cette capacité s'amenuise.

La peur de rester seul a abouti à un effondrement des responsabilités sociales et des systèmes de réciprocité. Les femmes séropositives ou atteintes du SIDA sont particulièrement touchées : comme elles sont censées ne plus pouvoir donner naissance ni élever des enfants en bonne santé, elles perdent leur statut social. La violence domestique en est souvent la conséquence.

La criminalité urbaine augmente. Pendant ce temps, de nombreuses personnes en quête de réconfort et d'espoir – ne serait-ce que parce que parce que confrontées à une maladie face à laquelle elles se sentent impuissantes – se tournent de plus en plus vers la religion, et on constate une multiplication des sectes millénaristes, des sociétés ou ordres de culte secrets et des courants religieux fondamentalistes.

A travers le continent, les tensions sociales se sont aggravées à mesure que de nouvelles opportunités engendraient de nouvelles divisions – par exemple entre ceux qui avaient accès aux nouveaux soins et traitements, aux ressources et aux services divers, et les autres ; entre différents groupes ethniques ou religieux ; ou encore entre deux communautés.

Sous l'effet de ces diverses pressions, les tensions sociales, politiques et religieuses sont arrivées au point de rupture dans de nombreux pays ; la xénophobie augmente ; le népotisme, le copinage et le sectarisme ethnique sévissent. Dans certains pays, en l'absence de véritable gouvernement, différents leaders – culturels, politiques et religieux – prennent la parole. Certains proposent plus de stabilité, d'autres ne cherchent que le pouvoir et le profit.

On dit que du bois déjà touché par le feu ne met pas longtemps à s'enflammer, et ce proverbe illustre très bien la situation de l'Afrique en 2025. On constate l'existence d'un nombre croissant de groupes criminels et paramilitaires, alimentés par les nombreux jeunes gens désœuvrés, frustrés et en colère. Certaines régions sont devenues les fiefs de seigneurs de guerre, de sectes religieuses ou de milices ethniques.

Au cours des cinq dernières années, l'Afrique de l'Ouest et la région des Grands Lacs ont été le théâtre de conflits répétés. Les gouvernements africains ont tenté d'y remédier, mais même dotés d'une autorité politique, les moyens leur manquent afin d'assurer le règne de la paix.

Les rangs des armées de nombreux pays sont tellement clairsemés par le SIDA qu'elles ne sont plus capables de rassembler suffisamment de soldats pour participer aux opérations de maintien de la paix. Certains gouvernements sont allés jusqu'à démobiliser leurs armées en les remplaçant par des forces paramilitaires ou en sollicitant les services de sociétés de sécurité

multinationales lorsque la souveraineté ou l'intérêt national étaient menacés.

Les familles et les amis de militaires évoquent à présent la manière dont les courageux soldats tombent, non pas au combat, mais abattus par la « malédiction ». Malheureusement, certains groupes de rebelles considèrent cette malédiction comme un élément de leur arsenal : on a vu des unités spéciales de soldats séropositifs auxquels des chefs résolus à éliminer leurs ennemis ont demandé de recourir au viol comme tactique délibérée. Dans le même temps, alors que conflits et dissensions ont rendu les investisseurs étrangers encore plus réticents à l'égard de l'Afrique, cette situation apparaît comme une aubaine pour les entreprises de sécurité privées à la tête desquelles on trouve des sociétés multinationales !

La maladie se nourrit des divisions

L'épidémie de SIDA est à la fois une cause et un effet de cette désagrégation sociale. Certains dirigeants continuent d'affirmer que leur culture ou leur religion protégera naturellement leur communauté – présentant le virus comme étant toujours le problème d'une autre personne ou d'une autre communauté. Dès le début, on a reconnu que les stratégies de lutte devaient être adaptées au contexte culturel local. Cependant, les nombreuses campagnes d'éducation restent pour la plupart en opposition avec les croyances populaires locales et sont tout simplement ignorées. D'autres dirigeants encouragent leurs concitoyens à faire confiance aux remèdes locaux et aux tradipraticiens parce qu'ils ont conscience que les soins de santé d'un coût abordable restent inaccessibles à la majeure partie d'entre eux.

Dans le même temps, si l'on considère les relations qui existent entre religion et épidémie, on constate que les conclusions auxquelles parvenait le Docteur Wek en 2008 (dans son célèbre article sur la politisation

de la religion) restent d'actualité. Certains leaders religieux propagent toujours des informations incomplètes ou inexactes sur le VIH et le SIDA et sa propagation. De la même façon, certains associent le SIDA à des transgressions supposées d'adhérents de confessions rivales ou voient dans l'épidémie une forme de punition divine. Mais parallèlement, on constate que les groupes religieux parviennent à mettre en place certains des services de soins les plus efficaces, quand bien même la controverse relative à l'efficacité et à la cohérence de leurs messages de prévention subsiste après 30 ans.

Citation extraite de *La religion et l'épidémie*, du Docteur Wek (2008, PublishAndBe)

Les modèles établis par les autorités religieuses possèdent un impact manifeste sur la propagation du virus. Reste cependant que l'action prônée est déconcertante. Tandis que la plupart des leaders religieux admettent que la fidélité et l'abstinence sont les moyens de protection les plus efficaces vis-à-vis du VIH, j'ai également été témoin de situations où des institutions religieuses – souvent de petites institutions indépendantes, mais quelquefois également plus importantes – ont fait la promotion de pratiques dénuées de fondement scientifique et dangereuses. En dépit de vastes campagnes d'éducation à la santé menées durant plus de 20 ans, la population fait toujours davantage confiance à ses leaders religieux qu'aux données scientifiques. Mais comment répondre à cela, sachant a fortiori qu'il n'est pas toujours aisé de déterminer les éléments sur lesquels se fondent les convictions religieuses. De nombreuses personnes souscrivent à un mélange de croyances (conception cosmologique). Tout en adhérant ouvertement à la religion musulmane ou chrétienne, elles se

comportent selon des croyances animistes, si bien qu'il est difficile de déterminer la forme de communication qui leur sera mieux adaptée.

Malgré des appels répétés à la collaboration entre religions dans la riposte au VIH et au SIDA, rares ont été les réseaux opérationnels constitués, ceci pour plusieurs raisons : l'intolérance de certains groupes ; les contraintes économiques ; les problèmes de communication ; la propagation du fondamentalisme musulman et chrétien dans de nombreux pays ; et la politisation de la religion dans d'autres.

Toutes ces dynamiques ont eu tendance à renforcer la stigmatisation vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA et ont donc contribué à entraver une bonne communication sur les risques d'infection. Dans de nombreux pays, l'excès des campagnes basées sur la peur et visant à encourager un comportement dépourvu de risque ont au contraire induit le fatalisme. De nombreux jeunes gens vivant dans la précarité considèrent une mort précoce comme inévitable et n'ont guère d'espoirs quant à leur avenir. En ville, cet état d'esprit a favorisé le recours aux drogues.

La peur, la discrimination, la stigmatisation et le déni n'ont jamais disparu – on dit même qu'ils se sont développés. Même maintenant, en 2025, peu de gens meurent officiellement du SIDA. Parallèlement, et de façon non officielle bien sûr, de plus en plus de gens semblent mourir de sorcellerie (sic). Les accusations de sorcellerie sont effectivement en augmentation : quand la simple survie paraît si difficile, tout succès est source de ressentiment et de jalousie. Même si la stigmatisation n'entraîne pas une véritable chasse aux sorcières, une myriade de comportements apparentés contribuent à l'exclusion des porteurs du virus et à

l'agrandissement du fossé entre ceux qui ont le pouvoir et ceux qui ne l'ont pas.

L'émancipation des femmes

On m'interroge souvent sur les droits des femmes en Afrique. A la fin du XXe siècle, le nombre croissant d'organisations non gouvernementales (ONG) faisant campagne pour l'émancipation des femmes africaines a généré l'espoir ; il en a été de même avec l'arrivée de femmes chefs d'Etat et ministres dans plusieurs pays africains (lesquelles avaient étudié en occident, étaient fortunées et symbolisaient la réussite) ; et enfin, avec le nombre croissant de femmes de condition moyenne ayant reçu une bonne éducation et sachant s'exprimer.

Malheureusement, ces aspects ont été balayés par le nombre croissant de femmes pauvres pour lesquelles la vie n'est qu'une lutte de tous les instants. Vous trouverez dans l'ensemble des documents mis à votre disposition l'extrait d'une lettre envoyée voici quelques années à un journal français par une femme qui travaillait pour une ONG dans un pays à faible prévalence. Je vais vous le lire.

Il existe évidemment des femmes et des hommes qui sont parvenus à échapper à ces pièges – parmi lesquels nombreux sont ceux qui possèdent un niveau d'instruction élevé et qui vivent en partie à l'étranger. Mais peu élevé est le nombre de ceux qui vivent à plein temps en Afrique. Lorsque c'est le cas, ils vivent derrière les palissades d'une résidence soigneusement gardée et dans une situation privilégiée.

Une génération perdue

On cite souvent les bandes d'enfants et d'adolescents orphelins traînant dans les rues comme l'une des causes d'insécurité dans les villes d'Afrique. Il ne s'agit pas là d'un problème nouveau mais au cours des deux dernières décennies, l'épidémie de SIDA a emporté de nombreux parents et a

Courrier du lecteur

Je vous écris en réponse à l'article « Le succès pour les femmes en Afrique ». Cette lettre n'est pas destinée à discréditer le talent de ces femmes qui ont atteint les sommets de la réussite professionnelle. Cependant, votre article n'a pas mis l'accent sur les difficultés presque insurmontables des femmes confrontées à des attentes sociales et culturelles, et s'est contenté d'évoquer les liens entre la propagation du VIH et l'inégalité entre les sexes.

Au cours de la dernière décennie, les femmes ont été les cibles-clés de l'aide et de l'assistance prodiguées dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA. Mais cela n'a pas abouti aux résultats escomptés - en partie à cause de l'ampleur de la demande, mais également parce que les actions engagées n'étaient pas adaptées aux différents contextes et ne permettaient donc pas une diffusion des informations majeures. De plus, cette focalisation sur les femmes les rend responsables de la gestion du risque dans leurs relations. Or, les femmes ont rarement le pouvoir économique ou politique requis pour ce faire – d'autant qu'il s'agit fréquemment de jeunes femmes mariées à des hommes plus âgés. Les programmes visant à émanciper les femmes oublient de reconnaître que les règles sociales refusent à la majorité d'entre elles le droit de remettre en question le comportement de leur partenaire.

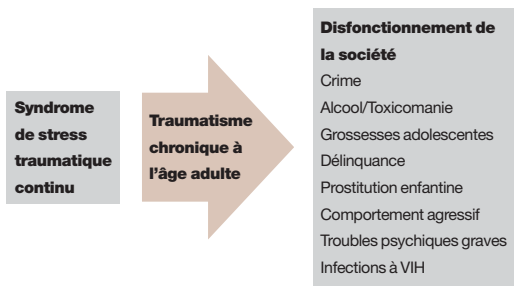
De nombreuses jeunes femmes ont grandi en voyant le SIDA leur arracher

leurs mères, leurs sœurs, leurs filles et leurs amies – certaines sont elles-mêmes malades. Rares sont celles qui ont commencé ou qui sont parvenues au terme de leurs études. Elles découvrent que leurs droits, déjà limités, s'amenuisent encore.

Cela peut paraître surprenant mais les femmes que j'ai rencontrées ne se considèrent pas comme des victimes. Elles parviennent à espérer, à trouver le moyen de survivre, en dépit des pertes terribles qu'elles ont subies. De nombreuses femmes ont créé des coopératives et se soutiennent l'une l'autre. Elles continuent de lutter tant que leurs ressources ou leurs réseaux de relations les soutiennent.

De nombreuses jeunes filles choisissent de ne pas avoir de relations – cette démarche est à l'origine de la formation de la communauté des « sœurs », mouvement charismatique de célibataires dont le nombre d'adeptes ne cesse de croître dans les pays d'Afrique Australe. Certaines sont des femmes mariées qui ont refusé de retrouver un mari dont elles pensent qu'il pourrait avoir contracté l'infection alors qu'il travaillait loin de leur domicile. Alors qu'on avait appris à leurs mères et à leurs grand-mères à se taire, ces femmes hésitent moins, non seulement à exprimer leurs peurs et leur anxiété, mais également à partager ce qu'elles ont appris. Et il semble que certains hommes commencent à les écouter et à modifier leur comportement.

Figure 41 A long terme, impact potentiel du stress traumatique continu de l'enfant



Source : ECI Africa (2003) Rapport destiné à l'ONUSIDA relatif à l'impact de la situation des orphelins et des enfants vulnérables sur les systèmes fiscaux et la gouvernance en Afrique. Projet de document.

entraîné une augmentation de plus du double du nombre d'orphelins (lequel est passé de 14 à 27 millions).

L'ampleur du problème est connue depuis au moins 20 ans – déjà en 2004, il était évident que l'augmentation du nombre d'orphelins du SIDA doublerait le nombre total d'orphelins avant 2025 – mais les gouvernements ne se sont pas réellement préparés à cette situation. Le fardeau de leur prise en charge repose toujours en premier lieu sur la famille élargie. Dans certains pays, il existe des services publics ou des ONG qui s'occupent d'un petit nombre d'enfants, mais la plupart des orphelins sont livrés à eux-mêmes – et sont souvent confrontés à des préjugés dramatiques, en dépit d'un soutien apparent de l'état.

Ifeoma 'Bénie' Ejitsu est elle-même orpheline et elle travaille maintenant avec les enfants des rues dans un pays d'Afrique de l'Ouest qui présente une prévalence élevée. Elle se nomme elle-même « Bénie » parce qu'elle n'est pas séropositive alors que ses frères et sœurs le sont. Sa petite enfance reste un mystère. Elle me dit qu'elle a été adoptée par un oncle en même temps que ses deux sœurs, mais elle ne me révélera pas pourquoi elle a du s'enfuir. Elle a ensuite été élevée dans un orphelinat où il lui a été possible de poursuivre sa scolarité en cycle primaire. Agée maintenant d'une trentaine d'années (elle ne connaît pas son âge exact), elle essaie de trouver des fonds pour assurer le fonctionnement d'un des rares orphelinats de la capitale. Elle m'a confié ce qui la motivait :

Les gens ont des préjugés à l'égard des orphelinats et des maisons d'accueil, mais à qui les enfants pourraient-ils s'adresser ? Ils n'ont pas de famille. Quelquefois, ils forment des bandes - ils volent ou se prostituent pour survivre. Ils ne vont pas à l'école. Personne n'est présent pour les conseiller et leur expliquer la différence entre le bien et le

mal. Comment éduqueront-ils leurs propres enfants si personne ne leur a montré comment faire ? Comment apprendront-ils à aimer ? Oui, ils sont nombreux à avoir contracté l'infection à VIH responsable du décès de certains, mais de nombreuses autres maladies sont susceptibles de les emporter. Et il n'y a pas que les maladies : la semaine dernière, un homme a abattu deux enfants qui tentaient de lui voler sa montre. Dans d'autres villes, les gérants des magasins et les restaurateurs sollicitent des vigiles pour débarrasser la rue de ces enfants qu'ils qualifient de vermine.

Il est facile de dire que les gouvernements devraient agir – mais dans de nombreux pays, ils n'en ont pas les moyens. Personne n'a su prévenir une telle situation et investir suffisamment de ressources en temps voulu. Tous pensaient que ces orphelins seraient pris en charge par leurs familles élargies, mais les ressources des familles se sont épuisées. La plupart du temps, lorsqu'une famille accueille des enfants, elle n'est pas en mesure de leur offrir suffisamment de soins, de temps ou d'argent. Ces situations aboutissent souvent à des abus.

Dans le même temps, ces enfants pensent que personne ne se soucie de leur sort, et leur vie quotidienne renforce cette vision des choses. La conséquence de cela est visible : ceux qui ne sont pas encore infectés négligent de se protéger, et ceux qui le sont, ne se soucient pas de protéger les autres. Ils disent simplement : « Quoiqu'il arrive, nous mourrons tous – je ne veux pas mourir seul(e) ». Ce graphique est extrait de mon ouvrage *VIH et SIDA : l'Héritage*.

Quatrième obstacle :

La quête de résultats immédiats

L'obstacle qui consiste à rechercher des résultats immédiats contraste diamétralement avec l'approche à plus long terme suggérée par mon amie Ifeoma. Il

s'agit de prétendre pouvoir agir efficacement en un laps de temps très court : on verra là une manifestation supplémentaire de perte de confiance tout autant que sa cause directe. Au cours des 20 dernières années, de nombreux gouvernements ont été confrontés à cet obstacle. Ceci s'explique aisément : il est plus facile de dire aux gens ce qu'ils ont envie d'entendre plutôt que de solliciter leur confiance lorsque vous insistez sur la nécessité de prendre des décisions difficiles ou impopulaires – même si elles s'avèrent préférables pour le pays à long terme.

A titre d'exemple, nous pouvons observer que de nombreux pays ne possèdent toujours pas de législation efficace contre la discrimination vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Les négociations relatives à l'aide internationale ou au commerce en sont un autre exemple : il est beaucoup plus facile pour des dirigeants africains d'accepter certaines conditions et de renoncer à la liberté de gouverner leur pays afin d'obtenir les fonds dont ils ont désespérément besoin ou l'accès à un marché.

Mon analyse concernant la dette de l'Afrique illustre elle aussi la nature de cet obstacle. L'endettement croissant de nombreux pays a par exemple entraîné le découragement des investisseurs étrangers. L'annulation hasardeuse de la dette de certains pays soulève à son tour un problème moral, et la décision prise par d'autres de ne pas honorer la leur compliquera, voire bloquera tout emprunt ultérieur. Tout ceci risque d'avoir de sévères répercussions sur les pays qui sollicitent un allègement de la dette.

Mais les dirigeants – africains ou autres – ne sont pas seuls à buter contre cet obstacle : au cours des deux dernières décennies, des individus de toutes conditions sociales et de tous horizons ont fait les frais d'une quête de résultats

immédiats. Les chercheurs par exemple, que faisait rêver la perspective d'une prochaine découverte – et qui refusaient en conséquence de collaborer, fractionnant les fonds et taisant d'importantes informations ; les activistes de la riposte au SIDA qui ont accepté d'abandonner des programmes de prévention du VIH basés sur l'utilisation de préservatifs pour des projets encourageant l'abstinence qui véhiculeraient assurément les fonds si désespérément nécessaires ; ou encore les autorités qui, à tous les niveaux, agrémentaient leur train de vie de dessous-de-table.

La promesse trompeuse de résultats immédiats possède également une incidence significative sur les trois obstacles décrits ci-après : l'intégration et la marginalisation ; l'assistance et la sécurité ; et enfin, les raccourcis et les remèdes miracle, que je décris dans mon propos final.

La promesse non tenue du commerce et de l'aide

Alors que nous sommes assis ici, près de 40 millions d'Africains vivent avec le VIH et le SIDA. Plus de 80 millions sont morts. Nous nous demandons ce qui s'est passé.

Si les obstacles et la nature de l'héritage décrits jusque-là ont une dynamique mondiale, les deux obstacles suivants illustrent plus particulièrement les défis auxquels l'Afrique a été confrontée au cours des 20 dernières années alors qu'elle tentait de trouver sa place au sein de l'entité mondiale.

Cinquième obstacle :

Les défis de la mondialisation – intégration ou marginalisation

Le front uni présenté par les pays en développement qui a entraîné l'échec des négociations sur le commerce lors du *Sommet mondial de Cancun* en 2003, n'a pas résisté et de nombreux accords commerciaux bilatéraux et préférentiels s'y sont substitués. Certains pays en développement ont été favorisés, d'autres négligés. La protection que de nombreux pays africains avaient obtenue grâce à des accords commerciaux multilatéraux n'a pas été maintenue. Une grande partie des nouveaux arrangements reposent sur des « accords d'intégration profonde », c'est-à-dire l'ouverture de marchés accompagnée d'une restriction de la production locale et de l'autonomie financière des Etats africains. Le nombre croissant d'accords bilatéraux a stimulé la compétition, non seulement entre pays africains, mais également entre l'Afrique et les autres pays en développement. L'opposition unie autrefois capable de bloquer des négociations s'est fragmentée au profit d'intérêts économiques divergents.

Nous devrions reconnaître qu'il existe diverses formes d'économie en Afrique, avec un programme national et des opportunités internationales également différents. Il est néanmoins possible d'établir quelques généralisations :

- Certains pays sont défavorisés par la nature des produits de base qu'ils commercialisent, en particulier ceux dont les revenus à l'exportation reposent à plus de 50 % sur trois de ces produits au maximum. Ceux-ci possèdent dans leur grande majorité une faible valeur marchande – cacao, café, bananes, sucre ou coton – et leur coût fluctue en général constamment lorsqu'il ne chute pas tout simplement avec le temps. Baisse des prix, ruptures de stock, mauvaises conditions météorologiques et diminution de la demande sont pour eux des facteurs d'extrême vulnérabilité.
- A l'opposé, on constate que certains pays possèdent une économie basée sur l'extraction de produits bruts d'un cours élevé, tels que l'or, les diamants ou le pétrole ; ou qui parviennent à générer un minimum de 50 % des revenus à l'exportation dans le commerce de plus de trois produits de base. Ces produits attirent souvent l'attention et l'argent des investisseurs étrangers mais sont des vecteurs d'instabilité politique et de conflits pour les pays en question.

Ces deux catégories peuvent à leur tour être subdivisées et regrouper d'une part les pays à forte prévalence du VIH et d'autre part ceux à faible prévalence.

Comme nous l'avons vu, le SIDA frappe surtout les groupes d'âge les plus productifs. Ainsi en ont fait l'expérience entre 2005 et 2010 les pays rencontrant actuellement une prévalence élevée. Plus le nombre d'individus atteints augmente, plus rare se fait la main-d'œuvre qualifiée, ralentissant ou entravant ainsi la croissance économique. En conséquence, cette stagnation empêche de répondre à la demande croissante de soins de santé et

3

Conférence

ONUSIDA G. PIRAZZI



pour ceux des patients qui bénéficient d'un traitement, les antirétroviraux ne diffèrent le décès que de quelques années.

Dans les pays exportant des produits de base de faible valeur, l'impact a été ressenti plus rapidement encore puisque l'argent n'a jamais été disponible pour offrir les services nécessaires. Parmi ceux des pays dont les exportations reposaient sur la vente de produits plus coûteux, certains sont parvenus un temps à stabiliser leur situation. Les uns ont remplacé la main-d'œuvre nationale défaillante par des immigrés de pays voisins, les autres ont bénéficié du soutien financier de gouvernements étrangers soucieux d'assurer l'approvisionnement d'un produit spécifique.

Au bout d'un certain temps, même ces scénarios plus optimistes se sont dégradés. Dans certains pays, l'épidémie s'est propagée trop vite ; dans d'autres, les cours du marché international se sont effondrés et leurs revenus ont chuté. Pour la majeure partie de la population, cela ne changeait pas grand-chose – puisque seuls quelques privilégiés avaient bénéficié du revenu national et peu de gouvernements, même parmi les plus riches, avaient investi dans le développement d'infrastructures rurales.

L'investissement étranger n'a pas non plus amélioré les choses. Peu de pays à prévalence élevée ou moyenne ont été capables d'attirer un volume suffisant d'investissements dans la mesure où les entreprises étrangères étaient réticentes à l'idée d'investir dans la formation de personnels qui devraient tôt ou tard être traités contre le SIDA et finalement remplacés. Les pays à prévalence élevée qui pouvaient encore se permettre d'investir dans l'éducation et la santé ont consacré une grande partie de leurs revenus à traiter et à remplacer des travailleurs malades.

Globalement, peu de fonds ont été mis à disposition afin d'investir dans les nouvelles technologies. En 2004, l'Afrique

bénéficiait de près de 3 % des investissements étrangers directs (IED), soit environ 12 milliards de dollars US sur un total de 400. Cette proportion a progressivement diminué, dépassant à peine 2 % en 2010 et 1,5 % en 2015. La plus grande partie des IED est allée à des pays riches en minerai ou semi industrialisés – mais ces économies ont également été gravement ébranlées par l'impact du SIDA.

Peu de pays ont été capables de diversifier leurs ressources et d'échapper à la dépendance vis-à-vis de leurs produits d'exportation courants. Dans certains pays et en dépit des améliorations des techniques d'extraction, la précarité, le sous-développement et la croissance démographique ont entraîné des dégradations majeures au niveau de l'environnement, directement et indirectement.

Le commerce international se renforce

En 2004, des activités commerciales diverses se multipliaient en Afrique. Mais pour beaucoup d'entreprises, il s'est avéré trop dangereux et trop difficile de continuer : celles qui possédaient des structures susceptibles d'être délocalisées ont opté pour des endroits plus sûrs ; d'autres ont préféré se retirer après avoir évalué les gains possibles et les risques encourus en terme de sécurité et de réputation.

Seules les entreprises internationales d'extraction de minerai ont eu tendance à persévérer, protégeant leurs biens de diverses manières, notamment en créant des camps et des lieux sécurisés.

Les pays producteurs de pétrole et de gaz ont attiré l'attention et les fonds de superpuissances internationales et de multinationales. L'argent est entré à flots dans quelques-uns de ces pays et certains, en dépit d'une économie fermée sur elle-même, ont pu créer de petits centres d'excellence. A l'heure actuelle encore, quelques pays et individus réussissent à

s'enrichir grâce au commerce d'un produit spécifique. La procédure d'extraction et les vies de ceux qu'elle a enrichis sont cachées derrière les palissades et les barbelés de communautés closes. Certains de ces havres de sécurité sont très vastes, dotés de résidences, de bureaux, de centres commerciaux, de clubs de sport, le tout dans un style de vie occidental avec des normes de soins de santé équivalentes. Les personnels d'entretien, les nurses et les jardiniers – sans parler du personnel de sécurité – sont nombreux et tous ont dû certifier avoir été épargnés par le virus avant d'être recrutés. Peu de ces bénéficiaires sont cependant redistribués à l'ensemble de la population et le ressentiment croît parmi ceux qui n'ont pas autant de chance.

Au début des années 2000, de nombreuses multinationales ont tenté de mettre en place des programmes de santé destinés à leur personnel, aux familles et aux communautés environnantes – et ceci a généralement été favorablement perçu par le gouvernement ou les autorités locales. Mais à mesure que les attentes des communautés locales augmentaient, la compétition internationale s'est intensifiée, notamment avec l'essor des nouvelles économies – Brésil, Russie, Inde et Chine (les BRIC) – la disponibilité de main-d'œuvre locale a décliné et les programmes n'ont pu être maintenus. Les partenariats au sein du secteur privé et entre le secteur privé et public ont vacillé et les programmes de proximité ont été freinés.

En 2000, une enquête de la Banque mondiale a décrit l'impact du SIDA sur les entreprises, à savoir l'augmentation du coût des assurances et des avantages divers, les perturbations générées au niveau de la main-d'œuvre et l'absentéisme, lesquels nuisent à la productivité ; et enfin, une moindre expérience professionnelle et une augmentation de la morbidité qui compromettent l'efficacité.

Initialement, un nombre croissant de grandes entreprises présentes en Afrique ont agi de manière concertée pour atténuer l'impact du SIDA. Leurs approches étaient variées – certaines par exemple se sont focalisées sur le SIDA quand d'autres privilégiaient des aspects plus larges de la santé. Certaines se sont limitées à leur personnel propre tandis que d'autres incluaient le personnel de sous-traitance. On a eu l'impression que des partenariats efficaces avec d'autres acteurs du secteur privé, l'Etat et la société civile contribueraient à la répartition des coûts de fonctionnement et de construction d'infrastructures plus vastes ainsi qu'au renforcement des capacités nécessaires à d'autres besoins – sanitaires, nutritionnels et psychosociaux – mais ces partenariats se sont révélés difficiles à négocier et à gérer. Enfin, le secteur privé n'a pas été autorisé à accéder aux fonds mondiaux destinés au traitement du SIDA – même si ces consortiums du secteur privé pouvaient s'avérer plus efficaces que les ONG en matière de développement (...) et de mise en œuvre de plans de traitement et de soins à grande échelle, parallèlement aux initiatives destinées à leur propre personnel.

L'augmentation de la population africaine et le niveau de sous-développement ont contribué à la multiplication des besoins en matière de santé et à des attentes croissantes de la part des entreprises et des communautés locales plus larges concernées par ces activités. Il est donc devenu de plus en plus difficile de déterminer à qui destiner un traitement.

Ainsi que le soulignait Jaruzelski en 2023 dans sa *Brève histoire du monde intégré (Brief History of the Integrated World)* :

Rétrospectivement, il est clair qu'après la première grande attaque terroriste du 11 septembre 2001, un intérêt plus important a été porté aux pays mal

gouvernés servant de refuge aux terroristes qu'au transfert du savoir et des techniques vers le continent africain.

Il a fallu un certain temps pour que de nouveaux médicaments plus complexes soient fabriqués sous forme générique. Cependant, les antirétroviraux de première génération, qui ont autorisé les protocoles thérapeutiques de première et de deuxième intention, ont vu leur prix continuer de chuter du fait des réductions de coût consenties par les laboratoires de recherche et des approvisionnements assurés par les fabricants de produits pharmaceutiques génériques. Mais les prix bas n'ont pas résolu la question du processus d'acheminement des médicaments jusqu'au patient, ni celle des infrastructures nécessaires à celui-ci. Parallèlement, la corruption des fonctionnaires locaux et des conciliateurs, détournant des cargaisons de médicaments pour les proposer au plus offrant, n'a fait qu'amplifier le problème.

Au début du siècle, dans le cadre de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), certains pays ont émis des brevets obligatoires, mais aucune différence significative n'a été constatée. La polarisation s'est accentuée. En riposte à une très lente amélioration de l'accès aux médicaments, de nombreuses organisations activistes ont fait campagne pour l'abandon pur et simple des brevets. En Inde et en Afrique du Sud, des fabricants de produits pharmaceutiques génériques ont préféré opter pour l'obtention de licences de fabrication de laboratoires de recherche ou l'exploitation des médicaments tombés dans le domaine public, pour les pays à revenus moyens, plutôt que de s'appuyer sur le système incertain et politiquement fragile des brevets obligatoires. Plusieurs pays – parmi ceux à faibles et à moyens revenus – ont

commencé à fabriquer des produits pharmaceutiques génériques qui ne sont pas parvenus à gagner la confiance des acheteurs potentiels, en raison de la médiocrité du contrôle de qualité. En outre, les accords commerciaux bilatéraux négociés par le gouvernement américain ont débordé des partenariats initiaux conclus avec des pays riches et ont intégré des clauses compensant le retard de l'autorisation de mise sur le marché – ce qui a prolongé la durée du brevet.

En 2015, les pays en développement ne tiraient que peu de bénéfice de l'exploitation commerciale de leur héritage génétique alors que le coût des charges financières engendrées par les nouveaux régimes de brevet était beaucoup plus élevé que le montant des concessions tarifaires octroyées par les pays développés.

Les *Accords de Doha*, qui visaient à prolonger jusqu'en 2016 la période de grâce accordée aux pays à faible revenu, s'agissant du respect des accords ADPIC, n'ont pas été prorogés. L'ambition de certains pays de supplanter l'Inde comme centre de production ignorant les brevets commerciaux est alors apparue comme un défi au droit. Les problèmes de contrefaçons ou de médicaments frelatés continuent à sévir chez les petits fabricants.

L'industrie de la recherche et les fabricants de produits pharmaceutiques génériques ont néanmoins fait des efforts dans des pays aussi divers que le Brésil, le Canada, l'Inde et l'Afrique du Sud, pour transférer les techniques requises et développer les capacités de fabrication en Afrique. Cependant, la polarisation répétée sur le débat relatif à la propriété intellectuelle internationale a empêché ces efforts d'être soutenus en Afrique. Les pays en développement sont restés importateurs de techniques nouvelles alors même que la protection de la propriété intellectuelle internationale continue de s'étendre.

Un secteur informel en croissance

Tout au long de cette période, les marchés et les consommateurs internationaux ont été de plus en plus préoccupés par la sécurité de leurs approvisionnements. Mais les compagnies africaines de plus petite envergure se trouvent dans l'incapacité de financer les coûts y afférant, qui, en outre, ne cessent de croître. Dans l'ensemble, la création d'entreprises n'est que faiblement encouragée et il en est de même des investissements formels.

La majorité de la population n'a jamais réussi à quitter le secteur informel, si bien que les revenus tirés des impôts ne suffisent pas à répondre aux besoins d'une population croissante. Il y a moins d'argent par habitant revenant à l'Etat et pas suffisamment à dépenser en services – éducation, soins de santé, diversification de l'industrie et formation des jeunes générations – ces dernières restent donc dans le secteur informel où elles ont du mal à assurer leur subsistance de façon durable. Peu de gens épargnent – et l'échec général à aborder le sujet des droits de propriété individuels ou à renforcer, revitaliser ou adapter les formes traditionnelles de solidarité fait que la majorité de la population ne bénéficie d'aucune garantie.

Pour la majorité des fermiers, l'absence de développement des infrastructures rurales rend coûteux et difficile l'accès aux marchés urbains – et les prix du marché ne sont pas assez élevés pour compenser cette situation. Bien que les fermiers aient suffisamment de terre, ils ne sont pas ou peu incités à produire plus qu'ils ne consomment et la plupart sont retournés à une agriculture de subsistance. On constate cependant l'existence de quelques îlots de croissance intensive, généralement situés à proximité des villes ou des ports, bénéficiant d'infrastructures routières de qualité et favorisés par un sol fertile et suffisamment de pluie ou de systèmes d'irrigation.

Le paradoxe de l'intégration ou de la marginalisation économique annonce les autres obstacles – il exacerbe le sous-développement, la pauvreté et la maladie ; et engendre une multiplication des divisions au sein de la société et une progression de l'inégalité. Il est également étroitement lié à l'obstacle suivant – celui de la dépendance à l'égard de l'aide extérieure et des préoccupations liées à la sécurité internationale.

Sixième obstacle : Dépendance à l'égard de l'aide et quête sécuritaire généralisée

Au début de cette période, plusieurs éléments semblaient indiquer que le processus décroissant de l'aide au développement s'inversait, ce qui a suscité un grand optimisme. En 2003, lors de la *Conférence internationale de Monterrey* sur le Financement du Développement, les donateurs se sont engagés à augmenter le niveau de l'aide, de 12 milliards de dollars US par an en un premier temps, et de 16 milliards supplémentaires par an, ultérieurement. En 2005, le rapport des Nations Unies sur les *Objectifs de Développement pour le Millénaire* a donné une impulsion supplémentaire, d'autant plus que l'Afrique subsaharienne était loin de répondre à un seul des objectifs ; mais on note toutefois que les pays d'Afrique du Nord, eux, en étaient plus proches.

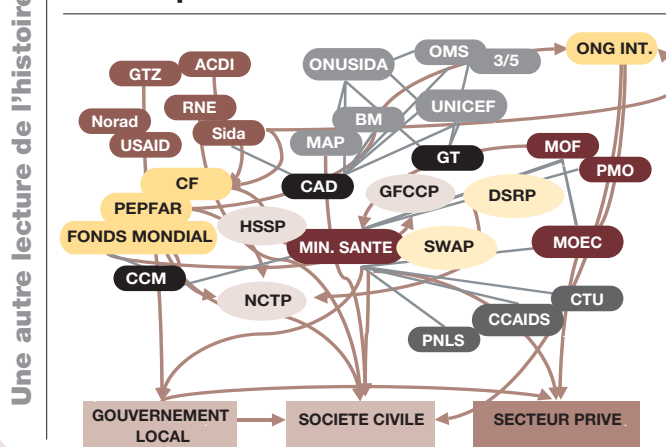
La double présidence de l'*Union Européenne* et du G8 par le Royaume-Uni a permis au Premier Ministre britannique d'attirer l'attention sur la situation tragique de l'Afrique tandis que le rapport de 2005 de la *Commission du Royaume-Uni pour l'Afrique* alimentait le débat international. Ce rapport, généralement salué en Occident, mais reçu avec scepticisme ou indifférence polie dans certaines régions d'Afrique, affirmait que des engagements financiers et politiques plus importants étaient nécessaires pour renverser le déclin de

l'Afrique. Il soulignait le besoin urgent d'affronter les deux spectres du SIDA et du terrorisme. Pendant une demi-douzaine de sommets successifs, le G8 a continué de renouveler ses plans d'action en faveur de l'Afrique, en s'inspirant des modèles élaborés lors du *Sommet de Kananaski* et de la *Conférence de Monterrey*, promettant qu'au moins la moitié de la nouvelle aide au développement serait consacrée aux pays africains.

Absorber l'argent

Dans une poignée de pays africains, le processus engagé dans le cadre du *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DRSP)* s'est traduit par une véritable prise en main nationale des programmes de développement – à l'origine des « réussites spectaculaires » réclamées par les donateurs. Mais dans de nombreux pays, après un début prometteur, le processus s'est enlisé. Accéder à une réelle prise en main nationale des programmes et à une autonomie politique s'est avéré plus difficile que dans la théorie, compte tenu notamment de la pénurie de capacités indispensables ou de luttes de pouvoir permanentes. Plus encore, le FMI et la Banque mondiale ont continué de favoriser les approches orientées vers l'ajustement (c'est-à-dire des profils de dépenses favorisant les plus démunis combinés à des réformes structurelles plus profondes et plus larges), ainsi que le même type de réformes macroéconomiques qui avaient été adoptées par les programmes d'ajustement antérieurs. Une simple observation de la répartition géographique du secteur de la riposte au SIDA en Tanzanie indique à quel point celui-ci était devenu complexe et de ce fait vraisemblablement inefficace à l'approche de l'année 2005. S'il a gagné en clarté en cette année 2025, c'est simplement parce que la SIDA suscite moins d'intérêt et que

Figure 42 Structure partielle du secteur de la riposte au SIDA en Tanzanie



Source : Agence suédoise de coopération pour le développement international

les partenaires sont moins nombreux.

Un certain nombre de pays ont constaté que les fonds qu'ils recevaient restaient inutilisés faute d'infrastructures adéquates et de réformes économiques. La ruée vers la construction d'infrastructures destinées à prodiguer des antirétroviraux a entraîné une multiplication des travaux de construction, mais en 2012, les nouveaux fonds s'étaient taris. Les échecs rencontrés au cours des années 60 et 70 se sont sinistrement répétés, et des infrastructures se sont détériorées ou sont restées inutilisées faute de personnel, de médicaments ou d'équipement. Les vieux arguments relatifs à la « capacité limitée d'absorption de l'Afrique » sont réapparus dans la presse occidentale populaire – à quoi bon donner de l'argent aux pays africains s'ils ne savent pas s'en servir ?

D'autres pays d'Afrique ont fait face à d'autres problèmes : certains se sont vus refuser les fonds demandés bien que leurs gouvernements aient fourni des plans précis de ce qu'ils pensaient devoir être fait. D'une manière générale, c'est le calcul des intérêts géopolitiques et économiques qui a déterminé quels pays seraient les cibles de l'aide extérieure.

Jusqu'au début des années 2010, certains gouvernements africains ont utilisé avec succès des organisations régionales pour affirmer leurs intérêts commerciaux dans le monde. Mais une certaine forme de coercition mêlée à des accords bilatéraux faussement avantageux ont saboté ces alliances. L'obstacle caractérisé par la quête de résultats immédiats s'est alors dressé ; les gouvernements africains avaient trop besoin de l'aide et du soutien politique occidentaux pour aller au-delà d'une occasionnelle et timide protestation. Mais les progrès en termes d'accroissement et de distribution des fonds sont restés au point mort.

A mesure que la pression en vue de réaliser les *Objectifs de Développement*

pour le Millénaire augmentait, la rhétorique d'harmonisation des donateurs se poursuivait tandis qu'éclatait un arsenal de nouveaux projets, tous focalisés sur ces objectifs. En réalité cependant, les divergences relatives à la meilleure manière de distribuer l'aide et d'autres formes d'assistance, persistaient : de multiples donateurs fournissaient des ressources à l'Afrique par le biais de systèmes et de structures variés ; et, soit leurs objectifs différaient ou étaient incompatibles, soit ils usaient de différents moyens pour parvenir aux mêmes objectifs – et une grande partie de cette assistance continuait de court-circuiter le contrôle du gouvernement national.

Comme vous pouvez le voir sur les diagrammes projetés (voir la page suivante), bien que la plupart des *Objectifs de Développement pour le Millénaire* aient été réalisés avant 2015 en Afrique du Nord, l'Afrique subsaharienne, quant à elle, a connu un échec affligeant. Depuis les années 90 par exemple, la proportion de la population étant parvenue au terme de sa scolarité primaire n'a quasiment pas augmenté et la proportion d'enfants qui meurent avant l'âge de 5 ans n'a pratiquement pas diminué.

Le rapport de l'année 2015 sur les *Objectifs de Développement pour le Millénaire* a été très douloureux, notamment parce qu'il mêlait blâme et louange. Les donateurs ont insisté sur la question des investissements – tel projet, tel programme d'investissement sectoriel. L'accent a été mis sur les exemples de succès – les endroits où les choses se passaient bien. On a abondamment parlé de l'Inde et de la Chine. Quand il s'est agi de blâmer quelqu'un pour ce qui s'était passé en Afrique subsaharienne, les gens étaient nombreux à montrer du doigt mais très peu ont accepté de reconnaître la moindre responsabilité.

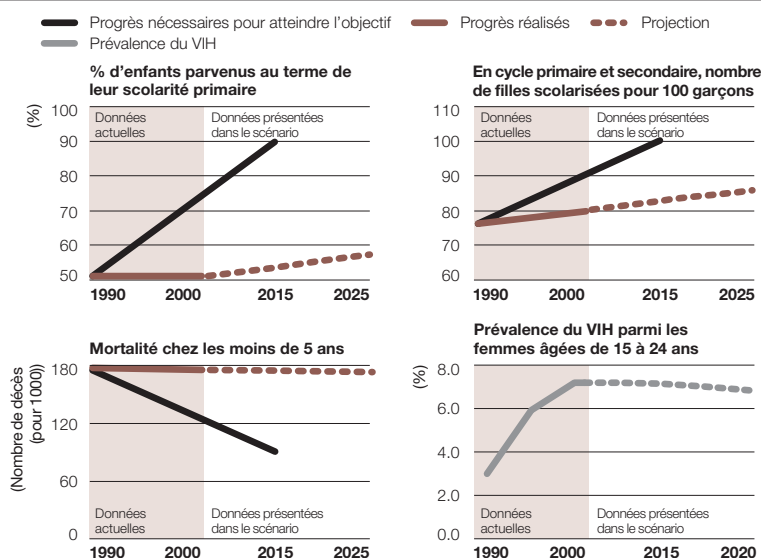
A l'issue de ce rapport, les *Objectifs de Développement pour le Millénaire* ont perdu leur raison d'être en tant qu'objectif politique. D'autres priorités ont pris leur place. La conséquence la plus grave a sans doute été l'effondrement des arguments en faveur de l'aide : de nombreux pays donateurs ont connu un changement progressif d'orientation politique plus libérale et l'échec des *Objectifs de Développement pour le Millénaire* a fourni des arguments à tous ceux qui prétendaient que l'aide n'était pas efficace. « Tant de milliards de dollars US consacrés à l'Afrique en 15 ans et si peu de résultats ». La vérité était évidemment beaucoup plus complexe et certains journalistes et universitaires, en Afrique et ailleurs, se sont battus pour la faire connaître. Mais ce sont les messages simplistes qui ont fait la une des journaux.

Une guerre mondiale contre la terreur

Les donateurs ont également été de plus en plus distraits par d'autres besoins : l'intensification de la menace terroriste mondiale a détourné l'attention internationale et le flux de l'aide destinée à l'Afrique du développement vers les initiatives anti-terroristes. En 2010, le volume d'assistance était retombé à son niveau de l'année 2000 tandis que d'autres formes d'aide au développement – comme le *Millennium Challenge Account*, et surtout l'aide émanant des Etats-Unis – ont d'abord secrètement puis ouvertement été liées à la manière dont les différents pays africains soutenaient la soi-disant guerre mondiale contre le terrorisme. Il en allait de même pour les initiatives de commerce comme le *African Growth and Opportunities Act (AGO)* : la priorité consistait à récompenser les pays les plus coopérants. Les pays donateurs adhéraient aux objectifs des programmes anti-terroristes comme par exemple la *US Pan Sahel Initiative (PSI)* et la *US Combined Joint Task Force – Horn of Africa (CJTF-HOA)*. Ils ont développé une

Une autre lecture de l'histoire

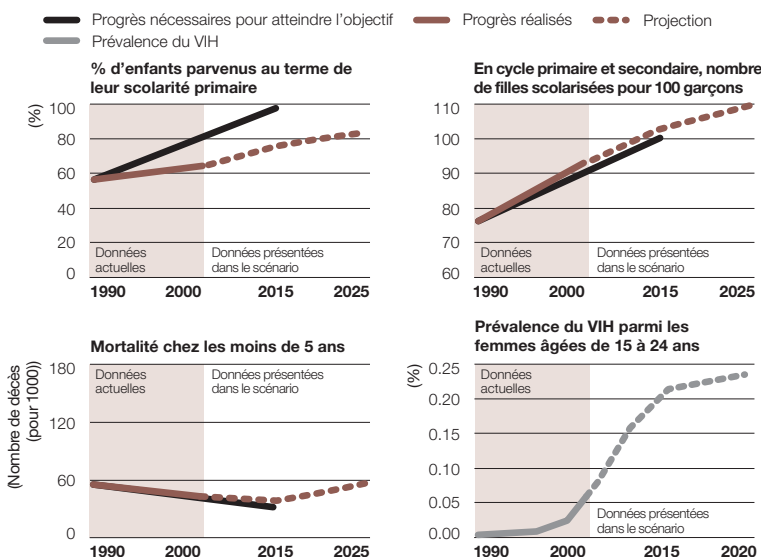
Figure 43 Progrès réalisés depuis 2004 dans le sens des Objectifs de Développement pour le Millénaire en Afrique subsaharienne, « Le poids du passé »



Source : Les Objectifs de Développement pour le Millénaire en Afrique : promesses et progrès, New York ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

Une autre lecture de l'histoire

Figure 44 Progrès réalisés depuis 2004 dans le sens des Objectifs de Développement pour le Millénaire en Afrique du Nord, « Le poids du passé »



Source : Les Objectifs de Développement pour le Millénaire en Afrique : promesses et progrès, New York ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

capacité militaire anti-terroriste, créé une police des frontières, aiguisé les capacités des services de renseignement, établi des bases militaires dans certains aéroports et dans des camps isolés – et fourni des fonds destinés à la riposte au VIH et au SIDA au sein des forces de sécurité des pays africains stratégiquement importants. Dans le même temps, les dirigeants qui luttèrent pour contenir les tensions intérieures croissantes étaient heureux de recevoir l'aide qui leur permettait de soutenir l'armée de leur pays tandis que la fourniture d'antirétroviraux contribuait à assurer l'allégeance des soldats.

Mais ceci n'a pas eu beaucoup d'effet : des jeunes gens de plus en plus nombreux, souvent issus d'une classe sociale moyenne, ont rejoint des milices ou des groupes terroristes. Quand on leur demande pourquoi, ils invoquent le chômage, la maladie, le sentiment anti-occidental grandissant ou encore les exigences de leur religion. Certains disent qu'ils vont mourir de toutes façons, que ce soit d'une balle, d'une bombe, d'une maladie, de faim ou encore du virus – l'opportunité ainsi offerte de devenir un martyr véhicule un certain réconfort. Les Etats-Unis et leurs alliés africains ont conduit des frappes anti-terroristes préventives. Le nombre croissant de civils tués par des attaques terroristes ou anti-terroristes n'a fait qu'alimenter un sentiment anti-américain ou anti-occidental.

D'une manière générale, les menaces formulées sur l'exploitation des puits de pétrole n'ont fait qu'en majorer le prix et modifié considérablement les termes de l'échange en défaveur des pays en développement. En 2015, après une période d'instabilité prolongée au Moyen-Orient, l'Afrique de l'Ouest fournissait 25 % du pétrole importé par les Etats-Unis et une proportion croissante des importations de la Chine. La présence, l'influence et les activités des compagnies pétrolières

étrangères et de leurs gouvernements en Afrique de l'Ouest ont augmenté au cours des 10 dernières années parce qu'elles injectent de l'argent dans l'économie des pays producteurs de pétrole.

Malgré la volonté manifestée par certains gouvernements africains de voir ces revenus investis dans des services et des infrastructures destinés à leurs populations, les efforts déployés ont été contrariés et réduits à néant par un contexte propice à l'instabilité politique. D'autres, comme je l'ai déjà signalé, n'ont fait aucun effort de ce type : les vieux schémas se pérennisent et la corruption reste endémique. Les pays africains non producteurs de pétrole ont de plus en plus souffert de négligence, d'inégalité et de pauvreté – et la migration économique a augmenté. Une rivalité croissante se manifeste entre Etats et au sein-même des Etats, chacun convoitant les biens de son voisin.

Comme on pouvait s'y attendre, les conflits ont également augmenté. Avant 2010, le *Conseil de Paix et de Sécurité* de l'Union Africaine, nouvellement créé, avait tenté de venir à bout des conflits qui se déchaînaient à travers le continent, mais il a été rapidement dépassé. La *Force Africaine d'intervention* a eu des difficultés à se maintenir ; le SIDA ayant affaibli les armées nationales, celles-ci se sont trouvées dans l'incapacité de mobiliser des forces, ainsi qu'elles s'y étaient engagées initialement. Elles ont également été confrontées au manque de ressources financières et en matériel. De nombreux pays sont en proie à des troubles croissants souvent à l'origine de pillages et de violences. Dans un nombre croissant d'Etats, les gouvernements étrangers ont mis un moratoire sur les activités consulaires, fermé les ambassades ou évacué le personnel non essentiel. Actuellement, le *Conseil de Sécurité des Nations Unies* se bat pour obtenir un consensus sur l'envoi

de troupes de maintien de la paix sur les lieux de conflit en Afrique, car les responsables des pays développés ont pour la plupart refusé de détacher des troupes, affirmant que leurs électeurs ne soutiendraient pas cette décision.

Dans ces conditions, il devient impossible de concevoir des projets à long terme : les arguments en faveur de l'aide au développement se sont effondrés et, lorsqu'elle n'est pas liée à des intérêts géopolitiques, l'aide est fournie en majorité en réponse à des besoins et à des urgences humanitaires. La société civile internationale est incapable de s'unir de manière efficace pour exercer une pression sur les gouvernements occidentaux – ses représentants ne parviennent pas toujours à s'accorder sur des problèmes spécifiques, et lorsqu'ils adhèrent à un objectif commun, leurs points de vue divergent quant aux moyens à utiliser pour y accéder.

Dans l'intervalle, l'obstacle que caractérisent les raccourcis et les remèdes miracles tente de lutter contre ce contexte avec lequel il est inextricablement uni. J'aborderai cette question dans mon propos final...



ONUSIA/CHRIS SATTLEBERGER, WHO/ERIC MILLER

Conférence

Tant d'efforts – pour en rester là ?

Alors que nous sommes assis ici, près de 40 millions d'Africains vivent avec le VIH et le SIDA. Plus de 80 millions sont morts. Nous nous demandons ce qui s'est passé.

Le dernier obstacle se dresse peut-être telle la conséquence de tous les autres, de tous les héritages. Malgré les actions engagées pour contenir l'épidémie, la majorité de ce qui a été fait a accordé trop peu d'attention aux autres obstacles. Nous courions sans avancer. Il était clair qu'il y avait un incendie, une urgence, et tous nos efforts ont consisté à éteindre les flammes. Trop peu d'entre nous étaient capables de se focaliser sur ce qui alimentait le feu au départ.

Septième obstacle :

Riposte à l'épidémie de SIDA – raccourcis et remèdes miracles

Certains nous ont avertis de l'imminence d'une catastrophe lorsqu'une vaste mise à disposition des antirétroviraux a démarré au début des années 2000. Ils ont été lourdement critiqués : chacun admettait qu'un effort considérable devait être fait pour sauver des vies en Afrique. Toute personne qui préconisait une approche plus prudente était accusée d'appliquer deux poids deux mesures selon qu'il s'agissait de pays riches ou pauvres.

La suite a malheureusement prouvé qu'ils avaient raison. La plus grande partie des financements disponibles a été dépensée en traitement – c'était un besoin clair et quantifiable, mais en aucun cas le seul. Les efforts de prévention, loin de répondre aux besoins, se sont presque exclusivement concentrés sur l'encouragement de changements comportementaux individuels, plutôt que d'agir sur le contexte global de l'épidémie. Parallèlement, le flux de médicaments a commencé à diminuer (voir la **Figure 45** à la page suivante). Les taux de prévalence du VIH s'étaient stabilisés dans les pays

riches avant de diminuer et le marché des nouveaux médicaments antirétroviraux s'était tari. Les prédictions de 2004 se sont révélées exactes. De nouvelles générations de médicaments sont apparues mais à intervalles considérablement plus longs.

A mesure que les initiatives de traitement ont pris de l'ampleur, les défis se sont multipliés. Même lorsque l'argent ou les médicaments étaient disponibles, le personnel qualifié et les systèmes de distribution destinés à l'élaboration d'un programme à l'échelle requise manquaient. A cette époque, on citait souvent une estimation selon laquelle il aurait fallu affecter plus de la moitié des médecins aux programmes de traitements antirétroviraux dans les pays à prévalence élevée si l'on voulait atteindre les objectifs de traitement. Ces problèmes sont clairement illustrés dans le courrier électronique inclus dans ce document, en page 127.

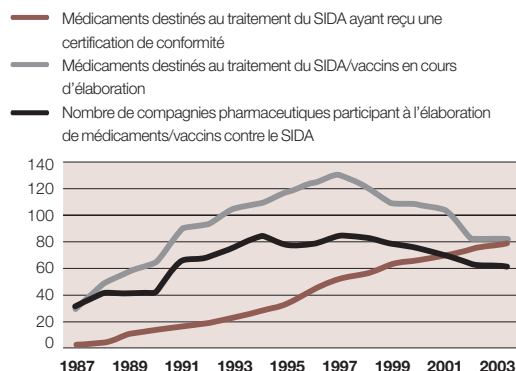
La formation ne parvient pas à faire progresser les effectifs médicaux

En 2010, approximativement, près de 20 % du financement des donateurs étaient consacrés à la formation, notamment à des cours de durée variable dispensés au-delà du continent africain. Malheureusement, les nouveaux diplômés obtenus ont été largement utilisés par le personnel de santé des pays les plus pauvres comme un moyen de mieux gagner leur vie dans des pays africains plus riches ou en occident. Et on ne peut guère les blâmer. La **Figure 46** illustre la pénurie de personnel de santé.

En 2015, il était devenu de plus en plus difficile de combler ces pertes. Dans la plupart des pays africains, trop peu d'investissements étaient destinés au cycle secondaire et supérieur de l'enseignement. La multiplication des

Une autre lecture de l'histoire

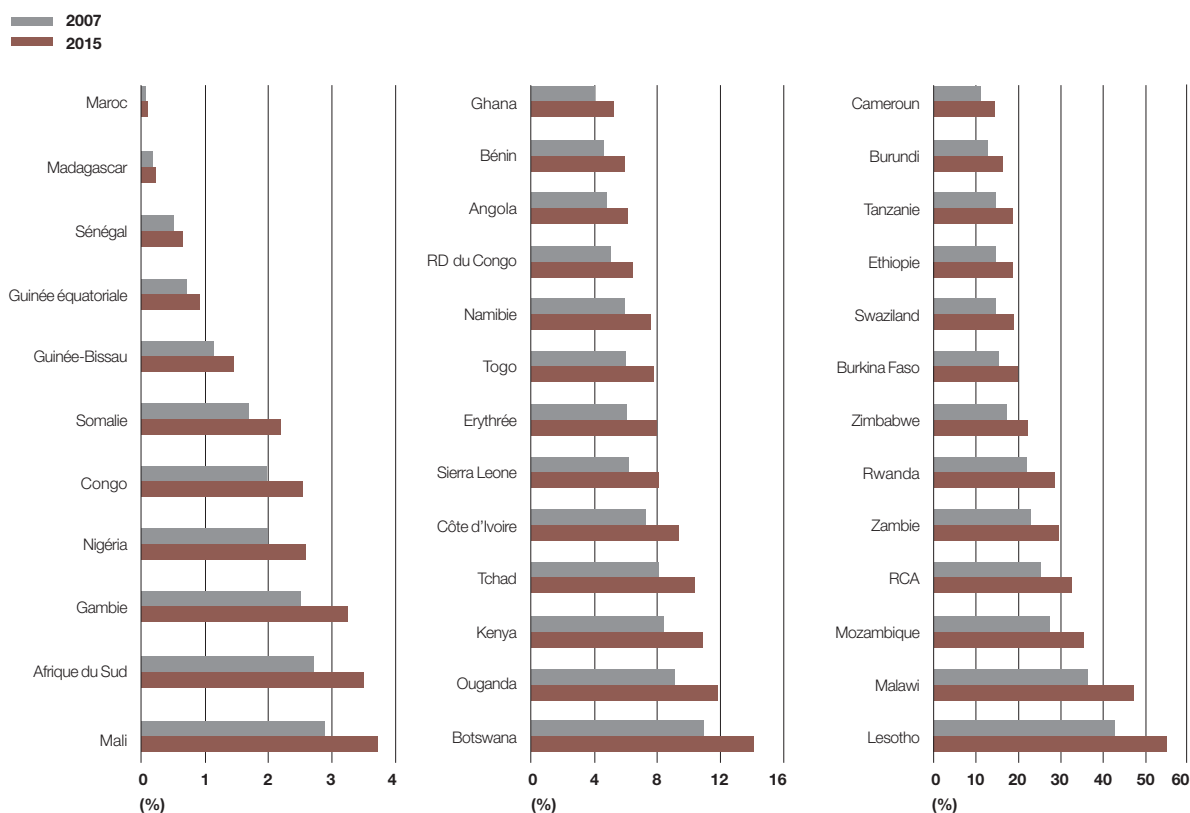
Figure 45 Médicaments destinés au traitement du VIH et des infections opportunistes



Source : Dr Roger Bate (2004) de Africa Fighting Malaria et du American Enterprise Institute, basé sur des données de PhRMA.

Une autre lecture de l'histoire

Figure 46 Médecins à recruter afin d'assister des confrères en place et d'appliquer les Objectifs de CMH pour une couverture thérapeutique antirétrovirale en Afrique, 2007 et 2015



Note : Le terme CMH désigne la Commission Macroéconomie et Santé. Cette Commission propose une couverture thérapeutique antirétrovirale pour 48 % des patients en 2007 et 62 % en 2015. Compte tenu du large éventail des valeurs établies, l'ensemble des données mentionnées ci-dessus sont exprimées selon des échelles différentes.

Source : Pearson M (2003) *Revue des Ressources humaines dans le domaine de la santé*. Projet de document.

du: Responsable de la planification des antirétroviraux, bureau du Ministère de la Santé

au: Conseiller principal, Affaires publiques, Bureau du Président

date: 23 mai 2007

Strictement Confidentiel

1. Nous n'allons pas parvenir à atteindre l'objectif du Président (à savoir 260 000 patients sous traitement antirétroviral d'ici la fin de l'année). Vous vous souvenez peut-être que nous étions très opposés à ce que le Président se prononce en faveur de cet objectif. Vous vous rappellerez que nous avons réussi à éviter l'embarras d'avoir déjà raté l'objectif de 2005 en le reportant à cette année. D'après nos dossiers, nous avons sans doute réussi à démarrer ce traitement chez un peu moins de 54 000 patients. Devant l'ampleur du défi, avoir atteint ce chiffre constitue déjà un tour de force, mais nous nous situons néanmoins en-dessous de 25 % du chiffre annoncé dans l'objectif du Président.

2. Les problèmes sont multiples. La densité de médecins recommandée est d'environ 130 pour 100 000 habitants. Même en révisant ce chiffre à la baisse, nous ne pouvons pas y arriver. Nous avons réussi à obtenir l'affectation de 28 médecins dans 11 endroits différents ; environ la moitié assure également d'autres tâches. Parmi eux, 12 sont des expatriés payés par diverses ONG internationales et le reste reçoit une prime pour ce supplément de travail. Près de la moitié bénéficie d'une formation sur le lieu de travail.

3. Les facteurs suivants limitent actuellement la distribution : 1) pénurie de personnel de pharmacie et de laboratoire ; 2) carences au niveau du système de distribution des antirétroviraux (les nombreuses tentatives de cambriolage des pharmacies nous obligent à ne conserver qu'un volume très limité de médicaments dans les centres de distribution) ; 3) les problèmes de tenue des dossiers, de suivi et de recherche des patients ; 4) les problèmes liés à l'assentiment du patient au traitement prescrit et à son observance ; 5) des preuves croissantes de résistance aux médicaments actuellement distribués ; et enfin, 6) le volume de patients gravement malades que notre personnel est capable de gérer. Sur ce dernier point, je dois souligner que nous avons abandonné nos efforts de distribution rationnelle. Nous fonctionnons de plus en plus selon le principe qui vise à fournir les médicaments aux premiers patients qui se présentent, si bien que les patients les plus atteints ont le plus de chances d'être traités alors qu'ils ont le moins de chances de survivre. Les directives émanant de votre bureau et préconisant de soigner les cadres essentiels au fonctionnement du pays en priorité sont tout simplement impossibles à mettre en œuvre. S'agissant de la prescription d'un traitement, il n'est pas envisageable de demander au personnel médical de prendre des initiatives autres que celles relatives à la vérification des critères de lieu de résidence des patients.

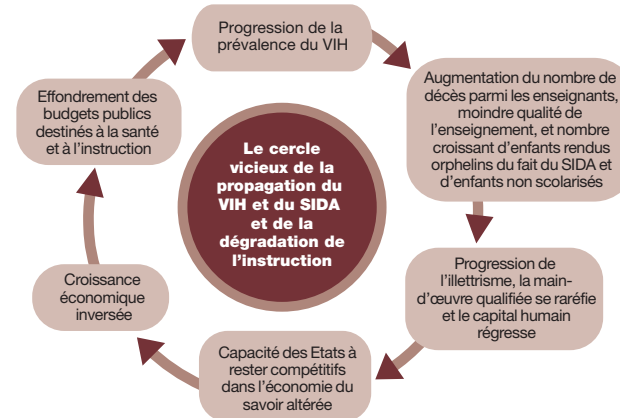
4. Partout où nous avons ouvert des dispensaires, un nombre effarant de patients extrêmement malades est arrivé et la majorité requiert beaucoup de temps et de ressources (environ 10 fois plus de temps que pour démarrer le traitement chez un malade moins atteint). Pour la plupart d'entre eux, nous ne pouvons rien faire - nous n'avons pas les structures suffisantes pour traiter les malades à un stade avancé de l'infection. Le personnel médical fait néanmoins tout ce qu'il peut. Ce schéma se répète continuellement. La répartition naturelle qui se fait dans les centres de distribution fait que les personnes les plus atteintes demandent le plus d'attention. Nos efforts pour traiter les patients les moins malades sont constamment entravés malgré les différentes stratégies que nous avons essayées dans différents dispensaires (par exemple réserver des jours ou des horaires fixes aux patients les plus critiques).

5. La question des ressources humaines constitue notre problème majeur. Compte tenu du budget octroyé actuellement au secteur de la santé, mon ministre ne peut répondre à la demande du Président. Le système de suivi, inadéquat et ne permettant pas de maintenir le contact avec les patients est inopérant dans 25 à 30 % des cas, minimum. Vous connaissez bien le problème du plafonnement de recrutement de personnel supplémentaire édicté par le Ministère des Finances. La seule alternative consiste à continuer de solliciter des ressources hors budget. Cependant, nos donateurs insistent sur le fait que l'affectation de personnel à la thérapie antirétrovirale est une priorité nationale à laquelle il doit être répondu autant que possible par les exercices de planification des ressources humaines existantes.

6. Le maintien des niveaux actuels de mise à disposition des antirétroviraux constitue déjà un défi, leur expansion encore davantage. Mon ministre continue de résister à l'expansion dans les endroits où la sécurité de la chaîne de distribution n'est pas assurée et où le personnel médical et de laboratoire n'est pas suffisant. Mais votre note suggère que nous n'avons pas d'autre choix que d'ouvrir 15 nouveaux centres avant la fin de l'année, sans tenir compte des conséquences sur le personnel. L'efficacité des médicaments existants constitue un sujet grave qui mérite toute notre attention. Il semble que le problème soit en partie lié à une contamination des médicaments génériques, victimes de contrefaçon, comme l'ont expérimenté des pays voisins. Jusqu'ici, nous n'avons pas rencontré ce problème avec les médicaments de la pharmacie centrale. Le Ministère va entreprendre les investigations requises pour déterminer s'il s'agit de résistance ou de contrefaçons, mais je dois vous avertir que cette procédure peut être longue.

7. En résumé, les conséquences de la requête du Président pourraient s'avérer catastrophiques : je souhaite que nous nous réunissions au plus vite.

Figure 47 Le VIH et le SIDA compromettent l'instruction



Source : Banque mondiale.

écoles d'infirmières entre 2005 et 2010 a largement dépassé le nombre potentiel de bacheliers disponibles. En fait, dans la plupart des pays, surtout ceux où la prévalence était élevée et où le nombre d'enseignants n'avait pas suivi la croissance démographique, la plupart des enfants ne parvenaient même pas au terme de leur scolarité primaire. D'une manière générale, il y avait trop peu de bacheliers pour satisfaire les besoins de la fonction publique, que ce fut dans le domaine de l'éducation, de la santé ou ailleurs. Les quelques facultés de médecine existantes ont donc reconsidéré leurs critères d'admission, désormais moins sélectifs. Le diagramme que vous voyez maintenant décrit le cercle vicieux de la propagation du SIDA et de la dégradation de l'instruction.

Cinq ans et quelques mesures superficielles plus tard, la qualité de la formation, des formateurs et des bénéficiaires se détériorait toujours. Les expatriés qui arrivaient avec de nouveaux programmes découvraient un autre monde – doté de si peu de ressources médicales que leurs manuels en devenaient inutiles. Les étudiants qui pouvaient émigrer ont continué à le faire – laissant derrière eux ceux qui avaient trop peu de compétences pour trouver du travail ailleurs.

La décentralisation concourt à la catastrophe

Tout cela a évidemment entraîné des conséquences sur la mise à disposition de traitements antirétroviraux en Afrique. Entre 2005 et 2015, les ministres de la Santé ont eu de plus en plus de mal à organiser la mise à disposition des traitements – différents donateurs finançaient différents programmes qui reposaient sur différents médicaments qui exigeaient un protocole différent. Entre 2005 et 2010, l'urgence liée à la mise à disposition des traitements

antirétroviraux a amené de nombreux gouvernements, poussés par les donateurs, à décentraliser la distribution des médicaments au niveau du district, ou même au-delà. Mais une décentralisation réussie nécessite une organisation centrale forte qui apporte connaissances, ressources et capacités à ceux qui travaillent au niveau local. Et dans la plupart des pays, celle-ci n'existait pas.

Il régnait une confusion considérable, non seulement autour des soins de santé prodigués aux patients atteints du VIH et du SIDA, mais également dans les autres domaines de la santé puisque les fonds, le personnel et les dispensaires qui se focalisaient sur la riposte au VIH et au SIDA, notamment par la mise à disposition de traitements antirétroviraux, étaient détournés de leurs autres tâches, ce qui a achevé d'altérer la structure et la gestion des services de santé publics déjà débordés et insuffisamment financés. Le personnel local a dû s'occuper d'un grand nombre « d'experts » étrangers. Il a été détourné d'autres activités pourtant prioritaires, notamment d'autres programmes verticaux – s'agissant par exemple du personnel affecté à l'administration des DOTS dans le cadre des programmes antituberculeux. Dans certains pays, la couverture vaccinale elle aussi a chuté. De grandes quantités de médicaments préemballés ont été livrées à des établissements de santé dont le personnel était peu formé à la gestion de ce procédé. Sachant que la valeur de chaque boîte de médicaments était supérieure à 100 dollars US, il n'a pas été surprenant de constater qu'une grande partie avait été volée, souvent par le personnel lui-même, et revendue sur un marché noir en pleine expansion ou encore exporté illégalement.

Des systèmes de soins de santé parallèles se sont développés avec des cliniques privées proposant exclusivement un service de conseil et test volontaires et

un traitement antirétroviral. Mais le personnel de ces cliniques n'a pas été en mesure de venir en aide aux patients qui se présentaient pour d'autres urgences, (femmes enceintes et parturientes, bébés malades ou déshydratés), pas plus que de les adresser à tout autre service de prise en charge adéquat.

Entre 2008 et 2015, il était plus facile de se procurer des antirétroviraux que des antibiotiques de première intention, selon les pays. La théorie selon laquelle un programme de traitement antirétroviral permettrait de reconstruire le système de santé d'un pays et de lui insuffler un souffle nouveau grâce à une augmentation significative des investissements était inconsidérée, à quelques rares exceptions où le système de santé était déjà en voie d'amélioration et où ce principe a plus ou moins fonctionné – mais ces pays-là ont dû faire face aux pressions liées aux troubles de l'ordre public et à des flux croissants de réfugiés et de migrations humaines provoquées par le contexte économique.

Même des cliniques bien gérées ont dû faire face à deux problèmes : tout d'abord, dès que les nouvelles relatives aux antirétroviraux se sont répandues, de nombreux malades très gravement atteints se sont présentés pour obtenir un traitement. La plupart avaient besoin de bien plus d'assistance médicale que ces structures ne pouvaient en offrir – le personnel leur a donc consacré la majorité de son temps, ce qui ne permettait guère de démarrer le traitement des patients moins atteints. La plupart de ces patients sont morts peu après le début du traitement, ce qui a déprimé le personnel et les autres patients.

Le deuxième problème concernait les patients moins atteints dont l'état s'améliorait souvent très vite et qui ensuite ne revenaient plus. Certains interrompaient leur traitement à cause de ses effets

secondaires puissants – d’autant plus qu’ils présentaient des carences nutritionnelles et que les autres aspects de la prise en charge requis pour assurer l’efficacité des antirétroviraux faisaient défaut. Les médicaments étaient habituellement réclamés pour un membre de la famille et ensuite partagés entre plusieurs patients ; les ruptures de stock de l’un ou l’autre des médicaments transformaient la trithérapie en bi ou même monothérapie, et les prescriptions différaient en fonction du renouvellement des stocks du dispensaire. L’apparition de contrefaçons a choqué, voire horrifié les gens en 2005, mais en 2010 cela ne surprenait plus personne – la plupart des revues médicales refusaient de publier le moindre article relatif aux détournement d’antirétroviraux au sein des pays d’Afrique subsaharienne et au départ de ces pays... C’était déjà une histoire ancienne.

Les connaissances sont négligées

En milieu urbain, quelques dispensaires privés gérés par des ONG locales ou internationales dévouées sont parvenus à agir efficacement et à traiter un grand nombre de patients. Mais ces succès ont nui au secteur public eux aussi, dans la mesure où les dispensaires en question ont eu tendance à s’attirer les rares personnels vraiment compétents. Ils ont également détourné le personnel qualifié des zones rurales plus pauvres alors que les gouvernements avaient déjà du mal à pourvoir ces postes spécifiques.

Les programmes de riposte au VIH et au SIDA et à la tuberculose n’ont pas mis leur expérience en commun, si bien que les enseignements acquis dans le cadre de la lutte contre la tuberculose relatifs au besoin de décentralisation réelle et de systèmes de distribution cohérents n’ont pas été appréciés à leur juste valeur par les programmes de riposte au VIH et au SIDA.

Avec le temps, les efforts des donateurs ont divergé : certains préféraient investir dans des réseaux de traitement parallèles, affirmant que c’était la manière la plus rapide de sauver des vies. D’autres ont désespérément tenté de renforcer le système public. De petites ONG locales et des organisations communautaires et religieuses ont reçu des ressources considérables – mais elles n’ont fait qu’ajouter à la confusion.

Les résultats ont été chaotiques. Les résistances aux antirétroviraux se sont rapidement répandues dans les populations, à mesure que les patients dont le traitement avait été aléatoire développaient des souches de virus résistantes et les transmettaient à d’autres. Ceci s’est révélé d’autant plus grave que les médicaments destinés aux pays africains étaient des antirétroviraux de première intention, que le rythme des mutations du virus rendaient peu efficaces, au contraire des nouveaux médicaments dont le principe actif se révèle plus puissant sur les souches résistantes, mais qui sont plus chers et moins facilement disponibles. Les activistes continuent de protester contre ces carences mais la couverture des antirétroviraux n’a jamais dépassé 25 % des patients qui avaient besoin d’un traitement.

Cela n’était pas inévitable. Même en 2005, nous savions que certains pays avaient déjà connu des ruptures de stock d’antirétroviraux ; certains médicaments en circulation avaient dépassé la date de péremption ; dans de nombreux endroits, le suivi des malades était rendu pratiquement impossible ; la mise à disposition d’antirétroviraux n’avait généralement pas été préparée. Mais un zèle missionnaire émanant d’Afrique et d’ailleurs a contribué à faire croire que l’on pouvait construire le bateau et naviguer en même temps. Les gouvernements africains n’avaient guère d’autre choix que de s’y

conformer. Il n’y avait peu ou pas de débat public ou d’implication de la part des parlements. Pour les gouvernements, cocher la bonne case signifiait que l’aide allait couler à flots même si cela les enfermaient dans des engagements aux implications plus vastes que prévu.

Une vision trop étroite

Il y a 20 ans, des efforts sans précédent ont été initiés sur l’ensemble du continent africain pour riposter contre le VIH et le SIDA. Pendant quelques temps, les dépenses ont semblé augmenter de manière satisfaisante. En effet, en 2010, près de 2,8 milliards de dollars US avaient été dépensés annuellement en Afrique – dont une grande partie, jusqu’à 80 % parfois, provenait de sources externes. Mais pour de nombreux pays, ces efforts étaient trop limités et arrivaient trop tard.

L’un des problèmes majeurs tenait au fait que le VIH et le SIDA avaient été – et sont toujours – traités comme un problème médical.

Dans les premières années, les gouvernements et leurs donateurs et partenaires de la société civile discutaient de la nécessité d’affronter la vulnérabilité sous-jacente des personnes vis-à-vis de l’exposition au VIH. Beaucoup affirmaient leur volonté de faire face aux causes profondes de l’épidémie : la mobilité ; les tensions ethniques ; l’urbanisation (non accompagnée d’une croissance de l’emploi) ; la sécurité alimentaire ; les relations complexes entre hommes et femmes et entre générations ; et les effets du pouvoir, de la condition de chacun et bien sûr, de la pauvreté. Mais les programmes ont continué à mettre l’accent sur la prévention et le traitement du VIH et du SIDA au sens le plus étroit en se focalisant sur les « comportements individuels à haut risque » et sur la manière d’encourager une évolution comportementale individuelle plutôt que de mettre en pratique les

connaissances plus vastes des facteurs favorisant l'épidémie. Cela a eu des conséquences tragiques.

Si ces programmes avaient rencontré un vrai succès, ils auraient eu un réel impact. Le nombre de préservatifs mis à disposition en Afrique est certes plus élevé qu'il y a 20 ans, mais pas en proportion de l'augmentation de la population. A vrai dire, dans certains endroits d'Afrique, il n'est pas plus facile de se procurer des préservatifs aujourd'hui que 20 ans en arrière. Les ministres évoquent les millions de dollars consacrés aux programmes SIDA mais la fourniture de services, elle, n'a augmenté que parallèlement à la croissance démographique. Malgré tous nos efforts, nous n'avons jamais réussi à prendre l'épidémie de vitesse, ni même à réduire significativement le fossé.

Notre incapacité permanente à mettre en pratique nos connaissances continues d'avoir des conséquences tragiques. En voici un exemple :

Lorsqu'une femme est enceinte, les programmes de soins prénatals s'assurent qu'elle bénéficie d'un test de dépistage du VIH. Si l'on découvre qu'elle est séropositive, comme c'est elle qui a été testée en premier, on l'accuse généralement d'avoir introduit le virus dans le couple. Comme nous le savons depuis longtemps, son mari sera susceptible de réagir violemment ou de la quitter ou les deux. Les actions engagées pour soutenir les femmes dans cette situation, même bien intentionnées, doivent tenir compte des croyances et attitudes de la société où vivent celles-ci – sans quoi elles ne feront qu'amplifier les problèmes. Nous savons cela depuis des décennies. Pourquoi ne le mettons-nous toujours pas en pratique ?

La focalisation sur le comportement individuel semble avoir encouragé le développement de microbicides et de vaccins – mais cela a néanmoins pris du

temps. Les incitations commerciales étaient minimales – le marché potentiel de tous ces produits était considéré comme trop restreint et matériellement démuné. La plupart des travaux de recherche ont été faits à petite échelle et beaucoup d'efforts ont été inutilement dupliqués – comme par exemple la réalisation parallèle d'essais en phase III de plusieurs produits similaires au lieu d'une sélection préalable du meilleur d'entre eux. Il y a bien eu quelques tentatives de coordination afin d'améliorer la situation, mais ces efforts ont toujours été entravés par la compétition vis-à-vis de ressources insuffisantes. De plus, certaines personnes affirmaient que la disponibilité de ces produits ne ferait qu'encourager la promiscuité sexuelle.

Maintenant que nous disposons enfin d'un microbicide, nous n'avons toujours pas de système efficace susceptible de contrôler sa mise à disposition auprès de ceux qui en ont besoin. Il reste trop cher pour la majorité des femmes de condition modeste, si bien que son accès est limité à celles qui constituent les cibles des projets et des programmes. Une étude récente a suggéré que seulement 25 % des jeunes femmes en milieu rural avaient simplement vu un tube de microbicide (et certaines ont ajouté qu'elles n'auraient aucun endroit où le dissimuler de toutes façons).

Il en va de même du vaccin qui vient d'être mis sur le marché. Bien que la majorité des pays l'ait autorisé et introduit dans les programmes nationaux, peu de gens en ont bénéficié. Il nécessite trois doses, administrées sur une période de un an. Bien que la plupart des gens reçoivent la première dose, il n'existe tout simplement aucun système ou personnel susceptible d'assurer le suivi de ces patients. Les choses se passent un peu mieux lorsqu'il s'agit d'un programme bien organisé, souvent par une ONG. Mais la vaccination de masse des jeunes adultes, surtout non

scolarisés, reste un défi gigantesque pour la plupart des programmes de santé publique.

Le traumatisme psychologique et affectif des personnes vivant avec le SIDA et de leur entourage fait également l'objet de peu d'attention – il reste peu de ressources une fois payés tous les autres programmes. Même à l'heure actuelle, en 2025, la grande majorité des fonds est consacrée à des activités spécifiques du SIDA et les facteurs sous-jacents de l'épidémie ainsi que certaines de ses conséquences sont tout autant négligés qu'il y a 20 ans.

Conclusion :

Rompre le cercle du blâme

Les Ashanti disent que la ruine d'une nation commence dans les maisons. En 2025, nous pouvons adapter ce proverbe en parlant de la ruine d'un continent. Et ce n'est pas surprenant : chacun des obstacles que j'ai décrits serait un défi monumental à surmonter à lui seul. Quelques pays africains ont évidemment réussi à vaincre l'un ou l'autre de ces obstacles, mais la plupart d'entre eux ont buté sur les sept.

Suis-je trop pessimiste ?

On peut bien sûr citer quelques succès. Une grande partie de la classe moyenne instruite a changé de comportement : les jeunes utilisent des préservatifs ; davantage d'hommes en utilisent ; les femmes quittent quelquefois un mari en qui elles n'ont plus confiance ; et certaines jeunes femmes utilisent des microbicides et savent comment se protéger. Et lorsqu'une personne contracte néanmoins l'infection, elle a accès aux médicaments, quelquefois en participant au programme d'une ONG. Mais les hommes aisés financièrement continuent à présenter un taux d'infection plus élevé. Ils sont en mesure de monnayer les rapports sexuels et ont tendance à solliciter des femmes pauvres pour lesquelles le sexe est un moyen de survie et pour qui la probabilité d'être infectée est

plus grande. Malgré toutes nos connaissances, ce phénomène se perpétue et peu d'interventions manifestent une réelle efficacité.

Au cours des 20 dernières années, les organisations homosexuelles ont connu une certaine expansion en Afrique. Certaines ont bénéficié de financements et de soutien internationaux – mais leur fonctionnement est souvent entravé par les gouvernements, malgré la réprobation internationale que suscite cette attitude. On constate toutefois que ce soutien est rarement prolongé. Dans la plupart des pays, l'existence d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est déniée et les risques liés à la pénétration anale ne sont que rarement, voire nullement évoqués.

Certains pays sont parvenus à contenir la prévalence du VIH à un niveau peu élevé, mais les raisons n'en sont pas très claires : certains pensent qu'ils ont eu de la chance ; d'autres attribuent ce succès à une culture particulière ; d'autres encore à un leadership clairvoyant et à une planification efficace des programmes. D'autres affirment que les raisons sont beaucoup plus simples : certains de ces pays ont simplement réussi à obtenir davantage de ressources que d'autres. Mais comme la prévalence est restée élevée dans les pays voisins et que les conflits et la pénurie obligent les gens à traverser les frontières, il semble que la chance ait tourné.

Dans les pays où la prévalence reste élevée, les perspectives sont effectivement sombres. Le nombre de nouvelles infections augmente d'une année à l'autre tout comme le nombre de décès. Les gouvernements sont incapables de remplir leur fonction : les effets du virus ont systématiquement sapé leur capacité à fournir des services comme la sécurité, les soins de santé et l'éducation. Il reste peu de monde pour organiser la riposte – le SIDA a en effet décimé les rangs des administrateurs compétents, limitant

ainsi l'accessibilité et la réactivité des institutions. Ceux qui restent ont des chances d'être happés par des organisations internationales, par le secteur privé ou les ONG.

Dans une telle situation, les populations sont enclines à désigner des responsables : le Nord condamne le Sud et vice versa ; les chefs de gouvernement admonestent les ministres ; les jeunes accusent leurs parents d'avoir été négligents. Le mois prochain, les dirigeants africains se réuniront à nouveau pour discuter de la tragédie de notre continent et le groupe *BandAid +40* entame une nouvelle tournée internationale.

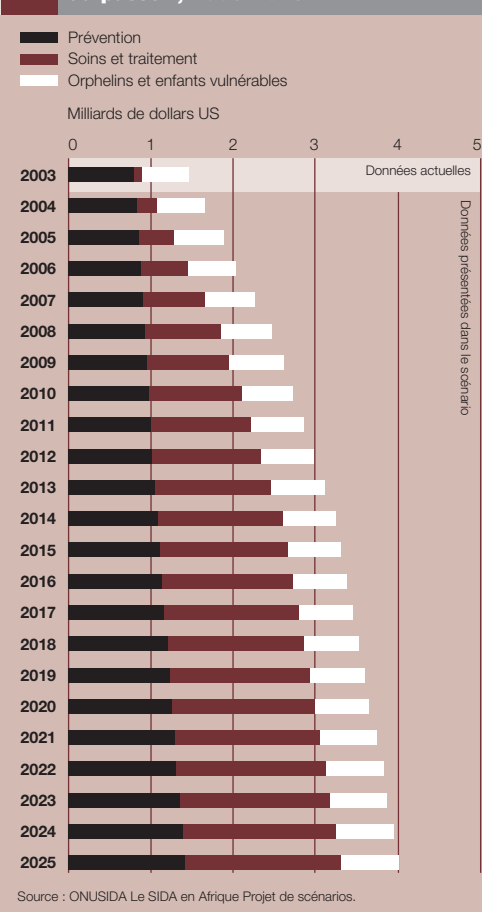
Mais peut-être faudrait-il nous arrêter... résister à la tentation de chercher un coupable, aux recommandations pressantes favorables à une action immédiate. Peut-être que la question-clé à laquelle nous devons répondre est la suivante : « Que pouvons-nous faire pour provoquer une réelle évolution de la situation ? »

Merci pour votre attention.

Dans le reste de cet article, et conformément à la pratique qui consiste à fournir une synthèse de données chronologiques, la revue « *Une planète, un monde* » présente une vue d'ensemble de certains des indicateurs essentiels qui permettent d'illustrer les progrès accomplis au cours des 25 premières années de ce siècle.

Le poids du passé : vue d'ensemble

Figure 48 **Dépenses annuelles consenties dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA, par composante, « Le poids du passé », 2003-2025**



Les victimes

Notre histoire offre une vision très dérangeante du SIDA en Afrique.

En 2004, il était clair que la prévalence du VIH s'était stabilisée dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, même si le nombre de nouvelles infections continuait d'augmenter parallèlement à la population. Dans certaines zones, surtout urbaines, et dans certains groupes de population, l'incidence diminuait.

Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas eu d'efforts considérables en termes de riposte au VIH et au SIDA, de renforcement des capacités du secteur de la santé ou de mise à disposition des traitements. Il y en a eu et certains ont été héroïques. Le problème est qu'ils n'ont jamais suffi pour prendre de vitesse l'épidémie et répondre à la demande d'une population croissante.

Aujourd'hui, en 2025, 3 % de la population africaine vivent avec le VIH et le SIDA. Parmi les adultes, la proportion atteint 5 %, soit une personne sur 20. Au cours des 20 dernières années, on n'a constaté qu'une faible régression de la prévalence globale du VIH chez les adultes (de 5,6 à 5,3 %).

En Afrique de l'Est, la prévalence atteint 5,9 % parmi les adultes ; en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale, 4,4 % ; en Afrique Australe, 14 % ; et en Afrique du Nord, 0,3 % environ. Il existe, au sein de ces vastes régions, des différences considérables entre pays et dans les pays, et en outre entre régions et groupes de population.

Ces variations régionales masquent la dynamique de l'épidémie. Certaines régions où l'épidémie était la plus virulente il y a 10 ou 15 ans la voient maintenant régresser, alors que d'autres régions relativement épargnées dans le passé sont maintenant confrontées à une lente progression de l'épidémie.

Malheureusement, les schémas relatifs à la prévalence du VIH cachent le nombre croissant de personnes infectées. En 2025 et considérant le processus actuel de la croissance démographique, une prévalence de 5,3 % parmi la population adulte africaine signifie que plus de 38 millions de personnes vivent avec le virus. Le SIDA demeure un danger concret dans de nombreux pays. En 2025, sur l'ensemble des nouveaux cas d'infection enregistrés parmi la population adulte dans l'ensemble de l'Afrique, 2,3 millions sont des femmes et 1,9 million des hommes.

Le nombre cumulatif des décès depuis le début de l'épidémie dépasse 83 millions – 66 millions d'adultes et près de 17 millions d'enfants. Actuellement, le nombre de décès enregistrés annuellement atteint 3,5 millions et continue d'augmenter.

Nous avons vu que les efforts de mise à disposition des antirétroviraux se poursuivent mais qu'ils sont constamment entravés par des systèmes à la fois sous-développés et submergés ainsi que par leur coût. En 2015, un peu plus de 20 % des adultes pour qui un traitement antirétroviral était nécessaire y avaient accès et ce chiffre a obstinément refusé d'augmenter depuis lors. En 2015, le coût des soins et

du traitement s'élevait à 1,5 milliard de dollars US par an et actuellement, 1,8 milliard de dollars US sont nécessaires au seul maintien d'une qualité similaire de traitement.

En 2003, près de 0,8 milliard de dollars US ont été dépensés dans le cadre de la prévention. On arrive actuellement à 1,4 milliard par an et les activités comprennent : les interventions dans les écoles et auprès des jeunes non scolarisés ; les programmes ciblant les professionnel(les) du sexe ; la fourniture de préservatifs et le traitement des infections sexuellement transmissibles ; une partie du conseil et test volontaires ; la prévention sur le lieu de travail ; le dépistage sanguin ; la prévention de la transmission mère-enfant ; et les campagnes médiatiques. Les dépenses consacrées à la riposte à l'épidémie n'ont fait que suivre la croissance démographique mais ne l'ont pas devancée.

Le soutien aux enfants rendus orphelins du fait du SIDA et aux autres enfants vulnérables ne s'est pas non plus accru de manière significative et n'a pas suivi l'augmentation des besoins, puisque le nombre d'orphelins du SIDA a atteint 27 millions. Leur nombre est dorénavant aussi important que celui de l'ensemble des autres orphelins. De plus, près de deux millions d'enfants vivent à présent avec le VIH et le SIDA.

En 2025, le coût des programmes spécifiques à la riposte au VIH et au SIDA en Afrique s'élève à 4 milliards de dollars US par an. Comme nous n'arrivons pas à prendre l'épidémie de vitesse en termes de prévention, les coûts continuent de croître et continueront à le faire dans un proche avenir.

Etablir le coût de la riposte

Au cours de la période 2003-2025, les coûts cumulatifs des interventions liées au SIDA ont dépassé 69 milliards de dollars US. Le flux d'aide, quoique irrégulier et stagnant, a permis jusqu'à un certain point de mettre en œuvre certains programmes. Il faut noter que le coût par habitant a continué d'augmenter, montrant que les programmes manquaient trop de ressources pour avoir un réel impact sur l'épidémie et que la prévalence n'était pas significativement réduite.

La comparaison de la première et de la dernière lignes de la **Figure 48** montre comment l'affectation des ressources a changé au cours des 23 dernières années. Bien que moins du quart des adultes ayant besoin d'antirétroviraux y aient accès, les soins et le traitement nécessitent néanmoins près de la moitié des dépenses. Le soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables n'a pas significativement augmenté depuis 2003 et ne représente en 2025 que 17 % du total, tandis que la proportion des ressources affectées à la prévention a diminué, davantage de fonds étant consacrés au traitement et aux soins.

En dépit des espoirs liés à de meilleures performances économiques, les économies africaines ont très lentement progressé et parfois de manière irrégulière au cours des deux dernières décennies. Le budget de la plupart des gouvernements n'a augmenté que d'environ 1 % par an, et le budget de la santé, d'à peine 0,5 %. Dans

Figure 49 Dépenses totales consenties dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA, par source, « Le poids du passé », 2003-2025

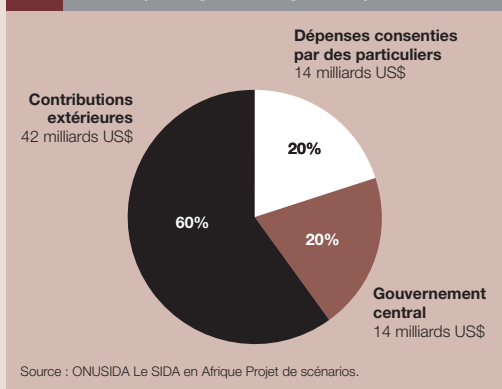
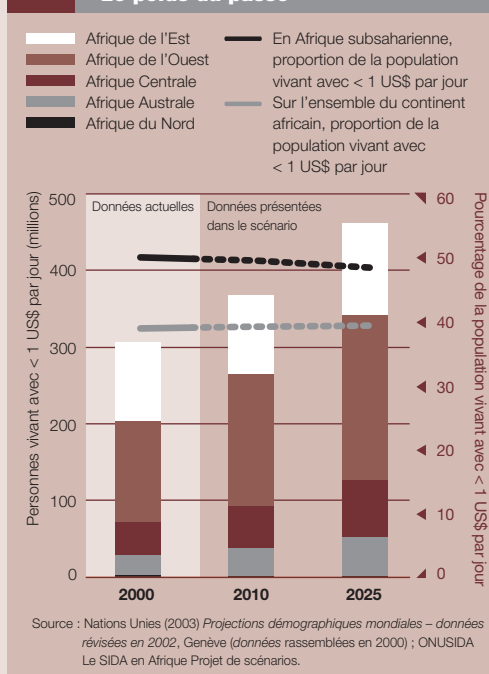


Figure 50 **Personnes vivant avec moins de un dollar US par jour, par région, pour certaines années spécifiques, « Le poids du passé »**



ce contexte économique morose, les dépenses des programmes de riposte au VIH et au SIDA n'ont augmenté que très lentement. Le fait qu'il y ait eu une augmentation, si limitée soit-elle, illustre cependant la priorité accordée à ce problème au cours des 20 dernières années.

Les contributions externes totales ont atteint un pic autour de 23 milliards de dollars US par an vers 2015-2018. En argent constant, le niveau est similaire actuellement bien qu'il ait beaucoup varié dans l'intervalle. Le financement des programmes de riposte au VIH et au SIDA a tenu bon puisqu'il représente environ 10 % de toute l'assistance externe à l'Afrique. Les donateurs ont continué d'accorder une priorité aux programmes de riposte au VIH, surtout en matière de traitement, mais les financements demeurent insuffisants.

L'augmentation des coûts des programmes pour les gouvernements comme pour les individus entraîne une dépendance continue vis-à-vis de l'assistance extérieure, même si l'on estime que 20 % des coûts des programmes sont maintenant pris en charge par les gouvernements et au moins 20 % financés par les bénéficiaires. Dans certains pays, de nouveaux emprunts ont été contractés pour couvrir les coûts croissants des programmes de traitement, contribuant à alourdir le fardeau de la dette. Comme le nombre de nouvelles infections continue d'augmenter, les perspectives restent sombres.

Le graphique suivant illustre les dépenses par habitant en matière de VIH et de SIDA en Afrique au cours des 20 dernières années et la dépendance vis-à-vis des contributions externes.

La pauvreté

Le fait que la proportion de la population africaine vivant avec moins de 1 dollar US par jour soit restée constante au cours des 20 dernières années masque le nombre réel croissant de personnes vivant dans la précarité. Considérant que la population africaine augmente et exerce une pression croissante sur des ressources déjà limitées, le nombre de personnes vivant avec moins de un dollar US par jour est, lui, passé de 300 à plus de 450 millions. Le nombre réel a diminué en Afrique du Nord, mais il a augmenté de 16 % en Afrique de l'Est (atteignant 120 millions) ; de 65 % en Afrique de l'Ouest (plus de 210 millions en 2025) ; de 70 % en Afrique Centrale (75 millions) ; et de 90 % en Afrique Australe (50 millions).

Vue globale de l'Afrique

Les **Figures 55-58** (situées aux pages suivantes) illustrent les tendances de la prévalence du VIH et du SIDA jusqu'en 2025. **L'Annexe 1** explique en détail ce qui est inclus dans les coûts.

La prévalence du VIH chez les adultes est restée raisonnablement stable, déclinant lentement de 5,6 % en 2004 à 5,3 % en 2025, ce qui reflète l'impact modéré des programmes de prévention. Cependant, cette stabilité apparente masque le fait que le nombre de nouvelles infections augmente chaque année, dépassant le nombre de

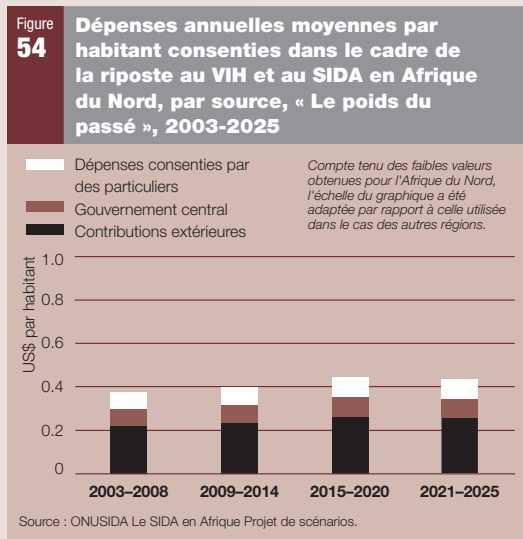
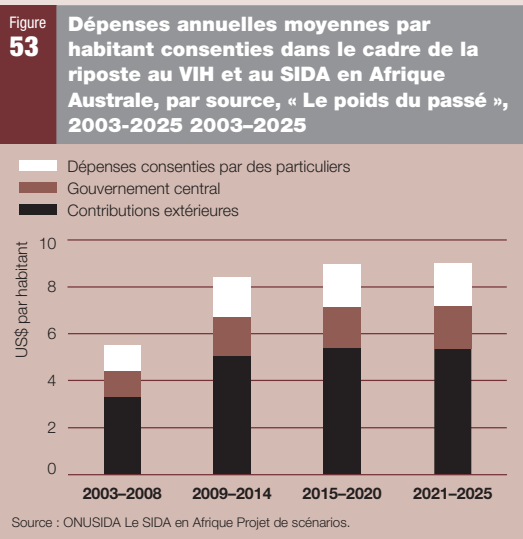
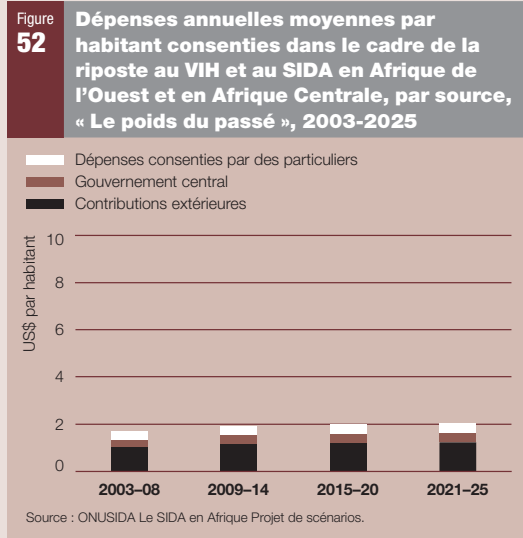
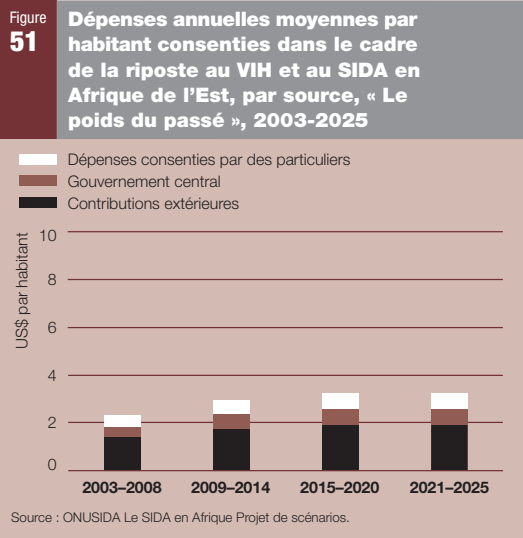
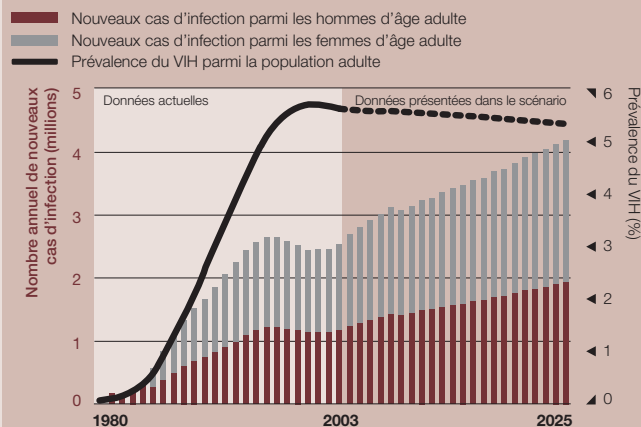
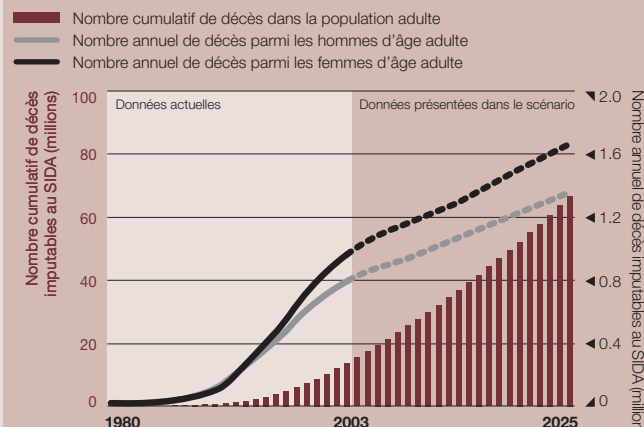


Figure 55 Nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH parmi la population adulte et prévalence du VIH chez l'adulte en Afrique, « Le poids du passé », 1980-2025



Source : ONUSIDA (2004) Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA, Genève (données chronologiques) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

Figure 56 En Afrique, nombre annuel et cumulatif de décès de personnes adultes imputables au SIDA, « Le poids du passé », 1980-2025



Source : ONUSIDA (2004) Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA, Genève (données chronologiques) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

décès annuels, si bien que le nombre réel de personnes vivant avec le VIH et le SIDA a augmenté tout au long de cette période. Cette évolution est la conséquence de la croissance démographique continue en Afrique.

Les femmes sont plus affectées par la maladie : en 2025, le nombre de nouvelles infections chez les femmes atteindra 2,3 millions alors qu'il s'élèvera à 1,9 million chez les hommes.

Le recul temporaire du nombre de nouvelles infections après 1997 a été le résultat de l'attention nationale et internationale accordée au SIDA. L'augmentation durable du nombre total de personnes vivant avec le SIDA qui a suivi résulte de la stabilité relative de la prévalence associée à la croissance démographique.

Les femmes sont elles aussi plus affectées en termes de nombre de décès annuels imputables au SIDA. En dépit d'un léger recul de la prévalence du VIH, le nombre réel de décès annuels imputables au SIDA a augmenté (pour passer de près de un million en 2004 à 1,7 million en 2025 parmi les femmes, alors qu'il est passé de 820 000 à 1,4 million parmi les hommes).

Au départ, les traitements antirétroviraux et la réduction du nombre de nouvelles infections ont entraîné une diminution des taux relatifs aux décès enregistrés annuellement. Mais après 2009, les nouvelles infections se sont multipliées et le nombre de décès de femmes a augmenté plus vite que celui des hommes.

Le nombre cumulatif des décès d'adultes imputables au SIDA depuis 1980 va dépasser 66 millions en 2025 et 83 millions pour la population dans son entier.

Le nombre d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA a continué de croître pendant cette période (pour passer de 14 millions en 2004 à 27 millions en 2025). Le nombre total d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA et pour d'autres raisons atteindra 58 millions en 2025.

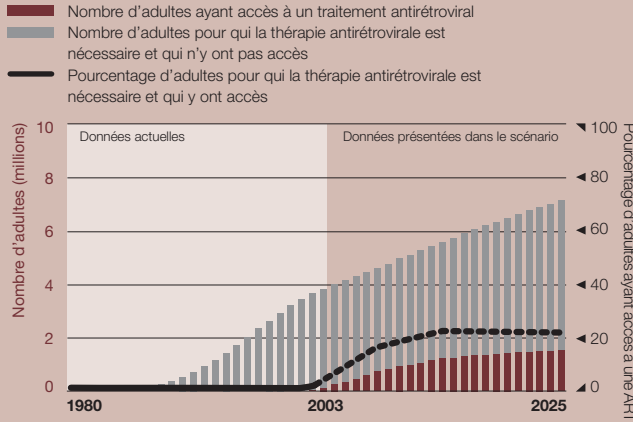
Survol du continent africain

La **Figure 59** fournit un état épidémiologique détaillé de l'épidémie dans les différentes régions géographiques que sont l'Afrique de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale, l'Afrique Australe et l'Afrique du Nord.

¹ Adapté de Sayagues M (1999) How AIDS is starving Zimbabwe. *Mail & Guardian*, 16 août.

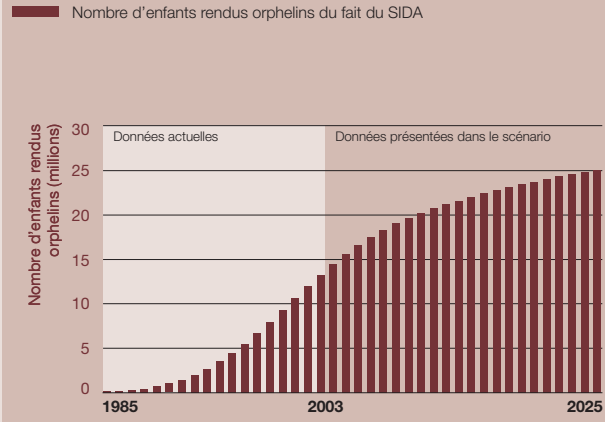
² Ten Kate K, Laird SJ (2004) Bioprospecting agreements and benefit sharing, p.133-158. In: Finger JM, Schuler P, eds. *Poor people's knowledge: Promoting intellectual property in developing countries*. Washington D.C, Banque mondiale et Oxford University Press, et Finger JM (2002) *The Doha agenda and development: A view from the Uruguay Round*. Manille, Asian Development Bank. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.adb.org>

Figure 57 En Afrique, nombre d'adultes ayant accès à un traitement antirétroviral et nombre d'adultes à qui il devrait être prodigué, « Le poids du passé », 1980-2025



Source : ONUSIDA (2004) Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA, Genève (données chronologiques) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

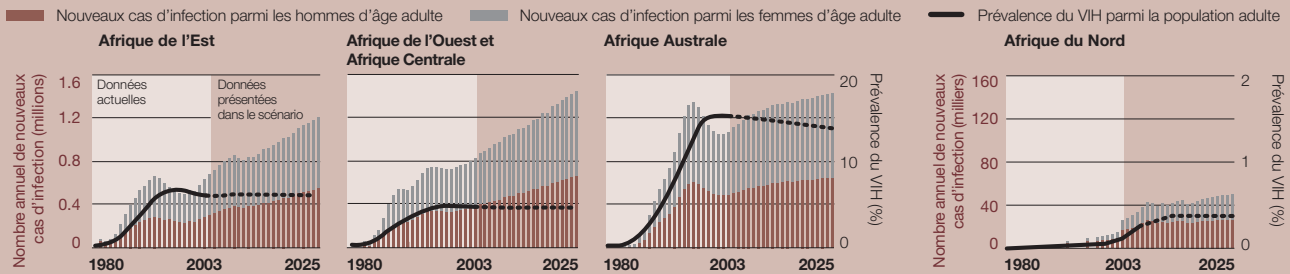
Figure 58 En Afrique, nombre d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA « Le poids du passé », 1985-2025



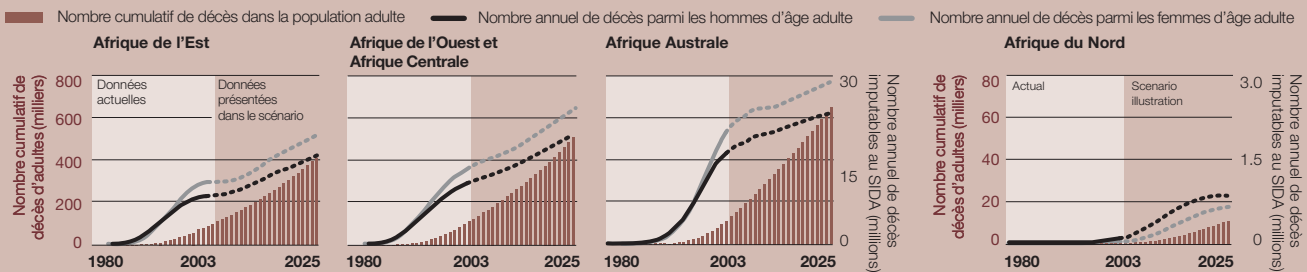
Source : ONUSIDA (2004) Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA, Genève (données chronologiques) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

Figure 59 Le poids du passé : Survol des régions africaines

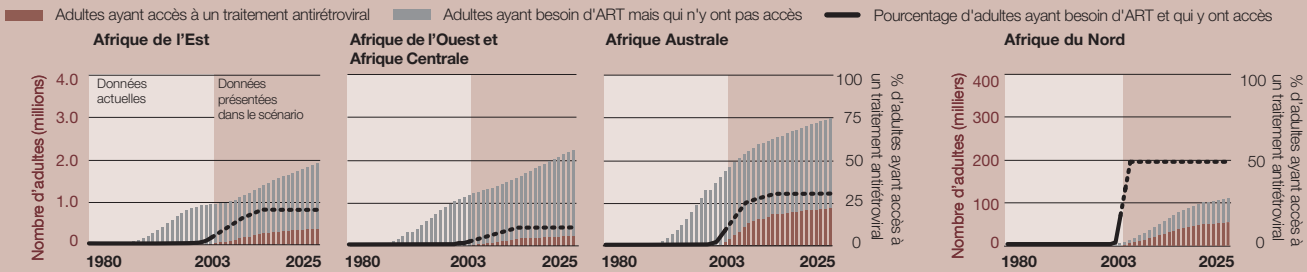
Nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH parmi la population adulte et prévalence du VIH chez l'adulte en Afrique, 1980-2025



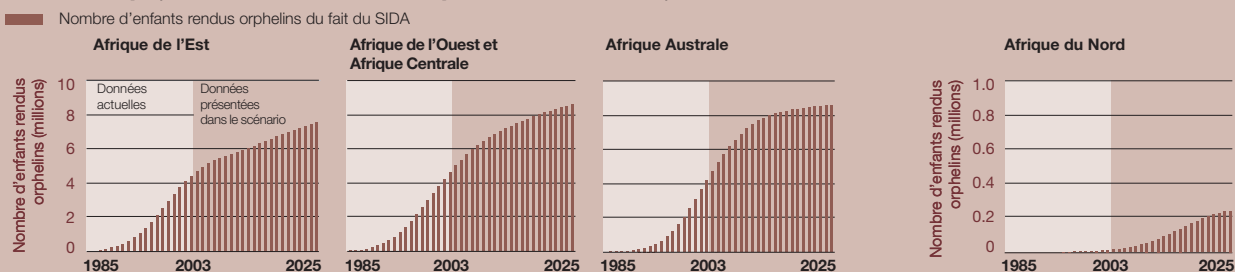
En Afrique, nombre annuel et cumulatif de décès de personnes adultes imputables au SIDA, 1980-2025



En Afrique, nombre d'adultes ayant accès à un traitement antirétroviral et nombre d'adultes à qui il devrait être prodigué, 1980-2025



En Afrique, nombre d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA, 1985-2025



Source : ONUSIDA (2004) Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA, Genève (données chronologiques) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.



Chant d'espoir

Je chante
pour la beauté d'Athènes
sans ses esclaves

Pour un monde libéré
des rois et des reines
et des autres vestiges
d'un passé rempli
d'arbitraire

Pour une terre
sans nord incisif
ni sud profond
sans rideaux aveugles
ni murs de fer

Pour la fin
des chefs de guerre et
des armureries
et des prisons où règnent la haine
et la peur

Pour que les déserts voient
pousser les arbres
et mûrir les fruits
après les pluies crépitantes

Pour que le soleil
éclaire l'ignorance
et que les étoiles révèlent
aux nuits l'inconnaissable

Je chante pour un monde rénové.

— Osundare N. In: Beier U, Moore G,
ed. (1999) *The Penguin book of
modern African poetry*. New York,
Penguin Classics.



Section 6 Le moment de la transition : l'Afrique rattrape le temps perdu

Le scénario présenté ci-après est livré sous la forme d'un récit, témoignage d'un conteur et de quelques-uns de ses amis qui, en 2036, se penchent sur les changements survenus au cours du premier quart du vingt et unième siècle.

Conte populaire

Il était une fois un petit village appelé Ogundugbwe où vivait une communauté d'animaux : l'Eléphant Lebongros, le Lion Intrépide, le Singe Diplomate, le Chacal l'Ensommeillé, la Hyène Docile, la belle Madame Zèbre, la Souris Futée, la Chèvre Longue-bouche, et le Chat Inoffensif.

La vie n'était pas facile pour les animaux d'Ogundugbwe. Cela faisait déjà un long moment qu'une maladie mystérieuse détruisait leurs récoltes.

Bien que les animaux d'Ogundugbwe furent très différents les uns des autres (jadis, ils étaient des ennemis implacables), ils vivaient maintenant en paix tous ensemble, leur communauté étant enrichie par la présence d'animaux qui étaient venus rendre visite au village depuis des terres reculées. Ils leur avaient annoncé qu'une maladie semblable avait attaqué les récoltes et la végétation de leurs propres régions. Leur lutte pour éliminer la maladie avait réussi dans une certaine mesure, car on avait trouvé des remèdes capables de mettre temporairement en sommeil cette maladie meurtrière.

Toutefois, à Ogundugbwe, la cruelle maladie détruisait tout sur son passage. Les animaux avaient essayé, mais en vain, d'éliminer cette maladie meurtrière en employant des remèdes traditionnels et non traditionnels, mais elle n'avait fait qu'empirer.

Malheureusement pour les animaux d'Ogundugbwe, ils faisaient maintenant face à une famine implacable. Le nombre des victimes ne cessant de croître, le Lion Intrépide, Chef très aimé et très populaire du village d'Ogundugbwe, décida d'organiser une réunion.

Toujours aussi humble et pragmatique que de coutume, le Lion Intrépide annonça tout d'abord qu'il ne ferait pas de discours officiel à la réunion, mais qu'il écouterait plutôt les déclarations des animaux les mieux placés pour fournir les idées les plus brillantes sur la manière de trouver une solution à ce problème.

C'est ainsi que l'Eléphant Lebongros, le Singe Diplomate et la Souris Futée furent priés de préparer des présentations décrivant en détail les expériences des animaux d'Ogundugbwe. Le Lion Intrépide avait également convié deux invités éminents à prendre la parole devant les participants. L'un d'eux, le Lièvre Futé, venait du Royaume lointain de Gondwana. On disait que le Lièvre Futé avait découvert le médicament puissant qui avait aidé à mettre en sommeil la maladie meurtrière qui avait sévi à Gondwana.

L'autre orateur était l'Aigle Vigilant, du village voisin de Bongolo. Selon la rumeur, l'Aigle Vigilant avait survolé le monde entier, se rendant dans tous les pays où la maladie avait attaqué les récoltes et la végétation. Pendant son voyage, l'Aigle Vigilant avait recueilli des informations utiles, non seulement sur la maladie meurtrière, mais aussi sur la manière dont les différents animaux du monde avaient résolu les problèmes causés par la destruction des récoltes et des plantes.

Ce fut vraiment une occasion unique et d'une importance majeure ! Les animaux du monde s'étaient réunis pour lutter contre l'implacable et mystérieuse maladie monstrueuse ! Alors, l'espoir se mit à renaître partout... A travers le monde, on constaterait un recul du nombre d'animaux décimés à cause de la famine. Même de petits villages comme Ogundugbwe pourraient faire partager leurs modestes expériences de la vie.

Si la Souris Futée et le Chat Inoffensif pouvaient partager le même fauteuil, et si le Lion Intrépide et la belle Madame Zèbre pouvaient manger dans la même gamelle, que ne pourrait-on tenter au Royaume des animaux !



Une planète, un monde

2036

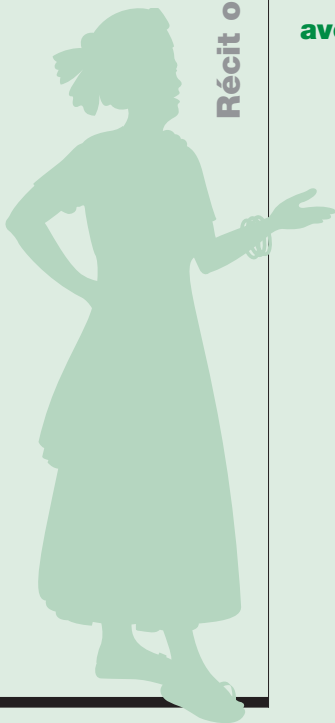
Une planète, un monde Edition spéciale
Récit oral de Sara Afrika : *Le moment de la transition*

Dans cet extrait exclusif de son récit oral, *Le moment de la transition*, l'historienne de tradition orale Sara Afrika explore les changements majeurs qui, au cours des 30 dernières années, ont transformé notre monde, et en particulier l'Afrique. Cette transcription reprend son dernier récit raconté devant un groupe de citoyens, et est sélectionnée pour le prix de l'Orateur du nouveau Millénaire.

Dans son introduction, Madame Afrika nous dit : « C'est une histoire extrêmement complexe : elle reprend un grand nombre de petites transitions, réparties dans divers domaines – social, politique, économique, etc. – qui se sont produites dans de nombreux lieux différents et grâce à une multitude de gens, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Afrique. »

Pour pouvoir raconter cette histoire, elle a voyagé dans toute l'Afrique : « J'ai parlé à toutes sortes de gens, aux présidents comme aux poètes, aux soldats comme aux chercheurs, aux ministres aussi bien qu'aux mères de famille. » Elle a poursuivi : « C'est l'histoire de tout le monde ; tous, nous avons un rôle à jouer. »

“ C'est l'histoire de tout le monde ; tous, nous avons un rôle à jouer. →



Elle a demandé à ces personnes de décrire les événements qui à leur avis étaient essentiels à une reconfiguration de l'avenir de l'Afrique, et elle les utilise pour son récit. Elle les a intitulés les six transitions essentielles :

- 1** « **Une catastrophe évitée** » décrit les changements d'approche du VIH et du SIDA, avec une mise à disposition rapide du traitement et des stratégies de prévention efficaces, déployée par une société civile très active.
- 2** « **Mettre de l'ordre chez soi** » aborde les mesures de politique générale prises dans les pays pour réduire la pauvreté et stimuler le développement, ce qui est indispensable pour limiter la propagation du VIH.
- 3** « **Travailler ensemble au développement** » examine l'amélioration de la collaboration entre gouvernements africains et partenaires extérieurs au cours du premier quart de siècle, à mesure que les ressources provenant de plus en plus des Etats (...) et des peuples d'Afrique ont été orientées et coordonnées par eux-mêmes.
- 4** « **Tirer parti des points forts** » décrit en détail les modifications essentielles qui ont eu lieu dans les échanges internationaux.
- 5** « **Sentiments humains et droits de l'homme** » décrit les personnes qui sont situées au centre même du scénario, ainsi que la manière dont les choses ont changé – notamment les modifications importantes intervenues dans les relations entre hommes et femmes, et dans celles des individus à l'égard de leur communauté.
- 6** « **Instaurer la paix** » décrit comment la prévention des conflits et la promotion de la paix et de la sécurité, à la fois à l'intérieur des pays et dans leurs relations entre eux, constituent un élément essentiel du nouveau programme d'action africain pour le XXI^e siècle.



Figure 60

Le moment de la transition : dynamiques-clés



Une planète, un monde Edition spéciale
Récit oral de Sara Afrika : Le moment de la transition

Voici une transcription complète du
Moment de la transition, conte oral
 de Sara Afrika.

Transcription du *Moment de la transition*

Introduction



Vous savez, il est toujours sage de demander à un narrateur pourquoi il raconte une histoire. Je vais commencer par vous donner mes raisons. Venez donc me rejoindre au cours d'octobre dernier, en 2036. C'est au début de la

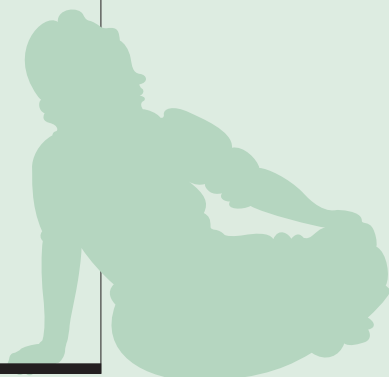
matinée et une fraîche luminosité aux reflets jaunes inonde toute la route. Je ferme les yeux et écoute la foule se déplacer et murmurer autour de moi – de soudains éclats de rire, les pleurs d'un enfant, des bribes de conversation. Une nouvelle journée, une nouvelle manifestation. Mais à la différence de celles des premières années, où il semblait que chaque jour était ponctué de protestations douloureuses et vibrantes de colère, aujourd'hui, nous marchons ensemble pour célébrer un événement.

Tout ce monde se dirige vers la mairie pour accueillir chaleureusement et avec amour Ilena Ejitsu, la nouvelle Secrétaire Générale de l'*Organisation des Nations Unies*, qui vient rendre visite à sa ville natale. C'est là un geste typique de cette femme courageuse et responsable qui consacre sa vie à l'humanité depuis longtemps déjà. Elle s'est portée volontaire dès 2015 pour les essais de la première génération des vaccins anti-VIH ; elle est intervenue pour que notre pays adopte les lois qui protègent la femme de la violence domestique, et a lutté pour la protection des personnes séropositives – mais elle n'a jamais oublié d'où elle venait.

Souvenez-vous, même dans son discours d'investiture, elle a parlé de son amour pour sa ville natale et de ce que ses habitants lui avaient appris. Elle a décrit comment, devenue orpheline du fait du SIDA, sans famille élargie, la communauté locale l'avait prise en charge, lui avait prodigué des conseils et l'avait encouragée à aller à l'école. Les membres de cette communauté étaient unis, et dans cette union, ils avaient trouvé une force considérable. Il s'agissait des premières années de la lutte contre le virus et de tels gestes étaient alors beaucoup plus difficiles à accomplir. Elle dit avoir gardé dans sa mémoire les leçons apprises à cette époque et le souvenir de toutes ces personnes.

Je me trouve au milieu de ces gens qui marchent – mon peuple – dans une rue poussiéreuse. Je me souviens d'un temps où personne n'évoquait le SIDA ; où le sujet était tabou ; où la stigmatisation était excessive. Vous voyez, je suis une vieille femme et je me rappelle que, il y a longtemps, si quelqu'un parlait du virus, la seule réaction obtenue, c'était un froncement de sourcils et un silence de plomb, peut-être un regard fuyant, parfois des menaces voilées, ou encore des actes de pure violence...

Je regarde les gens autour de moi et je vois un homme avec un large sourire qui porte un T-shirt M-Net et circule dans la foule en tapant sur une boîte de conserve et en



distribuant des prospectus. J'en prends un et je regarde les grands titres : « La tuberculose – nous l'avons mise en déroute », suivi de « Pratiquement éradiquée du continent africain, la tuberculose reste endémique dans certaines régions. Nous avons besoin de votre aide pour faire de l'Afrique un continent libéré de la tuberculose... »

Pendant que je continue ma lecture de ce qui nous reste encore à faire, une petite fille s'approche, le regard déterminé et tirant sa mère par la main. Elle a lu mes histoires à l'école, et m'a reconnue d'après les photos qu'elle a vues sur mon site internet. Elle veut un autographe de la conteuse. Sa mère, âgée d'environ 30 ans, qui arbore un petit badge publicitaire pour un traitement antirétroviral (« Vous voulez savoir comment ? Appelez-moi maintenant... » avec un numéro de téléphone et une adresse internet), présente timidement ses excuses devant l'enthousiasme de sa fille.

La mère de l'enfant me dit que mes histoires l'ont inspirée aussi quand elle était à l'école, qu'elles lui ont permis de percevoir l'avenir et ont rempli son cœur d'espoir et d'ambition.

Je comprends à cet instant-là, debout avec le prospectus sur la tuberculose à la main, qu'il y a une histoire que je n'ai pas encore racontée.

Et je vais essayer de la raconter maintenant, avec l'aide de trois amis très chers : le Docteur Ibrahim, Ministre entré dans le monde de la politique du temps où il était un jeune militant, Steve Phorano, juriste et célèbre personnalité de la société civile et Sœur Bweupe, reconnue pour son travail dans les dispensaires ruraux d'Afrique.

Planter le décor

Les conteurs refont le monde, n'est-ce pas ? Si vous le pensez, alors il est possible de dire que jamais le besoin de conteurs n'a été plus grand qu'en 2005.

Et nous avons eu de la chance, pendant les 30 années qui ont suivi, que de plus en plus de gens soient devenus des conteurs. Il leur aurait été si facile de baisser les bras et de s'abandonner au désespoir. Au lieu de cela, certains ont raconté des histoires d'espoir, trouvé les mots qui transformaient la peur en détermination, qui rompaient le silence et brisaient l'isolement.

Nous ne le savions pas alors, mais ensemble, ces gens étaient en train de créer un ambitieux récit de grandes synergies et de transformation. C'était la transformation de l'action, de l'unité, et de la compréhension. Dans les quatre coins du monde, les gens ont commencé à comprendre qu'il ne suffisait pas d'essayer de rechercher un changement unique ou d'entamer une campagne solitaire. Cela ne fonctionnerait jamais. Si vous souhaitez parvenir à une mutation fondamentale, il vous faut aller au-delà du seul changement pour vous pencher sur tous les autres facteurs déterminants.

Docteur Ibrahim : Mais cela a l'air trop simple. Si nous utilisons des termes aussi simples, nous risquons de ne pas voir la souffrance de ces premières années. Je suis peut-être maintenant un ministre du gouvernement mais, tout comme beaucoup d'autres, je me sentais très seul pendant ces premières années.

Steve Phorano : Il a raison ! C'est facile de parler maintenant de la « reconfiguration des relations internationales », mais à ce moment-là, le changement ne semblait pas aussi clair...

Vous avez raison, mes amis. De nombreuses batailles différentes étaient engagées, et avec une grande dignité, en dépit de tant d'intenses souffrances... Alors, comment allons-nous raconter cette histoire ?

Steve Phorano : Eh bien, la plupart des histoires ont un commencement, un milieu et une fin bien définis, mais celle-ci est différente. Il est certain que si je regarde les années qui ont précédé 2036, je n'ai pas l'impression qu'elle possède de fin, ni même d'ailleurs de commencement.

Signes d'espoir... et annonce d'une catastrophe

Docteur Ibrahim : Je dirais qu'elle commence par un recul – des valeurs, des croyances et des actions entreprises à travers le monde.

Steve Phorano : Mes collègues sont nombreux à soutenir qu'elle a pris naissance avec l'action du mouvement anti-mondialiste...

Docteur Ibrahim : Certains, en particulier les Occidentaux, mentionnent les engagements pris par les pays riches dans les premières années du XXI^e siècle. Ils peuvent voir les prémisses d'un changement plus profond dans les



Une planète, un monde Edition spéciale
Récit oral de Sara Afrika : Le moment de la transition

promesses faites au début, à l'Afrique en particulier – le *Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme*, le *Projet pour le Millénaire*, le *Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA (PEPFAR) des Etats-Unis* et le rapport de la *Commission du Royaume-Uni pour l'Afrique* et son impact sur le Sommet 2005 du G8.

D'autres diront que ce sont les nouveaux mécanismes internationaux de responsabilisation au sein des institutions multilatérales, des ONG, des Etats et en particulier des grandes sociétés.

Steve Phorano : J'ai entendu dire que cela remonte aux crises qui ont frappé les premières années du millénaire : le blocage des négociations commerciales en 2004/5 ; les attentats terroristes dans toute l'Europe en 2005/6 ; l'échec évident de la communauté mondiale à tenir les promesses des *Objectifs de Développement pour le Millénaire* ; les hausses de prix du pétrole ; les inondations de 2007 en Europe et en Asie, qui ont démontré aux populations qu'il fallait prendre au sérieux le réchauffement de la planète ; les craintes d'un nouveau siècle de guerres...

L'Afrique elle-même est souvent citée comme l'une de ces crises – au début des années 2000, on a constaté une inversion de la situation de nombreux pays africains, s'agissant des progrès réalisés au cours des décennies précédentes dans le domaine de l'économie et de la santé. Certains ont pensé que l'épidémie de SIDA en était responsable. D'autres ont jeté le blâme sur le manque de stabilité sociopolitique et de progrès économique, sur les carences du leadership et de la gouvernance des pays africains, sur l'absence de générosité du monde riche ou sur les inégalités encouragées par la mondialisation économique ...

Sœur Bweupe : La plupart de gens que je connais disent que c'est l'épidémie de SIDA elle-même qui a été le catalyseur. Il est certain qu'elle a été considérée par beaucoup comme une grave crise humanitaire – sans précédent dans le monde moderne – et les analyses économiques ont montré clairement que leurs préoccupations étaient sciemment fondées. Dès lors que l'opinion publique et les raisonnements économiques coïncident, il ne faut pas attendre longtemps pour que les hommes politiques s'en mêlent, donc il y a sans doute là quelque chose de vrai. Qu'en pensez-vous, Docteur ?

Docteur Ibrahim : Il ne faut pas oublier que d'importants changements se produisaient déjà en Afrique, notamment des infléchissements dans les orientations et les méthodes de gouvernance, comme le *Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD)* au sein de l'*Union africaine* qui commençait à prendre la tête de la riposte contre le VIH et le SIDA. On pouvait également observer certains changements culturels majeurs : la migration des populations vers les villes, qui a créé une nouvelle classe moyenne exigeante, forgé de nouvelles idées sur l'identité individuelle et une culture de la jeunesse ; le téléphone portable et les cybercafés se sont répandus sur tout le continent et ont véhiculé de nombreuses idées.

Un nombre croissant d'églises chrétiennes sont apparues dans toute l'Afrique, insistant sur la nécessité de parvenir à une responsabilisation de l'individu et de la communauté par une plus grande estime de soi, une spiritualité, une intégrité corporelle et une émancipation économique. Et il y a eu aussi l'expansion des organisations islamiques sur le continent, qui ont créé un nouveau sens de l'appartenance à une communauté ainsi que des formes islamiques très pratiques de charité, d'investissement et de développement. Ou bien encore, on pourrait insister sur l'évolution du rôle de la femme ; ou sur les élections qui dans toute l'Afrique ont commencé à renverser des régimes fortement enracinés, et...

Vous voyez comme c'est difficile à décrire ? Mille histoires individuelles de changement, une foule de personnes travaillant apparemment à des tâches différentes, mais en fin de compte, une synergie remarquable.



Pour faciliter le récit de notre histoire, concentrons-nous sur trois groupes de personnes :

- la société civile ;
- les responsables africains ;
- la communauté internationale.

Une société civile en formation

Si vous faites des recherches concernant l'histoire de cette période sur l'Internet, le moteur de recherche va fréquemment présenter le nom de *South african Treatment Action Campaign (TAC) (Campagne sud-africaine d'action pour le traitement)* – l'un des premiers groupes militants capables de servir de catalyseur à un changement durable. Son approche était fondée sur une analyse politique et un examen rigoureux des derniers travaux de recherche scientifique. Appelez ceci de la chance ou une forme de stratégie, ce groupe avait accès à des éléments juridiques et informatiques extrêmement fiables et possédait en outre les compétences nécessaires pour les utiliser, n'est-ce pas, mes amis ?

Steve Phorano : *Mais nous avons aussi compris combien il était nécessaire que les membres s'engagent totalement. Il nous était possible de mobiliser une aide et une participation communautaires massives en un temps extrêmement court. Et croyez-moi, grâce à ce groupe TAC et à tous les autres groupes qui ont suivi son exemple, c'est encore le cas aujourd'hui...*

Au cours des 30 dernières années, ce modèle d'actes de persuasion a été adopté dans différents domaines, par les militants faisant campagne pour tout un éventail de questions politiques. Ces groupes ont appris à unir leurs voix, leurs visions et leurs connaissances techniques ; comment allier un sens politique et technique extraordinaire à une forte participation communautaire, et partir des problèmes auxquels était confrontée leur population plutôt que de fixer des objectifs depuis l'extérieur. Chacun a tiré les enseignements des victoires et des échecs des autres, devenant plus forts avec chaque campagne.

Docteur Ibrahim : *Des campagnes qui deviennent un mouvement pour le changement, cela peut décrire la situation de certains pays, mais souvenez-vous qu'un grand nombre d'entre nous n'avaient jamais rien entrepris de pareil auparavant. Dans de nombreuses parties de l'Afrique, la société civile était fragile, voire embryonnaire. Même avec la *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, nous étions nombreux à savoir qu'élever la voix pouvait signifier la prison, la marginalisation et l'intimidation.*

Les nouveaux dirigeants aspirent à... la paix

De concert avec ces premières voix, on a pu percevoir d'autres signes d'évolution. Dès 2012, une nouvelle génération de dirigeants africains avait commencé à émerger. Certains étaient littéralement les enfants des anciens dirigeants ; d'autres étaient issus de domaines différents...

Docteur Ibrahim : *J'ai moi-même milité et plusieurs de mes collègues ont été des membres actifs de la société civile. D'autres étaient issus de l'enseignement ou du secteur privé. En outre, les femmes étaient de plus en plus nombreuses à obtenir des postes à hautes responsabilités politiques. Je pense que cela a donné une nouvelle dimension à la gouvernance, en orientant la politique vers des mesures et des méthodes plus respectueuses des différences entre les sexes.*

Charismatiques et ambitieux, nombre d'entre eux – tels Kouamé Nkrumah, Nnamdi Azikiwe, et Jomo Kenyatta, architectes de l'indépendance – ont été formés à l'étranger dans des institutions occidentales. Ils étaient décidés à hisser leur pays et leur continent au même niveau de développement que celui du Nord : ils étaient convaincus que l'Afrique pouvait faire autant et même beaucoup plus avec ses propres ressources. Pour y arriver, ils savaient qu'ils devraient résoudre les maux – tels qu'inégalités, affrontements, corruption, conflits, pauvreté et maladies – qui hantaient leurs peuples et leurs pays. L'ampleur de la crise due au SIDA semble en avoir galvanisé un grand nombre, mais peut-être cela se serait-il produit de toute manière ?

Docteur Ibrahim : *Mais on ne peut pas construire une maison sur du sable, et nous savions qu'il fallait absolument institutionnaliser et enraciner la bonne*



gouvernance. Il nous fallait donner des fondements solides à la paix dans nos pays et obtenir le soutien des différents groupes ethniques et religieux.

Une culture démocratique et une gouvernance plurielle autant que pluriculturelle se sont progressivement développées, sous diverses formes : chacune étant conçue pour répondre à des besoins, processus et pratiques locaux particuliers ; chacune retirant le meilleur des approches traditionnelles africaines d'une part, et des modèles de gouvernance occidentaux d'autre part, en vue d'instaurer une égalité et une pluriculturalité politique pour tous. Certains l'ont appelé « africracie »...

Dans plusieurs pays, ces nouvelles administrations ont réussi à réunir différents niveaux hiérarchiques du leadership. Parfois, la représentation proportionnelle a fourni le mécanisme qui a permis d'apaiser et d'inclure les opinions dissidentes ; ailleurs encore, en présence de multiples identités ethniques, une autonomie quasi ou semi-provinciale a été adoptée, ce qui a donné à chaque groupe une maîtrise relative de ses propres ressources et de ses priorités locales. Pour garantir la légalité et la légitimité de leurs réformes, plusieurs dirigeants ont organisé des référendums constitutionnels ou des conférences nationales pour déterminer la manière dont les populations souhaitaient être gouvernées.

Dans un bon nombre de cas, il ne s'agissait pas de faire du nouveau : il s'agissait de faire appliquer des engagements constitutionnels pris longtemps auparavant et restés lettre morte, ou bien d'adopter de vieux projets de lois toujours bloqués. Les autorités locales et traditionnelles ont été habilitées à répondre aux besoins de leurs circonscriptions, et les populations rurales, qui étaient jusqu'alors marginalisées, ont commencé à pouvoir faire entendre leur voix sur la scène politique et à obtenir davantage de moyens économiques.

Docteur Ibrahim : A mesure que les dirigeants poursuivaient les réformes au niveau national, la gouvernance régionale de l'Afrique faisait l'objet de pressions de plus en plus fortes et d'une surveillance plus étroite. En effet, nombre de nouveaux dirigeants ont senti que les frontières qui divisaient leurs pays avaient souvent un caractère artificiel. Elles gênaient la capacité des populations à voyager, commercer, vivre et travailler ensemble, et étaient souvent cause de tensions propices aux conflits.

Ils en ont conclu que dans le domaine de la gouvernance, de la sécurité et du développement, le meilleur moyen de relever les défis était de collaborer, de trouver des solutions régionales aux problèmes régionaux. Il fallait réfléchir et agir ensemble dans le domaine du développement, de la gouvernance et de la sécurité – de telle sorte que leurs objectifs se renforcent les uns les autres dans ces trois domaines. Vous voyez, le...

Merci mon frère. Mais cette question de la collaboration constitue un autre chapitre de l'histoire, et nous en parlerons davantage plus tard...

Prise de conscience internationale... et réforme

Tout d'abord, il nous faut parler de ce qui se passait hors du continent. Les choses évoluaient là aussi.

Certains changements se sont propagés en dehors de l'Afrique – comme le clapotis à la surface d'un étang : les technologies de l'information permettaient depuis longtemps aux groupes de la société civile africaine de se brancher sur les réseaux de la société civile planétaire. Même séparés par des kilomètres et par leurs cultures, ils ont souvent découvert qu'ils parlaient la même langue et qu'ils souhaitaient raconter la même histoire. Ils ont compris que des mesures prises dans une partie du monde sont susceptibles d'avoir une influence sur ce qui se passe ailleurs ; et que l'inaction peut aussi avoir des conséquences graves.

Ensemble, ces groupes ont commencé à solliciter ardemment les institutions multilatérales, les grandes sociétés transnationales et les gouvernements occidentaux afin de pouvoir s'opposer à la manière dont les institutions existantes prolongeaient les inégalités et aggravaient la corruption et les affrontements.

Une campagne de plus en plus puissante, relayée et complexe, a été lancée, reposant toujours conjointement sur une analyse méticuleuse, sur un fort pouvoir de communication et sur des connaissances impressionnantes dans le domaine du droit et de la politique.

Steve Phorano : J'ai travaillé un moment avec *Action Now!* Nous avions des bureaux dans le monde entier : à New Delhi et à New York et, bien sûr, à Johannesburg. Une grande partie de nos méthodes étaient influencées par le groupe *Treatment Action Campaign* ; certains parmi nous y avaient même déjà travaillé auparavant. Nous envoyions régulièrement des courriels à des dizaines de millions d'adresses. Et parmi ceux qui les recevaient, ils étaient nombreux à se mobiliser à leur tour pour obtenir davantage de soutien et d'action.

Qu'est ce qui a incité un nombre croissant de grandes sociétés, de gouvernements étrangers et d'institutions internationales à s'engager dans la voie du changement ? L'opinion publique mondiale a certainement joué-là un rôle majeur... Ou bien était-ce le fardeau de l'épidémie de SIDA lui-même ? D'aucuns vous diront que le changement était inévitable ; en fait, il se produisait déjà...

Docteur Ibrahim : Mais nous pouvons être sûrs des événements eux-mêmes. J'ai joué un petit rôle dans les Réunions et Accords extraordinaires de 2009 et de 2010 (EMA09 et EMA10). Ces réunions réunissaient les membres des gouvernements du Nord et du Sud et la société civile internationale en vue de rechercher de nouvelles méthodes pour aborder certains problèmes mondiaux apparemment insolubles. La liste des questions était très impressionnante - paix et sécurité planétaires, terrorisme, changement climatique, épidémie de SIDA et autres menaces qui se dessinaient pour la santé.

Les consultations initiales pour ces Réunions et Accords extraordinaires (EMA) n'étaient pas publiques. Bien sûr, dès que cela s'est su, nous avons été critiqués. Mais même nos détracteurs ont dû reconnaître que ces travaux ont mis en évidence un sens de l'engagement et de l'urgence qui était nouveau. Rien d'étonnant à cela : le choix auquel étaient confrontés les dirigeants, en particulier dans le Nord de la planète, était critique : soit devenir une forteresse et essayer d'endiguer les problèmes mondiaux qui ne cessaient de perturber l'ordre établi, soit rechercher un nouvel ordre mondial en travaillant ensemble à l'élaboration d'un droit international, au renforcement de la capacité des institutions internationales de maintien ou d'instauration de la paix, et en étendant la mondialisation économique. Mais toujours, toujours en donnant la priorité à la justice sociale.

Et au bout du compte, ces EMA, se tenant sous les auspices des institutions des *Nations Unies* et de *Bretton Woods*, ont passé en revue bon nombre d'accords internationaux existants et fixé des critères de référence pour les bonnes pratiques ultérieures. Ils ont établi les normes fondamentales valables pour toute vie humaine : à commencer par une extension des cadres et normes mondiaux et par un engagement renouvelé vis-à-vis d'eux, et ensuite par leur rattachement à un cadre social et économique élargi de gouvernance planétaire.

Sœur Bweupe : Mais des réformes étaient aussi mises en route dans les institutions multilatérales, n'est-ce pas ?

Docteur Ibrahim : Bien sûr, au cours de la première décennie du millénaire, les événements mondiaux ont exercé une pression extraordinaire sur le multilatéralisme. Il nous était plus nécessaire que jamais, mais nous avons besoin de changer de méthode. La *Banque mondiale* et le *FMI* ont réagi de manière décisive en augmentant le poids des pays les moins développés dans leurs organes directeurs par exemple.

Steve Phorano : Et bien sûr, l'*ONU* elle-même a subi un processus accéléré de changements et de réformes. L'année 2009 est à mes yeux une année particulièrement importante. En tête de liste figuraient les moyens à trouver pour réagir plus rapidement et avec plus d'efficacité aux catastrophes humanitaires, aux épidémies et aux situations de conflit. Mais l'*ONU* voulait également s'assurer que ses différentes institutions situées dans un même pays puissent fonctionner de concert, en tant qu'une unique équipe de développement, en aidant directement les cadres



Une planète, un monde Edition spéciale
Récit oral de Sara Afrika : Le moment de la transition

gouvernementaux, et en mettant en commun, pour une meilleure utilisation, les services administratifs, les infrastructures et les technologies de la communication. L'année 2009 se distingue parce qu'elle a vu la fusion des organes directeurs de ses fonds et programmes. Quelques années plus tard, un certain nombre d'institutions spécialisées ont également été incorporées.

Merci, mes amis... Petit à petit, les différentes voix que nous avons décrites se sont trouvées, se sont unies et se sont entremêlées dans une synchronisation extraordinaire. Et à mesure qu'elles se sont mêlées, les résultats de leurs efforts se sont multipliés et ont abouti à la constitution de six éléments de transition influents et essentiels.



Les six éléments de transition

1

Une catastrophe évitée

Aborder la question du traitement



Depuis l'année 2005 approximativement, les ressources, la volonté politique, le militantisme et les connaissances techniques ont finalement convergé pour riposter contre le VIH et le SIDA. L'une des premières mesures prises

dans de nombreux pays a été de mettre les traitements antirétroviraux le plus largement possible à disposition – ainsi, non seulement ils permettraient de prolonger l'espérance de vie du plus grand nombre possible de personnes et contribueraient à maintenir des capacités et des compétences essentielles, mais ils encourageraient aussi davantage d'individus à subir un test, puisqu'ils auraient l'assurance qu'un traitement était disponible.

De plus, pendant ces premières années, et pour la première fois, les fonds provenant de la communauté internationale étaient suffisants pour cette entreprise, ... l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » étant un premier jalon sur cette route. Nombreux étaient les esprits sceptiques qui se demandaient si elle ferait vraiment changer les choses, mais elle reste dans mon esprit comme un point de ralliement, une étape importante de franchise...

Docteur Ibrahim : A mon avis, il est beaucoup plus intéressant de décrire comment cela s'est produit. Vous voyez, pour commencer, on ne savait pas très bien comment employer au mieux les ressources financières, et il y avait très peu de coordination entre les nombreux projets et...

Merci, mon frère, j'allais y arriver.

Une grande confusion a d'abord régné. Mais on a évité le chaos grâce au leadership efficace déployé autour des plans de traitement nationaux coordonnés.

Docteur Ibrahim : Le mot « coordination » est important. Un autre mot important est « expertise » : acheminer avec expertise les ressources vers les endroits où elles peuvent être réellement utilisées. Les politiques publiques ont été de plus en plus fondées sur des données scientifiquement prouvées, et les programmes nationaux ont de plus en plus estimé que leur rôle consistait à faciliter, plutôt qu'à essayer de contrôler ou d'imposer ce qui devait arriver.

Dans la pratique, il s'est avéré que la capacité d'assimilation de nombreux gouvernements n'était pas aussi médiocre que certains le craignaient. C'était en partie dû au progrès rapide de la décentralisation en cours : dès 2010, les

Une planète, un monde **Edition spéciale**
Récit oral de Sara Afrika : Le moment de la transition

efforts considérables accomplis par plusieurs gouvernements pour travailler avec de nombreux groupes et organisations différents afin de fournir des services de santé – notamment dans les régions rurales et les zones urbaines défavorisées – ont commencé à véritablement porter leurs fruits. Cette approche était particulièrement utile et nécessaire dans les pays où des décennies d'investissements insuffisants et d'ajustements structurels avaient érodé les services du secteur public, et ceux où la propagation du VIH et l'« exode des cerveaux » avaient eu pour conséquence une diminution extrême du nombre de médecins et d'infirmières. Petit à petit, les gouvernements ont commencé à tisser de nouveaux liens avec la société civile, le secteur privé et les partenaires internationaux.

Pour les militants, cela voulait dire qu'ils pouvaient cesser de lutter pour se mettre à construire. Les gouvernements ayant choisi de concentrer leurs efforts sur le traitement dans les premières années de cette période, ce sont la présence et le savoir-faire des groupes de militants, associés aux organisations communautaires ou confessionnelles, qui ont permis d'étendre la mise à disposition de traitements antirétroviraux.

Steve Phorano : Mais cela ne veut pas dire que nous avons arrêté le combat : vous vous souvenez des manifestations de 2007 et de 2012 pour protester contre les ruptures de stock d'antirétroviraux ?

Sœur Bweupe : Les gens comme vous sont aussi intervenus pour fournir une assistance dans les situations où l'infrastructure sanitaire se dégradait, ou encore lorsque les systèmes publics d'information étaient insuffisants. Vous avez aplani les difficultés techniques et sociales rencontrées pour soutenir les personnes qui recevaient des antirétroviraux. Une grande partie de nos installations sanitaires dépendent toujours de vous... Les militants, qui étaient souvent eux-mêmes séropositifs, ont contribué à informer les autres personnes vivant avec le VIH et le SIDA au sujet des médicaments qu'ils prenaient, des conséquences possibles et de la manière de traiter les effets secondaires indésirables. C'est grâce à vous que l'utilisation effective de ces antirétroviraux a été si rapide.

Docteur Ibrahim : C'est vrai - en 2010, nous étions déçus parce que le traitement antirétroviral atteignait seulement 50 % environ de ceux qui en avaient besoin, en dépit d'efforts considérables.

Steve Phorano : Et il est important de souligner que de ce fait, la pharmacorésistance étendue que tout le monde craignait a été retardée. Bien sûr, nous avons enregistré des cas, mais les traitements de première et de seconde intention sont restés efficaces beaucoup plus longtemps que ce qui avait été prédit. L'accès au traitement antirétroviral s'étant fortement élargi, les gens ont été beaucoup plus disposés à subir un test, notamment parce qu'ils pouvaient comprendre l'avantage qu'il y avait à commencer un traitement avant de tomber malade. Dans les premières années du siècle, moins de 10 % des personnes connaissaient leur statut sérologique. En 2015, elles étaient peut-être 50 % ou 60 % – aidées en cela par la facilité avec laquelle il était dorénavant possible de se procurer les tests d'urine destinés à déceler toute infection à VIH.

Le secteur privé – les petites et les grandes entreprises – a également apporté son expertise et ses ressources. En 2004, les sociétés fournissaient déjà des soins de santé par l'intermédiaire soit d'ONG sans but lucratif, soit de dispensaires privés à but lucratif, soit d'infrastructures sanitaires sur le lieu de travail. Un nombre croissant d'entre elles apportaient également une contribution à d'autres aspects du développement humain.

Sœur Bweupe : Nous avons eu de la peine à en croire nos yeux lorsque les organisations ont réellement commencé à travailler ensemble. En 2011, notre gouvernement a accordé un contrat de soins de santé à un consortium de sociétés afin de fournir des soins de santé dans la région qui se trouvait autour de leur lieu d'implantation. Une banque, un laboratoire



pharmaceutique, une fondation rattachée à une société énergétique, et un donateur européen – tous ont travaillé ensemble en collaboration avec les organisations confessionnelles et les ONG locales. Cela a été une vraie réussite – et d'autres partenariats semblables ont suivi !

Prévention à long terme, plus complète : tout d'abord le VIH, ensuite...

En même temps que le traitement devenait plus accessible, on a davantage admis la nécessité d'aborder la prévention par des moyens nouveaux et variés – et de confronter tous les facteurs qui la compliquaient tant. Après tout, au début des années 2000, certains pays avaient déjà près de 20 années d'expérience, n'est-ce pas, ma sœur ?

Sœur Bweupe : Oh oui : par exemple, à ce moment-là, les gens savaient qu'il était inutile de présenter des messages biomédicaux aux gens dont les croyances s'agissant du VIH et du SIDA étaient enracinées dans une conception totalement différente de la manière dont le monde fonctionne. Il est vain de relier des programmes sur le VIH à des campagnes de planification familiale si les gens considèrent qu'elles sont une sorte de conspiration visant à réduire la fécondité. Il importe aussi de faire participer les personnes adéquates au sein de la communauté.

Ceci ayant été compris, d'importantes coalitions ont commencé à se former. Dans certains pays, des hommes et des femmes d'âge mûr, qui ne parlaient jamais en public des questions sexuelles, ont donné des conférences auprès des groupes de jeunes gens sur le pourquoi et le comment de l'usage des préservatifs. En d'autres lieux, un nombre croissant de ministres du culte ont distribué des préservatifs en même temps que leurs conseils spirituels.

Steve Phorano : Cette sensibilisation croissante aux croyances locales a facilité la poursuite des travaux de recherche et leur application. Par exemple, des travaux de recherche soigneusement conçus et gérés ont démontré clairement qu'une plus large proportion de la transmission du VIH que celle estimée auparavant était due aux relations sexuelles entre hommes. Ceci a facilité la création de certains programmes d'intervention discrète avec les groupes communautaires en créant des espaces sécurisés pour les réunions, et en fournissant des informations sur les relations sexuelles anales sans risque. Tout le monde n'a pas changé ses habitudes, bien sûr, mais un nombre suffisant l'a fait.

Docteur Ibrahim : Les gouvernements ont vite admis qu'ils pouvaient multiplier très rapidement les services fournis en accordant des contrats à des organisations situées dans les zones rurales et urbaines – ce qui était particulièrement important là où nous souhaitions augmenter rapidement les services associant le VIH et la tuberculose. Les réseaux gérés de prestataires – dans différents services, et non pas seulement dans le cas de soins de santé – sont progressivement devenus la règle. Mais bien sûr, les gouvernements ont fixé des normes prudentes et appliqué la réglementation. Les personnes dans le besoin étaient protégées... Il existe dans la plupart des pays une sorte de filet de sécurité fourni par le service public, dont les normes de soins sont décentes, à défaut d'être exceptionnelles.

Travailler avec des partenaires multiples afin d'étendre rapidement la portée des services est une idée qui s'est répandue très vite. En 2009, le *Fonds mondial* a accordé des récompenses à plusieurs sociétés multinationales pour la fourniture de services contre le paludisme, la tuberculose, le VIH et le SIDA à un nombre significatif de personnes dans leur zone d'activité. L'un dans l'autre, entre 2010 et 2020, on a observé une expansion massive de la fourniture de services en mesure d'atteindre un nombre croissant d'individus, y compris dans des zones rurales isolées. Maintenant, le service sanitaire en Afrique ressemble un peu à une mosaïque...

Docteur Ibrahim : Bien sûr, cela voulait dire qu'un personnel plus nombreux était nécessaire, et de grands progrès ont été accomplis pour la formation de nouveaux cadres de travailleurs sanitaires. En raison de l'extension de l'assiette fiscale et de la croissance économique de nombreux pays entre 2005 et 2025, les dépenses de santé par personne ont triplé !



Une planète, un monde Edition spéciale
Récit oral de Sara Afrika : Le moment de la transition

Sœur Bweupe : Nous avons installé des centres de formation dans les pays qui pouvaient produire un excédent de personnel. Nos stagiaires étaient souvent originaires de zones rurales. On supposait qu'ils y retourneraient vraisemblablement plus aisément après leur diplôme, notamment si un encouragement matériel était prévu. Pour cela, nous avons dû tout d'abord abaisser le niveau des exigences requises au moment de l'inscription et fournir une formation plus intense ; mais les améliorations apportées à l'enseignement secondaire et post-secondaire nous y ont aidés.

En outre, de nombreux programmes gouvernementaux ont pris en considération les connaissances des guérisseurs traditionnels et leur ont réservé un rôle majeur dans le domaine des soins de santé où ils ont pu travailler de manière coordonnée avec d'autres professionnels.

Dans notre dispensaire, nous offrons des programmes de médecine parallèle. Plusieurs gouvernements se sont efforcés de mettre à l'épreuve les thérapies et les pratiques médicales traditionnelles, souvent en partenariat avec des organisations internationales. Si elles s'avèrent efficaces, elles sont incorporées aux directives nationales.

Certains guérisseurs font partie de notre personnel régulier. Ils offrent une thérapie spirituelle et psychologique aux patients – c'est très efficace...

Notre pays compte parmi ceux dont les pratiques en matière d'emploi sont les plus souples. Certains travailleurs sanitaires-clés reçoivent des salaires plus élevés et d'autres encouragements spécifiques. Une grande partie de nos employeurs laissent les travailleurs sanitaires immigrés retourner dans leur pays d'origine pour de courtes périodes afin de partager leurs compétences et leur savoir ; la télémédecine et l'enseignement à distance jouent également un rôle positif.

Finalement, cela signifie que la santé offre des perspectives de carrière intéressantes. Lorsqu'un membre du personnel s'en va, c'est en général pour intégrer le secteur privé plutôt que pour émigrer à l'étranger.

Merci, ma sœur. Avant 2015, les flux réguliers de l'aide finançaient déjà une grande partie de cette réforme et de ce processus d'expansion. Les ressources supplémentaires étaient affectées à l'amélioration de l'accès des personnes de condition modeste aux soins de santé : dans la plupart des pays, il était devenu beaucoup plus facile de répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé primaires. Depuis 2015, les ressources sont maintenant affectées à l'amélioration des soins de santé secondaires et tertiaires, conformément aux attentes du public.

Naturellement, dans de nombreuses parties d'Afrique, rien n'a beaucoup changé au cours d'une longue période. Mais là où étaient enregistrés les taux de prévalence les plus élevés et où la souffrance était la plus forte, d'extraordinaires changements se sont produits. Des médecins venaient du monde entier ; des efforts héroïques étaient accomplis. Et au cœur de tout cela, les militants maintenaient leur pression. Lorsqu'il était démontré que l'efficacité de certains médicaments s'était atténuée, ils entamaient des démarches, protestaient et interpellaient les tribunaux africains et internationaux pour faire en sorte de ne pas manquer la vague de médicaments suivante. En 2020, peu de pays n'avaient pas atteint les objectifs d'Abuja en matière de dépenses de santé, et certains les avaient même dépassés !

Docteur Ibrahim : Pourtant, nous ne devons pas oublier combien cela a été difficile : de nombreuses personnes sont mortes en dépit de tous les médicaments, de tous les efforts ...

Sœur Bweupe : Mais d'une certaine façon, la situation était, pourrait-on dire, supportable – nous savions que même si les personnes continuaient à décéder, le nombre de nouveaux cas d'infection, lui, diminuait.

Steve Phorano : Grâce aux associations d'antirétroviraux, à l'importance nouvelle accordée à – tout autant qu'à l'énergie véhiculée par – la prévention et au fait qu'elles étaient renforcées par d'autres politiques sociales, l'espoir grandissait. En 2015, la plupart des régions africaines avaient pris un tournant décisif. Il n'y avait plus seulement un ou deux exemples de réussite, il y en avait 16 ou 17 !



En matière de santé, les besoins demeuraient bien sûr énormes. Toutefois, les agents de santé se sentaient mieux équipés pour faire face aux problèmes. Le moral et la productivité s'étaient améliorés. Et – récompense concrète – les indicateurs sanitaires s'amélioraient lentement sur tout le continent.

Pendant ce temps naturellement, le secteur privé a explosé : en 2008, le *Lodestone Hospital Group* a quitté l'Inde pour venir en Afrique de l'Est. En 2025, de grands hôpitaux florissaient dans la plupart des capitales d'Afrique.

2

Mettre de l'ordre chez soi

Mais avoir réussi à surmonter le VIH et le SIDA n'aurait pas été suffisant. En fait, ce but n'aurait pas pu être atteint si cela avait été l'unique objectif de tous. Il nous fallait retrouver les années qui nous avaient été enlevées – retrouver les années que les locustes avaient dévorées.

Docteur Ibrahim : Nous pouvions mieux appréhender tous les autres aspects de la vie qui exigeaient notre attention : la santé n'en était qu'une partie. Dans les pays où la prévalence du VIH était élevée, le virus avait pu se propager plus rapidement parce que les gens vivaient dans la précarité ; parce qu'ils n'avaient pas réellement beaucoup de choix, s'agissant notamment de partenaires sexuels ; enfin parce que les services publics étaient insuffisants et que les MST dont ils souffraient n'étaient pas traitées. Dans ces pays, toutes les tentatives pour prévenir la propagation du VIH devaient être liées à des mesures destinées à limiter son impact – des mesures visant à diminuer la pauvreté, à augmenter la production agricole, à élaborer des programmes de microcrédit, et à créer des initiatives de responsabilisation personnelle. L'enseignement a fait l'objet d'une attention toute particulière.

Steve Phorano : Et dans une grande partie des pays qui n'étaient pas confrontés à des pandémies de SIDA déclaré, les populations souffraient néanmoins de plusieurs décennies de sous-développement et d'autres problèmes graves, tels que le paludisme, une pauvreté chronique largement répandue et un taux élevé de chômage et de malnutrition. Tous ces problèmes devaient être résolus.

Plans nationaux de développement

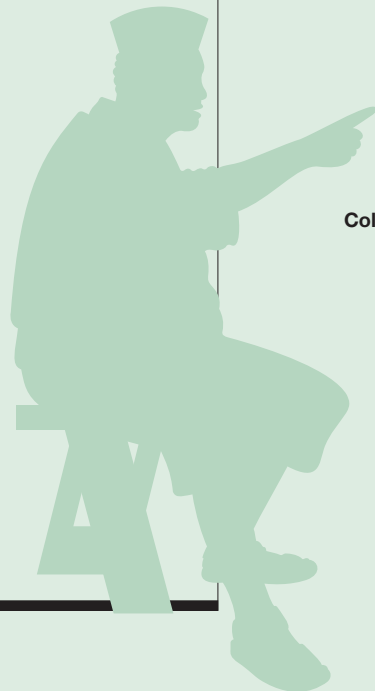
Entre 2007 et 2009 approximativement, les objectifs généraux de développement de nombreux pays ont été coordonnés par une nouvelle génération de plans nationaux de développement, connus sous le nom de Nadep (*National development plans*).

Docteur Ibrahim : Effectivement. J'ai participé à la première génération de Nadep. Issus du processus des Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté du *Projet pour le Millénaire*, ils analysaient le système tout entier – au-delà des seuls aspects inclus dans les indicateurs macroéconomiques – tels que : routes, écoles, électrification, santé, emplois, et, par-dessus tout populations. Leur but était de veiller à ce que les investissements portent sur les aspects qui pourraient forger un avenir pour tous et non pas seulement pour une élite.

Dans de nombreux pays, une autre mesure essentielle a consisté à encourager les gens du secteur traditionnel à accumuler des actifs, par exemple en accordant et en faisant respecter les droits de propriété intellectuelle, dans certains pays à titre individuel, et dans d'autres au bénéfice de la communauté. Ceci signifiait qu'un nombre croissant de personnes participaient à l'économie « régulière », plutôt que l'être reléguées à des activités de subsistance.

Steve Phorano : Dans de nombreux pays, les Nadep ont placé la riposte au VIH et au SIDA au centre de leurs préoccupations, notamment là où la prévalence du VIH chez l'adulte dépassait 5 %. Mais il ne s'agissait pas d'une méthode applicable à tous ! Les pays ont suivi leurs propres priorités nationales et établi soigneusement le coût de leurs plans. Très souvent, ces derniers ont ensuite servi de fondement à une série de nouvelles initiatives ambitieuses de coopération internationale...





Collaboration et coordination

Docteur Ibrahim : Cela a commencé avec huit pays en 2012 : les partenaires donateurs ont pris des engagements de principe de dix ans vis-à-vis de leurs plans, les pays africains tirant aussi des ressources de la nouvelle Facilité africaine de financement pour l'Afrique (AFF) créée par le G8 et d'autres membres de l'OCDE.

Steve Phorano : Les gouvernements ont fait en sorte qu'au niveau local les gens puissent intégrer ces processus de développement par le biais d'émissions radiophoniques et de projections de films. Les habitants des villages ont été consultés sur leurs besoins et encouragés à envoyer des représentants aux réunions sur le développement national qui se déroulaient dans les villes locales. Ensuite, des fonds sont arrivés – en quantité considérable. Et comme des progrès avaient été accomplis dans la création de systèmes visant à assurer la transparence et la responsabilisation, ces personnes ont eu ensuite le loisir de les dépenser en toute liberté !

Sœur Bweupe : Grâce aux comités locaux, souvent organisés par des groupes de femmes, les familles ont reçu de l'argent – des espèces sonnantes et trébuchantes – pour s'occuper des voisins ou des membres de la famille devenus orphelins, ou pour acheter de nouvelles machines agricoles et des engrais. Les mentalités ont radicalement changé. Les premières expériences visant à éliminer les « intermédiaires » – une bureaucratie coûteuse et centralisée – et à minimiser les coûts des transactions ont été couronnées de succès. Ce sont en particulier les groupes de femmes qui ont démontré leurs compétences pour ce qui était de trouver, gérer et tenir les comptes des investissements : après tout, durant des générations il avait incombé aux femmes de gérer le budget du foyer. Ces pilotes ont commencé à bouger petit à petit. Dans les zones rurales, de petits programmes mis en place bien avant qu'elles aient acquis une véritable influence fournissaient à un grand nombre d'entre elles crédits, épargne et assurances. En 2020, l'évaluation en cours d'un de ces programmes conduit en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale a mis en évidence que plusieurs millions de femmes bénéficiaient de partenariats entre organisations rurales et banques commerciales.

En fait, les questions concernant les femmes ont reçu une plus grande attention dans plusieurs pays, ce qui a entraîné des modifications dans les lois et les règlements, en particulier au niveau des pratiques professionnelles discriminatoires, de la redistribution des finances et des autres ressources, et de l'encouragement d'un changement d'attitude dans les relations entre les sexes.

Docteur Ibrahim : Comme je vous l'ai dit, je pense que cela pourrait être dû au fait que les femmes étaient de plus en plus nombreuses dans le monde politique : les élections en Afrique au cours des dix premières années du XXI^e siècle ont amené plus de femmes que jamais auparavant dans les parlements, et dans 11 pays, elles ont gagné au moins 30 % des sièges parlementaires.

A la Troisième session ordinaire de l'Assemblée de l'Union africaine, l'intégration des femmes a été une priorité inscrite à l'ordre du jour, et y est demeurée pendant un long moment, jusqu'à ce que les changements commencent à se manifester.

Les ministères gouvernementaux, aidés par les investissements réalisés dans les technologies de la communication, ont commencé à plus souvent avoir recours à la collaboration pour la résolution de problèmes et l'instauration de politiques ! Par exemple, les ministères de la Santé et de l'Éducation ont commencé à travailler avec les ministères de l'Industrie à l'élaboration de plans à long terme sur les types de formation et de compétences nécessaires pour répondre aux besoins de leurs populations. Chaque nouvelle réalisation a déclenché un enchaînement d'événements construits les uns à partir des autres, ce qui a contribué à créer les institutions, les compétences, les programmes, et la qualité de vie susceptibles de sortir les pays d'Afrique et leurs peuples de la précarité.

Steve Phorano : Un bon exemple de ce que vous décrivez est donné par le nombre de gouvernements qui dans leur pays se sont penchés sur le cas des sans-abri et des enfants orphelins ou vulnérables. Prendre soin des

prochaines générations a pris un caractère prioritaire dans les programmes de la plupart des gouvernements – peut-être ceci a-t-il été motivé par la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2013 sur les orphelins et les enfants vulnérables.

Sœur Bweupe : « Nos enfants : notre avenir ! ». Je me souviens de cette campagne. Une société de téléphones portables a fourni des millions de messages texte gratuits aux participants à cette campagne...

Steve Phorano : La politique des gouvernements était que les enfants ne devaient pas être traités en victimes, mais recevoir une éducation, être aimés, avoir des opportunités et des responsabilités afin de construire leur propre avenir. Et elle a été renforcée par des changements dans la législation. Il ne s'agissait pas seulement de donner une place importante à leur bien-être physique, mais aussi à leur santé mentale et psychique...

Docteur Ibrahim : Mais ils n'ont pas travaillé tout seuls – ici, comme pour les soins de santé, la plupart des gouvernements ont vite reconnu leurs propres limites. Dans mon pays par exemple, le gouvernement a joué un rôle de coordinateur, recherchant et orientant les fonds, veillant aux normes de soins et de services, et gérant l'information. Nous avons veillé à ce que les structures traditionnelles de pouvoirs et de responsabilités au sein des communautés africaines s'assurent que tous les enfants aient accès aux services et aux ressources. Les chefs culturels et religieux ont encouragé les familles à accepter chez elles un plus grand nombre d'enfants dépourvus de liens de parenté – en les aidant financièrement ou en leur apportant d'autres formes de soutien – et ont réprimé l'exploitation et la maltraitance au sein des communautés dont ils avaient la responsabilité.

Fait intéressant, il en a résulté une augmentation du nombre de foyers d'accueil de petite envergure, ce qui a fourni à ceux qui les dirigeaient, habituellement des femmes, un revenu précieux.

Sœur Bweupe : Les réseaux s'occupant de ces enfants s'étendent maintenant à tous les niveaux de la société africaine, et dans le monde entier : les fonds des organismes internationaux reçus par les gouvernements sont envoyés aux comités locaux formés par les ONG nationales et internationales et capables d'élaborer et d'administrer des initiatives communautaires.

Docteur Ibrahim : Et c'est ainsi qu'on est passé de la théorie politique à la pratique.

Les Nadep ont été suivis de financements – les flux de l'aide avaient déjà commencé à augmenter avant le bilan de 2005 des *Objectifs de Développement pour le Millénaire (ODM)* – d'activités de coopération destinées à orienter leur utilisation...

Docteur Ibrahim : A mon avis, c'est le travail réalisé dans le cadre de la lutte contre le VIH et le SIDA qui a accéléré le processus. Dans la mesure où les financements ne cessaient de croître dans ce domaine, il est devenu essentiel de coopérer afin d'en assurer une utilisation opportune et d'éviter le gaspillage. Cette forme de discipline s'est progressivement étendue à tous les domaines du développement.

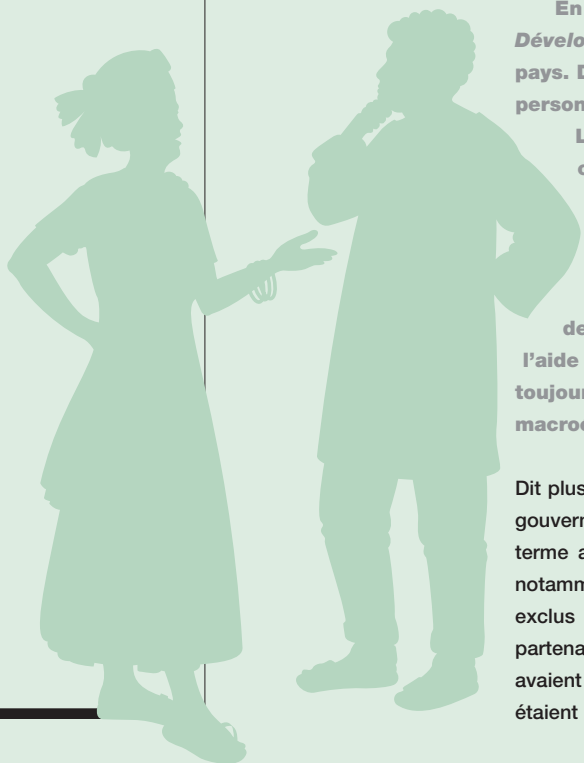
Sœur Bweupe : Le bilan des *Objectifs de Développement pour le Millénaire* en 2005 y a contribué : par la suite, les gens ont donné l'impression d'être plus enclins à reconnaître l'idée que des ressources supplémentaires changeraient les choses uniquement si elles s'accompagnaient d'une meilleure coordination, et si elles étaient gérées par les gouvernements africains eux-mêmes, selon des programmes d'action bien précis.

Docteur Ibrahim : Peu importe la raison... plutôt que d'attendre la survenue d'une catastrophe et conscients de l'ampleur des besoins matériels relatifs à l'aide humanitaire, les pays donateurs ont commencé à anticiper et à mettre à disposition des sommes plus importantes pour l'aide au développement.

3

Travailler ensemble au développement





Vous savez ce qui arrivait habituellement auparavant : on investissait 4 misérables millions de dollars US par an dans l'agriculture, et ensuite, les gens s'étonnaient lorsque 500 millions supplémentaires étaient nécessaires à l'aide alimentaire d'urgence après de mauvaises récoltes ! Moins de 50 millions de dollars US par an étaient destinés à la prévention du VIH, et à ce moment-là, plus de 3 milliards de dollars US par an étaient nécessaires au traitement des malades – après contamination de plus de 30 millions de personnes !

Des efforts véritables avaient été accomplis par les gouvernements et leurs partenaires donateurs afin de travailler ensemble dans le cadre des plans contenus dans les CLSP. Toutefois, à l'approche de l'année 2010, la plupart des gouvernements africains devaient encore s'efforcer de concilier des relations avec pléthore de donateurs. L'intérêt politique du traitement antirétroviral avait encore compliqué la situation : aucun gouvernement ne pouvait aisément refuser des fonds destinés à l'approvisionnement en antirétroviraux, mais pour les ministères de la Santé et des Finances, au budget déjà très comprimé, cela représentait encore davantage de personnes, de fonds et d'attentes à gérer. Les fonds accrus octroyés à la lutte contre le VIH et le SIDA associés aux volumes croissants des aides d'autre nature ont peut-être joué le rôle de catalyseur pour que les choses se fassent différemment. En 2010, l'Afrique recevait près du tiers des flux de l'aide publique étrangère au développement (APD) – soit environ 36 milliards de dollars US par an, en constante augmentation. L'EMA 09 a noté que les deux tiers des pays donateurs du *Comité d'aide au développement (CAD)* avaient atteint le chiffre de 0,7 % du PNB, et avait fixé la date de 2015 pour les autres.

Docteur Ibrahim : Il existe de nombreuses versions différentes en ce qui concerne la manière dont cet argent a été géré. Ce qui était clair, et je suis sûr que quelqu'un l'a déjà dit, c'est qu'en général, les pays ont mieux utilisé les gros investissements destinés aux dépenses du secteur social et économique qu'on ne l'avait craint. Progressivement, presque tous les bailleurs de fonds ont commencé à apprécier la valeur du soutien budgétaire, ou du soutien sectoriel et la nécessité d'un cadre national pour le développement à long terme afin de guider les plans et les budgets intermédiaires, les engagements indicatifs des donateurs étant fixés pour chaque décennie, plutôt que par cycles de trois ou cinq ans.

En 2012, tous les principaux donateurs du CAD avaient admis que des projets menés en parallèle ne venaient pas renforcer les systèmes nationaux. Ce qui ne veut pas dire que tout était centralisé, ou passait uniquement par les budgets des gouvernements. Loin de là. Mais le gaspillage lié aux activités redondantes des premiers jours diminuait.

En 2015, au moment où s'est déroulé le bilan des *Objectifs de Développement pour le Millénaire*, un seul processus était suivi dans chaque pays. De plus en plus, on trouvait des donateurs qui mettaient en commun le personnel, les fonctions administratives, et les activités de représentation.

Les chefs de projets nationaux ne gaspillaient plus un temps considérable à essayer de satisfaire les douzaines de demandes de rapports redondants et à recevoir chaque mois des missions d'étude répétitives. De ce fait, une gestion prudente des déficits budgétaires a remplacé le respect des plafonds fixes de dépenses – et les programmes liés au développement humain ont commencé à recevoir des fonds nettement plus importants. On s'est efforcé de veiller à ce que l'aide extérieure ne dépasse que rarement 30 % du PIB du pays, et soit toujours assortie de l'approbation du *FMI*, s'agissant de la faisabilité macroéconomique de cet accroissement.

Dit plus simplement, les relations dans le domaine de l'aide se sont transformées : les gouvernements africains pouvaient finalement placer leurs intérêts nationaux à long terme avant les programmes à court terme. En 2016, une seconde série de pays – notamment un ou deux pays ayant adopté des politiques qui les auraient précédemment exclus des processus d'assistance – ont signé des accords Nadep avec leurs partenaires donateurs, suivie d'une troisième série en 2019. En 2020, près de 30 pays avaient transformé leur partenariat d'aide internationale, et des ressources importantes étaient gérées par les organismes régionaux africains.

On a dit auparavant que la solution ne consistait pas à augmenter l'aide. Et bien sûr il s'agissait-là d'une vérité : une aide accrue ne résout rien à elle seule. Toutefois, le mécanisme des Nadep a permis d'utiliser l'aide au développement là où elle pouvait apporter le changement le plus durable – en créant un cercle vertueux entre financement et développement. Les fonds affectés à l'enseignement, à la santé, à l'agriculture, aux infrastructures et aux communications grâce aux Nadep ont à leur tour donné les moyens d'augmenter l'efficacité de la mise en œuvre des Nadep.

Naturellement, cela a généré un élan considérable pour la réalisation des ODM, mais l'ambition des Nadep était telle que les seuls ODM n'étaient dorénavant plus le but unique vers lequel convergeaient les efforts des populations. Néanmoins, il était clair que des progrès réels avaient été accomplis. De sorte que lors du bilan des ODM en 2015, même si peu de pays avaient réellement atteint les objectifs, ils se trouvaient dans la bonne voie, et dix ans plus tard, très peu de pays n'avaient pas atteint, ou dépassé, les buts fixés.

Docteur Ibrahim : En outre, lentement, il a été admis que les mécanismes utilisés pour résoudre le problème de la question de la dette n'étaient ni viables ni justes. En 2010, l'initiative PPTTE s'était discréditée parce qu'elle n'avait pas été capable de réaliser ce qu'elle appelait des « niveaux de dette viables ». De nombreux pays d'Afrique devaient toujours verser des montants supérieurs à ce qu'ils recevaient en dons ou nouveaux prêts au titre du service de la dette. De plus, nombre de pays endettés avaient déjà versé deux ou trois fois le montant de leur dette, mais ils continuaient à dépenser plus pour le service de la dette que pour la santé. En 2010, l'ensemble des dettes de l'Afrique, anciennes et nouvelles confondues, s'élevaient à 120 milliards de dollars US. Pour répondre à cette situation, le processus EMA10 a mis sur pied un mécanisme d'annulation définitive de la dette pour les pays les plus pauvres, sur une période de deux ans, en utilisant les ventes d'or du FMI et les ressources de la BIRD, et en ayant recours à des engagements plus importants de la part des pays du G8. En 2012, la plupart des pays avaient réduit spectaculairement le fardeau de leur dette, ce qui a aussi aidé à financer les Nadep. Une portion notable des nouvelles ressources a été consacrée à la prévention et au traitement du VIH et du SIDA dans le but de mettre un terme à la pire épidémie de toute l'histoire.

La facture dans toute l'Afrique était assurément énorme. Mais grâce à l'augmentation constante des ressources intérieures des Etats, à la générosité des contributions des bailleurs de fonds ajoutées aux mises de fonds des particuliers, nous n'avons pas été obligés de faire de concessions, ni de choix douloureux. Le traitement s'est étendu grâce à la capacité accrue des systèmes de santé, et les programmes de prévention n'ont pas été mis en péril. Nous avons fait tout ce que nous pouvions.

4

Tirer parti des points forts

Imaginez-vous que nous, les Africains, nous vendions tout ce que nous avons – et que c'étaient les acheteurs qui décidaient du prix !

Mais cela a changé aussi. Pendant cette période, chaque pays africain est devenu un exportateur plus productif et plus compétitif. Chaque pays a aussi admis qu'il devait s'unir aux autres : lorsque l'Afrique négociait en tant que bloc, tout le monde y trouvait son compte, mais si les voix africaines s'élevaient séparément, elles avaient beaucoup moins de chances de se faire entendre du reste du monde.

L'idée de travailler ensemble ne s'est pas limitée au continent africain : une ère nouvelle plus équitable, le multilatéralisme, se profilait à l'horizon. Pour sortir l'Afrique du « piège des produits de base », des efforts conjoints de la part de l'Afrique et du reste du monde ont été nécessaires. Il ne s'agissait plus maintenant d'ouvrir les frontières à n'importe quel prix. Une intégration multilatérale complète n'était pas profitable à l'Afrique : il fallait procéder par étapes.

Peut-être pouvez-vous raconter cette partie de l'histoire ?

Steve Phorano : En effet... C'est l'histoire de la naissance en 2010 de l'initiative EBA+ (Everything But Arms Plus (Tout sauf les armements plus)). C'est au cours d'une réunion du G8 à Novossibirsk que le Japon et le Canada ont pris la décision d'offrir aux pays africains les moins développés un accès préférentiel au marché : pas de droits de douane, élimination des





droits dégressifs, et surtout, conditionnalités très légères et non restrictives, de sorte que les *PPTTE* puissent en tirer le maximum d'avantages.

L'accès préférentiel aux *PPTTE* en Afrique a étendu, plutôt que réduit le traitement préférentiel des pays les plus pauvres, en essayant de stimuler la future compétitivité des ces pays.

Il semblait que tout le monde voulait en être ! Lorsque la *African Growth Opportunity Act (Loi relative aux possibilités de croissance en Afrique)* est arrivée à expiration, les Etats-Unis ont offert aux *PPTTE* africains un accord commercial préférentiel assorti de faibles conditionnalités.

Cet accord a été suivi d'une réaction en chaîne : par exemple, le cycle de négociations commerciales de Doha a été sauvé, ce qui a permis un cycle de développement apportant de véritables gains aux pays les plus pauvres du monde ainsi qu'aux pays à revenu intermédiaire. En 20 ans, le niveau de la pauvreté a diminué à travers l'Afrique entière, aussi bien en valeur relative qu'en valeur réelle. Le nombre d'Africains vivant avec moins de 1 dollar US par jour est passé de 300 millions à 220 millions en 2025 : diminution spectaculaire si l'on considère qu'en Afrique subsaharienne, la proportion de personnes défavorisées est passée de près de 50 % à légèrement plus de 20 %.

Entre 2010 et 2020, des changements importants sont intervenus dans les négociations de l'*Organisation mondiale du Commerce (OMC)* : des pressions croissantes destinées à permettre aux pays pauvres de participer à la gouvernance de l'économie mondiale, ont facilité la réorientation des programmes, et de nouvelles coalitions de pays ont soutenu l'Afrique pendant les cycles de négociations commerciales ultérieures.

Des réglementations plus complexes, plus justes et mieux intégrées ont contribué à ce que les pays les plus pauvres d'Afrique ne soient pas perdants – qui aurait pu le croire ? Progressivement, on a pu discerner une évolution vers la recherche d'un projet économique mondial qui faisait reposer la libéralisation des marchés sur des programmes de réduction de la pauvreté, et équilibrait les règles des échanges internationaux dans le but de protéger les intérêts des pays les plus pauvres et à revenus intermédiaires, plutôt que de ne considérer que le bien-être des pays les plus riches.

On a aussi pu constater une évolution de l'*Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC)*, dans le sens d'une meilleure compatibilité avec la santé publique et la protection sociale, offrant aux pays les plus pauvres la possibilité de décider quand et dans quels secteurs ils souhaitaient utiliser la protection des brevets.

Pouvez-vous nous en dire plus ?

Steve Phorano : A mesure que nous avançons dans le millénaire, le consensus s'est généralisé sur la nécessité de surmonter l'opposition passionnée entre l'accès à des médicaments pouvant sauver des vies et l'extension au monde entier de la protection de la propriété intellectuelle. Dans un esprit de justice sociale et de responsabilité collective mondiale, des accords historiques ont été conclus pour réglementer la fourniture de médicaments. Les pays africains pouvaient continuer à avoir accès à des médicaments peu onéreux !

Au cours de la décennie suivante, le monde s'est intéressé de plus en plus à de nouveaux types de développement des médicaments qui augmentaient au maximum l'accès des personnes défavorisées tout en apportant un soutien à l'innovation nécessaire pour produire de nouveaux médicaments. La réussite de campagnes d'un type nouveau – vous vous souvenez de l'*Initiative Drugs for Neglected Diseases (Des médicaments pour les maladies négligées)* et de la *Medicines for Malaria Venture (Des médicaments pour le paludisme)* – a montré comment la société civile et les institutions publiques de recherche unissaient leurs forces à celles des sociétés de recherche privées et des gouvernements pour remédier à l'absence d'activités de recherche et de développement sur certaines maladies négligées. Des collaborations nouvelles entre secteurs public et privé ont commencé à utiliser plus efficacement le potentiel de recherche de l'Afrique, dans tous les domaines, comme la biodiversité, les accords de partage des bénéfices mettant à profit les

savoirs traditionnels, et les partenariats mondiaux pour l'élaboration de médicaments et de vaccins.

Depuis l'année 2020 approximativement, un cadre international a été créé sur la base d'un traité pour fournir les infrastructures juridiques et financières nécessaires au développement et à la fabrication des médicaments essentiels d'un prix abordable. De nombreux composants susceptibles d'être utilisés pour traiter des maladies qui affectent les pays les plus pauvres sont encouragés en tant que projets à « source libre », ce qui permet aux pays et aux particuliers de compenser les coûts et de mettre en commun les compétences. Des actions ont été entreprises afin de proposer un accès en ligne croissant aux revues universitaires.

Des efforts de plus en plus importants ont été mobilisés pour renforcer et étendre l'application du *Traité sur les ressources phylogénétiques pour l'alimentation et l'agriculture de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO)*. En 2021, une banque internationale de données a été établie pour répertorier les origines géographiques des ressources génétiques et des savoirs traditionnels, reliée à des bibliothèques de savoirs traditionnels et à des listes de documentation de recherche minimale des offices de brevets. Ceci fournit à certains pays en développement une source de revenus précieux.

Docteur Ibrahim : Je dois souligner ici que pour beaucoup de gens, l'élaboration d'un vaccin contre le VIH constitue l'une des plus grandes réussites du nouveau régime international. On considère que le partenariat public-privé sur les travaux de recherche et de développement du vaccin en est largement responsable, et ces actes de collaboration s'étendent à la fabrication des vaccins dans les installations industrielles en expansion rapide situées dans toute l'Afrique.

Une Situation loin d'être courante...

Pendant ce temps, les sociétés se sont progressivement davantage engagées dans le développement et en plus grand nombre. Ceux qui dirigeaient les grandes sociétés ont troqué leur philanthropie ou leur responsabilité sociale pour une meilleure compréhension de leur rôle en tant qu'acteurs du changement social.

En 2019, la plupart des multinationales avaient mis au point une « politique étrangère » qui allait au-delà des relations publiques pour atteindre quelque chose de beaucoup plus complet – des partenariats élargis dans une gamme d'activités susceptibles d'aider à renforcer les communautés et même les capacités de gouvernance des pays.

Les entreprises cherchaient à être aussi transparentes que possible dans leurs activités, rompant le silence sur le fait que leur manière d'agir pour l'octroi de marchés, de terrains et les négociations menées avec certains représentants communautaires avaient pu conduire à des conflits. A leur tour, elles ont été, et sont en fait toujours l'objet d'un examen minutieux de la part des gouvernements et de la société. On s'attendait aussi de plus en plus à ce qu'elles jouent un rôle dans la création de conditions pour la paix – non pas seulement au sein des pays dans lesquels elles opèrent, mais sur tout le continent.

5

Sentiments humains et droits de l'homme

L'évolution des relations entre hommes et femmes est au cœur de mon histoire. A mon avis, on peut en fait considérer que, faute d'un tel changement, aucun autre n'aurait pu survenir !

Le recul de la pauvreté et la baisse de la vulnérabilité au VIH n'auraient pas pu se produire sans cette évolution fondamentale, sans l'émancipation des filles et des femmes. Mais il ne s'agit pas seulement de sexospécificité : fait important, il s'agit des nouveaux « rôles sociaux » des deux sexes qui sont apparus dans le premier quart de ce XXI^e siècle.

L'école est à la mode

En 2000, on avait déjà compris que l'éducation était probablement la contribution unique la plus importante qui puisse être faite pour améliorer les chances offertes aux filles, mais aussi que l'éducation ne réussirait pas à elle seule à mettre fin aux inégalités fortement ancrées dans la vie politique, économique, sociale et culturelle. Pendant toute la période allant de 2000 à 2010, la première étape – et la gageure la plus considérable – a été de scolariser les filles, en particulier celles qui se trouvaient dans des foyers défavorisés à la campagne, et une fois scolarisées, de les garder à l'école entre six et neuf années. Au cours de



Une planète, un monde Edition spéciale
Récit oral de Sara Afrika : Le moment de la transition



**Des communications...
 et des aspirations qui
 brûlent les étapes**

ces premières années, les taux d'inscription des filles en milieu rural étaient particulièrement bas dans les pays islamiques.

Sœur Bweupe : Mais nous n'y sommes pas arrivés pendant un certain temps, n'est-ce pas ? Au terme de l'année 2005, nous n'étions pas parvenus à atteindre les objectifs pour l'enseignement primaire et secondaire.

Docteur Ibrahim : C'est peut-être cette déception, associée à un réveil du mouvement des femmes, qui a galvanisé l'action : stratégies relatives aux différences entre les sexes et à l'éducation ; programmes nationaux de sensibilisation ; création de classes et d'écoles uniquement réservées aux filles ; bourses et allocations pour les filles, notamment dans l'enseignement secondaire et au-delà ; et systèmes de bourses d'études destinées uniquement aux filles issues de milieux défavorisés afin de les envoyer à l'école. Des enseignantes instruites en plus grand nombre ont servi de modèle pour les filles.

En 2015, la plupart des pays n'étaient pas très éloignés du but fixé par les ODM.

La confiance s'est accrue. On a pu observer l'apparition d'une nouvelle génération de filles, instruites, dotées d'une plus grande confiance en elles et fortes de la conviction de parvenir à maîtriser leur avenir. Devenues mères, elles ont socialisé leur fils différemment : petit à petit, les attentes en matière de comportement ont commencé à changer.

Dans certains pays, de nouveaux mouvements de femmes ont commencé à naître : pour braver de front l'ordre social existant, il fallait des effectifs nombreux, notamment lorsqu'il s'agissait du VIH et du SIDA et de la vulnérabilité des femmes. C'était un énorme tabou à briser : pour de nombreuses femmes, protester contre le comportement des hommes signifiait remettre en question la domination masculine – quelque chose d'inouï. Mais les femmes le faisaient de plus en plus. Dans le passé, même les femmes instruites n'avaient pas osé protester contre le comportement de leur mari, mais entre 2010 et 2020, une situation nouvelle s'est développée.

Docteur Ibrahim : Fruit, sans aucun doute, des changements culturels majeurs qui intervenaient dans toute l'Afrique et au Moyen-Orient.

Sœur Bweupe : Nous avons déjà mentionné l'urbanisation, n'est-ce pas ? Cela a certainement joué un rôle et facilité l'émergence de nouvelles idées sur les identités individuelles.

Steve Phorano : Je pense aussi que nous devons signaler l'intensification du réveil religieux. Certains avancent que l'accent mis sur l'estime de soi et l'individualité dans nombre de nouvelles églises a introduit une vague de changement social, et les mosquées ont également été d'importantes sources de réveil communautaire. Même si les chefs religieux sont toujours principalement des hommes, ils ont néanmoins donné de nouvelles opportunités aux femmes et ont certainement contribué à ce qu'elles gagnent en assurance.

Les communications planétaires ont également joué un rôle dans la création de nouvelles valeurs sociales. Pendant si longtemps, l'Afrique avait été dépourvue de tant d'infrastructures de base – fils, câbles, routes pavées ; mais à mesure que les prix ont baissé, les pays africains ont pu brûler les étapes des systèmes de télécommunications filaires. Les populations ont eu accès à des moyens de communication à la pointe du progrès, peu onéreux et faciles à utiliser. Soudain, tout un chacun a utilisé un téléphone portable et les cybercafés « ont poussé » comme des champignons sur tout le continent, même dans les régions rurales isolées !

Steve Phorano : Les gens pouvaient communiquer dans le monde entier. Les résultats étaient extraordinaires – soudain il était possible d'envoyer instantanément des informations, des alertes, et de lancer des appels à l'aide.

Dans certaines régions, ces nouvelles technologies étaient utilisées par les gouvernements pour offrir un enseignement à leurs populations. Avant que les gens

puissent s'acheter leur propre matériel, des écrans étaient installés sur la place du village... Quel calme s'installait les soirs où les programmes éducatifs étaient diffusés !

D'autres personnes achetaient leur propre matériel, en ayant recours au microcrédit pour trouver les fonds, ou bien s'associaient aux communautés pour trouver l'argent nécessaire grâce aux services bancaires sociaux.

Docteur Ibrahim : Naturellement, aucune technologie ne peut exister sans énergie pour l'alimenter. Un nombre croissant de systèmes d'énergie modulaires et décentralisés ont commencé à voir le jour : énergie éolienne, photovoltaïque, biomasse, piles à combustibles, petites centrales hydroélectriques...

Ici aussi, cela ne s'est pas fait sans difficultés au départ, mais les leçons ont été apprises et rapidement propagées... Plusieurs projets de cette nature ont été lancés ou renforcés par des consortiums privés, par exemple des sociétés énergétiques en association avec des banques de développement et des ONG.

Grâce à tous ces liens, les changements sont arrivés en masse : biens, informations, musique, mode, idées, argent... Les populations séparées par des continents, l'histoire et la culture ont été réunies par les lois de l'offre et de la demande, l'idéologie politique et la religion. De nombreux mouvements religieux avaient des liens avec des groupes similaires à l'étranger, notamment aux Etats-Unis. Bien évidemment, ces liens ont été utiles aux Africains pour obtenir des fonds et un soutien, mais ils ont également joué en sens inverse, permettant aux personnes qui vivaient au-delà du continent de comprendre les vies et les expériences de leurs frères et sœurs africains.

Des alliances de plus en plus fortes se sont développées, avec une participation populaire accrue, notamment entre les villes. Le *Forum de l'Alliance mondiale des villes contre la pauvreté (FAMVP)* a par exemple réuni les populations des villes de 149 pays dès 2020 ; 2000 villes ont ainsi établi des liens les unes avec les autres afin de lutter contre la pauvreté et le sous-développement à travers le monde. Se considérant comme un laboratoire des nouvelles relations internationales, des groupes se sont constitués dans certaines villes et ont noué des liens majeurs avec des villes partenaires : Marseille aidait Abidjan ; Budapest s'est jumelée avec Addis Abeba ; même les bourgs ruraux se sont joints à ce mouvement. Les connexions avec les villes se sont étendues à d'autres organismes locaux, à mesure que les modèles de gouvernance étaient partagés, et qu'étaient explorés les remèdes à la violence urbaine, à la précarité et aux taudis.

Ces liens étaient ténus, mais ils étaient nombreux... et souvenez-vous de ce que l'on dit en Gambie : le gigantesque kapokier a commencé tout d'abord par être une graine minuscule. De la même manière, chacune de ces milliers de petites connexions a contribué à construire de grandes chaînes de compréhension, suffisamment solides pour soulever l'espoir et servir de soutien aux changements décisifs. Et ces connexions se sont installées très profondément dans les communautés, jusqu'aux villages les plus reculés, pour amener l'information et la formation relatives aux droits de l'homme et les éléments d'une vie saine, qui étaient tous terriblement nécessaires.

Steve Phorano : Comme je le dis à mes étudiants, c'est là où le « Cercle vertueux des aspirations » du Docteur Amanzi est vraiment utile. Déjà en 2011, le Docteur Amanzi décrivait comment, sur tout le continent, un nombre croissant de personnes étaient exposées aux valeurs et aux styles de vie modernes, soit parce qu'elles allaient vivre dans l'une des grandes villes africaines, soit par l'intermédiaire de la télévision, du cinéma, ou de l'internet, et qu'elles rêvaient de les acquérir. Toutefois, loin d'être arrêtés dans leurs aspirations ou de se sentir déçus ou sans espoir en raison des opportunités limitées, les gens ont compris que les nouvelles possibilités de l'époque rendaient ces aspirations réalisables. Chaque jour, ils voyaient et rencontraient ceux qui parvenaient à atteindre leurs objectifs, et ils ont commencé à croire qu'eux aussi, ils y arriveraient.

Docteur Ibrahim : Il importe d'ajouter que non seulement ils pouvaient le faire, mais aussi ils croyaient qu'ils en avaient le droit. L'importance croissante accordée à la question des droits de l'homme, en se répandant à tous les niveaux de la société africaine, dans les villes en



6

Instaurer la paix

Dans les régions et sur le continent

expansion, dans les zones rurales et même au sein des structures communautaires locales véhiculait directement de tels sentiments... Et lorsque ces droits étaient bafoués, alors, la généralisation des nouvelles technologies permettait une mobilisation de l'opinion nationale et internationale en quelques minutes. On n'avait jamais rien vu de semblable !

Cela se produisait en effet à tous les niveaux. Alors qu'auparavant, la répugnance profonde des dirigeants africains à exprimer leur désaccord à l'égard d'autres dirigeants avait paralysé la gouvernance collective panafricaine, cette situation commençait à changer. Certains mécanismes panafricains et internationaux restés surtout théoriques jusque-là ont commencé à avoir de l'influence. Racontez-nous, Docteur...

Docteur Ibrahim : En 2007, le *Parlement panafricain* avait rassemblé davantage de signataires sur le continent. Deux années plus tard, il était non seulement établi physiquement et institutionnellement, mais son rôle consultatif avait été renforcé par des pouvoirs législatifs.

Steve Phorano : Une *Cour africaine des droits de l'homme et des peuples* réformée et davantage proactive a commencé à se pencher sur certaines affaires et a réussi à dénoncer les actes de persécution perpétrés contre certaines personnes et certains groupes, les lois restrictives ou les violations des droits de l'homme commises par certains gouvernements africains. Pour la première fois, des organes créés dans le cadre de traités internationaux des droits de l'homme ont été utilisés lorsque les gouvernements n'appliquaient pas les clauses des accords internationaux auxquelles ils avaient adhéré. L'augmentation du nombre de talentueux juristes militants panafricains a contribué à mettre les institutions judiciaires nationales sur la sellette et à montrer combien elles avaient besoin de réformes et d'investissements.

Pendant ce temps, au-delà du continent africain, le *Cadre mondial pour les ventes d'armes à l'Afrique* a été négocié par un réseau de groupes de pression de la société civile sous la houlette du *Réseau mondial des armements*, et ratifié par le *Conseil de Sécurité de l'ONU*. Les pays qui vendaient des armes aux pays africains en dehors d'un code strict établi par l'*ONU* étaient fortement sanctionnés et les personnalités et organisations gouvernementales confondues pour ventes d'armes en dehors de ce code encourageaient maintenant des poursuites devant la Cour pénale internationale de La Haye.

Bien sûr, tout ceci n'est pas arrivé en un jour, mais progressivement, et telle l'ombre rafraîchissante d'un arbre, la paix s'est propagée dans l'Afrique entière...

Entre 2006 et 2010, une coalition de puissances étrangères a lutté pour remporter la victoire dans la soi-disant guerre mondiale contre la terreur. L'Afrique n'était plus alors en première ligne du programme d'action internationale et ses dirigeants ont été plus ou moins abandonnés à eux-mêmes pour prendre soin de leurs pays. Nous avons déjà décrit la manière dont ils ont réagi au niveau national, maintenant nous nous tournons vers la manière dont ils ont travaillé ensemble. Docteur, je sais que vous souhaitez raconter cette partie de l'histoire...

Docteur Ibrahim : Enfin ! Eh bien nous pouvons tout résumer en disant que ces nouveaux dirigeants ont contribué à installer réellement la légitimité politique et la pertinence de l'*UA*, en remplaçant la rhétorique par l'action.

Naturellement, à l'origine, les dirigeants n'avaient pas tous souscrits aux idées de l'*UA* ni ratifié les protocoles qui donnaient à l'*UA* des pouvoirs sur eux. Mais, finalement, la plupart d'entre eux craignaient trop de perdre leur pouvoir, en particulier du fait de l'augmentation du pouvoir de l'*UA* et de ses institutions. A leur tour, les divers instruments de l'*UA* – tels que le *Partenariat pour le développement de l'Afrique (PAD)* (nommé auparavant *Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique, NEPAD*), le *Mécanisme d'examen par les pairs africains (APRM)*, la *Cour africaine des droits de l'homme et des peuples* ; le *Parlement panafricain*



et le Conseil de paix et de sécurité – ont agi en faveur de d'une gouvernance efficace. Il faut dire que le *Mécanisme d'examen par les pairs africains* a connu un démarrage difficile, mais les procédures opérationnelles ont été simplifiées et certains membres de la société civile ont été inclus dans le processus.

En 2012, lors du dixième anniversaire du *NEPAD*, il y avait certainement de quoi se réjouir ! Le *NEPAD* contribuait réellement à une meilleure gouvernance, au développement, à la paix et à la sécurité à travers le continent. Dans son prolongement, le *Partenariat pour le développement de l'Afrique (PAD)* – organisme d'exécution de l'*Union africaine* dans le domaine du développement – a alors été créé. Le *PAD* a conservé les objectifs et les valeurs du *NEPAD*, mais a employé des structures et des stratégies opérationnelles différentes pour relever les défis posés par le développement du continent.

La réussite du *PAD* est due à Zanzii Bangura - deuxième femme à avoir assumé la présidence de l'*UA* (2012–2017). Elle a été capable d'attirer et de mobiliser des ressources humaines et financières en provenance du monde entier, ce qui a contribué à renverser le cours de la pauvreté et du sous-développement qui faisaient des ravages sur le continent depuis des décennies. Introduire le programme d'action du *PAD* dans la formation et les pratiques des services publics, de même que dans les *Nadep*, a donné les moyens nécessaires pour travailler en tandem avec les organismes semi-publics et publics sur tout le continent.

En 2015, les dirigeants africains prenaient régulièrement part aux examens collégiaux de l'*OCDE* et du *G77* sous la houlette du *PAD*. Pour renforcer l'action de l'*UA* et de ses organes, une série de commissions anti-corruption exigeantes et d'initiatives contre le blanchiment de l'argent ont été créées en même temps que d'autres initiatives pour la transparence, telles que l'*Initiative pour la transparence des industries extractives*, et celle qui lui a succédé, dirigée par des Africains, le *Pacte africain pour la transparence des industries extractives*. Ces initiatives ont connu un large succès.

Le *Parlement panafricain*, qui n'avait qu'un rôle consultatif au départ, a été investi de pouvoirs législatifs complets par l'*Assemblée de l'UA*. La loi de 2009 sur la prévention du SIDA en Afrique a été l'un de ses principaux textes législatifs : ses répercussions sur la riposte au VIH et au SIDA à travers le continent ont été profondes. Elle comportait quatre éléments : tout d'abord, une série de mesures régionales et panafricaines visant à réduire la pauvreté ; ensuite, la création d'une série de normes et d'objectifs pour l'enseignement destinés à tous les enfants et en particulier aux filles ; troisièmement, des stratégies pour veiller aux soins de santé transfrontières et au traitement des réfugiés et notamment la création d'établissements de santé fournissant une gamme complète de services, comme le traitement des IST, la fourniture de préservatifs, des conseils et des tests ; et enfin, le lancement d'une initiative panafricaine pour le développement de nouvelles technologies de prévention du VIH.

Merci...

Docteur Ibrahim : Mais je ne veux pas vous laisser sur une fausse impression ! Il est clair que tous les pays n'ont pas suivi cette trajectoire. Certains, en particulier en Afrique du Nord, se sont tournés vers l'Europe et le Moyen-Orient, plutôt que vers leurs pairs en Afrique subsaharienne. Mais en 2005, une dizaine de pays de l'Afrique subsaharienne au moins avaient résolu une grande partie des problèmes de gouvernance qui empêchaient leur essor. En 2015, ce chiffre avait doublé, et en 2025, il était encore plus élevé.

De la guerre à la paix ...

Steve Phorano : Aucune de ces actions en matière de gouvernance n'aurait été envisageable si l'Afrique n'avait pas trouvé une solution à ses conflits. Cela semble incroyable maintenant, mais au début du siècle, 28 pays sur 48 étaient en proie à un conflit intérieur ou transfrontalier en Afrique subsaharienne. Un grand nombre d'entre eux trouvaient leurs origines dans





des litiges relatifs à l'accès aux ressources, au pouvoir politique ou à d'anciennes querelles historiques.

Vous avez raison. Et les conflits menaçaient de paralyser les opportunités de développement et d'intensifier la propagation et les répercussions de l'épidémie de SIDA. Ainsi, il était inévitable qu'une partie essentielle du nouveau programme d'action africain pour le XXI^e siècle repose sur la prévention de conflits et une action en faveur de la paix et de la sécurité. Reconnaisant qu'un conflit peut déclencher une réaction en chaîne – j'entends par-là la manière dont un conflit éclatant dans un pays nourrit l'insécurité et l'instabilité dans un pays voisin – de nombreux dirigeants ont exigé de relever le niveau de la coopération internationale et régionale.

Steve Phorano : Pour réagir, le *Conseil de paix et de sécurité (CPS)* de l'UA a été créé en 2004 – ce qui a entraîné des changements dans le programme d'action en matière de sécurité en Afrique et a conduit à la restructuration de l'architecture de sa sécurité. En même temps, une série de *Commissions nationales pour la solution des différends ethniques et religieux* ont été instituées, soutenues par le *Conseil de paix et de sécurité de l'UA*. Je crois que vous y avez participé, n'est-ce pas, Docteur ?

Docteur Ibrahim : Absolument. Le *Conseil de paix et de sécurité de l'UA* et le *Parlement panafricain* ont pris la tête du règlement des différends : il leur est possible d'intervenir rapidement si certains signes indiquent la probabilité d'un conflit.

Dans les rares cas où un conflit a éclaté, le *CPS* – avec le soutien de la communauté internationale et de l'*ONU* – a déployé la *Force africaine prépositionnée* pour engager des actions d'instauration et de maintien de la paix, et toute reconstruction nécessaire.

La multiplication du nombre de pays signataires du *Mécanisme d'examen par les pairs africains (APRM)* a permis à la *Force africaine prépositionnée* d'intervenir avec une efficacité croissante lors de catastrophes humanitaires, de conflits violents, de violations militaires territoriales ou de coups d'État, d'atteintes répétées aux droits de l'homme, ou en cas de génocide. Dans la mesure où les pays africains ont été de plus en plus nombreux à ratifier le *Pacte africain commun de défense et de sécurité*, les conflits ouverts ont progressivement été relégués à un passé révolu.

Sœur Bweupe : Pendant ce temps, le traitement antirétroviral permettait de maintenir les armées nationales et régionales prêtes à combattre et à se déployer. Effectivement, l'un des programmes militaires les plus efficaces a été l'action de prévention contre le VIH, organisé par des coalitions entre armée, ONG et *ONU*.

Steve Phorano : Après tout, il ne servait pas à grand chose de désarmer et de réinsérer les soldats simplement pour les voir mourir du SIDA. Pendant longtemps, la plupart des combattants armés n'ont guère pu envisager d'avenir en dehors de l'armée : une mort précoce sous les armes, imputable au SIDA ou à toute autre cause semblait inévitable.

Sœur Bweupe : Mais considérant qu'un nombre croissant de jeunes gens parvenaient au terme de leurs neuf années de scolarité et que des emplois, de vrais emplois, étaient dorénavant disponibles, l'espoir s'est amplifié. La prévention du VIH était bien ancrée ; l'utilisation du préservatif avait augmenté. L'accès facile aux traitements antirétroviraux incitait également l'armée à rester loyale et à déjouer toute tentative éventuelle de coup d'État ou d'insurrection politico-militaire. Les quelques groupes rebelles encore existants présentaient des taux de prévalence du VIH élevés dans leurs rangs et cela affaiblissait aussi bien leur cohésion que leur état de préparation au combat.

En fin de compte, l'accumulation d'acquis résultant du développement rendait les conflits trop dangereux. La progression de la démocratie, l'élargissement des

mécanismes de surveillance et un mouvement militant pro-démocratique ont créé de nouveaux niveaux de responsabilité. Bien sûr, la corruption persiste et des conflits surviennent aussi – mais ils ne constituent plus la norme.

Cercles vertueux

Donc, vous voyez, il est difficile de distinguer une cause initiale, ou un enchaînement d'événements spécifiques : on pourrait dire que ce sont les dirigeants qui, ayant créé des structures démocratiques, ont facilité le renforcement de la société civile, ou bien que la pression de la société civile a incité les dirigeants à changer d'attitude ou à remodeler les constitutions de leurs pays.

On pourrait dire que ce sont les Etats africains qui ont encouragé les bailleurs de fonds à leur accorder une aide supplémentaire parce qu'ils ont organisé leurs nations, adopté des plans à long terme et sont devenus responsables – ou bien que les dirigeants ont pu réaliser leurs réformes économiques et politiques parce qu'ils ont obtenu davantage de ressources de l'étranger. Quelle qu'ait été la cause initiale, une amélioration en a entraîné une autre ; il s'agissait là d'un constat manifeste.

Docteur Ibrahim : C'est vrai : la paix s'installant et la plupart des pays évoluant vers une véritable stabilité économique, les investisseurs sont arrivés en masse en Afrique. Les pays africains étaient de mieux en mieux intégrés à la nouvelle économie internationale, non pas seulement en tant que réservoirs de ressources, mais de plus en plus comme des marchés de consommateurs, avec une demande croissante pour des produits internationaux. De nouvelles entreprises se sont installées en Afrique, et il en a été de même de la diaspora : les raisons de souhaiter rentrer au pays étaient de plus en plus nombreuses.

Dans le même temps, déjà en 2025, la dépendance vis-à-vis de l'aide s'est stabilisée dans de nombreux pays, allant même parfois jusqu'à diminuer. La priorité accordée au recul de la pauvreté a largement contribué à ce résultat dans la plus grande partie de l'Afrique. La lutte contre le VIH et le SIDA et les efforts engagés pour améliorer le développement économique ont respecté les priorités, les programmes d'action et les stratégies conçues par les pays africains et les organisations régionales africaines, en consultation tant avec la société civile qu'avec le secteur privé. Et en partenariat avec le reste du monde.

Les personnes ont progressivement pris conscience qu'il était possible d'échapper à l'infection à VIH. Les questions d'ordre sociologique relatives au VIH et au SIDA ont fait évoluer les esprits vers plus de franchise et de probité, qui à leur tour ont favorisé une lente modification des comportements, consolidant ainsi les méthodes de prévention. Le rejet social s'est dissipé et la discrimination s'est atténuée ; les gens commençaient à parler plus ouvertement de la manière d'éviter le VIH. La prévention « ABC » a été reformulée : « A » signifiait désormais « Acceptation des réalités de la sexualité », « B » « Modification du comportement (dans le but de parvenir à des relations sexuelles responsables, mutuellement satisfaisantes et plus sûres) » et « C » « Communiquer ». Dans tous ces domaines, les personnes vivant avec le VIH et le SIDA ont joué, et continuent de jouer, un rôle capital. Représentant un groupe de population doué d'un pouvoir politique croissant, ces personnes ont clairement maintenu le VIH et le SIDA, ainsi que le contexte dans lequel ils se propagent, sous les yeux du public et au centre du programme d'action politique.

Sœur Bweupe : Il faut dire quelques mots des progrès de la biomédecine... Il est difficile d'imaginer un monde sans le vaccin, par exemple. Et pourtant, sa mise au point a pris beaucoup plus longtemps que prévu...

Après la première apparition du vaccin en 2015, un nouveau vaccin amélioré devait être disponible vers 2020, apportant une protection définitive et une efficacité de 80 %. En fait, il a fallu attendre 2025 pour parvenir à élaborer ce vaccin, qui était actif sur tous les types de souches de VIH en Afrique. Il fallait en administrer deux doses en une année et effectuer des rappels tous les 10 ans. Au cours de ces 10 dernières années, ce vaccin a été ajouté aux programmes de vaccination du nouveau-né dans un nombre croissant de pays.

Par ailleurs, naturellement, il y a eu le microbicide – disponible en Europe en 2014 et en Afrique juste une année plus tard (pas pour tous, mais de manière clairement affirmée pour les femmes en



situation à haut risque). Et il était bon marché, subventionné par les gouvernements préoccupés par l'idée de protéger leur jeunesse. Cinq ans plus tard, les microbicides étaient faciles à acheter et à utiliser. Et en 2025 déjà, qui se souvenait d'une vie où ils n'existaient pas, aussi bien dans leur version contraceptive que non contraceptive ?

Mais l'objectif de la riposte au VIH et au SIDA n'avait pas détourné l'attention des autres questions relatives à la santé ou au développement. Dans un contexte de croissance économique dynamique et d'apports continus d'investissements budgétaires de soutien de la part des bailleurs de fonds, la quantité totale de fonds consacrée au secteur social, notamment dans le domaine de la santé et de l'éducation, augmentait chaque année. Ma Sœur ?

Sœur Bweupe : En 2015, le fardeau du paludisme s'est stabilisé à des niveaux inférieurs grâce aux nouveaux moyens de prévention, notamment de nouveaux insecticides, etc. ; et en 2020, la mise au point d'un vaccin antipaludique efficace a complètement changé la donne. La tuberculose posait des problèmes beaucoup plus préoccupants, car elle était toujours étroitement liée à l'épidémie de SIDA. Mais un meilleur accès au traitement antirétroviral a fait diminuer l'incidence de la tuberculose, alors que la prophylaxie antituberculeuse était plus facilement accessible dans les zones que les programmes de traitement antirétroviral n'avaient pas encore atteints. Entre 2010 et 2020, de nouveaux tests de dépistage et de nouveaux médicaments antituberculeux ont été mis au point et, en 2016, est apparu le nouveau vaccin antituberculeux. En 2020, il était largement disponible. Imaginez la vie sans lui maintenant !

Problèmes de croissance **Docteur Ibrahim :** Mais n'oublions pas que...

Vous avez raison, tout n'était pas aussi simple. Certains étaient anxieux devant les changements culturels qui se produisaient : liens plus nombreux avec les communautés internationales, réseaux de la diaspora, nouveaux mouvements religieux, médias à l'échelle planétaire, et nouvelles technologies de télécommunications ; tout cela avait pour conséquence que les cultures étaient constamment dépeuplées de leurs anciennes valeurs et sans cesse redéfinies. Les gens adoptaient de nouvelles valeurs, aspiraient à d'autres objectifs, en particulier parmi les jeunes, et un nombre croissant d'Africains émigraient vers les villes à la recherche de meilleures perspectives d'avenir.

En 2020, les villes et les nouvelles zones urbaines étaient habitées d'un nombre croissant de personnes qui aspiraient à des modes de vie consuméristes. Eh oui, parfois, ces améliorations avaient leurs aspects négatifs... Nous pouvons voir maintenant comment, à partir de 2030, la richesse peut devenir dangereuse, et combien il est tentant d'avoir soudainement de l'argent dans sa poche.

Docteur Ibrahim : Nous avons tous vu « *Un rat des villes* » (*"City Slicker"*) qui raconte très bien l'histoire : les jeunes gens très aisés, séparés de leur foyer et de leur famille, dans la solitude des grandes villes, peuvent éprouver le besoin et le désir d'aller chercher des plaisirs et un réconfort dans les quartiers chauds de plus en plus nombreux en milieu urbain.

Sœur Bweupe : Mais à quelque chose malheur est bon... il y a une chose que le film n'a pas montré, c'est que, d'une certaine manière, cette évolution facilite en réalité les efforts de prévention : comme le commerce du sexe est devenu plus visible, il est plus facile de le rendre moins dangereux...

Docteur Ibrahim : Pourtant, à un certain moment, admettez-le, il semblait que les nouvelles ressources et la croissance éveillaient plutôt la colère ; ceux qui ne possédaient toujours rien ressentaient de la rage contre ceux qui subitement parvenaient à améliorer leurs conditions de vie.

Steve Phorano : Mais je vois que cela change maintenant, à mesure qu'augmente le nombre de ceux qui retirent des avantages des transitions en

cours, et que l'écart entre les riches et les pauvres se réduit, même s'il reste encore beaucoup à faire.

Les gens craignaient et craignent toujours les répercussions de ces changements sur nos valeurs et cultures traditionnelles. Ils disent que nous sommes allés trop loin, trop vite – ils me disent qu'on ne doit pas mesurer la profondeur d'une rivière en y mettant les deux pieds.

D'autres ont souligné qu'il est impossible d'arrêter l'évolution de la culture ; et de toute manière, en 2025, il était déjà impossible d'interrompre ces changements, puisque beaucoup plus de gens vivaient dans les villes, voyageaient et changeaient.

Bien sûr, rien de tout cela n'est arrivé du jour au lendemain : la lune se déplace lentement, mais elle n'en traverse pas moins la ville, comme on dit. Au cours de ces 30 dernières années, les changements qui ont eu lieu ont apporté la paix, et même une certaine prospérité qui s'est propagée dans toute l'Afrique. Cette nouvelle histoire prend constamment de la vigueur, car un nombre croissant de personnes peuvent la raconter.

Sur le Zambèze, on dit aussi que si on ne rame pas avec suffisamment de force pour remonter le fleuve, celui-ci vous emmènera sûrement vers la mer.

Nous avons ramé avec suffisamment de vigueur, même si nos deux pieds sont mouillés !

Vous qui nous avez écoutés, vous faites partie de cette histoire.

Maintenant, cette histoire est la vôtre, et c'est à vous de l'écrire. Vous en êtes les narrateurs, tout comme moi.

Alors... quelle histoire allons-nous écrire pour l'Afrique à partir de maintenant ?



Une planète, un monde Edition spéciale

Récit oral de Sara Afrika : Le moment de la transition

Dans le reste de cet article, et conformément à la pratique qui consiste à fournir une synthèse de données chronologiques, la revue « *Une planète, un monde* » présente une vue d'ensemble de certains des indicateurs essentiels qui permettent d'illustrer les progrès accomplis au cours des 25 premières années de ce siècle.

Le moment de la transition : vue d'ensemble

Les victimes

En 2025, le nombre de personnes vivant avec le VIH et le SIDA s'élèverait à 15 millions, contre 25 millions en 2003, alors que la population atteignait 1,4 milliard contre 0,9 milliard en 2003. Ceci représente une baisse de la prévalence du VIH chez l'adulte qui est passée de 5,6 % à 1,9 %. Le nombre de nouveaux cas d'infection chez l'adulte a diminué de près de 50 % depuis 2003.

Le déséquilibre entre les sexes avait commencé à être compensé, mais les femmes sont toujours plus touchées que les hommes. La prévalence chez l'homme adulte est tombée de 4,9 % en 2003 à 1,6 % en 2025, et chez la femme adulte, de 6,4 % en 2003 à 2,2 % en 2025.

La progression de la mise à disposition de traitements antirétroviraux a été spectaculaire : elle concernait moins de 77 000 personnes en 2003, alors qu'en 2025, 3,4 millions d'entre elles y avaient accès, soit un peu plus de 70 % de ceux qui en ont besoin.

Toutefois, le nombre de décès imputables au SIDA a continué d'augmenter en dépit d'une espérance de vie dorénavant plus longue grâce aux antirétroviraux. En 2025, 53 millions d'adultes et 15 millions d'enfants avaient succombé à la maladie depuis le début de l'épidémie de SIDA. Le nombre annuel de décès élevé lui aussi, indiquait que parvenir à infléchir le taux d'infection dans l'ensemble de la population nécessitait du temps. En 2025, 1,3 million d'adultes et 260 000 enfants sont décédés du SIDA dans toute l'Afrique.

Etablir le coût de la riposte

Les initiatives en matière de prévention et de prise en charge ont permis d'éviter une augmentation abrupte du nombre d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA, mais un problème important reste à résoudre, car le nombre de ces enfants est passé de 13 millions en 2003 à 18 millions à la fin de 2025.

L'observation de la première et de la dernière lignes de la **Figure 61** montre comment l'affectation des ressources a changé entre 2003 et 2025. On constate une stabilisation des dépenses, ce qui reflète l'égale importance attribuée à chacun des trois éléments. Les fonds consacrés à la prise en charge et au traitement ont commencé à décroître à partir de 2015 approximativement, car le nombre de personnes vivant avec le VIH et le SIDA a commencé à baisser.

Au cours de ces 23 années et dans le cadre d'un ensemble plus important d'investissements dirigés vers la santé, l'éducation, l'infrastructure et le développement social, la lutte contre l'épidémie a nécessité d'investir près de 200 milliards de dollars US. Le financement spécifique de la lutte contre le VIH et le SIDA a augmenté à un rythme annuel de plus de 9 %, et on a constaté une augmentation très rapide des dépenses liées à la prévention, aux orphelins et aux enfants vulnérables dans les premières années, de 2003 à 2007. La progression des dépenses a ensuite continué à un rythme plus modéré. Les dépenses liées à la prise en charge et au traitement ont augmenté rapidement jusqu'en 2012, afin de pouvoir

Figure 61
Dépenses annuelles consenties dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA, par composante, « Le moment de la transition », 2003-2025

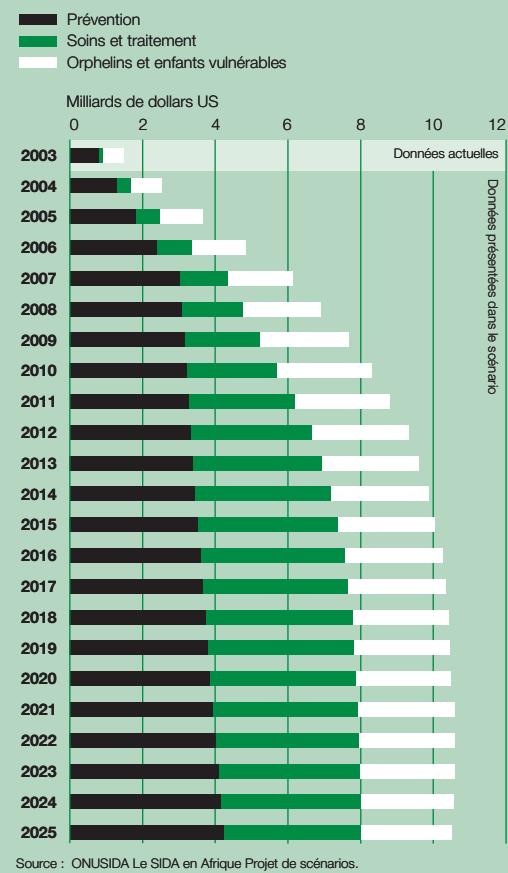
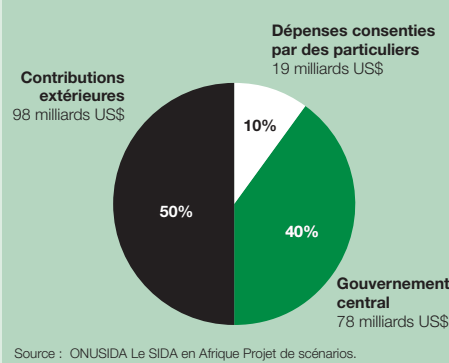


Figure 62
Dépenses totales consenties dans le cadre la riposte au VIH et au SIDA, par source, « Le moment de la transition », 2003-2025



offrir un traitement antirétroviral à près de 50 % de ceux qui en avaient besoin, et ensuite elles ont augmenté plus lentement pour finir par assurer une couverture à plus de 70 % de la population africaine.

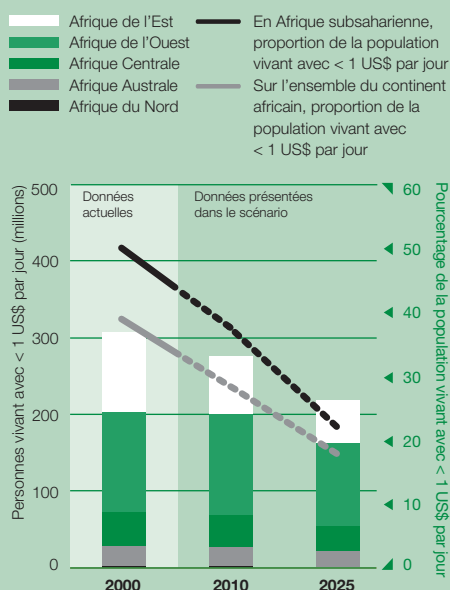
Cette augmentation plus lente est due au fait que l'élargissement de la prise en charge au-delà de la capacité des systèmes de santé existants constituait un processus long et difficile. Les dépenses concernant les orphelins et les enfants vulnérables se sont stabilisées pour suivre le rythme de la croissance démographique après 2012.

L'ensemble des dépenses, bien que considérable, ne constituait cependant pas une somme astronomique. Par comparaison, elle était inférieure à la moitié de ce que les Etats-Unis ont dépensé en nouveaux véhicules au cours de l'année 2003¹.

Pendant cette période, la croissance économique a été de 4 % (croissance réelle du PIB, compte non tenu de l'inflation) et l'objectif d'Abuja a été atteint (15 % des dépenses publiques sont consacrées à la santé). En même temps, les budgets gouvernementaux ont augmenté de 1 % par an. En tout, les gouvernements nationaux ont contribué à hauteur de 40 % et les dépenses consenties par les particuliers ont atteint 10 %. Les contributions extérieures ont fourni les 50 % restants. Une explication complète de ce qui compose ces dépenses est donnée à l'**Annexe 1**.

La plupart des pays du *Comité d'aide au développement (CAD)* ont effectivement atteint l'objectif de 0,7 % du PIB pour l'Aide publique au développement (APD). Même si l'ensemble du budget du programme africain de lutte contre le VIH et le SIDA avait été financé par l'APD, les 10,5 milliards de dollars nécessaires en 2025 n'auraient représenté que 3 % de l'APD pour l'Afrique au cours de cette même année. Les économies de pays du CAD avaient progressé régulièrement de 3 % en moyenne par an. Les économies africaines s'étaient également développées, et pendant la décennie 2015–2025, on a assisté à un transfert progressif des

Figure 63 Personnes vivant avec moins de un dollar US par jour, par région, pour certaines années spécifiques, « Le moment de la transition »



Source : Nations Unies (2003) *Projections démographiques mondiales – données révisées en 2002*, Genève (données rassemblées en 2000) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

coûts du VIH et du SIDA des contributions extérieures vers les budgets intérieurs. Les frais sont restés stables. En 2003, les contributions extérieures au secteur du SIDA étaient estimées à légèrement plus de 1 milliard de dollars US. Au cours de la décennie suivante, ce chiffre a augmenté jusqu'en 2014, pour diminuer ensuite et atteindre un peu plus de 1,3 milliard de US\$. Des économies plus fortes, des budgets plus généreux pour la santé, et une stabilisation du montant des ressources nécessaires aux programmes ont entraîné, une diminution lente mais notable de la dépendance vis-à-vis des flux d'aide extérieure entre 2015 et 2025.

Bien que les coûts du programme aient continué d'augmenter, la dépendance vis-à-vis de l'aide a diminué avec le temps après avoir atteint un pic en 2014 et être descendue à un peu plus de 1,3 milliard de dollars lorsque la majorité des coûts ont été couverts par des économies plus fortes et des budgets de santé plus généreux. Toutefois, il est vrai que les déficits budgétaires ont continué à préoccuper les gouvernements et les particuliers. Heureusement, les pays donateurs et les institutions financières internationales ont considéré ces déficits avec plus de compréhension.

C'est en Afrique de l'Est, de l'Ouest et en Afrique Centrale que les coûts ont été les plus élevés et c'est également là que s'est orientée la plus grande partie de l'APD, à mesure que se matérialisaient les engagements pris à Monterrey en 2002 et durant les EMA de 2009 et de 2010.

Au cours de ces 23 années 30 % des contributions extérieures ont été affectées à l'Afrique Australe, mais cette région a pu couvrir beaucoup plus facilement le reste des coûts grâce à l'essor économique et à l'augmentation des budgets. Dans cette région, les déficits budgétaires étaient inférieurs à ceux des pays de l'Afrique de l'Ouest, de l'Est et de l'Afrique Centrale.

L'Afrique du Nord, comme l'Afrique Australe, est parvenue à mieux couvrir ses coûts grâce aux fonds gouvernementaux. Toutefois, ceci a été dû principalement à des taux d'infection bien inférieurs et au moindre coût des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA.

Les Objectifs de Développement pour le Millénaire

La plupart des régions de l'Afrique subsaharienne ont rencontré, pendant les premières années du siècle, des difficultés majeures pour infléchir leur trajectoire en vue d'atteindre les ODM. Toutefois, le renouvellement des engagements de la part des dirigeants africains et de leurs partenaires internationaux en 2005 a véritablement commencé à redresser la barre. Les Réunions et Accords extraordinaires (EMA) de 2009 et 2010 ont donné un élan supplémentaire, de même que les investissements importants réalisés pour le secteur social par les gouvernements africains et leurs partenaires. En 2015, la trajectoire s'était significativement modifiée et même si peu de pays ont atteint les objectifs cette année-là, en 2025, c'est l'ensemble de l'Afrique subsaharienne qui y est parvenue, certains pays bien avant cette date déjà. L'Afrique du Nord avait accompli des progrès rapides s'agissant de certains ODM, et des progrès plus lents pour d'autres. Les objectifs relatifs à la proportion de garçons et de filles scolarisés et achevant leurs études étaient atteints en 2015, comme l'avait été l'objectif concernant le taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans.

La pauvreté

Durant la période 2003–2025, le pourcentage et le nombre total de personnes vivant en Afrique avec moins de 1 dollar US par jour ont diminué : on a ainsi constaté que leur proportion était passée de 40 % à 18 % (de 50 % à 22 % en Afrique subsaharienne) et leur nombre de 306 millions à 217 millions. Le recul le plus significatif de la pauvreté a été observé en Afrique de l'Est (pour s'élever à 56 millions), et on a pu observer une diminution de 23 % en Afrique Centrale (34 millions) et de près de 20 % en Afrique de l'Ouest et en Afrique Australe (21 millions). En Afrique du Nord, on a pu observer une diminution significative du nombre de personnes vivant dans la précarité (+ de 60 %). On estime ce nombre à 1 million dorénavant.

Figure 64 Dépenses annuelles moyennes par habitant consenties dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA en Afrique de l'Est, par source, « Le moment de la transition », 2003-2025

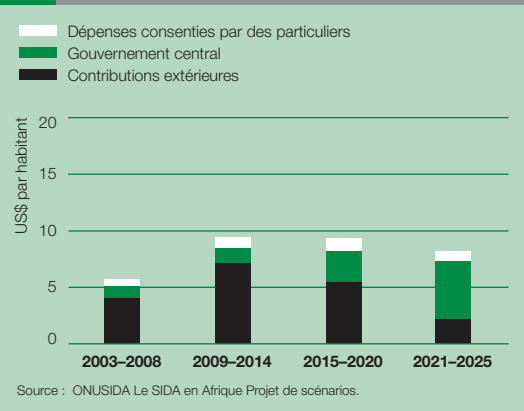


Figure 65 Dépenses annuelles moyennes par habitant consenties dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale, par source, « Le moment de la transition », 2003-2025

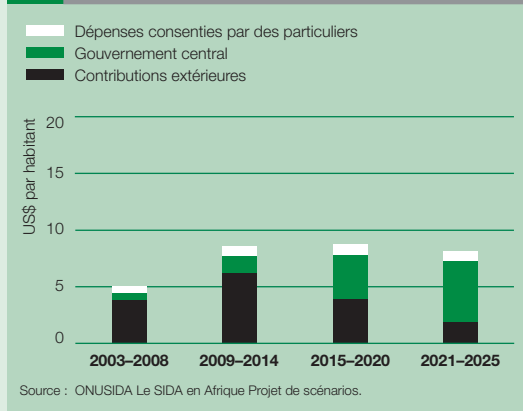


Figure 66 Dépenses annuelles moyennes par habitant consenties dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA en Afrique Australe, par source, « Le moment de la transition », 2003-2025

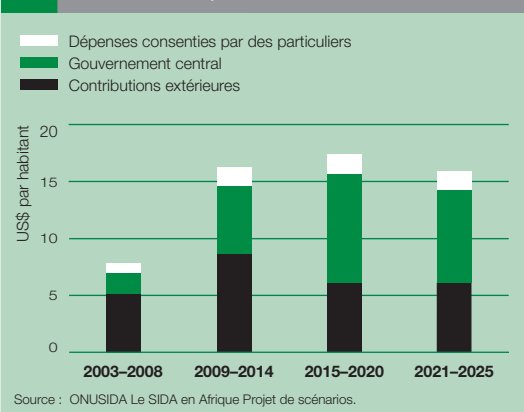


Figure 67 Dépenses annuelles moyennes par habitant consenties dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA en Afrique du Nord, par source, « Le moment de la transition », 2003-2025

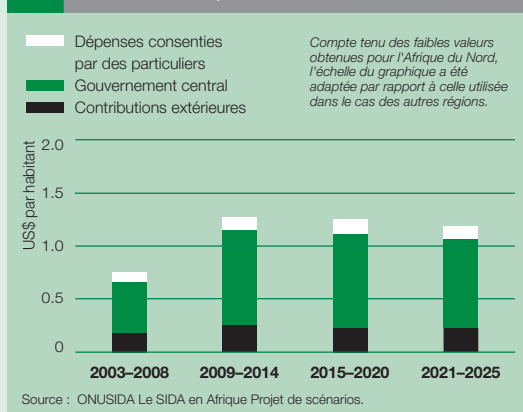


Figure 68 Progrès réalisés dans le sens des Objectifs de Développement pour le Millénaire en Afrique du Nord et en Afrique subsaharienne, « Le moment de la transition », 1990-2025

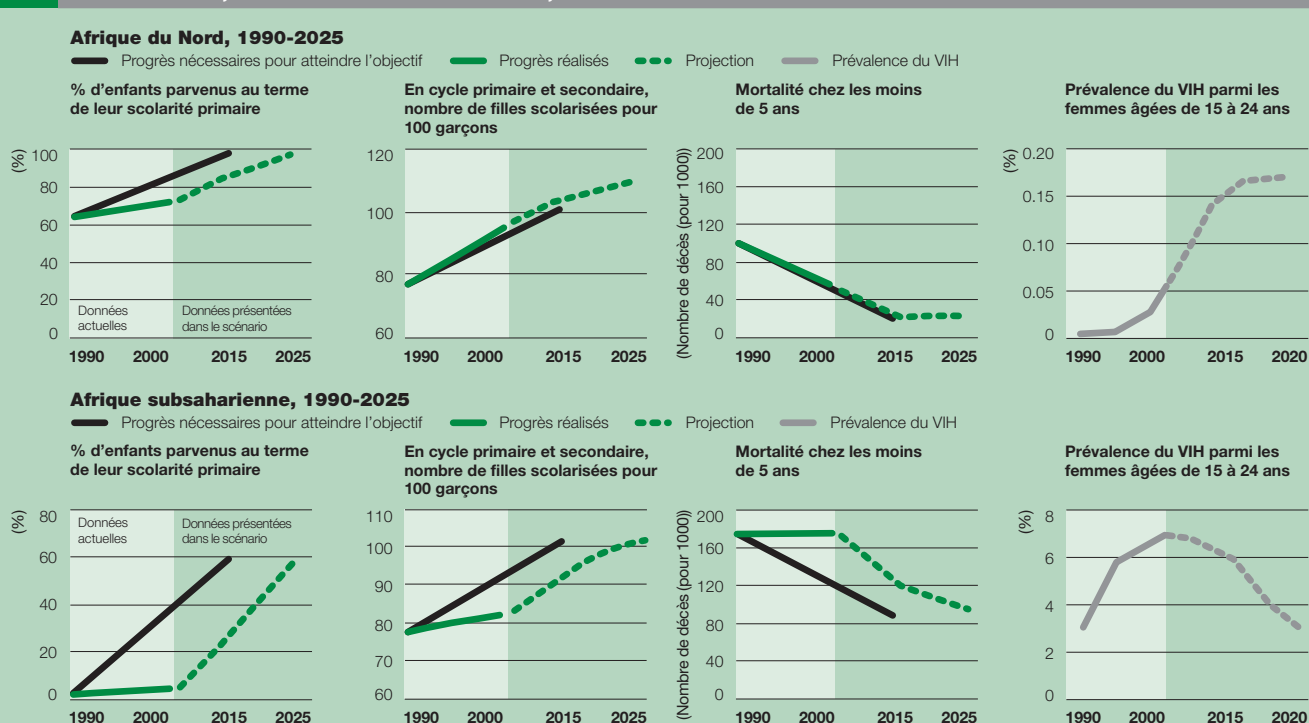


Figure 69 **Nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH parmi la population adulte et prévalence du VIH chez l'adulte en Afrique, « Le moment de la transition », 1980-2025**

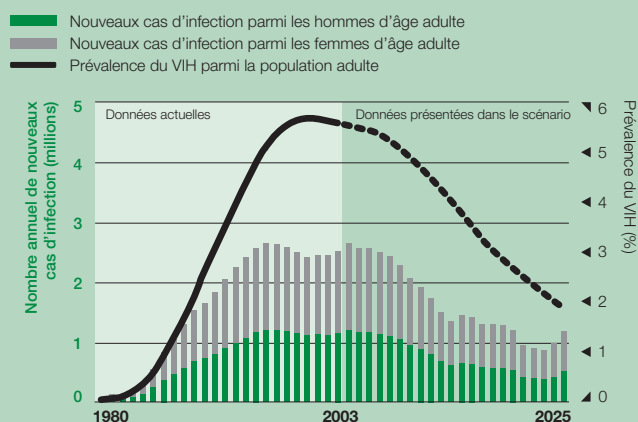
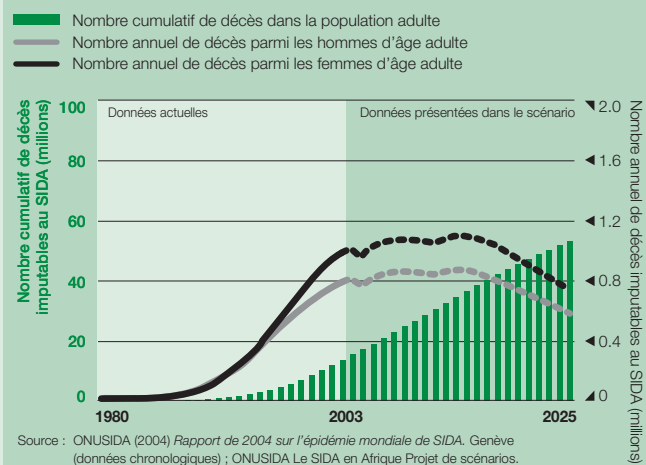


Figure 70 **En Afrique, nombre annuel et cumulatif de décès de personnes adultes imputables au SIDA, « Le moment de la transition », 1980-2025**



Une planète, un monde **Edition spéciale**
Récit oral de Sara Afrika : Le moment de la transition

Vue globale de l'Afrique

En Afrique, la prévalence du VIH chez l'adulte a baissé, pour passer de 5,6 % en 2003 à 1,9 % en 2025. Il s'agit là du résultat d'une riposte étendue à l'épidémie, qui englobait différents types d'interventions en matière de prévention, et des activités de prise en charge et de soutien.

L'écart entre le nombre de nouveaux cas d'infection parmi les femmes et les hommes a également été réduit grâce au succès des programmes de prévention portant sur les questions de sexospécificité. En 2025, on comptait 650 000 nouveaux cas d'infections parmi les femmes et 540 000 parmi les hommes.

Le nombre annuel de décès imputables au SIDA chez l'adulte, est respectivement passé de 810 000 parmi les hommes et de 1 million parmi les femmes en 2004, à 580 000 hommes et 740 000 femmes en 2025. Le schéma de recul initial des décès annuels, suivi d'une augmentation des décès annuels après 2013 est calqué sur le schéma relatif à la mise à disposition des traitements antirétroviraux. La couverture du traitement antirétroviral s'est développée rapidement jusqu'en 2010 pour s'étendre ensuite beaucoup plus lentement jusqu'en 2025. Pendant la phase rapide de progression, de nombreux décès imputables au SIDA ont été évités grâce à l'efficacité des traitements. Toutefois, après 2010, les personnes qui avaient reçu un traitement pendant un certain nombre d'années ont commencé à tomber malades et à mourir. Le nombre de personnes nouvellement traitées après 2010 n'a pas été suffisant pour compenser le nombre croissant de décès de ceux qui étaient sous traitement depuis plusieurs années.

Pendant toute cette période, le nombre cumulatif de décès a toutefois été élevé en dépit des efforts considérables accomplis pour étendre le traitement antirétroviral. Etant donné les taux d'infection élevés constatés au début de la période, l'efficacité limitée du traitement et le temps nécessaire pour que les programmes de prévention entraînent un recul des taux globaux d'infection, il est difficile de voir comment ces décès auraient pu être évités. En 2025, le nombre cumulatif de décès d'adultes causés par le SIDA depuis 1980 atteignait près de 53 millions.

Il a été possible d'étendre rapidement et avec efficacité le traitement antirétroviral de sorte qu'en 2025, il était administré à 73 % des personnes en ayant besoin.

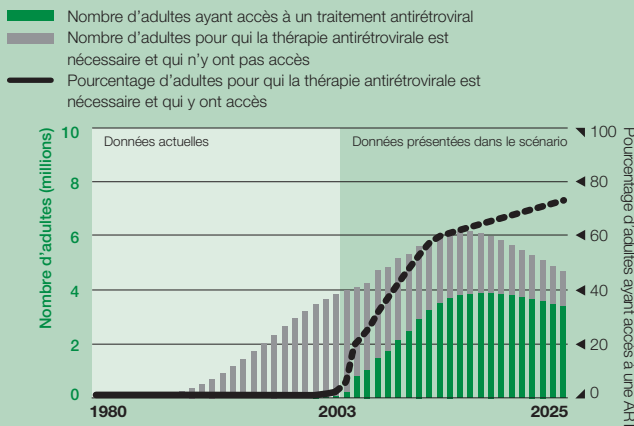
Le nombre d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA a continué d'augmenter au cours de la période considérée, atteignant 18 millions en 2025. Le nombre total d'orphelins (du fait du SIDA, entre autres causes) a dépassé 50 millions en 2025, bien que ce chiffre soit inférieur à celui de 2015 – ce qui indique encore une fois une régression de l'épidémie.

Survol du continent africain

La **Figure 73** fournit un état épidémiologique détaillé de l'épidémie dans les différentes régions géographiques que sont l'Afrique de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale, l'Afrique Australe et l'Afrique du Nord.

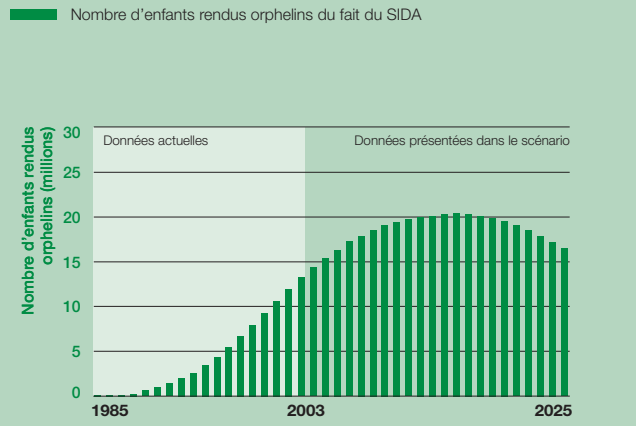
¹ La National Automobile Dealers Association (NADA) (Association nationale des concessionnaires automobiles) a signalé qu'en dollars, le montant total des ventes de nouvelles voitures effectuées par les concessionnaires avait atteint 700 milliards de dollars US en 2003, dont 60 % (420 milliards de dollars) ont été traités par des concessions de véhicules neufs. *AutoExec Magazine* (mai 2004) NADA. Disponible à l'adresse : <http://www.nada.org>

Figure 71 En Afrique, nombre d'adultes ayant accès à un traitement antirétroviral et nombre d'adultes à qui il devrait être prodigué, « Le moment de la transition », 1980-2025



Source : ONUSIDA (2004) Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA, Genève (données chronologiques) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

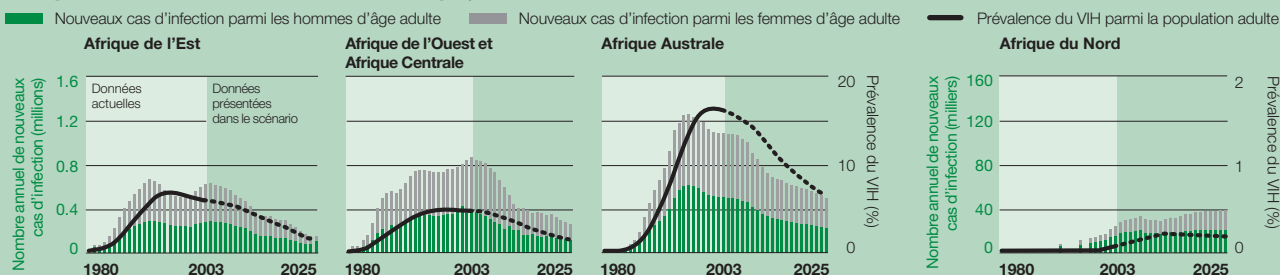
Figure 72 En Afrique, nombre d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA « Le moment de la transition », 1985-2025



Source : ONUSIDA (2004) Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA, Genève (données chronologiques) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios

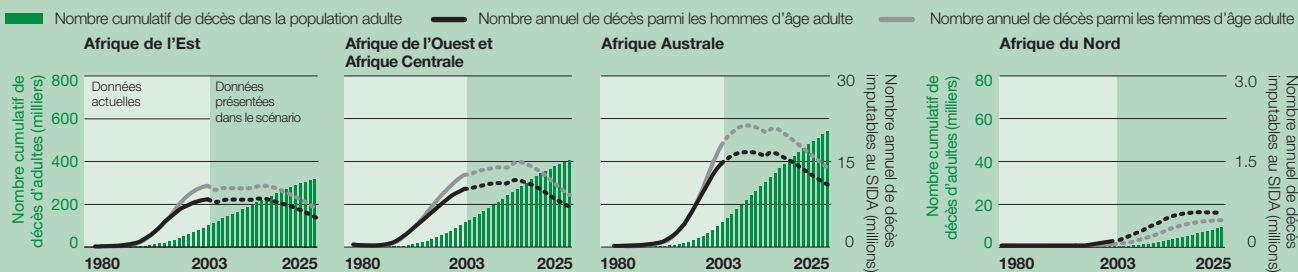
Figure 73 Le moment de la transition : Survol des régions africaines

Nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH parmi la population adulte et prévalence du VIH chez l'adulte en Afrique, 1980-2025

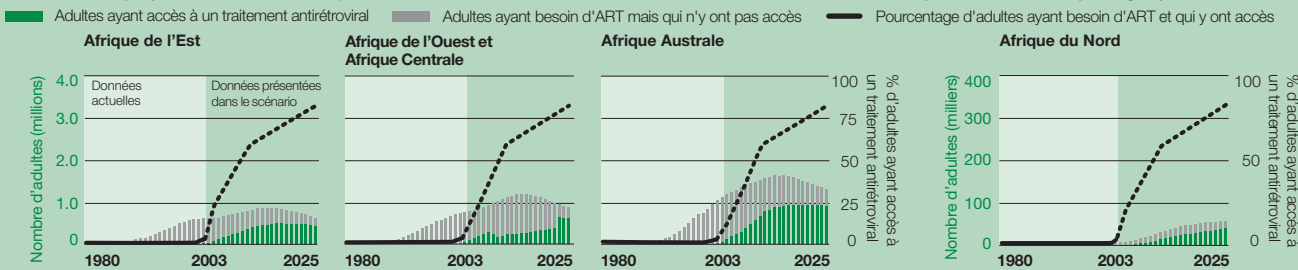


Note : Compte tenu des faibles valeurs obtenues pour l'Afrique du Nord, l'échelle du graphique a été adaptée par rapport à celle utilisée dans le cas des autres régions

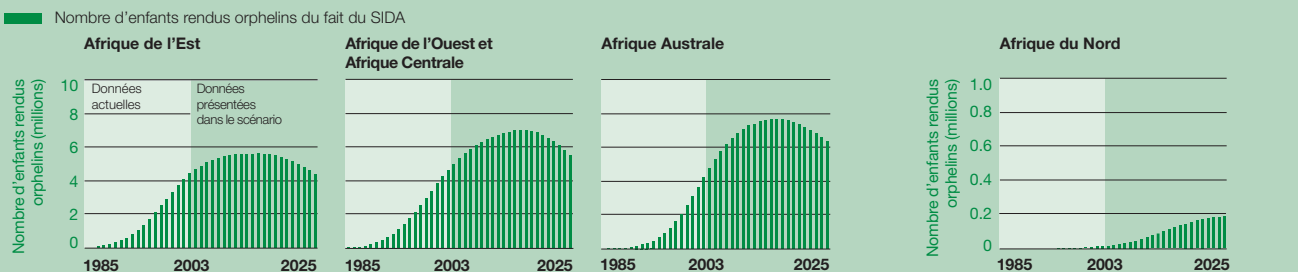
En Afrique, nombre annuel et cumulatif de décès de personnes adultes imputables au SIDA, 1980-2025



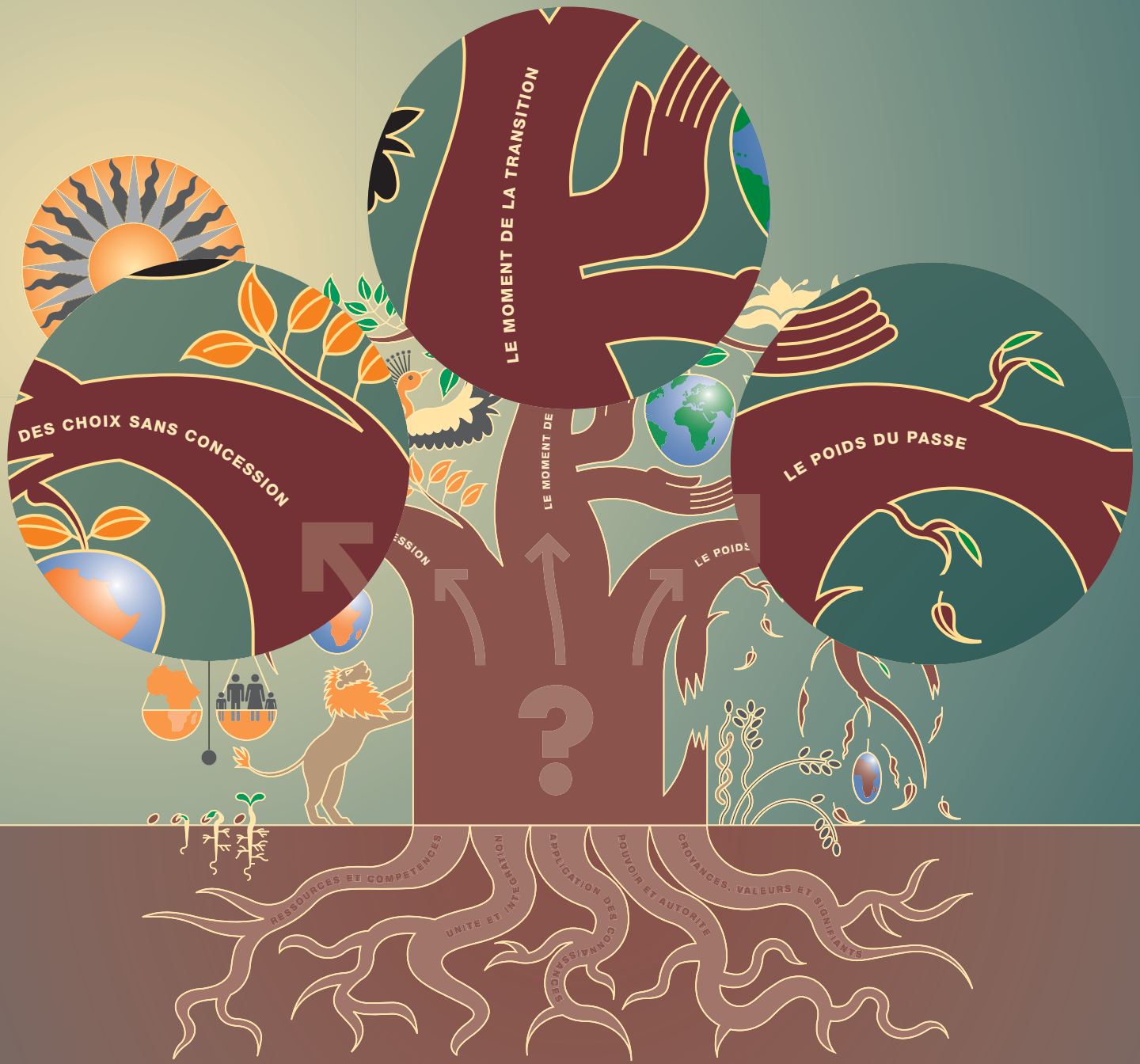
En Afrique, nombre d'adultes ayant accès à un traitement antirétroviral et nombre d'adultes à qui il devrait être prodigué, 1980-2025



En Afrique, nombre d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA, 1985-2025



Source : ONUSIDA (2004) Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA, Genève (données chronologiques) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.



182	Les scénarios
182	Des choix sans concession : l'Afrique s'engage dans la lutte
183	Le poids du passé : la spirale infernale
183	Le moment de la transition : l'Afrique rattrape le temps perdu
184	Des difficultés partagées
184	Définir la crise est d'une importance vitale
184	L'impact de l'épidémie n'est pas encore connu
184	Exceptionnalisme contre isolationnisme
185	Le danger des résultats trop rapides
185	Dépendance, indépendance et interdépendance
185	Il est dangereux d'ignorer la culture et les signifiants locaux
186	La gestion des politiques et le débat public
186	Le leadership ne suffit pas mais il est important
186	Il n'y a pas de solution miracle
186	Mal faire peut être pire que de ne rien faire
187	La sexospécificité
187	La prise en charge des orphelins et des enfants vulnérables
188	Le traitement doit être mental et physique
188	Qui recueille les fruits du changement social ?
188	Les ripostes locales sont vitales
188	Nouveau rôle des institutions religieuses
189	La signification du temps
189	Le financement de la riposte nécessaire
191	Les différentes sources de dépenses pour le VIH et le SIDA
192	Dépenser plus pour une meilleure santé et davantage d'années de vie
193	Dépenser pour épargner
193	L'équilibre entre prévention et soins
193	Orphelins et enfants vulnérables
194	Revenu par habitant en Afrique
195	Les avantages des interventions rapides
196	L'épidémie de SIDA
196	Personnes récemment infectées par le VIH
197	Les adultes vivant avec le VIH et le SIDA
197	Les enfants vivant avec le VIH et le SIDA
197	Ceux qui meurent du SIDA
198	Intensification de la prévention
199	Tableau comparatif des éléments-clés dans les trois scénarios

Section 7 Analyse des scénarios



**La connaissance
est comme un jardin :
il faut la cultiver pour
en récolter les fruits.**

– Proverbe guinéen

Section 7 Analyse des scénarios

Les scénarios ne font pas de prédictions, mais chacun d'entre eux décrit l'issue plausible des politiques mises en pratique. C'est pourquoi, en les analysant, nous pensons être à même d'apprendre à connaître les difficultés que l'Afrique pourrait rencontrer dans le futur. La présente section compare les trois scénarios en mettant en lumière quelques-uns de leurs principaux messages et en confrontant les résultats épidémiologiques du point de vue des ressources nécessaires à l'obtention de ces résultats. Ce chapitre commence par un résumé des principales idées qui ont présidé à l'élaboration des trois scénarios.

Les scénarios

Les scénarios se construisent autour d'une seule question majeure : quels seront au cours des 20 prochaines années les facteurs qui orienteront la riposte à l'épidémie de SIDA en Afrique et dans le monde, et de quoi sera fait l'avenir de la prochaine génération ? En répondant à cette question, les scénarios sont amenés à poser deux autres questions – et à y répondre – à savoir : « Comment la crise est-elle perçue et par qui ? » et « Les motivations et les capacités requises existeront-elles ? » Ce sont les réponses à ces questions qui nous amènent aux trois scénarios :

- **Des choix sans concession : l'Afrique s'engage dans la lutte**
- **Le poids du passé : la spirale infernale**
- **Le moment de la transition : l'Afrique rattrape le temps perdu**

Chacun des scénarios apporte une réponse très différente de celles des deux autres.

Des choix sans concession : l'Afrique s'engage dans la lutte

Le message essentiel que véhicule le scénario « Des choix sans concession » repose sur le fait que, si les obstacles à surmonter sont énormes, les pays d'Afrique peuvent cependant accomplir de grandes choses par leur propre force – et en particulier en tant que collectivité – afin de stimuler leur économie, de définir des priorités pour leurs objectifs de développement, de poser les bases de leur croissance et de leur développement futurs et de réduire l'incidence et la prévalence du VIH.

Ce scénario suggère que l'attitude du reste du monde à l'égard de l'Afrique et les financements

extérieurs dont elle bénéficie ne changeront probablement pas, mais il décrit les pays africains comme des nations capables de faire fructifier elles-mêmes leurs propres ressources, notamment leurs valeurs culturelles, afin de trouver leur propre voie. Il montre que, grâce au leadership et à la mobilisation de la communauté, des ripostes efficaces contre le VIH et le SIDA sont à portée de main sans qu'il faille nécessairement consacrer des ressources considérables à des programmes isolés. Le scénario se conclut sur un déclin de l'incidence du VIH, qui montre que les investissements à long terme en faveur du capital social, économique et humain réalisés pendant deux décennies commencent à porter leurs fruits.

Le scénario « Des choix sans concession » détermine les choix rigoureux que dirigeants nationaux et populations seront appelés à faire. Les dirigeants doivent établir leur propres priorités pour leur pays, plutôt que d'éviter la prise de décisions ou de se tourner vers des priorités venant de l'extérieur et qui leur seraient imposées ou suggérées par ceux qui leur procureraient des financements importants ou des programmes en faveur de la lutte contre le SIDA. « Des choix sans concession » démontre qu'il est possible, même si cela n'est pas toujours facile, de prendre des décisions sans faire de compromis. Il n'est pas possible de tout entreprendre en même temps ; il faut donc choisir entre des priorités qui se font concurrence. Cela peut vouloir dire qu'il faudra, dans un premier temps, faire des sacrifices sur le plan économique afin d'être en mesure d'asseoir un développement national durable.

« Des choix sans concession » transmet un message douloureux, à savoir que les décès imputables au SIDA continueront d'augmenter. Lorsque le scénario arrive à son terme, après une période marquée par la discipline et



l'effort, le nombre de personnes décédant du SIDA ainsi que celui des personnes vivant avec le VIH et le SIDA reste le même que celui qui prévalait au début du scénario, ceci en raison de l'accroissement de la population. Il est clair que cette perspective est de loin préférable à celle décrite dans « Le poids du passé » mais dans l'immédiat, le monde n'est ni agréable à vivre, ni confortable. En contrepartie, les bases d'un avenir qui ne sera pas assombri par le spectre du SIDA sont déjà posées.

Le poids du passé : la spirale infernale

Le message essentiel du « poids du passé » nous montre qu'il est difficile d'influencer le cours de l'épidémie de SIDA si l'on considère le VIH sans tenir compte du contexte social, économique et politique dans lequel il plonge ses racines ; ou encore si on le voit comme un problème médical ou dépendant des comportements individuels susceptible d'être résolu un mettant sur pied des programmes qui ne s'intéressent qu'aux symptômes. C'est délibérément que le scénario s'abstient de mettre en scène une situation épidémiologique qui s'aggrave. La croissance démographique suffit en effet à doubler les taux d'incidence et de prévalence existants, puisque d'ici à 2015, le nombre de personnes vivant avec le VIH et le SIDA aura doublé.

« Le poids du passé » est l'histoire de bonnes intentions contrecarrées par un malaise sous-jacent qui provient de la stagnation du développement engendrée par la course aux résultats rapides. L'épidémie de SIDA agit bien comme un catalyseur des efforts réalisés par la population et les institutions pour mettre en place la riposte. Cependant, face à la pénurie de compétences et considérant l'influence exercée par les pays où la prévalence est élevée sur ceux où elle est encore faible, ces efforts demeurent insuffisants. Dans ce scénario, le continent est enfermé dans une spirale descendante caractérisée par le manque de cohésion, le déni et la stigmatisation, la méfiance à l'égard des connaissances, le gaspillage des ressources et les rivalités de pouvoir et d'autorité. Il en résulte que la capacité des systèmes, des populations et des institutions à faire face à la crise du SIDA et au sous-développement s'amoindrit de façon systématique.

Au début du scénario « Le poids du passé », on met très fortement l'accent sur le VIH et le SIDA, mais la nature de la riposte, qui se fait en dents de scie et sur le court terme, ainsi que des investissements à courte vue,

entraînent l'impossibilité de trouver une solution durable. Il y a bien sûr ceux qui ont tout à gagner de cette situation : les mono-économies, fondées sur la richesse en minéraux de l'Afrique, et une élite dont le mode de vie est toujours calqué sur le modèle international. Toutefois, à la fin du scénario, et pour la majorité, les facteurs démographiques, sociaux et économiques ont peu à peu érodé les capacités des sociétés où la prévalence du VIH est élevée. C'est ainsi qu'on assiste à un effondrement de la mémoire, de la transmission de la culture, des valeurs et de l'intérêt pour les questions sociales, avec tout un cortège de conséquences désastreuses.

Le moment de la transition : l'Afrique rattrape le temps perdu

« Le moment de la transition » décrit les transformations qui se sont produites dans la façon dont l'Afrique et le reste du monde abordent les questions de santé, de développement, d'échanges commerciaux, de sécurité et de relations internationales. L'effondrement probable de la régulation du commerce international, l'incapacité à atteindre les *Objectifs de Développement pour le Millénaire* et un autre siècle de conflits perpétuels poussent le continent à vouloir s'échapper d'une situation catastrophique. En mettant sous la loupe la crise plus vaste à laquelle elle contribue, l'épidémie de SIDA stimule l'action de la société civile et des gouvernements. Cette transition requiert un investissement social durable et des changements fondamentaux dans la manière dont les donateurs fournissent l'aide et dont les gouvernements l'utilisent en faveur de la promotion de leur souveraineté, de la protection de leur autonomie nationale, de la lutte contre l'inflation et de la préservation de leur indépendance.

Dans « Le moment de la transition », les attitudes africaines se métamorphosent pour faire place à un monde où les interconnexions sont de plus en plus nombreuses, l'« afro-pessimisme », l'« afro-scepticisme » et l'exagération africaine faisant place à une nouvelle approche de la solidarité et de la citoyenneté. Sur la scène internationale, ceci nécessite ce que l'on a appelé un « nouvel engagement mondial » selon lequel les programmes concernant la sécurité et les droits humanitaires travaillent de concert au sein de cadres internationaux cohérents, englobant l'économie, le commerce, la justice sociale et l'égalité politique. Ces



normes internationales en transition sont façonnées par les besoins et les espoirs de l'Afrique, auxquels elles entendent répondre. En Afrique même, le scénario doit pouvoir s'appuyer sur une solidarité panafricaine et une intense coopération régionale. Il lui faudra pouvoir compter sur des gouvernements qui font passer le bien public avant les intérêts privés, qui transforment les bénéfices retirés de la vaste richesse de l'Afrique en minéraux en un agent du développement panafricain et qui s'assurent que l'Etat devienne une ressource mise à la disposition de tous, plutôt qu'une somme d'avantages que d'aucuns voudraient s'approprier. Sur le plan des comportements interpersonnels, le scénario insiste sur la nécessité de reconsidérer les relations entre les sexes afin que les femmes de tous horizons acquièrent le pouvoir de décider quand, où, comment et avec qui elles souhaitent nouer une relation sexuelle.

Ce scénario suggère que, s'il était possible de réaliser cette transition en l'espace d'une génération, on verrait le nombre de personnes infectées par le VIH diminuer de façon spectaculaire et l'épidémie de SIDA en Afrique – et dans le monde – prendre un tour radicalement différent au cours du XXI^e siècle.

Des difficultés partagées

Les trois scénarios illustrent les trois moyens dont l'Afrique et le monde disposent pour riposter à l'épidémie.

Définir la crise est d'une importance vitale

La manière de définir la crise qui sévit en Afrique et l'origine de cette définition influenceront fondamentalement l'issue de la lutte contre l'épidémie. Comme le démontrent les trois scénarios, les définitions et les explications concernant les causes et les effets de l'épidémie, ainsi que son ampleur et la nature des solutions ayant prouvé leur efficacité, peuvent être partagées, imposées, ignorées ou adaptées. Toutefois, des ripostes diversifiées ne fonctionneront que si elles sont coordonnées dans le contexte d'un objectif auquel tout le monde pourra adhérer.

L'impact de l'épidémie n'est pas encore connu

Même en présence d'une vaste mise à disposition de traitements antirétroviraux, le traitement ne pourra atteindre tout le monde et, dans la majorité des cas, il

pourrait se borner à repousser le décès de quelques années. La courbe démographique actuelle annonce une augmentation continue de la population africaine, laquelle aura presque doublé au cours des 25 prochaines années. Inévitablement, le nombre de décès augmentera lui aussi pendant la même période. Mais la rapidité avec laquelle la courbe graphique poursuivra son ascension, et la manière dont la morbidité et la mortalité dues au SIDA sera appréciée, sont loin d'être déjà connues.

Exceptionnalisme contre isolationnisme

Le VIH est une maladie exceptionnelle. Dans les pays où la prévalence du virus est élevée, elle a la capacité de réduire à néant les décennies de progrès liées au développement. Il faut cependant savoir s'il convient de traiter le VIH comme une maladie exceptionnelle (l'exceptionnalisme) ou de ne s'intéresser qu'au VIH au détriment d'autres maladies (isolationnisme) et du développement en général.

Dans « Des choix sans concession », l'épidémie de SIDA est considérée comme faisant partie de la crise du sous-développement et chaque nation prend des mesures – dans un contexte de ressources intérieures limitées et de stagnation des afflux d'aide extérieure – destinées à combattre le sous-développement et à trouver des modèles de développement adaptés à ses besoins et à son environnement particuliers. La propagation du VIH rend encore plus évidente la nécessité de faire des choix sans concession. Toutefois, des solutions ont été mises au point, non en tant que riposte au SIDA, mais en tant que moyen d'atteindre un développement durable et plus autonome.

Dans « Le poids du passé », le SIDA est abordé comme une question sans relation avec son contexte social et économique. Etant donné l'importance donnée à la thérapie antirétrovirale, la riposte prend l'allure d'une approche purement médicale : la nécessité pressante de riposter au SIDA se traduit en une urgence médicale. La lutte contre le SIDA accapare une part importante des fonds supplémentaires qui affluent vers l'Afrique entre 2004 et 2010 et détourne à son profit les financements et les capacités normalement réservés à d'autres domaines.

Dans « Le moment de la transition », l'épidémie de SIDA devient un catalyseur qui aide les populations et les institutions du monde entier à comprendre que le combat contre la maladie n'est qu'une petite partie



d'une crise internationale touchant à la paix et au développement. La question du SIDA déclenche une riposte exceptionnelle, mais elle n'est pas abordée hors de son contexte social et économique.

Le danger des résultats trop rapides

L'épidémie de SIDA est bien sûr une urgence, mais il est essentiel de mettre au point des solutions pragmatiques à court terme et des ripostes stratégiques à long terme. Donner la préférence à une seule de ces deux approches serait lourd de conséquences.

Malheureusement, les approches mises en œuvre actuellement tendent à fournir des solutions qui, de par leur nature, doivent s'appliquer sur le court terme.

« Des choix sans concession » ripostent en acceptant une souffrance généralisée à court terme afin d'atteindre des objectifs sur le long terme. « Le poids du passé » décrit ce qui risque de se produire si l'on se concentre uniquement sur les symptômes urgents, et « Le moment de la transition » s'attache à guérir les symptômes tout en assurant un développement durable par une expansion massive des ressources et des capacités du système.

Dépendance, indépendance et interdépendance

Avec le développement de la mondialisation, il devient de plus en plus évident que les individus, les communautés, les nations et les systèmes qu'ils créent et dans lesquels ils vivent et travaillent sont reliés les uns aux autres. Cette intégration peut créer des opportunités, mais aussi des contraintes.

Dans « Des choix sans concession », les nations africaines se battent pour leur autonomie, qui, à long terme, peut leur apporter des opportunités dans les domaines économique, politique et des réformes sociales mais peut, dans l'immédiat, les obliger à subir des restrictions et des limitations (s'agissant par exemple des flux financiers).

Dans « Le poids du passé », l'intégration s'accroît, mais elle entraîne une dépendance des nations africaines à l'égard de pays plus riches et d'institutions plurilatérales, ce qui sape ou bloque les réformes économiques, culturelles et politiques nécessaires à l'avènement d'un développement plus diversifié et durable de chaque pays et mine la coopération régionale.

Dans « Le moment de la transition », l'interdépendance est réussie, car elle établit un partenariat équitable entre les nations africaines et les pays du reste du monde et voit les théories concernant le panafricanisme se traduire en réalité. Mais cela n'est possible que si les deux parties en présence changent fondamentalement et peut bien sûr entraîner une nouvelle vulnérabilité aux chocs extérieurs pour tous ceux qui sont concernés, notamment en raison de la volatilité actuelle des flux financiers internationaux.

Il est dangereux d'ignorer la culture et les signifiants locaux

Les croyances concernant le sexe, la mort, la mauvaise santé, le VIH, l'identité, la confiance et l'interprétation de l'univers jouent un grand rôle dans la définition des mesures de lutte contre l'épidémie de SIDA. Pourtant, dans l'ensemble, les politiques courantes concernant le VIH et le SIDA ne prêtent que trop peu d'attention à la culture et aux signifiants locaux. Les modèles médicaux ou comportementaux de la transmission du VIH peuvent n'avoir que peu de rapport avec la vision et les croyances indigènes, et cette discordance risque d'avoir de lourdes conséquences. Les scénarios illustrent comment différentes approches des signifiants peuvent affecter les résultats obtenus par les politiques de lutte contre le VIH et le SIDA.

Dans « Des choix sans concession », les gouvernements nationaux s'efforcent d'utiliser les signifiants locaux – soit en les adaptant, soit en les renforçant – de façon à mettre en place et à soutenir des politiques et des programmes efficaces, lesquels contribuent à l'élaboration de mesures sociales, sachant que les modèles de transgression et de punition peuvent aussi produire un effet contraignant.

Dans « Le poids du passé », l'ignorance, les conflits ou la méconnaissance des significations qui animent les cultures locales peuvent entraîner une incapacité des politiques et des programmes à prendre racine dans une communauté. De telles approches peuvent en fait accroître la stigmatisation, le blâme et les tabous et entraîner la suspicion ou le rejet à l'égard des techniques de prévention et des traitements.

Dans « Le moment de la transition », les parties prenantes modifient leur pensée conceptuelle : les concepts de risque, de vulnérabilité, d'impact et d'opportunités sont désormais adaptés avec succès aux contextes locaux.

ONUSIDA/C. PROZZI



La gestion des politiques et le débat public

Face à une crise qui, à l'évidence, dépasse la capacité actuelle de riposte et à laquelle vient s'ajouter une croissance démographique persistante, on ne peut tout entreprendre en même temps. Les systèmes subissent des pressions à tous les niveaux et tous les types de ressources doivent être utilisés avec discernement. Les scénarios examinent les nombreux aspects de la prise de décisions et de la mise en œuvre des mesures en rapport avec l'affectation des maigres ressources disponibles.

Dans « Des choix sans concession », les forces de la nation et de l'Etat sont déterminées à suivre leurs propres programmes et elles appliquent un système d'équilibre des pouvoirs afin d'atteindre leurs objectifs de développement, en dépit de leurs capacités limitées.

Dans « Le poids du passé », il n'est consacré que peu, voire pas de temps à la réflexion sur la disponibilité ou l'utilisation des capacités nationales ou internationales, ceci parce que les événements s'enchaînent trop rapidement, que les résultats doivent être produits trop promptement et que les priorités des individus, des pays et des institutions les plus puissants prévalent.

Dans « Le moment de la transition », en raison d'une plus grande transparence et d'une meilleure administration au sein des gouvernements, des institutions multilatérales, des ONG et des entreprises, la croissance des ressources financières est prévisible et durable. Ceci engendre par suite d'autres réformes économiques et politiques, qui, bientôt, entraînent une amélioration de la gestion du développement, notamment une plus grande transparence et une rationalisation du processus de prise des décisions.

Le leadership ne suffit pas mais il est important

Il est vital que la riposte au VIH et au SIDA puisse s'appuyer sur un leadership. Toutefois, si celui-ci ne pouvait pas compter sur le soutien des compétences et des ressources institutionnelles, sur la disponibilité des capacités du système ou sur une politique efficace, il ne serait pas en mesure de mener à bien la riposte à l'épidémie de SIDA.

Dans « Des choix sans concession », le leadership national stimule la riposte à l'épidémie, que ce soit sur le plan national, régional ou – avec le temps – dans l'ensemble de l'Afrique.

Dans « Le poids du passé », un grand nombre de dirigeants se font entendre et les autorités nationales déclarent que l'épidémie de SIDA en Afrique constitue une urgence nationale. Malheureusement, ces déclarations sont rarement suivies d'effets concrets.

Dans « Le moment de la transition », la tentation que peut éprouver le leadership d'user du culte de la personnalité s'efface devant la mission que se donnent les dirigeants, à savoir, susciter au niveau des pays comme de l'Afrique une participation consensuelle et exemplaire, durable et engagée aux nouvelles synergies animant les politiques et les programmes mondiaux.

Il n'y a pas de solution miracle

Si les causes de l'épidémie de SIDA sont complexes, les ripostes le sont tout autant. Il n'existe pas de politique unique susceptible de renverser le cours de l'épidémie. La thérapie antirétrovirale n'est pas un remède miracle, bien qu'elle soit parfois présentée comme tel, et l'accès généralisé aux préservatifs et au conseil et test volontaires ne fait pas office de potion magique. Même un vaccin ne saurait jouer ce rôle s'il n'est disponible qu'après 2020 et après 15 ans d'investissements insuffisants en faveur des systèmes nationaux de santé africains. A ce stade tardif, il est peu probable que le vaccin puisse être administré sur une échelle assez vaste. Cependant, un vaccin qui serait opérationnel après 2020 *pourrait* entraîner un changement rapide, mais seulement *dans la mesure où* des investissements significatifs auraient été consentis au cours de la période précédente, tant en ressources humaines qu'en systèmes de santé nationaux. Plutôt que d'élaborer une approche qui placerait tous ces espoirs dans une solution miracle unique, les scénarios suggèrent d'accepter et de programmer un large éventail d'interventions politiques.

Mal faire peut être pire que de ne rien faire

Dans « Le moment de la transition », l'épidémie est toujours vue sous l'angle de son contexte humain, social, politique, économique et développemental. Les conséquences à long terme des différentes mesures sont toujours considérées comme aussi importantes que leur impact immédiat. Cette approche repose sur l'expérimentation – et la volonté de tirer parti des erreurs passées et de repartir sur la base de nouvelles connaissances.



Si « Le moment de la transition » met en œuvre l'intégralité des mesures nécessaires à une diminution significative de la propagation du SIDA, cela ne signifie nullement que des mesures plus partielles constitueraient une perte de temps. La même approche pourrait être développée à une moindre échelle – au niveau national ou régional – et apporter des résultats. Toutefois, si les ressources disponibles ne permettent pas de mettre en œuvre toute la gamme des mesures dans le cadre d'une réponse complète, il est extrêmement important d'adapter les stratégies de prévention pour tenir compte de la dynamique et des impacts locaux de l'épidémie, et les priorités doivent être établies dans les limites de ce cadre. Dans ce contexte, il importe de reconnaître que les épidémies qui sévissent en Afrique peuvent être diverses.

Les approches et les mesures suggérées dans « le poids du passé » - notamment le développement inapproprié d'une thérapie antirétrovirale – dépourvues de vérifications et d'équilibres suffisants, peuvent être plus dommageables que l'absence de mesures. En revanche, « Des choix sans concession » prône les vertus des mesures reposant sur la prudence : si « Le poids du passé » est le lièvre, « Le moment de la transition » est la tortue qui gagne cette course grâce au soin qu'elle a mis à fixer ses objectifs et à la détermination qu'elle s'impose afin de tirer le maximum de ses maigres ressources.

La sexospécificité

On comprend bien désormais qu'il est important de prêter attention aux spécificités sexuelles – notamment à la vulnérabilité des femmes face au VIH, sur le plan social, économique et psychologique – mais on connaît mal les politiques et les mesures qui contribueraient à réduire le plus efficacement cette vulnérabilité.

« Des choix sans concession » montre que si pour des raisons idéologiques ou de droits humanitaires, la sexospécificité ne constitue par le centre de l'attention, il existe des raisons tout à fait pragmatiques, du point de vue économique et social, de se préoccuper du statut des filles et des femmes si l'on veut améliorer le développement national et faire baisser la prévalence du VIH.

« Le poids du passé » montre qu'il est dangereux de s'occuper des femmes isolément sans tenir compte de la complexité de la famille élargie et des relations communautaires. Ainsi, les programmes qui mettent au premier plan les changements de comportements

individuels risquent de rejeter la responsabilité sur les femmes elles-mêmes, alors que celles-ci n'ont souvent pas le pouvoir de négocier leurs choix avec leurs partenaires sexuels.

« Le moment de la transition » montre qu'un intérêt particulier pour les questions de sexospécificité et pour leurs plus larges ramifications recèle un immense pouvoir de transformation et permet de catalyser les réformes sociales, économiques et politiques.

La prise en charge des orphelins et des enfants vulnérables

Les scénarios montrent que le nombre d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA continuera d'augmenter, quelle que soit la politique choisie par les gouvernements et insistent sur le fait qu'ignorer les besoins psychologiques, culturels, affectifs et sociaux de ces enfants sera lourd de conséquences. Jusqu'ici, la réticence des communautés à prendre ces enfants en charge a été considérable, mais avec la persistance de l'épidémie de SIDA, cette réticence pourrait s'estomper.

« Des choix sans concession » montre comment les gouvernements africains pourraient intégrer la prise en charge des orphelins et des enfants vulnérables en tant que facteur primordial de la construction du futur de leurs nations. Différentes approches sont étudiées : quelques-unes considèrent que ces enfants représentent une ressource économique ; d'autres se concentrent sur leur éducation ou leur formation ; d'autres encore permettent d'assurer que ces enfants demeurent au sein de leur communauté, enfin d'autres envisagent la construction d'orphelinats.

« Le poids du passé » révèle que le sort de ces enfants pourrait devenir un facteur d'instabilité et de pauvreté. Un cercle vicieux s'installe, emprisonnant un grand nombre d'entre eux dans un schéma de stress permanent d'origine traumatique qui aboutit à des comportements allant de la délinquance à la dépression. Ces enfants deviennent ensuite des adultes souffrant de traumatismes psychologiques chroniques.

Dans « Le moment de la transition », les « orphelins du SIDA » ont accès à de plus vastes ressources, notamment à une aide psychologique explicite et ne sont pas considérés comme des victimes. Ils sont encouragés à jouer un rôle actif dans la construction de leur avenir, dans les choix concernant leur éducation ainsi que leur lieu et leur mode de vie.



Le traitement doit être mental et physique

« Des choix sans concession » et « Le poids du passé » font apparaître le danger de ne pas accorder une importance suffisante à la santé mentale dans la riposte au VIH et au SIDA. Il y a tout d'abord le traumatisme individuel infligé par l'épidémie. Par ailleurs, les communautés et la nation subissent également des traumatismes, mais ce phénomène est encore mal connu. Une des difficultés rencontrées par ceux qui s'attaquent à ce traumatisme réside dans le fait qu'il n'existe pas d'ennemi commun et personnalisé que les gens pourraient voir et contre lequel ils pourraient s'unir – il n'existe pas quelqu'un que l'on pourrait citer en justice, ni de mécanisme par lequel la justice pourrait être rendue.

« Des choix sans concession » étudie différents moyens d'apporter un peu d'espoir aux gens et de réconfort à ceux qui souffrent. Mais là encore, les ressources sont insuffisantes. Les gouvernements tendent à diriger l'aide vers les domaines où elle produirait le plus d'effet. C'est ainsi que dans de nombreux pays, ils se concentrent sur la future génération, et en particulier sur les orphelins et les enfants vulnérables.

« Le moment de la transition » reconnaît de façon plus explicite l'importance d'une offre généralisée de soins psychologiques – et trouve les moyens de les prodiguer.

Qui recueille les fruits du changement social ?

Tous les scénarios racontent comment les gens réagissent aux changements sociaux rapides.

« Des choix sans concession » explique que de contrebalancer ou de tempérer le changement social rapide en lui opposant d'autres valeurs, telles que la continuité de la culture ou de l'identité, peut paraître dur mais a le pouvoir de susciter des éléments positifs, tel que le maintien de la sécurité, de l'autonomie et de la cohésion sociale.

« Le poids du passé » montre comment une minorité peut s'emparer des bienfaits du changement social et entraîner ainsi des conséquences désastreuses pour la majorité de la population.

« Le moment de la transition » révèle quelques-uns des moyens grâce auxquels un nombre de personnes considérablement plus important suivent le courant positif du changement social, et décrit en outre divers avantages

auxquels elles pourraient avoir accès si les connaissances, la croissance économique et la transformation sociale étaient encore plus largement partagées.

Les ripostes locales sont vitales

Si l'on veut que les ripostes au VIH et au SIDA soient efficaces, l'action au niveau local est primordiale afin de préserver des comportements sains, d'assurer une prise en charge et, de plus en plus, de dispenser un traitement aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA, et en outre d'atténuer l'impact de l'épidémie, par exemple en prenant en charge les orphelins. Les ripostes nationales au VIH et au SIDA doivent pouvoir s'appuyer sur des services fournis localement et sur la participation des organisations communautaires (qu'elles soient proches du gouvernement, religieuses ou communales). Les trois scénarios étudient divers schémas très différents d'organisation locale et de relation entre celle-ci et l'Etat et avec d'autres structures.

Dans « Des choix sans concession », le rôle de l'Etat en tant que médiateur et coordonnateur des efforts locaux revêt une grande importance et, dans certains cas, cela implique des échanges qui permettent de soutenir la diversité et de maintenir les efforts locaux sur leur lancée.

« Le poids du passé » considère une multiplication de ripostes locales rarement coordonnées et qui, souvent, n'existeraient pas sans le contact direct qu'elles entretiennent avec les organisations locales dans d'autres parties du monde.

Dans « Le moment de la transition », la société civile est la force motrice des transitions qui agit en raison de sa relation, parfois contestée mais vigoureuse par la force des choses, avec son gouvernement.

Nouveau rôle des institutions religieuses

Le rôle des organisations religieuses dans la riposte à l'épidémie a été considérable, mais il n'est généralement pas mis en relation avec la transformation de la dynamique religieuse en tant que puissance sociale dans l'ensemble du continent africain. Les scénarios mettent en lumière le rôle radicalement différent que la religion pourrait jouer.

Dans « Des choix sans concession », la capacité effective et potentielle des organisations religieuses est mobilisée par les dirigeants nationaux en tant que partie intégrante de la riposte nationale au VIH et au SIDA.



Dans « Le poids du passé », les institutions religieuses constituent l'un des rares refuges mis à la disposition des communautés qui souffrent des conséquences du SIDA. Mais la relation entre les personnes d'obédiences différentes et entre les institutions religieuses et laïques est souvent inconfortable et parfois extrêmement tendue.

Dans « Le moment de la transition », les autorités religieuses et leurs congrégations, tant en Afrique qu'ailleurs, jouent un rôle majeur dans l'avènement de nouvelles valeurs mondiales et, en particulier, dans la riposte à l'épidémie de SIDA. La collaboration entre groupes religieux s'intensifie. Ces initiatives impliquent la volonté de mettre de côté les différences doctrinales pour favoriser la coopération.

La signification du temps

Le temps lui-même revêt une signification différente dans chacun des scénarios.

« Des choix sans concession » nous dit que les valeurs temporelles sont les mêmes dans toutes les régions et que le passé a son importance – le mérite des ancêtres, l'histoire familiale et l'identité influencent profondément le présent, et les conséquences des actions présentes se répercutent non seulement sur les personnes qui vivent aujourd'hui, mais aussi sur les générations à venir.

Dans « Le poids du passé », le temps passe vite et les résultats doivent être immédiats ; les objectifs sont assortis de délais et les actions sont mesurées au regard des politiques. Les événements qui durent, comme l'épidémie de SIDA, ne peuvent être appréhendés dans des temps si courts.

« Le moment de la transition » nous fait comprendre la profondeur du temps plutôt que sa longueur. Les transitions et les transformations envisagées dans « Le moment de la transition » pourraient se prolonger sur des générations si elles se produisaient de manière séquentielle, c'est-à-dire si chacune devait parvenir à son terme avant le début de la suivante.

« Le moment de la transition » nous parle d'un monde où les bonds en avant et les synergies sont des maîtres-mots, où les transitions peuvent être rapides, car elles s'appuient sur d'autres transformations et que tous ces changements se produisent simultanément.

Les réponses aux défis posés par le développement ne tiennent que trop rarement compte du temps

autrement qu'en le mesurant en cycles de projets de trois à cinq ans. Si toute action est désormais sans objet pour les millions de personnes déjà décédées du SIDA, il n'en faut pas moins considérer le temps – et l'expérience humaine du temps – comme un facteur significatif de la riposte au VIH et au SIDA, faute de quoi les erreurs du passé pourraient se reproduire.

Le financement de la riposte nécessaire

Les indicateurs des progrès réalisés par la riposte à l'épidémie de SIDA sont étroitement liés à la quantité de ressources dépensées pour les programmes et les services relatifs à la lutte contre le VIH et le SIDA. En particulier, les scénarios suggèrent que pour obtenir une amélioration des résultats épidémiologiques, ou même simplement empêcher que ceux-ci ne se détériorent de façon significative, il faudra relever de façon substantielle le niveau actuel des dépenses en faveur de la prévention du VIH et du SIDA, des soins, du traitement et de l'atténuation de la souffrance.

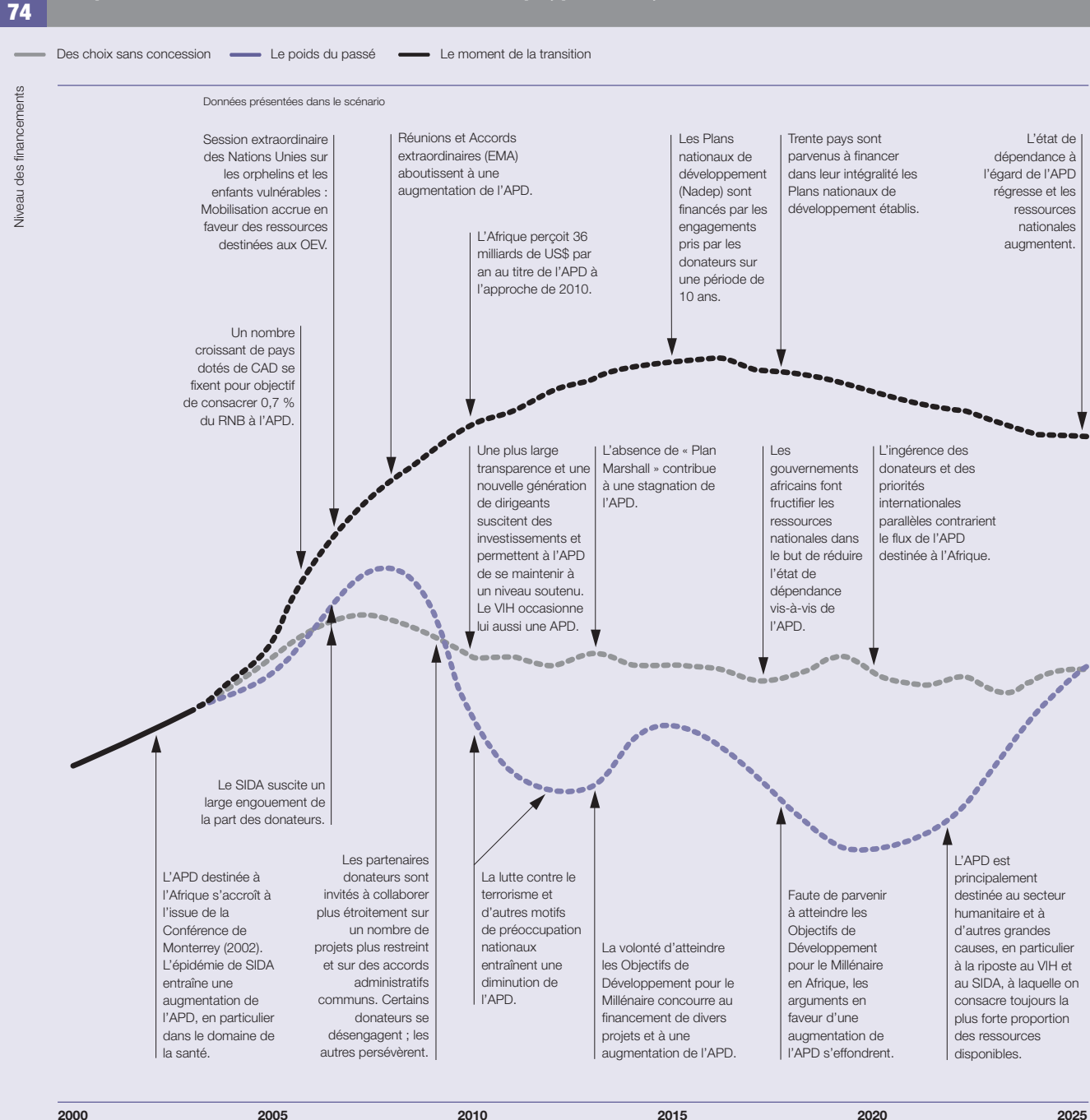
Les scénarios font le bilan des ressources qui seront nécessaires pour mener à bien les programmes de lutte contre le SIDA.

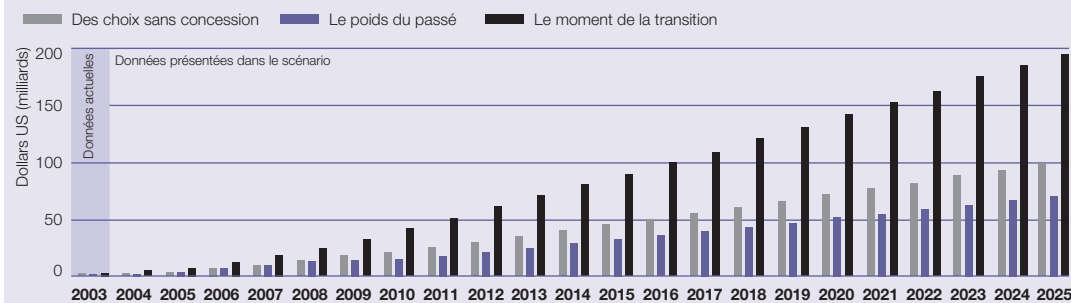
Dans « Des choix sans concession », l'aide, qui avait au départ suscité un engouement de la part des donateurs, continue de stagner à son niveau actuel. Les dépenses importantes recommandées par le *Projet du Millénaire* ne se concrétisent pas. Toutefois, les gouvernements africains s'efforcent de tirer le parti maximal des investissements disponibles grâce à des politiques intérieures bien conçues.

Dans « Le poids du passé », on assiste à des augmentations substantielles de l'aide pendant une période initiale de croissance, dont une grande partie est accaparée par des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA fonctionnant indépendamment des efforts de développement. Ensuite, l'aide se fait volatile et imprévisible.

Dans « Le moment de la transition », on présume que l'aide augmente de façon significative et durable, répondant en ceci aux recommandations du *Projet du Millénaire*, et que le financement en faveur de la lutte contre le VIH et le SIDA s'inscrit dans ce contexte de développement plus large.

Figure 74 Comparaison des tendances de l'APD destinée à l'Afrique, par source, 2000-2025





Source : ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

Les scénarios indiquent clairement que, outre l'intérêt porté au *montant* des dépenses destinées aux programmes de lutte contre le VIH et le SIDA, il importe de considérer l'*opportunité* de l'usage qui en est fait et la nature des autres objectifs de développement financés dans le même temps.

Le véritable impact du SIDA mettra longtemps à se manifester. On pourrait le décrire comme une explosion silencieuse, suivie d'une série d'ondes de choc. De même, les politiques de riposte mettront un certain temps à manifester leurs résultats. Les projets à court terme peuvent avoir un effet favorable sur le plan local et individuel, mais prendre la mesure de l'avenir de l'épidémie par des tours d'horizon limités à trois ans ne produira pas d'effet significatif dans l'ensemble. Par ailleurs, les solutions à court terme peuvent entraîner les conséquences qu'elles sont censées prévenir.

« Des choix sans concession » montre que les perspectives des politiques propres aux nations africaines pourraient s'inscrire dans le long terme – même lorsque celles des institutions et des gouvernements étrangers demeurent brèves ou étroites.

« Le poids du passé » décrit les conséquences de l'agitation politique, lorsque les activités demeurent prisonnières des mandats politiques ou que l'on escompte des résultats rapides.

Dans « Le moment de la transition », tout le monde voit plus loin, tant en Afrique qu'ailleurs, et les donateurs prennent des engagements de financement portant sur des périodes de 10 à 15 ans, tandis que les dirigeants africains se montrent capables ou désireux de planifier sur le long terme.

Dans les scénarios, le projet s'inspire du travail réalisé pour déterminer le coût de la riposte au cours de la dernière décennie (voir les **annexes 1 et 2**). Ceci englobe une extrapolation des coûts et de l'efficacité probable de quelque 26 interventions, dont 18 sont spécifiquement consacrées à la prévention et traitent notamment des campagnes médiatiques et du test et conseil volontaires, ainsi que du travail réalisé au sein de groupes spécifiques de populations vulnérables (notamment les jeunes, scolarisés ou non) et de la prestation de services allant de la distribution de préservatifs aux « précautions universelles » en milieu de soins de santé.

L'ensemble des interventions comporte également les soins et le traitement, des soins palliatifs à une large mise à disposition de traitements antirétroviraux. Les coûts relatifs à cette composante sont ceux afférents aux services de laboratoire nécessaires à la surveillance des traitements et de la toxicité des médicaments, au soutien nutritionnel des patients et à l'achat des médicaments. Des coûts ont en outre été inclus pour la prise en charge des orphelins et des autres enfants vulnérables. En revanche, les coûts inhérents notamment à la formation complémentaire du personnel de santé ou au développement des infrastructures ne sont pas prévus.

L'intérêt d'un accroissement des dépenses consenties pour l'intensification de la riposte à l'épidémie de SIDA devrait dépasser de façon significative les coûts encourus. Dans le cadre du scénario « Le moment de la transition », les donateurs, les gouvernements et les acteurs africains du secteur privé consacrent 195 milliards de dollars US à la lutte contre le SIDA pendant le premier quart de ce siècle. Les dépenses totales encourues dans le scénario « Le poids du passé » atteignent environ 70 milliards de dollars US¹. Quant aux dépenses totales effectuées dans « Des choix sans concession », scénario qui affiche une expansion moins rapide de la thérapie antirétrovirale, elles se situent à mi-chemin entre « Le moment de la transition » et « Le poids du passé » et atteignent un montant de 98 milliards de dollars US.

Les ressources requises ne sont pas astronomiques : à titre de comparaison, le coût d'une riposte complète à l'épidémie de SIDA en Afrique (195 milliards de dollars US) est plus de la moitié inférieur à celui des dépenses réalisées aux Etats-Unis au cours de l'année 2003 pour l'achat de véhicules².

Les différentes sources de dépenses pour le VIH et le SIDA

Chacun des scénarios envisage à sa manière les issues épidémiologiques. Cela réside essentiellement dans le fait que chaque scénario met en scène des programmes différents. Ceux-ci diffèrent non seulement par leur issue épidémiologique, mais aussi par leur contenu, leurs coûts et leurs sources de financement.

Le programme le moins coûteux, celui mis en œuvre dans le scénario « Le poids du passé », exige des gouvernements et des individus qu'ils contribuent

¹ Les dépenses cumulatives des scénarios plus coûteux masquent une diminution progressive des augmentations de coûts. Au-delà de 2025, les dépenses du début et des options plus coûteuses ont entraîné à long terme la chute des coûts afférents à la riposte contre l'épidémie. Au cours des années suivantes, les effets positifs de dépenses supérieures apparaîtront rapidement comme de plus en plus évidents.

Figure 76 **Dépenses totales en faveur de la riposte au VIH et au SIDA en Afrique, par source et par composante, 2003-2025**

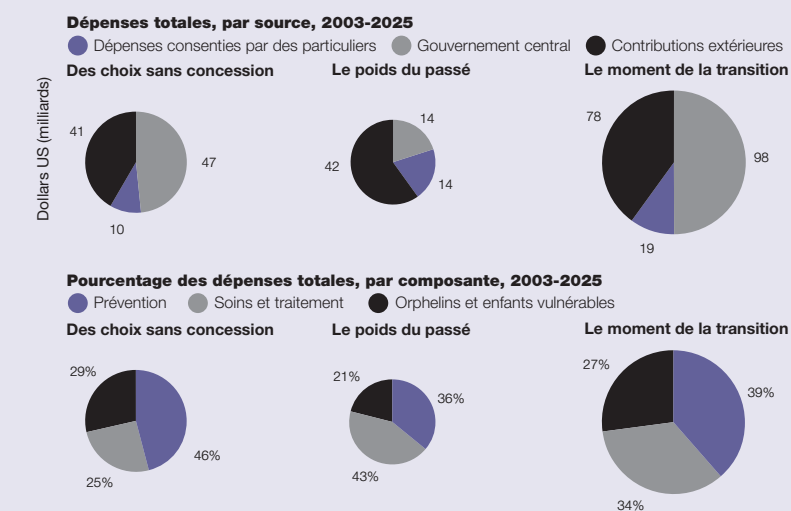


Figure 77 **Comparaison des dépenses consenties dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA et aux nouvelles infections en Afrique, selon les scénarios, 2003-2025**

Indicateur (Milliards de US\$, excepté lorsque valeur mentionnée)	Scénario		
	Des choix sans concession	Le moment de la transition	Le poids du passé
Dépenses totales – riposte au VIH et au SIDA	98	195	70
Prévention	45	75	25
Soins et traitement	25	67	30
Orphelins et enfants vulnérables	28	53	15
Nombre cumulatif de nouvelles infections (millions)	65	46	89

Source : ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

Figure 78 **Coût différentiel de la prévention en Afrique, par rapport au scénario « Le poids du passé », 2003-2025**

Coût différentiel (US\$)	Scénario	
	Des choix sans concession	Le moment de la transition
Par infection évitée	800	1 160
Par QALY épargnée ^a	20	29

^aLa notion d'année de vie gagnée pondérée par sa qualité (QALY) se fonde sur le nombre différentiel ou additionnel d'infections qui ont pu être évitées dans chaque scénario par référence au scénario « Le poids du passé ». Ce calcul est réalisé sur la base d'une infection contractée à l'âge de 25 ans et d'une espérance de vie de 65 ans. Selon ce principe, chaque infection évitée correspond à un gain de 40 ans de vie active. Etant donné que les calculs sont fondés uniquement sur les infections évitées et non sur les années de vie gagnées grâce à la thérapie antirétrovirale, seuls les coûts de la prévention sont pris en considération.

Source : ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

financièrement à hauteur de 20 % chacun, l'ensemble des contributions extérieures assumant les 60 % restants. Bien que ce scénario repose sur les options les moins coûteuses, ses exigences en matière de contributions extérieures relatives sont les plus élevées.

Le scénario « Des choix sans concession » élabore une option programmatique fondée sur des coûts immédiats, dont la plus faible proportion relative relève de contributions extérieures (48 %) et la proportion la plus élevée de financements intérieurs, avec une mise de fonds gouvernementale de 42 % et une dépense individuelle s'élevant à 10 %.

Le programme le plus onéreux est celui décrit dans « Le moment de la transition », qui nécessite 50 % de contributions extérieures, 40 % de contributions gouvernementales, une charge de 10 % incombant aux particuliers. Cette option reflète l'engagement croissant des gouvernements africains dans la riposte au VIH et au SIDA, ainsi qu'une diminution de leur dépendance à l'égard de l'aide extérieure.

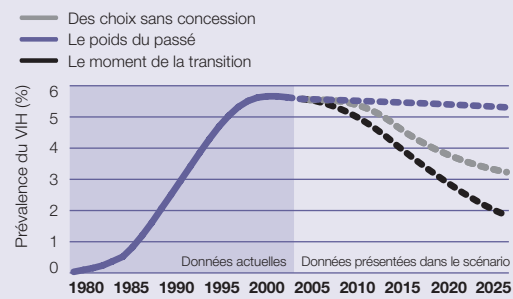
La Figure 76 fournit une ventilation des dépenses cumulatives par composantes des trois scénarios. Elle montre que la priorité « Des choix sans concession » réside dans la prévention. Dans « Le poids du passé », les soins et le traitement sont privilégiés mais s'inscrivent dans un schéma de dépenses significativement inférieur. Enfin, dans « Le moment de la transition », avec des dépenses totales beaucoup plus importantes, un juste équilibre est atteint entre la prévention, les soins et le traitement et la prise en charge des orphelins et des enfants vulnérables.

Dépenser plus pour une meilleure santé et davantage d'années de vie

Alors, que peut-on obtenir de plus avec une dépense supplémentaire de 125 milliards de dollars US pour l'Afrique, si l'on préfère la méthode décrite dans « Le moment de la transition » à celle énoncée dans « Le poids du passé » ?

Tout d'abord, avec des fonds supplémentaires on peut éviter un certain nombre de nouvelles infections par le VIH et gagner quelques années supplémentaires de vie. Combien d'infections est-il possible d'éviter ainsi ? Et combien d'années de vie peut-on s'attendre à gagner ? Une façon de répondre à ces questions est de comparer les résultats de scénarios les plus optimistes avec ceux, qui le sont moins, du « Poids du passé ».

Figure 79 **Prévalence du VIH parmi la population adulte en Afrique, par scénario, 1980-2025**



Source : ONUSIDA (2004) *Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève (données chronologiques) ; ONUSIDA *Le SIDA en Afrique* Projet de scénarios.

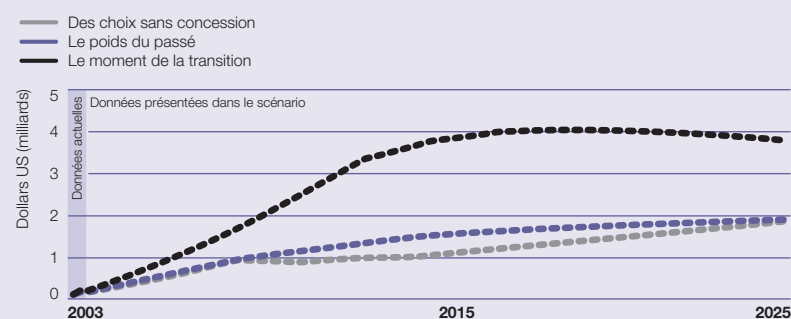
Ainsi, sur la période allant de 2003 à 2025, le scénario « Le moment de la transition » enregistrerait un nombre de personnes infectées par le VIH inférieur de 43 millions au scénario « Le poids du passé » (voir la **Figure 77**). Les 50 milliards de dollars US supplémentaires dépensés pour la prévention dans « Le moment de la transition » peuvent raisonnablement être considérés comme une composante-clé ayant contribué à ce nombre moins élevé d'infections (même si « Le moment de la transition » indique clairement que des modifications sociales et économiques substantielles sont également nécessaires).

Si l'on prend « Le poids du passé » comme point de comparaison, les fonds supplémentaires dépensés par « Le moment de la transition » et « Des choix sans concession » peuvent être considérés comme le coût différentiel par infection évitée (voir la **Figure 78**). Cette analyse montre que l'opération la plus rentable du point de vue du coût-efficacité des interventions proposées est celle réalisée dans le scénario « Des choix sans concession », ce qui reflète le refus des compromis qu'illustre le scénario. Dans « Des choix sans concession », les besoins des groupes faciles à atteindre sont couverts en priorité par rapport à ceux des groupes difficiles à atteindre, et le coût différentiel par infection évitée se monte, si on le compare à celui du scénario « Le poids du passé », à 800 dollars US. Le montant du coût par infection évitée dans le scénario « Le moment de la transition » est en moyenne supérieur de 50 % à celui constaté dans le scénario « Des choix sans concession », en raison du coût plus élevé de la prévention de l'infection à VIH parmi les populations qui sont plus difficiles à atteindre.

Les épidémiologistes et les économistes de la santé estiment souvent le rapport coût-utilité d'une intervention en calculant le nombre d'années de vie additionnelles que l'on peut attribuer à cette intervention. Dans ce cas, on peut raisonnablement admettre que chaque infection évitée dans « Le moment de la transition » et dans « Des choix sans concession » entre dans un schéma comparable au scénario « Le poids du passé », avec un gain de 40 années de vie supplémentaires pour chaque infection évitée.

L'analyse coût-efficacité n'est qu'une manière étroitement définie d'analyser l'intérêt d'une riposte rigoureuse. Au delà de ces calculs, le scénario « Le

Figure 80 **En Afrique, montant des dépenses annuelles consenties dans le cadre des soins et du traitement prodigués, par scénario, 2003-2025**



Source : ONUSIDA *Le SIDA en Afrique* Projet de scénarios.

moment de la transition » étudie un élément plus important encore, à savoir le recours à des mesures concertées de lutte contre le VIH et le SIDA. Les dépenses consacrées à la lutte contre l'épidémie permettent en effet de marginaliser la maladie de façon à faire disparaître progressivement la nécessité de maintenir un degré élevé de dépenses au-delà de 2025. A ce moment-là, il sera également possible d'épargner considérablement, tant en vies humaines qu'en argent. La diminution de l'impact de l'épidémie pourrait bien compenser les premières dépenses en intensifiant la croissance et la stabilité des pays africains.

Dépenser pour épargner

Les dépenses futures envisagées dans les scénarios « Le moment de la transition » et « Des choix sans concession » seraient sans doute substantiellement moins élevées que les coûts qui seraient évités par des dépenses. Dans « Le poids du passé », l'épidémie se répandrait largement et ne pourrait pas être stoppée, même au prix d'un effort se montant au total à 70 milliards de dollars US pendant un quart de siècle et à 4 milliards de dollars par an par la suite. Dans le scénario « Le moment de la transition », les dépenses s'élèveraient à 11 milliards de dollars en 2025, soit presque trois fois plus que dans le scénario « Le poids du passé », mais la différence en termes de résultats potentiels serait considérable.

Dans « Le poids du passé », en 2025, le VIH constituerait toujours un danger très clair et très présent, le nombre d'adultes et d'enfants alors infectés équivalant à 3 % de la population (soit plus de 5 % des adultes – voir la **Figure 79**). Dans « Le moment de la transition », l'épidémie de SIDA en Afrique devrait avoir amorcé un déclin, le nombre d'adultes alors infectés ne s'élevant plus qu'à 2 %.

L'équilibre entre prévention et soins

Lorsque la prévalence du VIH se stabilise ou chute, on perçoit concrètement les premiers effets financiers des dépenses antérieures, avec une diminution des coûts des soins et du traitement. Ces coûts augmentent de façon continue dans « Le poids du passé » et « Des choix sans concession » pendant toute la période du scénario, alors que dans « Le moment de la transition », ils amorcent une diminution annuelle à compter de 2017.

Figure 81 **En Afrique, montant des dépenses annuelles destinées aux orphelins et aux enfants vulnérables, par scénario, 2003-2025**

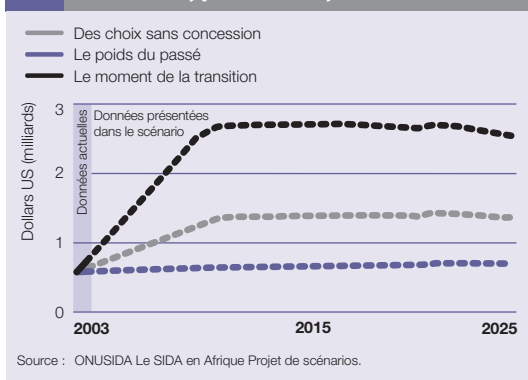


Figure 82 **En Afrique, nombre d'enfants orphelins, par scénario, 2025**

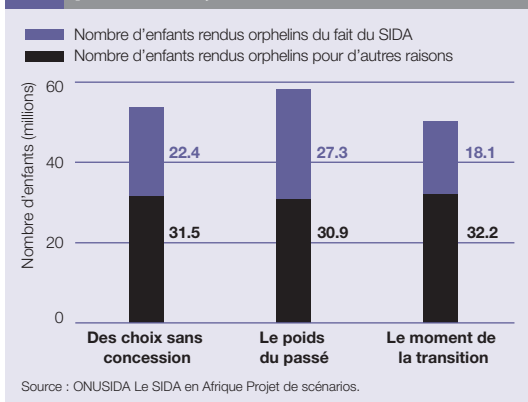
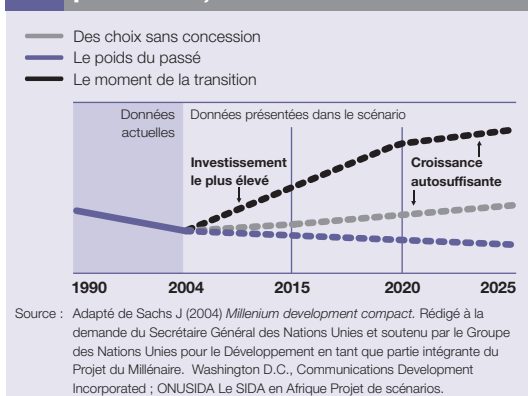


Figure 83 **Revenu par habitant en Afrique, par scénario, 1990-2025**



La mise à disposition rapide de traitements antirétroviraux, que l'on constate dans « Le moment de la transition », se réserve la part du lion puisqu'en 2012, elle représente 57 % des dépenses pour les soins et le traitement. Ce scénario fait apparaître également la diminution la plus spectaculaire de la demande en termes absolus de thérapie antirétrovirale.

Orphelins et enfants vulnérables

Dans « Le poids du passé », le niveau des ressources consacrées à des services de prise en charge des orphelins reste similaire à celui de 2003 pendant toute la durée du scénario. Dans « Des choix sans concession », les dépenses en 2010 sont deux fois plus élevées que dans « Le poids du passé » et demeurent juste en-dessous de 1,5 milliard de dollars US par an jusqu'en 2025. Dans « Le moment de la transition », les dépenses destinées aux orphelins et aux enfants vulnérables atteignent le chiffre beaucoup plus élevé de 2,5 milliards de dollars US par an pendant toute la période.

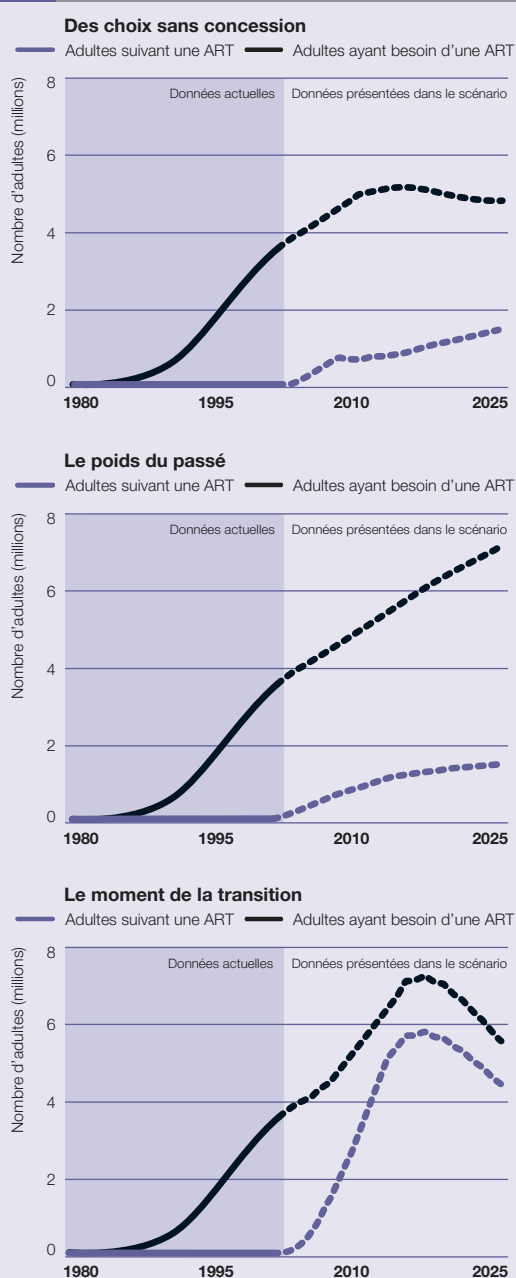
Le nombre des enfants rendus orphelins du fait du SIDA continue de s'accroître dans « Le poids du passé » et atteint plus de 27 millions d'ici à 2025. Dans les scénarios « Des choix sans concession » et « Le moment de la transition », ce nombre pourrait déjà avoir commencé à diminuer au terme de la période considérée. Après 2025, on peut s'attendre à ce que la diminution du nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables ainsi que celles des frais qu'entraîne leur prise en charge s'intensifie dans ces deux scénarios, ce qui n'est pas le cas pour « Le poids du passé ».

Revenu par habitant en Afrique

Cette section analyse l'influence des différents scénarios sur le revenu par habitant.

Dans « Des choix sans concession », la croissance économique moyenne globale est de l'ordre de 2 % par an et dépasse légèrement la croissance démographique dans certaines régions. Jusqu'en 2015, l'aide s'accompagne d'importants investissements étrangers directs (IED) en provenance même de l'Afrique, ce qui permet d'améliorer l'infrastructure. Plus tard, cet aspect ajouté à des accords commerciaux internationaux plus avantageux, entraîne un retour des investissements étrangers directs (IED) internationaux. Un environnement

Figure 84 En Afrique, nombre d'adultes ayant accès à un traitement antirétroviral et nombre d'adultes à qui il devrait être prodigué, par scénario, 1980-2025



Source : ONUSIDA (2004) Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA, Genève (données chronologiques) ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

local plus à même de soutenir sa propre économie grâce à des investissements provenant de gouvernements africains désireux de mettre de l'ordre dans leurs affaires favorise un gain de confiance.

Dans « Le poids du passé », les pays africains peinent à attirer l'aide et les IED. Ils ne parviennent pas non plus à obtenir de meilleures conditions sur le plan du commerce multilatéral. Cette conjoncture se traduit à long terme par une diminution du revenu par habitant. De plus, étant donné que la croissance économique ne suit pas le rythme de la demande d'une population en croissance, la plupart des bénéfices réalisés dans certains pays d'Afrique sont purement et simplement annulés.

Dans « Le moment de la transition », la moyenne de la croissance économique annuelle est de 4 %, taux supérieur à celui de la croissance démographique, d'où un revenu plus élevé par habitant. Jusqu'en 2020, d'importants investissements, sous forme d'une aide massive et de facilités accordées aux échanges commerciaux aboutissent à un investissement supérieur en faveur des compétences humaines et de l'infrastructure. Ce qui importe ici, c'est que l'aide à long terme doit permettre à l'Afrique de devenir plus concurrentielle sur le plan de la production et de mieux diversifier ses exportations. Cela signifie que le commerce peut dès lors générer plus de capitaux qui seront réinvestis dans le renforcement d'une économie de plus en plus autosuffisante à partir de 2020.

Les avantages des interventions rapides

Les scénarios les plus coûteux devraient afficher des résultats positifs d'ici 2025, voire 2015. Les différences qui apparaissent sur le plan de la mortalité entre les trois scénarios sont directement liées au nombre de personnes recevant une thérapie antirétrovirale. Dans « Le poids du passé », la mise à disposition élargie de traitements antirétroviraux n'atteint pas les résultats escomptés, alors qu'elle produit un impact significatif sur la mortalité dans « Le moment de la transition »ⁱⁱ.

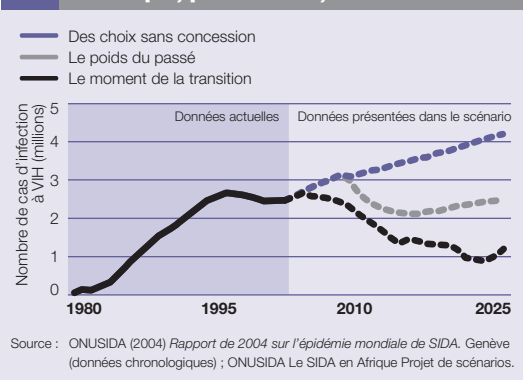
Ce succès capital indique clairement que des dépenses substantielles engagées dès le départ peuvent avoir des effets positifs en temps opportun sur l'épidémie. Les coûts demeurent relativement élevés lorsque les scénarios s'achèvent, mais plus les dépenses seront élevées en 2025, plus vite les coûts diminueront au cours des années suivantes.

ⁱⁱPar « personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral dans le courant d'une année donnée », on entend toute personne dont l'évolution récente de l'état de santé nécessiterait ce type de thérapie et en outre toute personne déjà traitée de la sorte au cours de l'année écoulée et dont le traitement se poursuit avec succès au cours de l'année considérée. Dans le scénario « Le moment de la transition », le nombre de patients suivant une ART est significativement plus important, la plupart d'entre eux poursuivant leur traitement l'année suivante. Les besoins sont en conséquence plus importants que dans le cas d'un scénario où seul un nombre restreint de personnes ont accès à ce type de traitement et où le besoin concerne essentiellement des patients dont l'état de santé à récemment évolué vers un SIDA déclaré. La plupart des personnes au sujet desquelles on évoque le besoin de suivre une thérapie antirétrovirale dans le scénario « Le moment de la transition » ne sont pas qualifiées comme telles dans les autres scénarios, dans la mesure où elles sont là déjà décédées.

Région	Année		Scénario					
	2004		2025		Le poids du passé		Le moment de la transition	
			Des choix sans concession	Le poids du passé				
Continent africain	813		1 230		1 220		1 240	
Afrique de l'Est	195	24%	325	26%	322	26%	329	27%
Afrique de l'Ouest et Afrique Centrale	314	39%	501	41%	501	41%	504	41%
Afrique Australe	130	16%	176	14%	172	14%	179	14%
Afrique du Nord	174	21%	226	18%	226	19%	226	18%

Source : Division de la population du PNUD ; ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

Figure 86 Nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH parmi la population adulte en Afrique, par scénario, 1980-2025



L'amélioration probable du bien-être de la société obtenue grâce à ces changements promet de compenser largement les coûts engagés, si l'on songe qu'au-delà de 2025 le SIDA ne sera plus l'épidémie incontrôlable qui jetait un ombre menaçante sur l'avenir de l'Afrique.

L'épidémie de SIDA

La population totale du continent passe de 810 millions d'habitants actuellement à 1,22 milliard dans « Le poids du passé », à 1,23 milliard dans « Des choix sans concession » et à 1,24 milliard dans « Le moment de la transition ». Ces données sont calculées sur la base de la courbe de fécondité moyenne définie par la *Division de la Population des Nations Unies* et les différences du nombre d'habitants résultent exclusivement de l'impact de l'épidémie (lequel entraîne une augmentation du nombre de décès tout en diminuant le nombre de naissances) et de l'effet des programmes de lutte contre le SIDA (prolongement de la vie, infections évitées et, par conséquent, augmentation des naissances).

La **Figure 85** fournit des informations sur le nombre de personnes dans chaque région considérée et sur le pourcentage que représente ce dernier par rapport à la population totale. En Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale, le nombre d'habitants s'accroît tant en termes absolus qu'en pourcentage par rapport à la population totale. Au contraire, la population de l'Afrique Australe accuse une croissance du nombre réel d'habitants mais un moindre pourcentage par rapport à la population totale du continent.

Figure 87 Nombre d'adultes vivant avec le VIH et le SIDA en Afrique, par scénario, 1980-2025

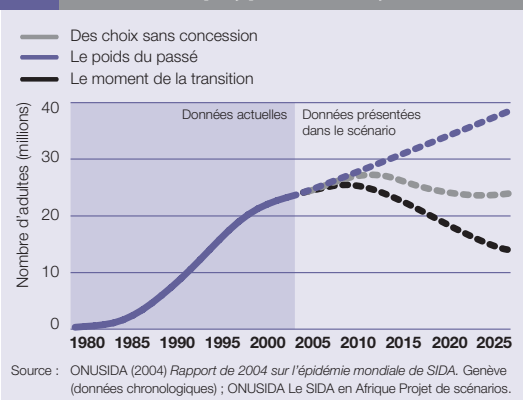
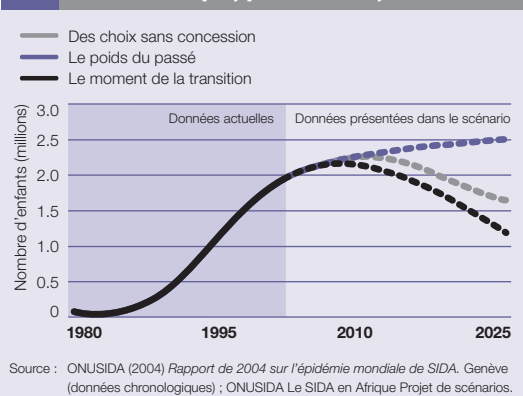


Figure 88 Nombre d'enfants vivant avec le VIH et le SIDA en Afrique, par scénario, 1980-2025



Personnes récemment infectées par le VIH

Une des différences les plus frappantes entre les scénarios réside dans le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH. « Le poids du passé » fait apparaître un accroissement rapide de l'incidence du VIH tout au long de la période du scénario, et en 2025, le nombre de nouvelles infections chez les adultes s'élève à 4 millions par an. « Le moment de la transition » montre au contraire une diminution significative de la prévalence du VIH, mais le nombre de nouvelles infections commence à remonter à l'approche de la fin de la période, en raison de l'accroissement continu de la population.

L'incidence dépend des dépenses consenties pour la prévention. Ainsi, les chiffres de l'incidence dans « Des choix sans concession » et « Le poids du passé » divergent peu après que « Des choix sans concession » a révélé une augmentation sensible des dépenses en faveur de la prévention par rapport à celles envisagées dans le « Poids du passé ».

Les adultes vivant avec le VIH et le SIDA

Parce qu'il reflète des niveaux d'engagement distincts à l'égard des programmes de prévention et une variabilité de l'incidence, le nombre des adultes vivant avec le VIH et le SIDA diffère considérablement d'un scénario à l'autre.

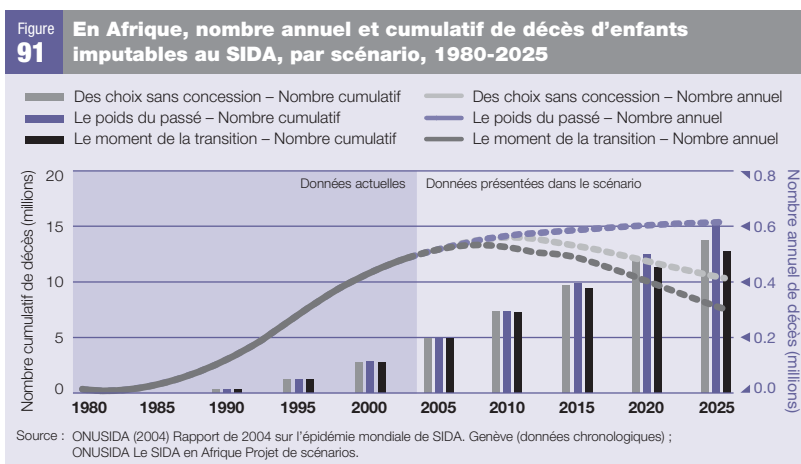
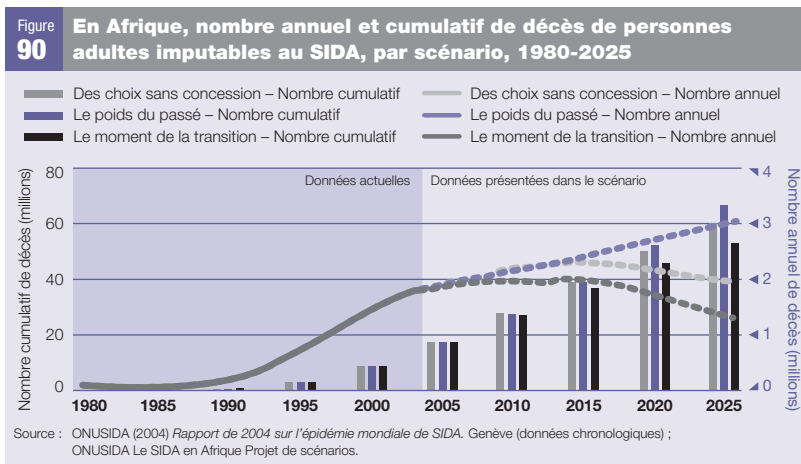
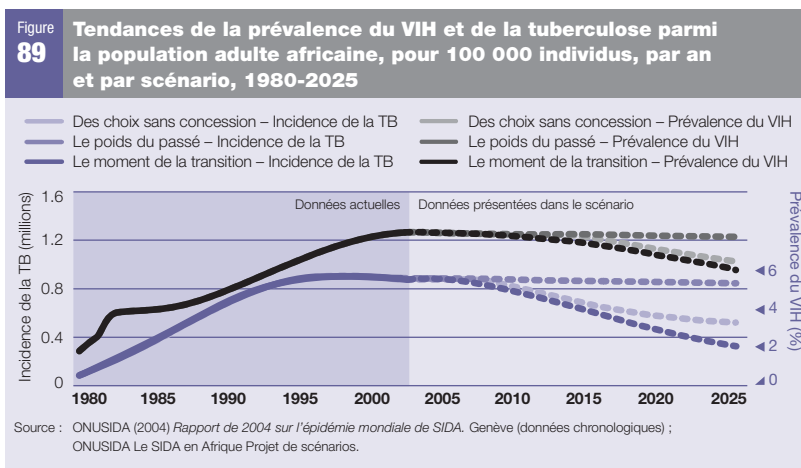
Le SIDA érode les compétences au sein des systèmes de soins de santé et accroît significativement la charge de l'infection. En effet, les co-infections du SIDA empêchent les patients souffrant d'autres troubles de recevoir les soins dont ils auraient besoin et favorise la réapparition d'autres maladies telles que la tuberculose et la pneumonie. La **Figure 89** montre que les tendances de l'incidence de la tuberculose suivent une courbe similaire à celle de l'incidence du VIH dans les trois scénarios.

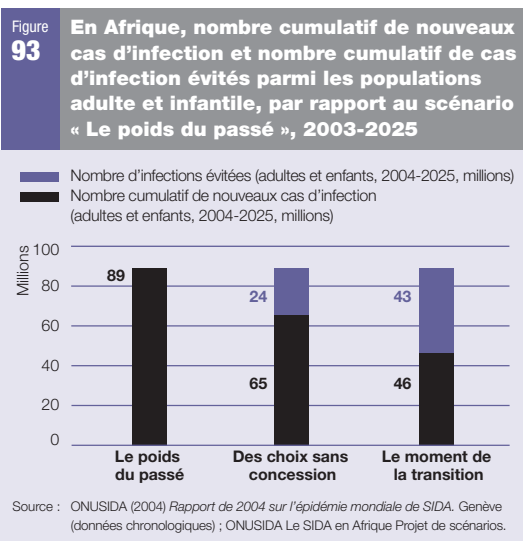
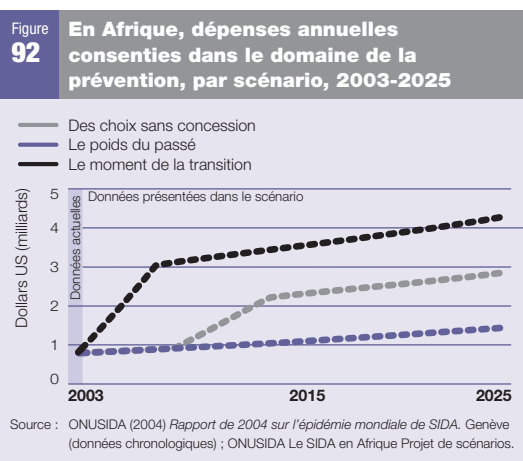
Les enfants vivant avec le VIH et le SIDA

Le nombre d'enfants vivant avec le VIH et le SIDA commence également à diverger dans les trois scénarios, renvoyant ainsi aux mesures prises en matière de prévention et de mise à disposition de traitements antirétroviraux.

Ceux qui meurent du SIDA

Le scénario « Le poids du passé » escompte 66 millions de décès cumulatifs d'individus adultes imputables au SIDA d'ici 2025. Dans « Des choix sans concession », le total cumulatif sera de 60 millions, et de 53 millions dans « Le moment de la transition ». Il s'agit sans doute là du message le plus grave fourni par les scénarios : à savoir que, quelle que soit l'orientation des politiques, les décès continueront d'augmenter au cours des 20 prochaines années. Mais le nombre de décès imputables au SIDA qui peuvent être évités en Afrique atteint plusieurs millions.





Intensification de la prévention

« Des choix sans concession » et « Le poids du passé » ne conçoivent qu'une lente progression des dépenses liées à la prévention à partir de 2003, soit environ 0,8 milliard de dollars US par an.

Dans « Le poids du passé », le taux moyen de croissance des dépenses s'élève à 2,6 %, ce qui correspond au taux de croissance de la population. « Des choix sans concession » accroît les dépenses relatives à la prévention de près du double : lentement d'abord, puis plus rapidement pendant un certain nombre d'années, pour se maintenir ensuite au niveau de la croissance démographique. Dans « Le moment de la transition », les dépenses relatives à la prévention augmentent de 40 % par an pendant les quatre premières années pour atteindre 3 milliards de dollars US par an en 2007. Elles continuent ensuite d'augmenter pour suivre la croissance démographique, ce qui permet de maintenir un niveau constant de services de haute qualité par habitant. Dans ce scénario, les engagements de fonds pris dès le départ contribuent à renforcer l'impact sur l'incidence. Les dépenses de prévention engagées dès le départ permettent au scénario « Le moment de la transition » d'escompter une diminution de 50 % du nombre annuel de nouvelles infections par le VIH jusqu'en 2025, en comparaison du scénario « Le poids du passé ».

La **Figure 93** montre combien d'infections ont pu être évitées dans chacun des trois scénarios. « Le poids du passé » indique que si la prévalence demeure plus ou moins au même niveau pendant toute la période du scénario, tandis que la population s'accroît, on comptera 89 millions de nouvelles infections dans l'ensemble de l'Afrique. Dans « Le moment de la transition », avec une diffusion maximale des interventions liées à la prévention et à la thérapie antirétrovirale, le scénario est en mesure d'éviter 43 millions d'infections à VIH de plus que dans « Le poids du passé ».

¹ Dye C, et al (1998) Prospects for worldwide tuberculosis control under the WHO DOTS strategy, *The Lancet*, 352-1886

² La *National Automobile Dealers Association (NADA)* (Association nationale des concessionnaires automobiles) a signalé qu'en dollars, le montant total des ventes de nouvelles voitures effectuées par les concessionnaires avait atteint 700 milliards de dollars US en 2003, dont 60 % (420 milliards de dollars) ont été traités par des concessions de véhicules neufs. *AutoExec Magazine* (mai 2004) NADA. Disponible à l'adresse : <http://www.nada.org>

Figure 94 **Comparaison des éléments clés dans les trois scénarios**

Élément-clé ou thème	Des choix sans concession	Le poids du passé	Le moment de la transition
Éducation	Les pays à haute prévalence reconnaissent qu'il leur faut reconstituer les compétences rapidement : accent mis sur l'enseignement secondaire et technique et non sur l'enseignement primaire universel. Impact équilibré des études scolaires sur l'épidémie. Les enseignants considérés comme importants bénéficient de la thérapie antirétrovirale.	Éducation pour tous et Objectifs de développement pour le Millénaire non atteints ; impact majeur de l'épidémie sur les enseignants qui, dans de nombreux pays, n'ont qu'un accès restreint à la thérapie antirétrovirale. Utilisation inefficace de l'éducation pour lutter contre l'épidémie. Important pourcentage d'enfants dans les pays à haute prévalence, en particulier orphelins et enfants vulnérables, n'étant pas parvenus au terme de l'enseignement primaire. Infrastructure de l'éducation incapable de suivre la croissance démographique.	Volonté politique et financement suffisants entraînent une influence maximale des systèmes d'éducation sur la riposte au VIH. Effort considérable en faveur de l'éducation des filles. Enseignants ayant accès à la thérapie antirétrovirale modifient rapidement les comportements et enseignent par l'exemple.
Développement du secteur de la santé	Santé défaillante et malnutrition considérées comme un fardeau économique majeur entraînant des contraintes pour le développement national. Priorité à des maladies différentes selon le pays ; meilleure considération pour le paludisme. Soins de santé concentrés et rationalisés dans les petits centres urbains ; travail rural confié à des travailleurs religieux et à des ONG. Influence de quelques pratiques traditionnelles sur les intérêts nationaux. Pas de structures parallèles pour le VIH et autres problèmes spécifiques.	Accroissement des fonds extérieurs en faveur du développement du secteur de la santé – mais utilisation inappropriée. Progression de la thérapie antirétrovirale entraînant des systèmes parallèles et un exode des personnels publics vers des projets VIH et SIDA financés de l'extérieur. Systèmes de santé primaires qui s'effondrent dans les pays à haute prévalence. Emploi croissant de la médecine traditionnelle. Taux de vaccination ne suivant pas la croissance démographique.	Meilleure utilisation des flux d'aide extérieure en faveur d'un lancement rapide des systèmes de santé dans les pays à haute prévalence. L'engagement international à l'égard des objectifs de développement pour le Millénaire augmente l'ensemble des financements extérieurs en faveur du secteur de la santé, généralement par des mécanismes sectoriels et budgétaires. Utilisation efficace de réseaux contrôlés de donateurs, le gouvernement édictant les standards et orientant les efforts. L'exode des cerveaux sous contrôle.
Prévention du VIH	L'accent mis sur un avenir sans SIDA suscite des campagnes intensives de prévention dans la plupart des pays. Quelques-uns les fondent sur une large utilisation des préservatifs, sur la légalisation de la prostitution et soulignent l'importance du traitement contre les IST. D'autres s'appuient sur des principes éthiques plus conservateurs, qui peuvent conduire à des approches coercitives et parfois contre-productives. Dans l'ensemble, le bien de tous prime sur les droits et les choix individuels. Incidence générale en baisse.	Les politiques de lutte contre le SIDA tendent à donner la préférence au traitement. Un manque chronique de consensus ou de coordination relatifs à la prévention du VIH et l'accent mis sur les notions de « comportement à haut risque et modification individuelle des comportements » entraînent l'inefficacité de l'accroissement des ressources et des efforts. Peu d'intérêt pour le contexte qui donne lieu à des comportements à risque. Peu d'initiatives majeures dans le cadre des tests et conseils volontaires et gaspillage des nouvelles infrastructures.	Le meilleur usage est fait des leçons tirées des vingt années précédentes d'épidémie. Fortes synergies établies entre les approches liées à la prévention et au traitement et augmentation du nombre de personnes conscientes de leur statut à l'égard du VIH. L'application imaginative de stratégies très variées suscite un intérêt maximum parmi de nombreux groupes de population. La thérapie antirétrovirale remporte un franc succès dans l'élimination de la transmission mère-enfant dans les pays à haute prévalence et stimule d'autres efforts de prévention et de traitement.
Impact de l'épidémie	La connaissance des conséquences à venir de l'épidémie suscite des efforts pour retenir un minimum de personnel qualifié essentiel et créer des stratégies à long terme. Réussite avérée, mais coûts limités dans le temps. Une meilleure autosuffisance améliore la nutrition de l'ensemble de la population.	Certains pays et secteurs parviennent à de meilleurs résultats, mais les efforts d'ensemble pour lutter contre les conséquences de l'épidémie sont sporadiques et mal coordonnés. Seul l'avenir immédiat est pris en considération. Dans les pays à haute prévalence, l'impact à long terme est toujours sous-estimé et les conséquences psychologiques sont rarement abordées. En 2025, les pays à haute prévalence sont durement frappés à tous les niveaux et les conséquences se répercutent sur les pays à plus faible prévalence.	La disponibilité de crédits suffisants fait que les ripostes pragmatiques à court terme ne mettent pas en péril les efforts à long terme d'atténuation de l'impact. La connaissance des conséquences est excellente, partagée par une plus large communauté d'acteurs, et permet de mettre en commun des approches efficaces et des stratégies adaptées au contexte et correspondant aux besoins des communautés.

Comparaison des éléments clés dans les trois scénarios (suite)

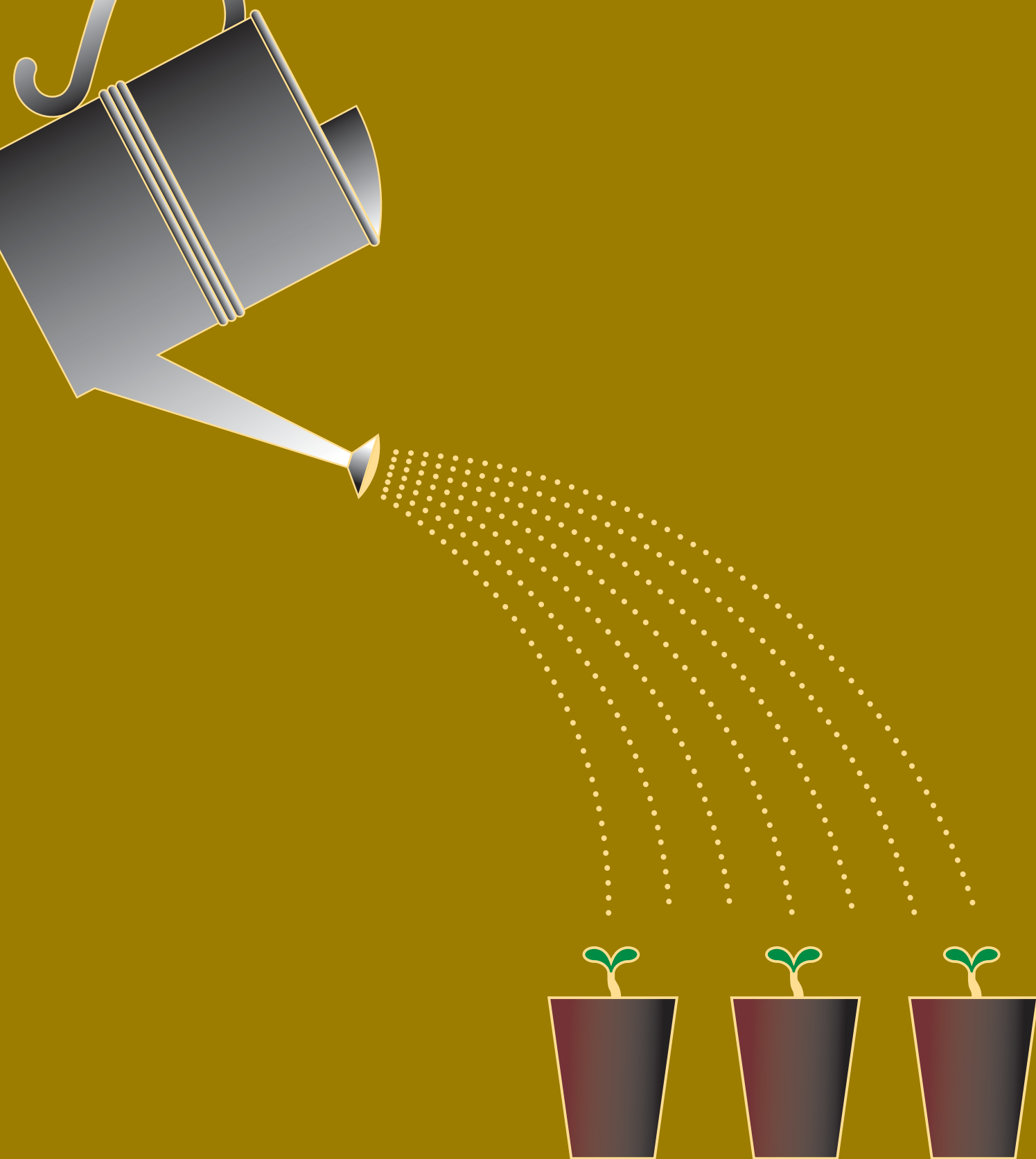
Élément-clé ou thème	Des choix sans concession	Le poids du passé	Le moment de la transition
Approches biomédicales	<p>Progrès réguliers de la recherche biotechnologique. Usage des microbicides encouragé dans certains pays, considéré avec méfiance dans d'autres.</p> <p>L'investissement en faveur de l'éducation post-scolaire et technique signifie de plus amples compétences au niveau local. Dans certains pays, l'application croissante des biotechnologies dans l'industrie aboutit à des percées au niveau local.</p>	<p>La mise au point des microbicides, des vaccins et des nouvelles thérapeutiques progresse, lentement cependant, en raison du manque de financements, de la concurrence et d'initiatives superflues. La concurrence qui existe à propos de la Phase III des sites d'essais cliniques limite les opportunités. Des systèmes de santé médiocres et une préparation insuffisante signifient que même les meilleures avancées ne sont pas suffisamment diffusées.</p>	<p>L'accroissement significatif de financements consacrés à des biens publics internationaux entraîne des avancées rapides dans les stratégies fondées sur la diffusion de médicaments et d'autres approches, dans les domaines du paludisme, de la tuberculose et du VIH. La consolidation des approches internationales aboutit à la découverte d'un vaccin contre le VIH, encore amélioré en 2025 et distribué en même temps que les vaccinations infantiles. Disponibilité très étendue des microbicides. Les approches biomédicales s'accompagnent du développement de la société et de ses systèmes, ce qui améliore leur accessibilité et leur usage.</p>
Priorité globale à la lutte contre le VIH et le SIDA	<p>Les déclarations politiques des partenaires ne s'accompagnent pas d'une croissance soutenue des ressources : l'Afrique doit rechercher ses propres solutions à long terme au problème du VIH et du SIDA. Le VIH est perçu dans de nombreux pays comme un indicateur d'une crise généralisée du sous-développement, de la pauvreté et de la médiocrité du pouvoir. Les gouvernements sont à la recherche de moyens rentables afin de remplir ce lourd ordre du jour.</p>	<p>Au départ, le VIH et le SIDA constituent la première priorité des efforts nationaux et internationaux, mais ceux-ci sont mal coordonnés et la lutte concurrentielle pour les maigres ressources humaines et structurelles entraîne gaspillage et épuisement. Solutions imposées aux partenaires africains plutôt que prises par eux-mêmes. L'inefficacité de la lutte contre l'épidémie engendre un désengagement politique et les ressources diminuent. En 2025, le SIDA est devenu une chose normale, un peu comme le paludisme, mais avec des retombées catastrophiques. Les personnes démunies sont beaucoup plus vulnérables face à l'épidémie.</p>	<p>La propagation du VIH est mondialement ressentie comme injuste et inique et la communauté internationale en fait l'objet prioritaire de son combat, sous la direction des pays africains. Des changements fondamentaux dans la structure internationale permettent à l'Afrique d'aborder les problèmes de fond qui sont la cause la plus large de l'épidémie.</p>
Gestion des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA	<p>Considérée comme partie intégrante d'un programme plus large de gestion et dotée de ressources appropriées. La décentralisation par l'intermédiaire des structures traditionnelles de l'autorité donne lieu à des résultats mitigés, dont certains sont d'une grande efficacité. Dans les pays à prévalence élevée, le contrôle fortement centralisé des ressources permet d'assurer un effort maximum. Les gouvernements imposent leur discipline aux donateurs.</p>	<p>Généralement contestée et confuse (mais avec d'importantes exceptions). Les ressources extérieures conséquentes poussent les différents départements gouvernementaux à se faire concurrence, ce qui entraîne des gaspillages dus à la duplication des efforts. La surveillance est soit trop centralisée soit décentralisée, sans définition d'une structure ou d'une responsabilité adéquate.</p>	<p>Pouvoir central puissant, le gouvernement agissant en tant que coordonnateur, fixant les principes, et encourageant un nombre important d'initiatives. Synergie et harmonisation fortement accentuées, des plus modestes aux plus importants partenaires. Lutte contre le VIH et le SIDA abordée dans le contexte général du budget national et des priorités sectorielles, mais avec des garde-fous protégeant les fonds spéciaux pour la lutte contre le VIH et le SIDA.</p>

Comparaison des éléments clés dans les trois scénarios (suite)

Élément-clé ou thème	Des choix sans concession	Le poids du passé	Le moment de la transition
Gouvernance et leadership nationaux	L'épidémie de SIDA plonge l'Afrique dans une période d'austérité sur le plan social, politique et économique. Les gouvernements africains sont contraints de faire des choix sans concession. Les approches et les perceptions de la crise sont disparates, mais les stratégies innovantes et reposant souvent sur la coopération sont à l'honneur. Les gouvernements créent des alliances au sein de la société, mobilisent le soutien du secteur privé et s'assurent les services de la société civile et des dirigeants traditionnels. Les ressources intérieures de l'Afrique et extérieures sont mises à profit avec plus d'efficacité.	Les tensions exercées par le SIDA sur les secteurs social, politique et économique commencent à lézarder la société et à provoquer une inversion des progrès réalisés dans les domaines de la gouvernance, des droits humanitaires et du règne de la loi. L'épidémie sape les institutions démocratiques et semi-publics, ainsi que les agences de sécurité et perturbent les processus social, politique et économique. Elle déclenche des troubles et exacerbe les tensions existantes, tandis que les différents groupes entrent en compétition pour l'obtention de ressources de plus en plus rares et du pouvoir. Avec l'intensification de l'épidémie, la sécurité du régime en place prend le pas sur la sécurité des individus – même lorsque la légitimité et l'utilité du gouvernement sont devenues moins évidentes. Les gouvernements africains sont faibles sur le plan de la concertation et de la coordination. Plusieurs Etats s'effondrent ou se fragmentent en territoires fondés sur les ethnies, les classes, ou la religion ; les menaces de conflits sont permanentes.	Caractérisés par de nouveaux leaderships, alliances, partenariats mondiaux et règles du jeu. Les partenariats entre les gouvernements, la société civile et le secteur privé contribuent au développement de compétences, non seulement en vue de combattre le virus, mais aussi pour assurer le bon fonctionnement des institutions et la prestation des services publics, et faciliter une croissance et un développement durables. Une gouvernance de qualité, une société civile dynamique et des systèmes internationaux plus équitables aident l'Afrique à reconstruire ses structures sociales, économiques et politiques.
La pauvreté	Marchés du travail plus ouverts et autres activités visant à s'attaquer au sous-développement. La pauvreté diminue rapidement en termes relatifs (la proportion de personnes ne disposant que de moins de un dollar US par jour pour vivre tombe de 50 % à 33 % entre 2000 et 2025 dans la région subsaharienne, tandis que le nombre absolu de démunis n'accuse qu'un faible accroissement). En outre, avec un nombre accru de personnes intégrant le marché du travail (souvent au sein de programmes gouvernementaux), la pauvreté en termes de liquidités n'exclut pas forcément l'accès aux services.	Du fait du maintien des structures et des stratégies économiques présidant actuellement à l'allocation des revenus, le nombre de personnes qui, en Afrique subsaharienne, ne disposent que de moins de un dollar US par jour pour vivre ne diminue que faiblement, puisqu'il passe de 50 % à 49 %. Avec l'accroissement de la population, le nombre absolu des personnes démunies s'accroît de 50 %, passant de 303 millions en 2000 à 458 millions en 2025.	Impératif national et international de réduction de la pauvreté et d'amélioration du développement humain. Les améliorations de la gouvernance portent leurs fruits et la pauvreté en Afrique subsaharienne diminue en termes tant relatifs qu'absolus, la population ne disposant que de moins de 1 dollar US par jour pour vivre n'atteignant plus que 22 %, ce qui représente 216 millions de personnes.

Comparaison des éléments clés dans les trois scénarios (suite)

Élément-clé ou thème	Des choix sans concession	Le poids du passé	Le moment de la transition
Orphelins et enfants vulnérables (OEV)	Une vision à long terme du problème des OEV engendre une application rapide des politiques destinées à améliorer l'existence de ces enfants dans la plupart des pays à forte prévalence. Les contraintes financières écartent l'approche institutionnelle, l'accent étant mis sur le renforcement de la capacité des familles et des communautés ainsi que sur l'accès des enfants à l'éducation. Des groupes de travail animent les efforts intranationaux et communautaires visant à réunir des groupes d'OEV au sein de la communauté. Des groupes religieux et des organisations féminines communautaires jouent un rôle important. Un grand nombre d'OEV sont intégrés dans des programmes de travail d'intérêt public.	Accent mis principalement sur les problèmes engendrés par le sort des OEV, plutôt que sur la situation critique dans laquelle se trouvent les enfants. Une législation existe dans certains pays pour protéger les OEV, mais celle-ci ne se concrétise pas dans la pratique. La famille élargie rencontre de plus en plus de difficultés insurmontables, mais ne reçoit aucun soutien supplémentaire. Les familles dont le chef est un orphelin se montrent courageuses et capables d'une grande opiniâtreté, mais l'inévitable absence de socialisation perpétue la pauvreté, de génération en génération. De nombreux enfants intègrent des bandes ou des armées rebelles afin de survivre. Beaucoup ont été infectés très jeunes par le VIH.	La société civile exerce une pression sur les organismes gouvernementaux et internationaux. La Session extraordinaire des Nations Unies sur les OEV permet d'entamer des processus à l'échelle mondiale ; des plans d'action sont intégrés dans les plans de développement de la plupart des pays africains, guidés dans cette tâche par le Commissaire de l'Union africaine. Le souhait de faire éclore une génération libérée du SIDA exige des efforts particuliers de la part des plus vulnérables. On s'attend à ce que les gouvernements soient responsables et qu'ils fournissent un leadership et des politiques. L'importante décentralisation de la prestation des services permet de canaliser les ressources appropriées vers les programmes communautaires, etc. Une vaste mise à disposition de traitements antirétroviraux génère une diminution de la morbidité ainsi que du nombre des orphelins.
La sexospécificité	Les relations entre les sexes commencent à se transformer sous l'effet des exigences du développement économique liées à celles de la diminution de la prévalence du VIH. Les réformes touchant le droit de la propriété jouent un rôle fondamental. L'intégration croissante des femmes est plus pragmatique qu'idéologique, car elle est influencée par l'ouverture aux femmes d'opportunités d'éducation et de formation. Dans certains pays, et quoique limitée, la réforme électorale permet aux femmes de jouer un rôle plus important dans le gouvernement. Toutefois, dans d'autres pays, l'opposition idéologique à l'égalité des femmes met un frein à tout véritable changement.	Les relations entre les sexes se poursuivent comme auparavant, et ce sont les femmes qui supportent le fardeau de l'épidémie, d'une part en ayant à vivre avec le virus et d'autre part en assurant les soins aux personnes infectées. Les jeunes femmes subissent toujours un taux plus élevé d'infection au VIH que celui des jeunes hommes. Les femmes appartenant à l'élite sont toujours favorisées et les femmes pauvres ont au moment de leur majorité moins d'opportunités que leurs mères et leurs grands-mères. Le comportement masculin négatif actuel se renforce, dans un monde où le manque de moyens matériels, de nourriture, d'emplois et de perspectives d'avenir entraîne agressions et conflits.	Des efforts importants en faveur de l'éducation des filles modifient progressivement les attentes des femmes instruites, ce qui se traduit de plus en plus par la socialisation de leurs fils. La modernisation et l'urbanisation rapides entraînent de nouveaux comportements et de nouvelles attitudes parmi les jeunes hommes. Dans les zones rurales, l'accroissement des flux financiers en faveur du développement communautaire passe par les collectifs de femmes, qui ont fait leurs preuves en matière de décisions portant sur les investissements. En l'espace d'une génération, de nombreuses femmes sont devenues, davantage que les hommes, capables de modifier leurs comportements.
Personnes vivant avec le VIH et le SIDA (PVS)	Les PVS participent aux programmes de prévention du VIH, et cela entraîne parfois des tensions. Dans certains pays, une attitude plus ouverte à l'égard du VIH réduit la stigmatisation et les PVS ont moins peur de dévoiler leur statut, même si la thérapie antirétrovirale est parfois difficile d'accès. Dans d'autres pays, la stigmatisation est encore courante. Davantage d'efforts de diffusion du cotrimoxazole, de la prophylaxie antituberculeuse, de la morphine et d'autres médicaments plus simples.	La stigmatisation est toujours répandue : les retombées sociales consécutives à l'aveu d'une infection à VIH continuent à l'emporter sur les avantages d'un tel aveu. Peu d'avantages sur le plan médical : le nombre de PVS bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale est limité. En termes de politiques, la stigmatisation entraîne l'échec de l'intégration des PVS aux programmes de prévention. Même dans les cas où des PVS assurent les consultations, ils sont exclus des décisions les plus importantes prises par le programme.	Les PVS sont les catalyseurs de transformations plus larges. L'approche intégrée du VIH et du SIDA apporte de nombreux avantages, notamment un meilleur soutien psychosocial et plus de chances de pouvoir bénéficier d'un traitement. Une meilleure cohésion au niveau communautaire entraîne une diminution de la stigmatisation. L'amélioration de la qualité des services comprend un respect accru de la confidentialité.



Section 8 Utilisation des scénarios



Depuis que les hommes ont appris à tirer sans manquer leur cible, l'eneke a appris à voler sans se percher sur une branche.

– proverbe nigérian (Igbo)

Section 8 Utilisation des scénarios

Elaboration des scénarios du projet intitulé *Le SIDA en Afrique*

Il y a plus de trois ans, l'*ONUSIDA* et *Shell International Limited* ont pris une décision révolutionnaire : celle de mettre conjointement au point un projet de scénarios qui explorent certaines conséquences possibles de l'épidémie de SIDA à long terme. Comme l'Afrique est très gravement touchée par cette épidémie, il a été décidé d'élaborer des scénarios explorant l'avenir du SIDA en Afrique, sur une perspective de plus de 25 ans.

Plusieurs autres organisations ont également été invitées à se joindre au projet, notamment le *Programme des Nations Unies pour le développement*, la *Banque mondiale*, la *Banque africaine pour le Développement*, et la *Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique*.

Ce projet avait pour ambition de réunir un large groupe de parties prenantes provenant de toute l'Afrique dans le but de parvenir à une compréhension commune et précise des énergies déterminantes, des impacts et de l'incidence de l'épidémie de SIDA en Afrique. Il est à espérer qu'une telle démarche aboutisse à une politique globale de riposte cohérente et durable dans les différents secteurs, institutions et pays concernés.

Le projet de scénarios intitulé *Le SIDA en Afrique* a été lancé en février 2003. Au cours des 18 mois suivants, plusieurs ateliers ont eu lieu sur tout le continent africain : les participants au projet se sont réunis pour poser et approfondir les questions cruciales et pour élaborer les scénarios. Le travail d'analyse et de recherche s'est poursuivi durant toute la durée du projet lors d'entrevues, de colloques, de travaux de recherche orientés avec précision et d'observations qui ont permis de structurer les histoires des scénarios.

Plus de 150 personnes ont consacré une partie de leur temps, de leur expérience, de leurs connaissances et de leur expertise à ce projet. Les noms de tous ceux qui ont apporté leur contribution figurent à l'**Annexe 3**.

Mais cela ne s'arrête pas là : la création des histoires des scénarios n'est qu'un commencement. Il est à espérer que ces scénarios plantent un décor stimulant et productif qui permettra de poursuivre la réflexion et d'entreprendre une action efficace.

Instruments destinés à une meilleure compréhension

Comme tous les instruments, les scénarios n'ont de valeur que s'ils sont judicieusement utilisés. La réussite d'un tel projet repose non seulement sur l'élaboration d'un ensemble de scénarios mais aussi sur l'ampleur de leur diffusion et de leur utilisation.

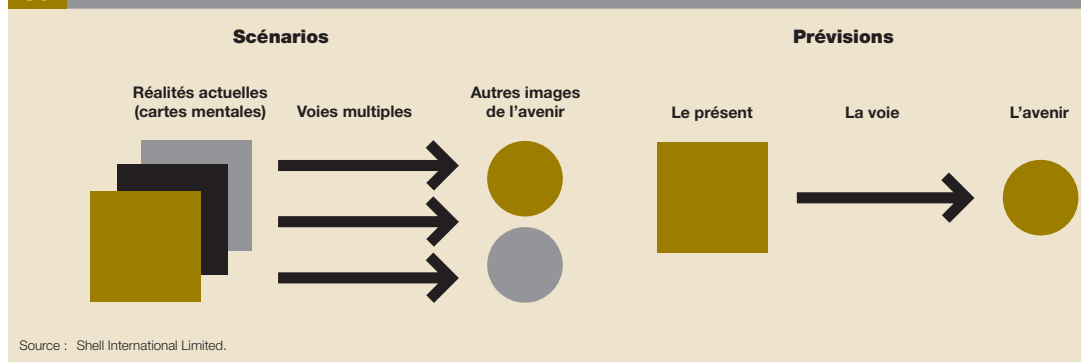
Il importe que les scénarios soient considérés comme un ensemble, sachant que les leçons et les prises de conscience à en retirer proviennent autant de leur comparaison et de leur différenciation que de l'examen des incidences de chacun. Pris dans leur ensemble, ils insistent aussi sur les énergies déterminantes qui auront une influence, indépendamment de ce que réserve l'avenir, sur l'évolution de l'épidémie de SIDA.

L'élaboration de scénarios peut nous aider à considérer plus concrètement les questions et les défis auxquels nous sommes confrontés, et en outre concourir à un foisonnement d'idées, toutes disciplines confondues, au lieu de se contenter de réemprunter les sentiers battus. Le processus d'élaboration encourage l'examen de différentes perspectives et contribue à veiller à ce que les idées importantes ne soient pas exclues uniquement parce qu'elles ne peuvent pas être « mesurées ».

Les raisons d'utiliser les scénarios sont multiples, en passant par la formation personnelle ou la sensibilisation de l'opinion publique jusqu'à la mise à l'épreuve de décisions, stratégies et mesures collectives d'importance décisive. Ils peuvent être utilisés pour examiner les probables événements futurs et leur incidence et dans le but de préparer les ripostes possibles.

Les scénarios fournissent à leurs utilisateurs un langage et des concepts communs pour réfléchir et parler de l'actualité et de « ce qui importe réellement ». L'élaboration et l'utilisation des scénarios permettent de donner une base solide et commune à l'adoption des meilleures décisions, par exemple :

- En confrontant les hypothèses : nos décisions à propos de l'avenir dépendent de la manière dont nous concevons le fonctionnement du monde. Nous sommes tous (individus, gouvernements, entreprises, institutions et groupes) confrontés à des



décisions qui constituent des tournants dans nos vies. Parfois, nous regrettons d'avoir manqué quelque chose qui, si seulement nous avions su, aurait pu modifier notre décision – et notre avenir – pour accéder au meilleur. Utiliser des scénarios peut nous aider à explorer les hypothèses que nous avons jusqu'à présent élaborées, individuellement ou collectivement, en ce qui concerne l'avenir, et accroître l'efficacité de notre action présente. Réfléchir sur ces scénarios peut nous aider à comprendre nos propres aspirations et à examiner si elles reposent sur une compréhension réaliste de notre position et de nos possibilités actuelles.

- En reconnaissant les incertitudes : envisager un scénario est une méthode qui nous permet de reconnaître notre ignorance et de travailler dans des domaines inconnus – et même d'admettre que nous ne savons pas que nous ne savons pas ! – L'incertitude met les gens considérablement mal à l'aise et un grand nombre d'entre nous préfèrent ne pas l'admettre. Toutefois, utiliser des scénarios peut nous aider à explorer et à déterminer les opportunités et les risques contenus dans l'incertitude et à être prêts lorsque l'imprévu ou l'inimaginable se produit.
- En élargissant les perspectives : les scénarios peuvent nous aider à faire face aux « angles morts ». Il peut s'agir de domaines complets dont nous ignorons tout et de questions dont, individuellement et collectivement, nous ne percevons pas l'importance pour ce à quoi nous aspirons. Les scénarios nous aident à élargir notre vision et à combiner les données provenant de nombreuses perspectives et disciplines différentes. Lorsque nous prévoyons l'avenir, il nous faut construire un tableau plus complet du contexte élargi dans lequel nous agissons. Il nous est impossible de le faire seuls, et nos « angles morts » nous exposent à des événements imprévus. Il nous faut regrouper nos savoirs et notre réflexion avec ceux des autres.
- En faisant face aux dilemmes et aux conflits : les scénarios peuvent contribuer à préciser et même à résoudre les conflits et les dilemmes auxquels sont confrontés leurs utilisateurs. Il arrive que les plans d'action et les processus de décisions s'enlisent. Parfois, la raison à cela réside dans une situation exigeant un compromis difficile, ou lorsque certains

collègues ou d'autres parties prenantes ont une opinion différente de ce que sera l'avenir, ou encore souscrivent à des valeurs qui s'opposent et sont en désaccord avec ce qui devrait être.

Lorsque nous construisons des ensembles de scénarios, nous assemblons simultanément différentes versions de l'avenir, en utilisant à la fois l'analyse et l'intuition, et sans chercher à forcer le consensus. Les scénarios nous permettent de respecter et de tenir compte des différences, en se bornant à les définir plus clairement. Les origines des conflits et des dilemmes se trouvent souvent dans ce que nous ignorons d'une situation. Les scénarios peuvent apporter une aide dans de telles situations. Ils peuvent faire la lumière dans certains domaines où les décisions sont difficiles à prendre, parce qu'ils reconnaissent et mettent en évidence ce que nous ignorons en nous encourageant à explorer la nature des incertitudes. La révélation des conflits et des dilemmes met en évidence le discernement exigé des décideurs et nous permet de prendre des mesures constructives.

Il est important de reconnaître les différences entre scénarios et prévisions.

Comment utiliser le matériel des scénarios du SIDA en Afrique

Ecrire des scénarios ne constitue qu'une étape initiale : ils peuvent ensuite être explorés et appliqués par l'intermédiaire de processus interactifs qui encouragent les utilisateurs à réfléchir sur leurs idées reçues et sur les conceptions individuelles et collectives.

Préciser les idées reçues, identifier les objectifs, convenir des réussites

Il importe de reconnaître que ceux qui utilisent les scénarios le font peut-être par choix, ou parce qu'ils doivent le faire, et que les raisons qui déterminent leur utilisation peuvent varier. Dans toute situation, il est essentiel que les personnes soient en mesure d'établir un lien entre les scénarios et leur propre opinion et de bien savoir ce qu'elles recherchent. Pour cela, il est utile de leur donner du temps pour explorer leurs idées reçues et imaginer ce qui pourrait se produire en réalité avant d'écouter un nouvel ensemble de scénarios. Ceci

peut les aider plus efficacement à relier les idées et les informations nouvelles à leurs propres préoccupations et décisions.

En outre, ce qui constitue une réussite variera selon les participants et dépendra du but recherché. Si possible, les différents facteurs de réussite devraient être examinés et, le cas échéant, convenus d'avance. Ils pourraient servir de guide précieux pour préparer la séance de lancement et de base à l'évaluation effectuée après la séance.

Ces scénarios peuvent être utilisés comme point de départ pour explorer tout un éventail d'objectifs différents. On en trouvera ci-après quelques exemples, et l'**Annexe 6** fournit des informations supplémentaires sur la manière de se servir des scénarios.

1. Sensibiliser davantage le public au VIH et au SIDA et faire mieux comprendre les forces qui détermineront leur avenir en Afrique.
2. Favoriser la compréhension (et éventuellement remettre en question) des perceptions, des croyances, des idées reçues et des cartes mentales concernant le SIDA et son évolution future éventuelle.
3. Améliorer la compréhension mutuelle des diverses parties prenantes grâce à la création d'un langage commun pour les échanges concernant le VIH et le SIDA en Afrique.
4. Favoriser une forme de sensibilisation en faisant mieux comprendre les facteurs, énergies déterminantes et incertitudes fondamentales (et les rapports systémiques entre eux) qui déterminent l'avenir du VIH et du SIDA.
5. Faire mieux connaître les dilemmes et les choix éventuellement nécessaires.
6. Préciser les retards à rattraper, et dans quel ordre, afin qu'une organisation ou un pays puisse passer de la situation présente à celle qu'elle/il s'est fixée comme objectif.
7. Elaborer et développer des plans, des stratégies et des politiques, et tester ou remettre en question la validité et la résistance de toute conception ou stratégie.
8. Analyser des situations spécifiques pour un pays ou une région compte tenu de certains risques et de certaines opportunités.

9. Fournir une toile de fond pour une histoire particulière qu'il faut raconter et susciter un intérêt passionné et un soutien pour une politique spécifique.

Cela peut paraître évident, mais il importe de tenir compte des différentes langues ainsi que des méthodes de travail et d'apprentissage des participants avant de concevoir ou de choisir un exercice. Par exemple, les matériaux des scénarios peuvent être adaptés aux besoins et aux intérêts de l'auditoire visé (bien qu'il soit nécessaire de veiller, ce faisant, à ne pas omettre d'informations essentielles).

Finalement, il importe de se souvenir que ce processus peut prendre du temps : pour certains participants, il est possible d'identifier les actions et les décisions nouvelles dès la fin d'une séance, mais souvent il faut plus de temps pour assimiler les scénarios avant d'être prêts à les mettre en œuvre.

L'**Annexe 6** contient un ensemble de processus interactifs, qui vont de simples exercices visant à faire mieux comprendre les scénarios (ce qui peut être fait rapidement et avec peu de ressources) à la tenue d'ateliers plus complexes en vue de tester les politiques et le processus de prise de décision des organisations, ou pour mettre au point des scénarios spécifiques à certains pays. Le CD-ROM qui accompagne cet ouvrage peut être obtenu auprès de l'*ONUSIDA*.

208 Annexe 1 : Evaluation des coûts et des populations concernées
 208 Prévention
 209 Prise en charge et traitement
 210 Prise en charge des orphelins
 210 Politique globale, gestion, administration, recherche, évaluation, et surveillance
 210 Formation et infrastructures

212 Annexe 2 : Hypothèses de modélisation
 212 Données
 213 Traitement des données et terminologie

214 Annexe 3 : Liste des personnes ayant contribué à cet ouvrage

216 Annexe 4 : Glossaire

218 Annexe 5 : Bibliographie

223 Annexe 6 : Exercices accompagnant les scénarios
 223 Exercice 1 : Courte synthèse présentant les scénarios
 223 Exercice 2 : Raconter ses propres histoires
 223 Exercice 3 : Elaborer des scénarios spécifiques à un pays
 224 Exercice 4 : Tester ou remettre en question une conception ou une stratégie

Section 9 Annexes

Annexe 1 : Évaluation des coûts et des populations concernées

La présente annexe résume les procédures utilisées pour estimer les dépenses relatives au VIH et au SIDA dans les scénarios qui font l'objet du projet intitulé *Le SIDA en Afrique : Trois scénarios pour l'horizon 2025*. Pour de plus amples détails sur chacune des 26 interventions analysées, on peut consulter des documents annexes¹. Le texte résume les méthodes adoptées pour chaque domaine d'intervention : prévention, prise en charge et traitement, et soutien pour les orphelins et les enfants vulnérables.

Prévention

Les ressources nécessaires à une riposte étendue ont été estimées pour chaque intervention comme étant le produit du nombre de personnes ayant besoin du service multiplié par la couverture (pourcentage de la population recevant le service) multiplié par le coût unitaire (coût de la prestation d'un service particulier).

Dans les analyses réalisées pour le projet, le nombre de personnes et les coûts unitaires pour chaque sous-région d'Afrique sont restés les mêmes pour tous les scénarios. Seul le taux de couverture varie entre les scénarios. Dans l'ensemble, les analyses ont pris pour hypothèse une amélioration rapide de la couverture pour atteindre la totalité ou presque de la population concernée dans le scénario « Le moment de la transition ». L'amélioration de la couverture envisagée dans le scénario « Le poids du passé » est beaucoup plus lente et moins complète : les taux de couverture par personne n'augmentent pas et les programmes ne s'étendent qu'au rythme de la croissance démographique. L'amélioration de la couverture dans le scénario « Des choix sans concession » se situe à égale distance chaque année entre le taux du scénario « Le poids du passé » et celui du scénario « Le moment de la transition ». Dans cette analyse, les activités de prévention comportent 18 interventions spécifiques, décrites en détail ci-après.

Taille des populations concernées

La population concernée est différente pour chaque intervention. Pour certains services, il s'agit d'un segment de la population globale, comme les enfants d'âge scolaire ou les femmes enceintes. Ces groupes de population sont déterminés à partir d'estimations et de projections démographiques provenant du document *World population prospects: The 2002 revision* publié par la *Division de la population de l'ONU (2003)*. Ces données sont complétées par des indicateurs sociaux et économiques, comme le pourcentage d'enfants d'âge scolaire et le pourcentage de femmes enceintes ayant accès aux soins de santé anténatale. (*World development indicators, (2004), (Indicateurs de développement dans le monde)* de la *Banque mondiale*).

Les chiffres concernant certains groupes spécifiques de population (professionnel(le)s du sexe, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, consommateurs de drogues injectables, détenus, chauffeurs de camion, etc.) sont extraits de recommandations présentées par les spécialistes des pays à l'occasion d'une

série d'ateliers régionaux de l'*ONUSIDA* relatifs à l'établissement des coûts des programmes sur le VIH et le SIDA. Les estimations et les projections concernant la prévention et l'incidence du VIH ainsi que la mortalité due au SIDA pour un pays donné reposent sur les données les plus récentes de la fin de l'année 2003 obtenues auprès de l'*ONUSIDA* et de l'*OMS (ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA, 2004)*.

Couverture proposée

Pour chaque intervention, on procède à une estimation du pourcentage de personnes qui, ayant besoin d'un service, le reçoivent effectivement. L'information concernant les taux de couverture en 2003 est disponible pour la plupart des pays dans une étude mondiale de la couverture des interventions essentielles énumérées dans le document *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003* publié en anglais en juin 2004 par le Futures Group/POLICY Project, que l'on peut obtenir sur le site <http://www.futuresgroup.com/>.

Pour chacune des interventions évoquées dans le scénario « Le moment de la transition », les objectifs de couverture à atteindre d'ici 2007 sont les suivants :

- En 2007, 100 % dans le cas des personnes ayant besoin du service dans les pays à prévalence élevée, pour les médias, l'enseignement, la prophylaxie du lendemain, et les injections médicales sans risque ;
- 75 % pour la réduction des risques ;
- 70 % pour la prévention de la transmission mère-enfant ;
- 60 % pour l'utilisation du préservatif lorsque l'un au moins des deux partenaires risque d'avoir été précédemment exposé au VIH, et ;
- 50 % pour les interventions sur le lieu de travail, conseil et test volontaires et adolescents non scolarisés.

Uniquement en ce qui concerne les précautions universelles dans les structures de soins de santé (c'est-à-dire, gants, blouses, etc.) et les injections médicales sans risque et aux fins de la présente analyse, les coûts dans les pays où la prévalence du VIH chez l'adulte dépasse 1 % sont considérés comme des coûts liés au VIH. Les coûts particuliers à un pays pour les injections médicales sans risque sont évalués à partir d'estimations publiées précédemment par l'*OMS*.

Les ressources nécessaires au soutien des orphelins sont estimées sur la base du financement des orphelinats, du soutien communautaire et des frais scolaires. Les

objectifs pour 2007 sont un financement des orphelinats pour 5 % des orphelins, indépendamment du taux de prévalence du VIH dans le pays. Les objectifs pour le soutien communautaire et les frais scolaires varient selon le taux de prévalence de la structure, commençant à 5 % des orphelins dans les structures à faible prévalence, pour atteindre 20 % dans les structures à forte prévalence.

Comme indiqué plus haut, la couverture proposée par le scénario « Le poids du passé » est censée se situer aux niveaux actuels, la prestation augmentant seulement au rythme de l'expansion démographique ; et pour le scénario « Des choix sans concession », on a choisi un niveau annuel moyen se situant à mi-chemin entre ceux des scénarios « Le moment de la transition » et « Le poids du passé ».

Les 18 interventions et les groupes de population concernés, ainsi que les idées reçues qui leur sont associées sont énumérés ci-dessous.

Interventions auprès de l'ensemble de la population

- Moyens de communication de masse²
- Conseil et test volontaires³

Populations vulnérables

- Adolescents scolarisés⁴
- Adolescents non scolarisés⁵
- Professionnel(le)s du sexe⁶
- Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
- Consommateurs de drogues injectables
- Employés du secteur non officiel
- Populations spécifiques comme les détenus, les chauffeurs de camion, et les personnels en uniforme
- Personnes vivant avec le VIH⁷

Prestation de services

- Distribution de préservatifs : secteur public⁹
- Commercialisation sociale du préservatif
- Sécurité transfusionnelle¹⁰
- Traitement des IST¹¹
- Prévention de la transmission mère-enfant¹²
- Prophylaxie du lendemain¹³
- Injections médicales respectant l'hygiène¹⁴
- Précautions universelles¹⁵.

Coûts unitaires

Pour la plupart des interventions, les coûts unitaires sont déduits des renseignements fournis par les spécialistes des pays lors de la série d'ateliers évoquée plus haut. Ces coûts unitaires sont utilisés pour toutes les années. Ils peuvent changer avec le temps à mesure de l'élargissement des programmes.

Certains coûts unitaires pourraient baisser à mesure que la couverture s'élargit, en raison d'économies d'échelle ou de certaines manières innovantes de fournir les services. Toutefois, cela semble peu probable pour la plupart des services de prévention. Certains services sont déjà fournis à l'échelle nationale, tels que l'éducation scolaire en matière de SIDA, la mise à disposition de préservatifs, les médias et la sécurité transfusionnelle. Certains coûts unitaires pourraient augmenter car les groupes de population difficiles à atteindre commencent à être couverts. Enfin, d'autres coûts se fondent sur des modèles extra-institutionnels (tels que les programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe) ou sur les visites de patients (comme le traitement des IST), pour lesquels il y a peu de raisons de s'attendre à ce que les coûts unitaires changent selon l'échelle. Des programmes plus innovants, comme les services de conseil et test volontaires (CTV) et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), pourraient devenir plus ou moins chers à mesure que les prestataires du service apprendront la meilleure manière d'assurer les services.

Les coûts unitaires relatifs à la fourniture du soutien aux orphelins proviennent également des ateliers au niveau des pays et de la documentation générale, lorsqu'elle est disponible. Lorsque le montant spécifique n'est pas disponible, des moyennes régionales ont été utilisées.

Les descriptions détaillées des calculs réalisés pour chaque intervention sont proposées sur le CD-ROM disponible auprès de l'ONUSIDA.

Prise en charge et traitement

Dans le scénario « Le moment de la transition », on constate que le niveau de la couverture proposée dans le traitement du VIH est élevé, celle-ci concernant jusqu'à 60 % de ceux qui ont besoin d'un traitement antirétroviral en 2013, et plus de 70 % en 2025. Le niveau de prise en charge et de traitement est bien inférieur dans le scénario « Le poids du passé » ; dans le scénario « Des choix sans concession », la couverture des interventions est intermédiaire.

Cette méthodologie est présentée de manière plus détaillée dans un article de Bertozzi et al¹⁶. Les ressources nécessaires à la prise en charge et au traitement sont estimées pour les cinq interventions suivantes :

- Soins palliatifs¹⁷
- Diagnostic de l'infection à VIH (test de dépistage du VIH)¹⁸

- Traitement des infections opportunistes¹⁹
- Prophylaxies pour les infections opportunistes²⁰
- Traitement antirétroviral hautement actif (HAART), qui comprend :
 - des services de laboratoire pour suivre la réussite ou l'échec du traitement²¹
 - des services de laboratoire pour surveiller la toxicité
 - un soutien nutritionnel pour les malades dénutris
 - le coût des médicaments²².

Les ressources nécessaires pour chaque intervention sont calculées en multipliant :

- la population totale en situation de besoin ; par
- la couverture (pourcentage de la population en situation de besoin recevant le service) ; par
- les coûts unitaires de la prestation du service.

Population en situation de besoin

La *population en situation de besoin* est définie comme le groupe de personnes séropositives chez qui apparaissent les symptômes du SIDA. Comme il n'existe aucun enregistrement précis de ce moment, le nombre de ces personnes est une estimation fondée sur l'hypothèse qu'en l'absence de traitement antirétroviral, une personne passant à un stade de SIDA déclaré a, dans le monde en développement, une espérance de vie de 2 ans. Les modèles épidémiologiques spécifiques des pays de l'OMS/ONUSIDA fournissent des estimations de l'incidence annuelle du SIDA (en l'absence de traitement antirétroviral) et ces estimations ont été utilisées ici.

Taux de couverture

Les taux de couverture initiaux pour le HAART, la prophylaxie des infections opportunistes, et le test de dépistage du VIH proviennent des données relatives à la couverture des services liés au SIDA publiées par l'OMS, lorsqu'elles sont disponibles²³. En cas de données non disponibles pour un pays, les valeurs manquantes ont été calculées sur la base des données disponibles dans ce pays et des données provenant d'autres pays. Si aucune donnée relative à la couverture n'est disponible pour un pays, c'est la moyenne régionale qui est utilisée.

Pour les soins palliatifs, la couverture initiale est calculée selon la moyenne de la couverture d'un ensemble de services sanitaires de base disponibles (soins anténataux, accouchements avec personnel soignant, couverture vaccinale DPT3, et

couverture du traitement de brève durée sous surveillance directe [DOTS] pour la tuberculose). Pour le traitement des infections opportunistes, la couverture initiale est estimée comme étant une fraction de la couverture des soins palliatifs.

Pour ce qui est des taux de couverture pendant les années suivantes dans « Le moment de la transition », le taux de couverture initiale a été relevé à l'aide d'un taux de croissance²⁴ établi en fonction de la richesse du pays, corrigé par la charge actuelle du VIH (prévalence du VIH) et la capacité précédemment démontrée d'augmenter la couverture des services sanitaires (estimée comme étant la différence entre la couverture observée de vaccination et la couverture prévue à partir de la richesse du pays). Le taux de croissance corrige la couverture de chaque année, en ajoutant un pourcentage (le taux de croissance) de la population non couverte. Grâce à cette méthodologie, on a estimé les taux de couverture par intervention, par pays, et par an. Par souci d'homogénéité, une contrainte a été imposée selon laquelle le taux de couverture du HAART \leq au taux de couverture de la prophylaxie des infections opportunistes (IO) \leq au taux de couverture du traitement des OI \leq au taux de couverture des soins palliatifs.

Coûts des interventions par habitant

Les coûts des interventions par habitant utilisent les coûts unitaires pour les interventions qui ont été estimés dans différents rapports, corrigés par les informations récentes sur les nouveaux prix négociés avec les fournisseurs de médicaments et de diagnostics, en particulier pour le HAART et la surveillance de laboratoire.

Prise en charge des orphelins

De nombreux enfants sont devenus orphelins au cours de ces dernières années. Beaucoup sont pris en charge par des membres de la famille, mais il en reste un certain nombre qui ont besoin d'une aide publique. Certains enfants ont été placés dans des orphelinats tandis que d'autres ont été aidés au sein de leur communauté. La présente analyse examine trois catégories de prise en charge des orphelins : prise en charge dans un orphelinat, prise en charge communautaire, et subventions pour scolarisation. Le nombre d'orphelins est évalué par l'*ONUSIDA* pour chaque pays sur la base d'une évaluation du nombre et de la répartition des décès d'adultes. On

considère qu'un orphelin est un enfant de moins de 18 ans qui a perdu au moins un de ses deux parents à cause du SIDA ou pour d'autres raisons.

Dans les pays présentant des niveaux de prévalence du VIH élevés, les enfants rendus orphelins du fait du SIDA représentent une forte proportion de tous les orphelins, alors que dans les pays où les taux de prévalence du VIH sont faibles, les enfants deviennent orphelins pour d'autres raisons. De même que pour les injections sans risque et les précautions universelles, les coûts de la prise en charge des orphelins sont inclus dans la présente analyse uniquement pour les pays dont la prévalence nationale du VIH chez l'adulte est égale ou supérieure à 1 %.

Politique globale, gestion, administration, recherche, évaluation, et surveillance

Il existe, pour la mise en œuvre d'une riposte élargie, de nombreuses fonctions de soutien qui ne sont pas directement liées au nombre de personnes recevant des services spécifiques. Le coût de ces fonctions de soutien est estimé à 5 % de la totalité des besoins au titre de la prévention, de la prise en charge et du traitement, et du soutien aux orphelins.

Formation et infrastructures

Des ressources supplémentaires pourront être requises pour la formation et l'infrastructure. Par exemple, la formation des enseignants et le renforcement du système pour les programmes de logistique du préservatif et la PTME sont explicitement inclus dans le coût de la prévention. Pour d'autres interventions (telles que CTV, traitement des IST, et programmes extra-institutionnels destinés aux populations vulnérables), le coût de la formation et des installations peut être inclus dans le coût unitaire. Les coûts de la formation des agents de santé pour l'administration d'un traitement complexe ne sont pas explicitement inclus, mais ne devraient pas être très élevés par rapport au coût global du traitement.

Deux catégories de coûts de formation et d'infrastructure ne sont pas incluses. Il s'agit du coût de la formation universitaire du personnel de santé, telles que les études en faculté de médecine pour ceux qui veulent devenir médecin et dans les écoles d'infirmières pour ceux qui veulent devenir infirmier ou infirmière. Une telle formation, si elle est entamée maintenant, aurait peu

d'impact sur la capacité d'un pays à parvenir aux objectifs de couverture de 2010, mais serait essentielle pour atteindre les objectifs à long terme. De même, ces estimations ne comprennent pas les coûts de l'extension des infrastructures nécessaires de sorte qu'un plus fort pourcentage de la population ait accès aux écoles et aux structures sanitaires. Une telle extension prendrait trop de temps pour qu'une incidence soit perceptible au cours des quatre prochaines années, mais serait essentielle si l'on veut étendre les services en question sur le long terme.

¹ Pour une approche sur une durée intermédiaire des interventions d'action rapide jusqu'en 2007, voir le document *The Futures Group and UNAIDS, Methods: Prevention, Care and Treatment, and Orphan Support* disponible auprès de j.stover@tfgi.com.

² Nombre de campagnes nationales nécessaires par an multiplié par le coût de chaque campagne.

³ Services CTV (non compris le test diagnostic qui peut avoir lieu dans le cadre des services de prise en charge et de traitement) avec test annuel pour les populations à plus haut risque (professionnel(le)s du sexe, HSH, et CDI dans les pays où la prévalence du VIH dans ces groupes est égale ou supérieure à 5 %) ; test effectué tous les 10, 7, 3, ou 2 ans selon le niveau de prévalence du VIH dans le pays pour les populations à risque moyen (professionnel(le)s du sexe, HSH, et CDI dans les pays où la prévalence du VIH dans ces groupes est inférieure à 5 %, plus tous les hommes et toutes les femmes ayant des partenaires sexuels multiples) et test effectué une fois à l'âge de 20 ans pour les personnes appartenant à des populations à moindre risque.

⁴ Le nombre de jeunes dans les écoles primaires et secondaires est estimé selon le nombre d'enfants âgés de 6 à 11 ans et de 12 à 15 ans, multiplié par le taux brut des inscriptions dans le primaire et le secondaire (Banque mondiale, *WDI (Indicateurs de développement dans le monde)*). Le nombre d'enseignants nécessaire est évalué en divisant le nombre d'étudiants par le nombre moyen d'étudiants par enseignant. Le nombre d'enseignants ayant besoin d'une formation au cours d'une année donnée est égal au nombre total des enseignants du primaire et du secondaire multiplié par la couverture et divisé par la fréquence de la formation. On suppose qu'une nouvelle formation ou mise à niveau de leurs connaissances sont nécessaires tous les trois ans.

⁵ Le nombre d'adolescents non scolarisés est représenté par la différence entre le nombre total de jeunes âgés de 6-11 ans et de 12-15 ans auquel on soustrait celui des adolescents scolarisés. Il faut atteindre ces adolescents au moyen de programmes extra-institutionnels de conseils prodigués par les pairs.

⁶ Pour toutes les populations vulnérables, y compris les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et les consommateurs de drogues injectables, le nombre de personnes est multiplié par la couverture afin de déterminer le nombre de ceux qui reçoivent des services, et par le coût unitaire afin de déterminer les ressources nécessaires. Pour les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, nous calculons aussi le nombre de préservatifs nécessaires et le coût de la mise à disposition de ces préservatifs.

⁷ Identifiées dans chaque pays par des spécialistes du pays. Aucune estimation n'est faite pour les pays qui ne fournissent pas de données sur les groupes de population spécifiques.

⁸ Seulement pour ceux qui ne sont pas en traitement, évalués comme étant le nombre des séropositifs nouvellement identifiés au moyen des CTV (nombre de personnes testées multiplié par le taux de prévalence) multiplié par le temps moyen écoulé entre le CTV et celui où le traitement devient nécessaire (estimé à trois ans).

⁹ Les préservatifs peuvent être fournis par des programmes de distribution du secteur public, ou par une commercialisation sociale. Le besoin en préservatifs est représenté par le nombre total d'actes sexuels à haut risque. Les actes sexuels à haut risque sont définis comme étant ceux qui impliquent des professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et les relations occasionnelles, plus tous les actes entre personnes mariées dont au moins l'un des deux conjoints a également des partenaires extérieurs. Les données sur les hommes et les femmes ayant de multiples partenaires proviennent de *MEASURE Enquêtes démographiques et de santé (DHS)* (<http://www.measuredhs.org>) et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) de l'UNICEF (<http://www.childinfo.org>). Le besoin en préservatifs est

augmenté de 10 % pour tenir compte du gaspillage et des déchets. Les préservatifs féminins devraient représenter 10 % du nombre de préservatifs distribués par la commercialisation sociale et 5 % des préservatifs utilisés dans les activités sexuelles rémunérées.

¹⁰ Le nombre d'unités de sang devant être testées est calculé à partir des taux de transfusion par personne tirés de la base de données de référence sur la sécurité transfusionnelle de l'OMS.

¹¹ Le besoin d'un traitement des IST est évalué à partir du nombre d'hommes et de femmes ayant des IST symptomatiques et de l'accès à des services de soins de santé, additionné au nombre de cas de syphilis chez la femme diagnostiqués lors d'un dépistage anténatal. L'accès aux soins de santé en 2003 est défini comme la moyenne de quatre indicateurs : pourcentage de femmes enceintes recevant certains soins prénatals, pourcentage de naissances auxquelles assiste un personnel sanitaire, vaccination infantile (pourcentage d'enfants de moins de 24 mois recevant un traitement de vaccinations complet), et pourcentage de personnes ayant accès au Traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) pour le traitement de la tuberculose (OMS). Les données proviennent des indicateurs de développement dans le monde de la Banque mondiale, et du *Rapport 2003 de l'OMS : Lutte mondiale contre la tuberculose : Surveillance, planification, financement*. Les possibilités d'accès augmentent à l'avenir sur la base de la capacité d'un pays à étendre son système sanitaire rapidement, compte tenu de sa volonté politique et des ressources nécessaires. Pour obtenir les taux de couverture des années suivantes, le taux initial est augmenté à l'aide d'un taux de croissance qui est fonction de la richesse du pays, corrigé par la charge actuelle du VIH (prévalence du VIH) et par la capacité préalablement démontrée du pays à étendre la couverture des services de santé (estimée comme étant la différence entre la couverture observée de vaccination et celle déduite de la richesse du pays). Le taux de croissance corrige la couverture pour chaque année en ajoutant à la couverture précédente un pourcentage (le taux de croissance) de la population concernée (100 % = le taux de couverture de l'année précédente). En utilisant cette méthodologie, on établit l'estimation des taux de couverture par intervention par pays et par année.

¹² Les ressources nécessaires pour les programmes PTME comprennent les frais des conseil et test volontaires pour les femmes enceintes, le coût du renforcement des services prénatals et d'accouchement pour la fourniture de PTME, le coût du traitement antirétroviral pour les femmes séropositives, et le coût des formules de lait pour les femmes qui choisissent de ne pas allaiter. Le programme utilisé ici est fondé sur les recommandations actuelles de l'OMS qui comprennent les conseils et tests volontaires pour les femmes enceintes, le traitement antirétroviral pour les femmes séropositives (doses journalières de AZT commençant à la 28^e semaine, plus une dose unique de névirapine administrée à la mère dès le début de l'accouchement et une dose unique pour le nouveau-né au plus tard 48 heures après la naissance), des laits pour celles qui choisissent de ne pas nourrir au sein et des conseils de planification familiale pour permettre aux couples de réaliser leurs intentions en matière de fécondité future. Les taux de couverture sont uniquement appliqués aux femmes demandant des services prénatals afin de déterminer le nombre de celles qui bénéficient des conseils et des tests volontaires. Le coût estimé du renforcement du système est fondé sur le nombre de femmes séropositives. L'acceptation de la planification familiale est fondée sur les demandes non satisfaites de planification familiale telle que la mesurent les diverses enquêtes nationales. L'absence de services n'est qu'une des raisons pour lesquelles les couples ont des besoins non satisfaits de planification familiale. On suppose par conséquent que 25 % de ceux qui se rendent dans les services PTME ayant un besoin non satisfait de planification familiale l'accepteraient si elle était disponible là où se déroule la PTME.

¹³ En supposant que chaque pays utilise au moins 50 kits par an plus un kit supplémentaire par million d'habitants.

¹⁴ Les estimations du nombre d'injections sans respect de l'hygiène et le coût que représente le fait de les rendre sans risque ont été mis au point par l'OMS (Dziank G, et al (2003) : *The cost-effectiveness of policies for the safe and appropriate use of injection in health care settings, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 81(4):277-285*). Le nombre des injections sans respect de l'hygiène est estimé en multipliant le nombre total d'injections par les estimations régionales de la proportion de celles qui sont administrées sans respect de l'hygiène. Le nombre total des injections est estimé à partir du nombre régional d'injections par habitant (y compris les vaccinations chez l'enfant) et de la population totale de chaque pays.

¹⁵ Calculées en tant que coût annuel par lit d'hôpital. Les données concernant le nombre de lits d'hôpital par habitant sont fournies par les *WDI* (indicateurs de développement dans le monde) de la Banque mondiale. Comme dans le cas des injections sans risque, le coût des précautions universelles n'est inclus que pour les pays où la prévalence chez l'adulte est égale ou supérieure à 1 %.

¹⁶ Bertozzi S, et al (2004) *Estimating resource needs for HIV/AIDS health care services in low-income and middle-income countries. Health Policy 69(2):189-200*.

¹⁷ On suppose que les soins palliatifs seront nécessaires dans les deux dernières années de la vie. Dans les cas où le malade a accès à des antirétroviraux, le traitement palliatif est retardé jusqu'à ce que le traitement antirétroviral soit sans effet.

¹⁸ Tests initiaux et de confirmation effectués dans les cas de suspicion clinique d'infection à VIH.

¹⁹ Coût du traitement des infections opportunistes pendant toute la durée de vie d'un adulte séropositif. Comme pour les soins palliatifs, on suppose qu'il se produira pendant les deux dernières années de la vie. Le traitement antirétroviral hautement actif (HAART) ne devrait pas changer le coût global du traitement des infections opportunistes (IO), mais plutôt le retarder jusqu'au terme de l'espérance de vie supplémentaire favorisée par le traitement antirétroviral. Le coût du traitement retardé est déduit, ce qui a pour résultat que la valeur actualisée nette du traitement des IO pour un malade qui vient de commencer un HAART est inférieure à celle qu'il représente pour un malade qui ne reçoit pas de HAART.

²⁰ A la fois le coût de ces deux médicaments et celui de la prestation du service. On prend pour hypothèse que la moitié de la population recevant le HAART a une réponse immunitaire au traitement suffisamment bonne pour qu'il lui soit possible d'arrêter la prophylaxie IO.

²¹ En supposant des réductions de coût pour les tests de dépistage des CD4 et de la charge virale équivalentes à celles qui ont été négociées avec les fabricants de diagnostics par l'OPS pour l'Amérique latine.

²² Prix différentiels pour les antirétroviraux, le prix minimal étant appliqué à tous les pays à faibles revenus, et le prix maximal dans les pays à revenus intermédiaires les plus riches, l'augmentation étant linéaire pour les autres pays à revenus intermédiaires proportionnellement à leur PIB par habitant. En outre, le prix minimal a été appliqué à tous les pays à revenus intermédiaires où la prévalence du VIH dépasse 5 % (c'est-à-dire en Afrique du Sud et au Botswana). Le coût de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH est égal à 70 % du coût spécifique de celle de la population adulte d'un pays donné.

²³ OMS (2002) *VIH/SIDA : Couverture de certains services de prévention et de soins dans les pays peu développés en 2001*. Genève.

²⁴ Même sans changement majeur de l'infrastructure, l'accès aux services sanitaires liés au VIH et au SIDA peut s'étendre dans le cadre des contraintes actuelles. Les mêmes installations et le même personnel employés à la prestation des soins de santé généraux peuvent être affectés à la prise en charge des maladies liées au SIDA. Pour modéliser l'augmentation de la couverture dans le cadre des contraintes actuelles, un taux de croissance a été estimé pour chaque pays.

Annexe 2 : Hypothèses de modélisation

Données

- Les données relatives aux programmes portant sur le VIH et le SIDA ont été calculées et fournies par le *Groupe Futures* (voir l'**Annexe 1** pour les hypothèses relatives aux éléments composant les programmes). On est parti de l'hypothèse que :
 - environ 80 % des coûts des programmes seraient vraisemblablement imputés aux budgets nationaux de la santé, les 20 % restants se répartissant entre les autres ministères, celui de l'Education en fournissant la plus grande partie.
 - les coûts proposés des programmes portant sur le VIH et le SIDA viendraient s'ajouter à d'autres besoins financiers et engagements nationaux en matière de santé.
- Les données concernant les dépenses de santé sont extraites du *Rapport sur la santé dans le monde* de l'OMS (rapport 2004 publiant les données de 2001 : données accessibles à l'adresse <http://www.who.int/>) et portent sur :
 - les dépenses totales de santé exprimées en pourcentage du PIB ;
 - les dépenses de santé des administrations publiques exprimées en pourcentage des dépenses totales de santé ;
 - les dépenses de santé des particuliers en pourcentage des dépenses totales de santé ;
 - les ressources extérieures consacrées à la santé en pourcentage des dépenses totales de santé.
- Les données économiques (PIB) pour 2001 ont été extraites des *World development indicators* (Indicateurs de développement dans le monde) publiés par la Banque mondiale et utilisées pour calculer les montants monétaires par habitant affectés aux dépenses du secteur de la santé (données accessibles à l'adresse <http://www.worldbank.org>).
 - La croissance économique – croissance réelle du produit intérieur brut (PIB) – a été calculée et exprimée sans tenir compte de l'inflation, des variations du taux de change, etc. Ces chiffres expriment la croissance économique globale, et non la croissance par habitant.
- Les données concernant la croissance démographique sont fondées sur les projections démographiques moyennes effectuées par la Division de la population des Nations Unies (voir *World population prospects: the 2002 revision*, disponible à l'adresse <http://www.esa.un.org>).
- Les données démographiques varient selon les scénarios et illustrent les effets des programmes proposés pour lutter contre le VIH et le SIDA ainsi que ceux de l'épidémie sur le nombre des décès et des naissances.
- Le scénario « Le poids du passé » donne l'estimation relative la plus basse de la population en raison des taux élevés de mortalité due au SIDA, et de la baisse du nombre des naissances. Dans « Le moment de la transition », la population est la plus élevée, car un plus grand nombre de décès sont évités et les naissances sont plus nombreuses. Les données démographiques « Des choix sans concession » se situent entre les deux autres scénarios - les taux de mortalité plus élevés que dans « Le moment de la transition » étant compensés par les bons résultats des efforts de prévention.
- En examinant les données existantes, on ne peut pas voir clairement comment les dépenses de santé associées au VIH et au SIDA se répartiront entre le gouvernement, les bailleurs de fonds extérieurs et privés, ainsi que les dépenses consenties par les particuliers, bien que certaines données régionales ou spécifiques à certains pays puissent être employées pour construire des hypothèses.
 - Les données provenant de l'Afrique Australe¹ (à l'exclusion de la République d'Afrique du Sud) permettent de penser que 10 à 15 % des dépenses totales concernant le VIH et le SIDA sont assurées par les administrations publiques, le reste provenant de l'Aide publique au développement (APD). Les estimations issues de travaux effectués au Sénégal² semblent indiquer que la contribution de la population aux dépenses totales de santé atteint environ 10 %, alors que les chiffres en provenance du Rwanda montrent que plus de 90 % des dépenses liées au VIH et au SIDA sont d'origine privée³.
 - L'hypothèse de travail pour ce modèle était qu'en données globales, pour les scénarios « Des choix sans concession » et « Le moment de la transition », 10 % des dépenses des programmes liés au VIH et au SIDA viendraient de donateurs privés, alors que pour « Le poids du passé », ce pourcentage serait plus élevé, soit environ 20 %.
- Dans les trois scénarios, en données globales, l'APD devrait couvrir 80 % des coûts des programmes liés au VIH et au SIDA en 2003 et baisser progressivement jusqu'en 2025.
- Dans « Des choix sans concession » et dans « Le moment de la transition », les budgets nationaux de la santé progressent, parfois parce que les budgets des administrations publiques

Figure 96 Hypothèses de modélisation et leurs conséquences

Variable	Référence	Hypothèses et conséquences		
		Des choix sans concession : l'Afrique s'engage dans la lutte	Le poids du passé : la spirale infernale	Le moment de la transition : l'Afrique rattrape le temps perdu
Croissance économique	Depuis 1990, le PIB par habitant a baissé d'environ 20 % pour atteindre près de 460 US\$ par individu en ASS ^a . Cette baisse est moindre en AO et en AE, et supérieure en Afrique Centrale.	2 % de croissance moyenne du PIB par an, compte non tenu de l'inflation, de la croissance démographique, etc. Croissance du PIB égale à 60 %. Augmentation de 10 % par habitant en AN et dans le SA, stagnation du revenu par habitant en AOC, et perte de 10 % en AE en raison d'une croissance démographique soutenue.	1,5 % de croissance moyenne du PIB par an, compte non tenu de l'inflation, de la croissance démographique, etc. Croissance du PIB légèrement inférieure à 40 %. Stagnation du revenu par habitant en AN et dans le SA, près de 20 % de perte de revenu par personne en AOC et AE en raison d'une forte progression démographique.	4 % de croissance annuelle réelle par habitant, compte non tenu de l'inflation, de la croissance démographique, etc. PIB multiplié par 2,5. Revenu par habitant en progression de 70 % en AN et dans le SA, et d'environ 40 % en AOC et AE.
Augmentation des dépenses publiques	Actuellement, 30 % du PIB en AE, 20 % en AOC, 24 % dans le SA et 19 % en AN.	Augmentation annuelle de 0,75 % en part de PIB. (Les dépenses publiques augmentent du fait de la croissance obtenue par le secteur public et certaines augmentations de l'aide) Niveaux en 2025 : AE 36,4 % du PIB ; AOC 23,9 % ; SA 28,5 % ; AN 22,5 %.	Stagnation de la part du PIB allant au budget. (Les dépenses publiques se maintiennent à une proportion constante du PIB.)	Augmentation annuelle de 1 % de la part du PIB ^b dans le SA et en AOC, augmentation de 0,5 % en AE, et augmentation de 1,5 % en AN jusqu'en 2014, puis de 0,5 %. (Les dépenses publiques augmentent du fait de l'élévation de l'assiette de l'impôt, d'une aide accrue et d'une politique budgétaire plus souple.) Niveaux en 2025 : AE : 33,9 % du PIB, AOC 24,8 % ; SA 29,5 % ; AN 22,1 %.
Accroissement du montant des dépenses publiques de santé financé par le pays lui-même	Dépenses publiques de santé initiales en pourcentage du budget de l'Etat (agrégats) : AE : 6,55 % AOC : 9,46 % SA : 10,16 % AN : 8,9 %.	Augmentation de la part de 1 % par an à partir de 2014 jusqu'à ce que le budget de la santé atteigne 13,2 % du budget de l'Etat.	La part augmente de 0,5 % par an. La part des dépenses publiques consacrée à la santé augmente pour atteindre en 2025 les pourcentages suivants des dépenses publiques : AE : 9,9 % AOC : 10,6 % SA : 11,3 % AN : 9,9 %.	La part des dépenses publiques consacrée à la santé s'accroît pour atteindre 15 % des dépenses publiques, les parts augmentant comme suit : AE : 1 % jusqu'à 2014, puis 4 % AOC : 1 % jusqu'à 2014, puis 3,5 % SA : 1 % jusqu'à 2014, puis 3 % AN : 1 % jusqu'à 2014, puis 3 %.
Augmentation des dépenses publiques de santé financées extérieurement	Aide extérieure par rapport aux dépenses publiques de santé (agrégats) : AE : 51 % AOC : 46 % SA : 44 % AN : 12 %.	Augmentation initiale, puis baisse pour les programmes spécifiques au VIH et au SIDA. Accroissement progressif après 2015 s'agissant des interventions en dehors du VIH, p.ex. paludisme, maladies infantiles, tuberculose, etc.	Erratique. Croissance initiale et ensuite baisse. Augmentation jusqu'en 2015, puis baisse. Proportions des contributions constantes en termes de pourcentage du PIB, mais diminution en valeur (US\$) par personne, car le PIB ne parvient pas à suivre le rythme de la croissance démographique.	Rapide augmentation jusqu'en 2015, puis les niveaux se maintiennent.

^a Note : AE : Afrique de l'Est ; AOC : Afrique de l'Ouest et Afrique Centrale ; SA : Afrique Australe ; AN : Afrique du Nord ; ASS : Afrique subsaharienne.

^b 1 % du montant de référence, et non pas 1 % du PIB.

Source : ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

augmentent, et l'APD diminue graduellement. Etant donné que les coûts des programmes proposés pour le VIH et le SIDA viennent s'ajouter aux dépenses sanitaires de base, l'APD continue de jouer un rôle important dans le financement du secteur général de la santé, ainsi que dans la programmation spécifique au VIH et au SIDA.

- Dans « Le poids du passé », les économies nationales en stagnation n'arrivent pas à croître suffisamment pour continuer à augmenter leur part des coûts des programmes portant sur le VIH et le SIDA. L'APD et les dépenses privées constituent toujours la principale source de financement.

Traitement des données et terminologie

- Le simple modèle d'équilibre partiel mis au point pour ce projet ne cherche pas à être exhaustif, et n'atteint pas la complexité ni l'ampleur auxquelles on peut parvenir avec un modèle d'équilibre général.
- Les chiffres énumérés dans chaque scénario sont le résultat d'extrapolations linéaires de tendances au sein du scénario. Il ne faut pas les considérer comme des prévisions, mais comme une tentative plausible de modéliser et d'expliquer le coût des programmes portant sur le VIH et le SIDA dans chaque scénario.
- Tous les montants exprimés en dollars des Etats-Unis (US\$) qui en résultent sont

exprimés en dollars 2002, mais sont fondés sur les données du PIB de 2001. Les hypothèses des scénarios et celles qui sont particulières à certaines questions sont indiquées dans le tableau ci-dessus.

¹ Martin HG (2003) *A comparative analysis of the financing of HIV/AIDS programmes in Botswana, Lesotho, Mozambique, South Africa, Swaziland and Zimbabwe*. Research Programme on the Social Aspects of HIV/AIDS and Health. Cape Town, Human Sciences Research Council.

² Vinard P, et al (2003) *Analysis of HIV/AIDS expenditures in Senegal: from pilot project to national program*. In: Agence Nationale de Recherches sur le Sida (2003) *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries, issues and challenge*, pp.459-482. Paris, France, ANRS.

³ Schneider P, et al (2000) *Rwanda national health accounts 1998*. Technical Report No. 53, Partnerships for Health Reform Project. Bethesda, MD, Abt Associates Inc.

Annexe 3 : Liste des personnes ayant contribué à cet ouvrage

Les personnalités éminentes dont le nom est cité ci-après ont mis leur temps et leur sagesse à la disposition de ce projet et nous tenons tout particulièrement à leur exprimer notre reconnaissance.

A

Ali Abdelmagid; Carla Abou-Zahr; Sara Abraham; Tokunboh Adeyemo; Margaret Agama; Sandrine Agbokpe; Peter Aggleton; Rok Ajulu; Keith Alcorn; Chris Alden; Calle Alemedal; Almaz Amine; Betty Amailuk; Akosua Adomako Ampofo; Mary Amuyunzu-Nyamongo; Edward Anderson; Roy Anderson; Michael Angaga; Maha Aon; Jerry Ash; Richard Ashcroft; Dorothy Atieno; Omu Anzala; Sam Avrett;

B

Bertrand Badré; Khadija Bah; Harvey E Jr Bale; Tony Barnett; Luc Barriere-Constantin; Michael Bartos; Jacqueline Bataringaya; Ahmed Bawa; Clive Bell; Carol Bellamy; Paul Bennell; Gebre Egziabher Tewolde Berhan; Seth Berkley; Abdelmalak Berrebeh; Jean-Claude Berthélemy; Stef Bertozzi; David Bevan; Nadia Beza; Alok Bhargava; Iman Bibars; David Bloom; Lizet Boerstra; Lori Bollinger; Patrick Bond; René Bonnel; David Booth; Maganga Boumba; Richard Boustred; Albert Bressand; Daniel Brockington; Nathalie Broutet; Gro Harlem Brundlandt; Heather Budge-Reid; Anet Bujra; Kate Butcher;

C

Mary Caesar; Edwin Cameron; Heather Cameron; Rebecca Carter; Lucian Cernat; Alya Chamari; V Chandra-Mouli; Hannah Chaplin; Rufaro R Chatora; Imam El Hadj Cisse Djiguiba; Fiona Clark; Julia Cleves; Jenny Clover; Ernestina Coast; Lisa Cook; Hoosen Coovadia; Peter Cornelius; Mary Crewe; Elizabeth Cromwell; Jonathan Crush;

D

Patricia Daley; Ramatu Daroda; Ged Davis; Luc De Bernis; Kevin de Cock; Josef Decosas; Benny Dembitzer; Frank Beadle de Palomo; Alan Detheridge; Alex de Waal; Isabell de Zoysa; Mamadou Diouf; Belinda Dodson; Sunday Dogonyaro; Julie Downs; Zenabou Drabo; Nico Drager; Alexandra Draxler; Gerard Drenth; Scott Drimie; Chris Dye; Tim Dyson;

E

Esther Eidinow; Shirin Elahi; Hicham El Rouby; Shewit Emmanuel; Enabling Dimensions; Eduardo Escobedo; José Esparza;

F

Marika Fahlen; Samir Faiadh; Bode-law Faleyimu; Omolulu Falobi; Timothy Farley; John Farrington; Tayo Fatunla; Anthony

Fauci; Baruch Fischhoff; Molly Fitzgerald; Stuart Flavell; Virginia Davis Floyd; Geoff Foster; Melissa Fourie; Thabo Fourie; Joseph Francois; Friedrich Ebert Stiftung; Katherine French; The Futures Group;

G

Maciej Gajewski; Laurie Garrett; Quentin Gausset; Helen Gayle; Erick Gbodossou; Stephen Gelb; Stefan Germann; Tegegnetwork Gettu; Peter Ghys; Diana Gibb; Charles F Gilks; David Gordon; Baba Goumbala; Robert Greener; Meskerem Grunitzky-Bekele; Geeta Rao Gupta; Samantha Guy;

H

Hussein Hammouda; Fama Hane-Ba; Keith Hansen; Corynne Harvey; Joe Martín Harvey; Paul Harvey; Suzette Heald; Barbara Heinzen; Peter Heller; Joanne Hemmings; Sylvie Herda; Mark Heywood; Patricia Hindmarsh; Dan Hogan; Jaco Homsy; Robert Houdek; Genevieve Hutchinson;

I

Mike Isbell;

J

Abdoulie Janneh; Richard Jeffries; Laurence John; Desmond Johns;

K

Magid Kagimu; Andrew Kailembo; Grace Kalimugogo; Koosum Kalyan; Sarah Degnan Kambou; Musimbi Kanyoro; Ossy MJ Kasilo; Elly Katabira; Charles Ibnou Katy; Michel Kazatchkine; David Keen; Michael J Kelly; David Kihumuro-Apuuli; Rachel King; Tracey King; Karusa Kiragu; Art Kleiner; Barbara Klugman; Stephen Kramer; Georgina Krebs; Nambusi Kyegombe; Primrose Kyeyune;

L

Marie Laga; Murray Last; Theodore Lebel; Vivian Lee; Garth Le Pere; Jeffrey Lewis; Rene Loewenson; Angela Lomosi; Mark Loudon;

M

Shaun McCarthy; Frances McCaul; Craig McClure; William (Bill) McGreevy; Alexandra MacLean; Fiona MacLean; Vincent Magombe; Ajay Mahal; Mahesh Mahalingam; Malegapuru Makgoba; Metsi Makhetha; Ennita Manyumwa; Hein Marais; Daria Martin; Adele Maruatona; Elizabeth Marum; Laban Masimba; Paul Masson; Macdonald Maswabi; Brian Chituwo Mateta; Lucky Mazibuko; Ali Mazrui; John

Mbaku; Soleymane Mboup; Suman Mehta; Guy Mhone; Carole Akuavi Mijola; Heather Milkiewicz; D Miller; Anne Mills; Thandika Mkandawire; Sibongile Mkhabela; Khadija Moalla; Dilys Morgan; Iman Mortagy; Roland Msiska; Promise Mthembu; Mbulawa Mugabe; Sobbie Mulindi; Arthur Muliro; Lydia Mungherera; Alison Munro; Michael Munywoki; Richard O. Musebe; Sisule Musungu;

N

Peter S Navario; Nikki Naylor; Marie Louise Ndala; Ndiori Ndiaye; Francis Jim Ndowa; Mistry Neeraj; Trevor Neilsen; Moise Nembot; Mariane Ngoulla; Gregory Niblett; Patrick Noack; Marcus Noland; Pelucy Ntambirweki; James Ntozi; Hazel Nunn; Kasirim Nwuke; Elizabeth Nyamayaro; Joseph M Nyasani;

O

Thoraya Ahmed Obaid; Christine Obbo; Carla Obermeyer; Cecilia Oh; Peter Okaalet; Jay Okey; Benjamin Olley; Funmi Olonisakin; Peter Ondeng; Katja Oppinger; Mohamed Osman; Babatunde Osotimehin; Niyi Osundare; Adrian Otten; Hulda Ouma; Dapo Oyewole;

P

Joan Parker; Vangie Parker; Warren Parker; Brad Parks; Mark Pearson; Bernard Pecoul; JDY Peel; Dario Peluso; Marco Peluso; Jos Perriens; Robyn Pharoah; Joy Phumaphi; Peter Piot; Nana Poku; Sara Post; Eleanor Preston-Whyte; James Putzel;

R

Gita Ramjee; Mamphela Ramphele; Kamoun Ridha; Belinda Ridley; Peter Robbs; Tamsen Rochat; Andrew Rogerson; Mattia Romani; Roxana Rogers; Andrew Rogerson; Mattia Romani; David Ross; Jane Rowley; Gabriel Rugalema; Brad Ryder;

S

Jeffrey Sachs; Xavier Sala-i-Martin; Joshua A Salomon; Mohamed Sammud; Art Sandoval; Landing Savane; Allan Schapira; Martin Schoenteich; Brooke Schoepf; Bernhard Schwartlander; Hakan Seckinelgin; Alinah K. Segobye; Tabitha Sewe; Halima Shariff; Robin Shattock; Lorraine Sherr; Clare Short; Michel Sidibe; Yelibi Sibili; Elizabeth Sidiropoulos; Nono Simelela; Charles Simkins; Bernadette Simmons; Ann Smith; Richard Smith; Samantha Smith; Karen Stanecki; Joshua Solomon; Jean-Marc Steens; Alan Stein; Dan Stein; Joanne Stein; Mark Stirling; John Stover; Jeffrey Sturchio;

T

Manal Mohamed A. Taha; Patrick Taran; Oussama Tawil; Cecilia Taylor-Camara; Thomas Tchetmi; Robert Teh; Fernanda Teixeira; Petra ten Hoop Bender; Thomas Teusher; Dirk W. te Velde; Daphne Topouzis; Rob Tripp; Louis-Phillippe Tsitsol-Meke; Joseph Tumushabe;

V

Ronald Valdisseri; Phillipe Vandenbrooke; Chris van der Burgh; Louis van der Merwe; Mirjam van Donk; Johan van Zyl; James Vidal; German Velasquez; Coenraad Visser;

W

Catriona Waddington; Mark Wainberg; Neff Walker; Saul Walker; Charles Wambebe; Onyekachi Wambu; Mitchell Warren; Catherine Watt; Charlotte Watts; Jonathon Weber; Beatrice Were; Wilson Milton Were; Howard White; Alan Whiteside; Steve Wiggins; Marissa Wilkins; Angela Wilkinson; Brian Williams; Marie-Hélène Wilreker; Rachel Wilson; Gemma Wilson-Clark; Kate Wood; Alain Wouters;

Y

Graham Yeo; Meseret Yirga;

Z

Elizabeth Zaniewski; Zapiro.

Annexe 4 : Glossaire

Aide publique au développement (APD)

Dans le contexte de cet ouvrage, on a retenu la définition suivante : Dons ou prêts à des pays ou territoires figurant dans la Partie I de la liste des bénéficiaires de l'aide du Comité d'aide au développement (pays en développement) qui sont : a) accordés par le secteur public ; b) dont l'objectif principal est la promotion du développement économique et de la protection sociale ; c) à des taux financiers de faveur [s'il s'agit d'un prêt, il comporte un élément de don supérieur ou égal à 25%]. Outre les flux financiers, une coopération technique est incluse dans l'aide accordée. La coopération technique fait partie de l'aide. Sont exclus les dons, prêts et crédits à but militaire. Les paiements de transfert vers les particuliers (par exemple, les retraites, les dommages et intérêts et les versements des assurances) ne sont habituellement pas comptés.

Année de vie ajustée sur la qualité de la vie (QALY)

Une année de vie ajustée sur la qualité de la vie (QALY) prend en compte à la fois la quantité et la qualité de la vie gagnée grâce aux interventions sanitaires. Il s'agit du produit arithmétique de l'espérance de vie et d'une mesure de la qualité des années de vie restantes. Si la durée de vie d'une personne est raccourcie ou affectée par une mauvaise santé (comme le SIDA) susceptible d'être évitée ou améliorée par un traitement adéquat, la QALY fournit une certaine mesure de la valeur du traitement calculée en années de vie améliorées.

ARV

(Médicament) antirétroviral

Epidémie

Une maladie qui se propage rapidement dans un segment démographique de la population humaine, comme par exemple tous les habitants d'une zone géographique ; une base militaire ou une unité de population semblable ; ou toutes les personnes d'un certain âge ou sexe, telles que les enfants ou les femmes d'une région. Les maladies épidémiques peuvent se transmettre d'une personne à une autre à partir d'une source contaminée, telles que les denrées alimentaires ou l'eau.

Epidémiologie

Branche de la science médicale qui étudie l'incidence et la répartition d'une maladie dans une population ainsi que les mesures de lutte contre cette maladie.

Incidence du VIH

L'incidence du VIH (parfois appelée

incidence cumulative) est la proportion de personnes qui ont été infectées par le VIH pendant une durée spécifiée. L'*ONUSIDA* se réfère normalement au nombre de personnes (de tous les âges) ou aux enfants (0-14 ans) qui ont été infectés au cours de l'année précédente.

Infecté(e) par le VIH

Qualificatif différent de 'séropositif(ve) au VIH' (car parfois il peut s'agir d'un résultat de test faussement positif, notamment chez le nourrisson jusqu'à l'âge de 18 mois). L'expression 'infecté(e) par le VIH' est habituellement utilisée pour indiquer que le VIH a été mis en évidence au moyen d'analyses du sang ou des tissus.

Infections opportunistes

Maladies causées par divers organismes, dont certains n'entraînent habituellement pas de maladie chez une personne bien portante dont le système immunitaire est intact. Les personnes vivant avec une infection à VIH avancée sont atteintes d'infections opportunistes au niveau des poumons, du cerveau, des yeux et d'autres organes.

Observance du traitement

Mesure dans laquelle un patient prend ses médicaments en respectant exactement le mode de prescription (on dit aussi 'respect du traitement').

Organisation confessionnelle

Expression désignant les organisations comme les églises et autres organisations religieuses.

Orphelins

Dans le contexte du VIH et du SIDA, il est préférable de parler d'"enfants rendus orphelins du fait du SIDA" ou d'"orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH et le SIDA". Dans la présente publication, ce terme est utilisé pour décrire un enfant qui a perdu au moins l'un de ses parents.

Pandémie

Maladie prévalente dans tout un pays, sur tout un continent ou dans le monde entier. On emploiera de préférence le mot pandémie lorsqu'il s'agit d'une maladie mondiale, et celui d'épidémie lorsqu'on se situe au niveau du pays ou de la région. Voir EPIDEMIE

Prévalence du VIH

Habituellement exprimée en pourcentage, la prévalence du VIH quantifie la proportion d'individus qui, dans une population, ont contracté le VIH à un moment particulier dans le temps. L'*ONUSIDA* signale normalement la prévalence du VIH chez l'adulte (de 15 à 49 ans).

Produit intérieur brut

Valeur de tous les biens et services produits dans un pays en une année (voir aussi revenu national brut). Le PIB peut être calculé en ajoutant toutes les recettes d'une économie – salaires, intérêts, bénéfices et rentes – ou toutes les dépenses – consommation, investissements, achats publics, et les exportations nettes (exportations moins importations). Ces deux résultats devraient être égaux parce que les dépenses d'une personne sont toujours égales aux recettes d'une autre, de sorte que la somme de toutes les recettes doit être égale à la somme de toutes les dépenses.

Revenu national brut

Anciennement appelé 'produit national brut', le 'revenu national brut' comprend la valeur totale des biens et des services produits dans un pays (c-à-d. son 'produit intérieur brut'), augmenté des recettes totales provenant des autres pays (principalement les intérêts et les dividendes), moins tout paiement semblable versé aux autres pays.

Scénario

Un scénario est une histoire qui décrit un avenir possible. Il recense certains événements significatifs, les principaux acteurs et leurs motivations, et montre comment fonctionne le monde. Les scénarios se présentent toujours en groupes pour exprimer l'incertitude de l'avenir. Les scénarios ne sont pas l'histoire de ce qui devrait arriver, mais décrivent ce qui pourrait arriver. Ce ne sont ni des prévisions, ni des projections, ni des extrapolations du présent. Les bons scénarios sont plausibles, logiques, et à la fois pertinents et mobilisateurs. Un ensemble de scénarios constitue un instrument qui peut être utilisé pour améliorer la prise de décisions en faisant face aux hypothèses, en admettant l'incertitude, en élargissant les perspectives, et s'employant à résoudre les principaux dilemmes et conflits.

Surveillance

Collecte, analyse et interprétation systématiques et continues des données relatives à une maladie ou un problème de santé. Recueillir des échantillons de sang à des fins de surveillance s'appelle séro-surveillance.

Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)

Le SIDA est une maladie mortelle causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ce virus détruit la capacité de l'organisme à lutter contre l'infection et la maladie, ce qui peut finalement conduire à la mort. Actuellement, les médicaments peuvent ralentir la réplication du virus, mais ne sont pas en mesure de guérir le SIDA.

Thérapie antirétrovirale (ART)

Traitement qui utilise des médicaments antirétroviraux pour supprimer les réplifications virales et améliorer les symptômes. Pour un traitement antirétroviral efficace, il faut utiliser simultanément trois ou quatre antirétroviraux. Comme le précisent les « *Recommandations pour une approche de santé publique. Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées* » (juin 2002). Ces recommandations (que l'on peut consulter à l'adresse <http://www.who.int/>) visent à soutenir et faciliter une gestion et une amélioration adéquates de l'accès aux traitements antirétroviraux, et portent sur les schémas thérapeutiques de première et de seconde intentions recommandés chez l'adulte et l'enfant, les raisons pour changer de traitement antirétroviral, la surveillance des patients, les effets indésirables de l'ART, et donnent des conseils spécifiques pour certains sous-groupes de malades.

Traitement antirétroviral hautement actif (HAART)

Nom donné aux schémas thérapeutiques recommandés par les principaux experts en matière de VIH pour supprimer vigoureusement la réplication virale et le progrès de la maladie due au VIH. Plus récemment, certains médicaments ont été mis au point pour empêcher le virus d'entrer dans la cellule. Le schéma thérapeutique HAART associe habituellement au moins trois médicaments différents dans une seule formule 'association à doses fixes' (FDC). Il a été démontré que ces schémas thérapeutiques réduisaient la quantité de virus de sorte qu'il devient indétectable dans le sang du patient (toutefois, il ne leur est toujours pas possible d'éliminer complètement le virus de l'organisme, et ne peuvent donc pas 'guérir' le VIH).

Vaccin

Substance contenant des composants antigéniques provenant d'un organisme infectieux. En stimulant la réponse immunitaire, et non pas la maladie, il protège contre toute infection ultérieure due à cet organisme. Il existe des vaccins préventifs (par exemple contre la rougeole ou les oreillons) ainsi que des vaccins thérapeutiques.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Virus qui affaiblit le système immunitaire, et conduit en fin de compte au SIDA. Etant donné que VIH signifie 'virus de l'immunodéficience humaine', il est superflu de faire référence au *virus du VIH*.

Usages anciens et usages dorénavant préférés

Ancien	Préféré
Epidémie de VIH/SIDA	Epidémie de SIDA
Groupes à risque élevé	Populations-clés à risque élevé
Groupes vulnérables	Plus susceptibles d'être exposés au VIH
Le plus vulnérable à l'infection	Le plus susceptible d'être exposé au VIH
Lutte contre le SIDA	Riposte au SIDA
Pays en développement	Pays à faible et moyen revenus
Personnes vivant avec le VIH/SIDA	Personnes vivant avec le VIH et le SIDA
Prévalence du VIH/SIDA	Prévalence du VIH
Prévention du VIH/SIDA	Prévention du VIH
Taux de prévalence	Prévalence
Test du VIH/SIDA	Test du VIH
VIH/SIDA	VIH et SIDA
VIH/SIDA	Maladie due au VIH ou au SIDA

Annexe 5 : Bibliographie

Des centaines de documents ont été compulsés pour l'élaboration de ce projet. Il est possible d'en consulter la bibliographie complète sur le site internet du projet (<http://www.unaids.org/aidsscenarios>) et sur le CD-ROM annexe, disponible auprès de l'ONUSIDA. Nous énumérons ci-dessous les documents qui se sont avérés particulièrement utiles, ainsi que des références et les documents qui ont été demandés spécifiquement pour le projet.

- AbouZahr C et al. (2003) *Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities. An analysis of trends, levels and differentials, 1990–2001*. New York/Genève, UNICEF/OMS. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.childinfo.org>
- Adam I (2004) Ghana to blacklist NGOs. BBC News. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.news.bbc.co.uk>.
- Africa All Party Parliamentary Group (2004) *Averting catastrophe: AIDS in 21st century Africa*, A report from the Africa All Party Parliamentary Group. London, Africa All Party Parliamentary Group/The Royal African Society.
- Afrobarometer (2004) *Public opinion and HIV/AIDS: Facing up to the future*, Briefing Paper No. 12, April 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.afrobarometer.org>.
- Afrobarometer (2004) *Afrobarometer media briefing and summary of findings*. Press release, April 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.afrobarometer.org>.
- Amuyunzu-Nyamongo M, Karusa K (2003) *Gender Roles and Sexual Behaviour in Africa*. Projet de document.
- Anderson A (2001) *Global pentecostalism in the new millennium*. Aarhus, The Charismatic Movement and the Churches Centre for Multireligious Studies.
- Anderson A (2001) *Pentecostals in Africa The shape of future Christianity?* Aarhus, Centre for Multireligious Studies.
- Anderson E, Chaplin H, coordinated by Wiggins S with assistance from Cromwell E, Farrington J, Harvey P, Tripp R (2003) *How will Africa feed itself in the year 2025, under the three different scenarios?* Overseas Development Institute. Projet de document.
- Appadurai A (2004) The capacity to aspire: *Culture and the terms of recognition*. In: Rao V, Walton M, eds. *Culture and Public Action: A Cross-Disciplinary Dialogue on Development Policy*. Palo Alto, Stanford University Press.
- Arhin-Tenkorang D, Conceicao P (2003) Beyond communicable disease control: Health in the age of globalisation. In: Kaul I et al. *Providing global public goods: Managing globalization*. New York, Oxford University Press. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.undp.org>
- Ashford L (2000) *Social marketing for adolescent sexual health: Results of operations research projects in Botswana, Cameroon, Guinea, and South Africa*. Washington DC, Population Reference Bureau et Population Services International.
- Association médicale islamique d'Ouganda (2001) *Jihad on AIDS: Self discipline using Allah's guidance*. Première Consultation internationale sur le VIH/SIDA des leaders musulmans. 1–4 novembre. Kampala, Ouganda.
- Attawell K, Mundy J (2003), *Provision of antiretroviral therapy in resource-limited settings: a review of experience up to August 2003*. Préparé par le Health Systems Resource Centre pour le Département pour le développement international (DFID) du Royaume-Uni en collaboration avec l'OMS. Londres, DFID.
- Avrett S (2003) *HIV vaccines: Exploring future scenarios in Africa*. Projet de document.
- Bachmannand MO, Booyesen FLR (2003), Health and economic impact of HIV/AIDS on South African households: A cohort study. *BMC Public Health*, 3:14–21.
- Bale H E, Gajewski M (2003) *The pharmaceutical industry's role in fighting the AIDS pandemic in Africa*. Projet de document.
- Banque mondiale (2003) *Africa development indicators*. Washington DC. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.worldbank.org>
- Banque mondiale (2004) *Perspectives économiques mondiales 2004: Réaliser les promesses de développement du Programme de Doha - Septembre 2003*.
- Banque mondiale (2003) *Global development finance – Striving for stability in development finance*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.worldbank.org>
- Banque mondiale (2004) Development aid is melting away: Wolfensohn. *World Bank Press Review*, May 12, 2004.
- Barnett T, Blaikie P (1992) *AIDS in Africa: Its present and future impact*. New York, Guilford Press.
- Barnett T, Whiteside A (2002) *AIDS in the 21st century: Disease and globalisation*. New York, Palgrave-Macmillan.
- Baylies C, Bujra J (2000) *AIDS, Sexuality and gender in Africa: Collective strategies and struggles in Tanzania and Zambia*. London/New York, Routledge.
- BBC News (2004) Polio vaccination boycott spreads. BBC News, Tuesday, 24 February.
- Bennell P (2003) *HIV and the education sector*. Projet de document.
- Berman D (2002) Supply crisis of BMS ARVs in Kenya. *E-drug*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.essentialdrugs.org/edrug/>
- Berthélemy JC, Söderling L (2001) *Will there be new emerging countries in Africa by the year 2020?* Conference on Development Policy in Africa: Public and Private Perspectives Oxford University, CSAE, 29–31 March 2001.
- Bloom D, Canning D, Jamison D (2004) Health, Wealth, and Welfare. *Finance & Development*, March:10–15.
- Boerstra L (2003) *What are and might be the implications of the interaction between HIV and Malaria infection?* Projet de document.
- Bollinger L, Cooper-Arnold K, Stover J (2004) Where are the gaps? The effects of HIV-prevention interventions on behavioural change. *Studies in Family Planning*, 35(1):27–38.

- Bond P (2002) The new partnership for Africa's development: Social, economic and environmental contradictions. *CNS*, June, 13(2).
- Bond P (2003) *Africa in a responsible global village?* Projet de document.
- Bond P (2003) *African access to global markets?* Projet de document.
- Booth D (2003) Introduction and overview. *Development Policy Review*, 21(2):131–159.
- Bonnel R (2003) *HIV/AIDS and economic and social development*. Projet de document.
- Bonnel R (2003) *Debt burden and structural adjustment*. Projet de document.
- Brody S, Potterat JJ (2003) Assessing the role of anal intercourse in the epidemiology of AIDS in Africa. *International Journal of STD and AIDS*, 14(7):431–436.
- Bryant M, Mugenyi P, Whalen C (2003) *Is widespread resistance to anti-retroviral agents inevitable in Africa?* (Abstract) Pour la 131e réunion annuelle de la American Public Health Association (APHA), 15–19 novembre. Washington DC, American Public Health Association. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.apha.confex.com>
- Burton I, Kates RW, White GF (1993) *The environment as hazard*, 2nd ed. New York, Guilford Press.
- Caraël M (1997) Urban-rural differentials in HIV/STDs and sexual behaviour. In: Herbst G, ed. *Sexual cultures and migration in the era of AIDS: anthropological and demographic perspectives*. Oxford, Clarendon Press.
- Castleman T, Seumo-Fosso E, Cogill B (2003) *Food and nutrition implications of antiretroviral therapy in resource limited settings*. Washington DC, Food and Nutrition Technical Assistance Project, Academy for Educational Development. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.fantaproject.org>
- CBC (2003) *Enabling corporate citizenship for sustainable development: Joint action plan for business and governments* (projet). Submission by the Commonwealth Business Council to the Commonwealth Business Forum and Commonwealth Heads of Government Meeting, Décembre 2003.
- CEA (2003) *Rapport économique sur l'Afrique 2003 : Accélérer le rythme du développement*. Addis-Abeba (E.03.II.K.1). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.uneca.org>
- Centre for Health and Gender Equity (2004) *Debunking the myths in the U.S. global AIDS strategy: An evidence-based analysis*. Maryland, USA, Centre for Health and Gender Equity.
- CENUE/CNUCED/UNESCO/UIT/OCDE/Eurostat *Statistical Workshop: Monitoring the Information Society: Data, Measurement and Methods. Benchmarking Connectivity in Africa: Towards Effective Indicators for Measuring Progress in the Use of ICTs in Developing Countries*. Pour plus d'information : <http://www.itu.int>
- Clemens MA, Kenny CJ, Moss TJ (2004) *The trouble with the MDGs: Confronting expectations of aid and development success*. Economics Working Paper (0405011) archive at WUSTL. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ideas.repec.org>
- CNUCED (2003) *Le développement économique en Afrique : Résultats commerciaux et dépendance à l'égard des produits de base*. UNCTAD/GDS/AFRICA/2003/1. Pour plus d'information, voir : <http://www.unctad.org>
- CNUCED (2004) *Les pays les moins avancés, rapport 2004 : Commerce international et réduction de la pauvreté*. Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unctad.org>
- CNUCED/Secrétariat du Commonwealth (2001) *Duty and quota free market access for LDCs: An analysis of Quad initiatives*. UNCTAD/DITC/TAB/Misc.7. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unctad.org>
- Commission on Capital Flows to Africa (2003) *A ten-year strategy for increasing capital flows to Africa*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.iie.com>
- Conseil oecuménique des églises (2001) *Increased partnership between faith-based organizations, Governments and inter-governmental organisations*. Statement by faith-based organisations facilitated by the World Council of Churches for the UN Special Assembly on HIV/AIDS, June 25–27. Voir <http://www.wcc-coe.org>
- Conseil oecuménique des églises (2001) *Plan of action: The ecumenical response to HIV/AIDS in Africa*. Global Consultation on the Ecumenical Response to the Challenge of HIV/AIDS in Africa. Nairobi, Kenya, 25–28 novembre 2001.
- CRDI (en cours) Acacia Initiative: Communities and the Information Society in Africa Program Initiative. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.web.idrc.ca>
- Creese A et al. (2002) Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *The Lancet*, 359:1635–1642.
- Daley P, Brockington D (2003) *HIV/AIDS and migration*. Projet de document.
- Daniels N (2004) *How to achieve fair distribution of ARTs in "3 by 5": Fair process and legitimacy in patient selection*. Pour la consultation sur l'accès équitable aux soins liés au VIH/SIDA, 26–27 janvier. Genève, ONUSIDA/OMS.
- Darkoh E (2004) Challenges and insights from Botswana's national anti-retroviral programme. *AIDS Analysis Africa*, 14(4).
- Day, J. H. et al. (2003) Attitudes to HIV voluntary counselling and testing among mine works in South Africa: Will availability of antiretroviral therapy encourage testing? *AIDS Care*, 15(5):665–672.
- De Cock K et al. (2003) *UNAIDS scenario on voluntary counselling and HIV testing*. Projet de document.
- De Waal A, Abdul Raheem T (2004) What is the value of NEPAD? *Africa Analysis*, 441, 20 February. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.sarpn.org.za>
- De Zoyza I (2003) *Scenarios for the future: Prevention of mother-to-child transmission of HIV*. Projet de document.
- Decosas J (2002) *The social ecology of AIDS in Africa* (projet). Préparé pour le projet UNRISD, VIH/SIDA et développement. Genève, UNRISD.
- Decosas J (2003) *Community cohesion*. Projet de document.
- Department of Health (2002) *The impact of HIV on the health sector*. Cape Town, HSRC Publishers. Disponible à l'adresse suivante : www.hsrbpublishers.ac.za.
- Devarajan S, Dollar D, Holmgren T (2001) *Aid and reform in Africa: Lessons from ten case studies*. Washington DC, Banque mondiale.
- Devlin R, Castro L (2002) *Regional banks and regionalism: A new frontier for development financing*. Prepared for the Conference on Financing for Development: Regional Challenges and the Regional Development Banks at the Institute for International Economics, February 19, 2002. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.iadb.org>
- DFID (2002) *What are we doing to tackle world poverty? A quick guide to the Department for International Development*. DFID, Londres. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.dfid.gov.uk>
- DFID (2004) *The causes of conflict in sub-Saharan Africa*. Londres. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.dfid.gov.uk>
- Dodson B, Crush J (2003) *Mobile 'deathhoods': Migration and HIV/AIDS in Africa*. Projet de document.
- Draxler A (2003) *Education and HIV/AIDS: Will the circle be vicious or virtuous?* Projet de document.
- ECI Africa Consulting (2003) *Impact of OVCs on fiscal systems & governance*. Projet de document.
- Epstein H (2003) AIDS in South Africa: The invisible cure. *The New York Review of Books*, 50(11), 17 July.
- Foss AM et al. (2003) Shifts in condom use following microbicide introduction: should we be concerned? *AIDS*, 17:1227–1237.
- Foster M, Keith A (2003) *The case for increased aid. Final report to the Department for International Development, Volume 1: Main Report*. Essex, Mick Foster Economics Ltd.
- François J F (2003) *Trade modelling*. Projet de document.
- French K (2003) *Impact of the HIV/AIDS epidemic in Russia and Eastern Europe, India and China*. Projet de document.

- Gausset Q (2001) AIDS and cultural practices in Africa: The case of the Tonga (Zambia). *Social Science and Medicine*, 52(4):509–518.
- Gayle Martin, H (2003) *A comparative analysis of the financing of HIV/AIDS programmes in Botswana, Lesotho, Mozambique, South Africa, Swaziland and Zimbabwe*. Prepared for the Social Aspects of HIV/AIDS and Health Research Programme of the Human Sciences Research Council (South Africa). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hsrcpublishers.ac.za>
- Gbodossou EVA et al. (2003) *The role of traditional medicine in the fight against HIV/AIDS in Africa*. Projet de document.
- German T, Randel J (2002) Never richer, never meaner. In: *The reality of aid 2002*, Manila, Reality of Aid. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.devinit.org>
- Gillson I et al. (2004) *Understanding the impact of cotton subsidies on developing countries* (Working Paper). Londres, Overseas Development Institute.
- Global HIV Prevention Working Group (2002) *A Blueprint for Action*, July. Seattle, Washington, The Bill & Melinda Gates Foundation.
- Global HIV Prevention Working Group (2003) *Access to HIV prevention: Closing the gap*. May. Seattle, The Bill & Melinda Gates Foundation.
- Graham W and Hussein J (2003) *Measuring and estimating maternal mortality in the era of HIV/AIDS*. Workshop on HIV/AIDS and adult mortality in developing countries (UN/POP/MORT/2003/8). New York, Division de la Population du Département des Affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies.
- Graham Y (2003) *Africa in 2023: Reducing marginalisation and enhancing the quality of integration into the global economy*. Projet de document.
- Gray PB (2004) HIV and Islam: Is HIV prevalence lower among Muslims? *Social Science and Medicine* 58:1751–1756.
- Green E (1994) *AIDS and STDs in Africa: Bridging the gap between traditional healers and modern medicine*. Oxford/Boulder, Co., Westview Press.
- Greenhill R, Sisti E (2003) *Real progress report on HIPC*. London, Jubilee 2000 Research. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.jubilee2000uk.org>
- Hargreaves JR et al. (2002) Socioeconomic status and risk of HIV infection in an urban population in Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 7(9):793–802.
- Harsch E (2004) Agriculture: Africa's 'engine for growth': Small-scale farmers hold the key, says NEPAD plan. *Africa Recovery*, 17(4):13.
- Heald S (2002) It's never as easy as ABC: Understandings of AIDS in Botswana. *Journal of Aids Research*, 1(1):1–10.
- Heald S (2003) An absence of anthropology: Critical reflections on anthropology and AIDS policy and practice in Africa. In: Ellison G, Parker M, Campbell C, eds. *Learning from HIV/AIDS: a biosocial approach*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Heald S, Segobye A (2003) *Cultural and religious values*. Projet de document.
- Held D (2004) *Globalisation: the dangers and the answers*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.openDemocracy.net>.
- Heller P (2003) *The debt problem of low-income countries: The challenge of achieving debt sustainability*. Projet de document.
- Hogle JA, ed. (2002) *What happened in Uganda? Declining HIV prevalence, behaviour change, and the national response*. Project Lessons Learned Case Study, September. Washington DC, USAID.
- International Crisis Group (2004) Northern Uganda: Understanding and solving the conflict. *Africa Report* 77, 14 April.
- Isbell M (2003) *Prevention summary*. Projet de document.
- Jacobson JL (2003) *Bush global AIDS plan: Long on rhetoric, short on science and solutions. "Smoke and mirrors strategy" fails to meet needs of women and girls*. Maryland, Centre for Health and Gender Equity. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.genderhealth.org>
- Josephine SK, Agapit AY, Komla TA *Churches and the HIV/AIDS pandemic. Analysis of the situation in 10 West/Central African Countries*. Conseil œcuménique des églises et Alliance mondiale des unions chrétiennes féminines (YWCA), mars 2001.
- Kambou S (2003) *The gender imperative: Evolving gender roles and the HIV and AIDS epidemic in Africa*. Projet de document.
- Kasilo OMJ et al. (2003) *Traditional herbal medicines for HIV/AIDS*. Projet de document.
- Kaul I et al. eds. (2003) *Providing global public goods: Managing Globalisation*. New York/Oxford, PNUD/Oxford University Press.
- Keen D, Lee V (2003) *Human and physical security in the context of HIV/AIDS: Some trends*. Projet de document.
- Kelly M (2003) *The role of religion in the HIV/AIDS epidemic (with special reference to Christianity and Islam)*. Projet de document.
- Kilby JM, Eron JJ (2003) Novel therapies based on mechanisms of HIV-1 cell entry. *New England Journal of Medicine*, 29 May:2228–2238.
- King R (2002) *Des remèdes ancestraux pour une maladie nouvelle : L'intégration des guérisseurs traditionnels à la lutte contre le SIDA accroît l'accès aux soins et à la prévention en Afrique de l'Est; Collaboration with traditional healers for AIDS prevention and care: A literature review*. Genève, ONUSIDA.
- Kirby A (2004) World 'going too slow on poverty', *BBC News*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.news.bbc.co.uk>
- Koenig MA et al. (2004) Coercive sex in rural Uganda: prevalence and associated risk factors. *Social Science and Medicine* 58(4):787–798.
- Kramer S (2003) *Ability and propensity to change behaviour*. Projet de document.
- Krebs G, Stein A, T. Rochat (2003) *Maternal health and child development: Applying what we know to the context of HIV/AIDS*. Projet de document.
- Kull S, Hetherington L (2004) *New poll finds Africans favorable toward globalisation, but think rich countries are not treating them fairly*. June. Toronto, Globescan Media Release.
- Kyegombe N with Anderson E, Booth D (2003) *Poverty*. Overseas Development Institute. Projet de document.
- Le Blanc M, Meintel D, Pich_V (1991) The African sexual system: Comment on Caldwell et. al. *Population and Development Review*, 17(3):497–505.
- Le Pere G (2003) *National and ethnic differences*. Projet de document.
- Leclerc-Madlala S (2002) Silence, AIDS and sexual culture in Africa. *AIDS Bulletin*, September.
- Liese B, Blanchet N, Dussault G (2003) *Background paper: The human resource crisis in health services in sub-Saharan Africa*. Washington DC, Banque mondiale.
- Lockwood M (1995) Structure and behaviour in the social demography of Africa. *Population and Development Review* 21(1):1–32.
- McLellan F (2001) Human rights: a critical framework for the response to HIV/AIDS. *The Lancet*, 358:144. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.thelancet.com/>
- MacPhail C, Campbell C (2001) 'I think condoms are good but I hate those things': Condom use among adolescents and young people in a southern African township. *Social Science and Medicine* 52:1613–1627.
- Macklin R (2004) *Ethics and Equity in Access to HIV Treatment – 3X5 Initiative*. Pour la consultation sur l'accès équitable aux soins liés au VIH/SIDA, 26–27 janvier. Genève, ONUSIDA/OMS.
- Mahal A (2003) *The aids epidemic and public service delivery in the health and education sectors in Africa: An assessment*. Projet de document.
- Manning R (2004) Development co-operation 2003 report: Organisation for Economic Co-operation and Development. *The DAC Journal*, 5(1).
- Marcus R (1993) *Gender and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: the cases of Uganda and*

Malawi, Report No. 13. September. Préparé pour le Centre for Development Studies.

Swansea, University College of Swansea.

- Marsden D (2003) *Rights, culture and contested modernities*. Keynote paper for Intrac 5th International Evaluation Conference, 31 March, Amsterdam.
- Masson P, Milkiewicz H (2003) *Regional monetary integration and NEPAD: Complementary ways for Africa to gain from the global economy*. Projet de document.
- Mazrui A (1986) *The Africans: A triple heritage*. Londres, BBC Productions.
- Mhone G (2003) *Labour markets and employment in southern Africa – The employment, poverty and development nexus* (draft report). Report and Recommendations of the Expert Group Meeting, 3–6 February. Lusaka, CEA, Bureau pour l'Afrique australe (ECA/SRDC/SA/EGM/2003/07).
- Mills A, Shillcutt S (2004) *Challenge paper on communicable diseases*. Copenhagen Consensus. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.Copenhagenconsensus.com>.
- Mulindi S (2003) *The impact of HIV/AIDS in Africa: Future directions for research*. Projet de document.
- Mutua M (2000) *The African human rights system: A critical evaluation*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.undp.org>
- Mutume G (2004) Women break into African Politics. *afrol News*, 10 May. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.afrol.com>
- Navario P (2003) *Position paper: Resource mobilization*. Projet de document.
- Obbo C (2003) *Cultural and religious sensibilities and behaviour change*. Projet de document.
- Obermeyer C (2000) Sexuality in Morocco: changing context and contested domain. *Culture, Health and Sexuality*, 2(3): 239–254.
- Okaalet P (2002) *The role of faith-based organisations in the fight against HIV and AIDS*. Statement before the US Senate Foreign Relations Committee, 13 February 2002.
- OMS (2003) *Orientations stratégiques pour améliorer la santé et le développement des enfants et des adolescents*, Genève (WHO/FCH/CAH/02.21). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int>
- OMS (2003) *Resources, aid effectiveness and harmonisation, Issues for discussion: Session 2*. Background document for the High Level Forum on the Health Millennium Development Goals, Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int>
- OMS (2003) *Improving health workforce performance, Issues for discussion: Session 4*. Background document for the High Level

Forum on the Health Millennium Development Goals, Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int>

- OMS (2003) *Harmonisation and MDGs: A perspective from Tanzania and Uganda*. Background document for the High Level Forum on the Health Millennium Development Goals, Geneva. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int>
- OMS (2004), *Rapport sur la santé dans le monde, 2004: Changer le cours de l'histoire*. Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int>
- ONUSIDA (1999) *Sexual behavioural change for HIV: Where have theories taken us?* Genève.
- ONUSIDA (2002) *Le Point sur l'épidémie de SIDA, décembre 2002*. Genève, ONUSIDA/OMS.
- ONUSIDA (2003) *S'éloigner du gouffre – En quête d'une thérapie antirétrovirale au Botswana, en Afrique du Sud et en Ouganda. Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA*. Genève.
- ONUSIDA (2003) *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003: Suivi de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2001*. Genève.
- ONUSIDA (2004) *Global context of women and girls with regard to AIDS*. Présentation sur la Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA. Genève. Pour plus d'information, voir : <http://www.unaids.org>
- ONUSIDA (2004) *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004, 4^{ème} rapport mondial*. Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org>
- Organisation internationale du Travail (2003) *Migration and HIV/AIDS, Challenges for dignity and governance in Africa*. Projet de document.
- Organisation internationale du Travail (2004) *Une mondialisation juste : créer des opportunités pour tous*. Rapport de la Commission mondiale sur la dimension sociale de la globalisation. Genève, OIT. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ilo.org>
- Organisation internationale pour les Migrations (2003) *Scenarios for the future: Migration*. Projet de document.
- Oxfam (2002) *Rigged rules and double standards: Trade, globalisation, and the fight against poverty*. Londres, Oxfam.
- Parker W (2003) *Behaviour change: A review*. Projet de document.
- Parry CDH, Abdool-Karim Q. (2000). Substance abuse and HIV/AIDS in South Africa. In NIDA, eds. (1999) *Proceedings of 2nd Global Research Network Meeting on HIV Prevention Drug-Using Populations, Atlanta*, pp.81-88. Washington, DC, US Department of Health & Human Services. Citing Morojele NK (1997) Preliminary

findings of a qualitative investigation of drug use: perceptions of drug users and key informants.

- Pearson M (2003) *To what extent will the MDGs be achieved, particularly the poverty MDG?* Projet de document.
- Pearson M (2003) *Review of human resources in the health sector*. Projet de document.
- Pecoul B (2003) *Development of and access to HIV research products*. Projet de document.
- PhRMA (2003) Researchers are testing 83 medicines for HIV/AIDS; progress being made in developing vaccines. In: *Medicines in Development for HIV/AIDS 2003 Survey*, Washington, Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.phrma.org>
- Piot P (2003) *AIDS: The need for an exceptional response to an unprecedented crisis*. A Presidential Fellows Lecture by Dr Peter Piot, Executive Director of UNAIDS. Preston Auditorium, World Bank, 20 November. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org>
- PNUD (2001) *Perspectives de l'urbanisation mondiale : Révision 2001*. Genève.
- PNUD (2003) Understanding the link between development planning and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa, *Regional Project on HIV and Development Concept Paper 2*, July. Lusaka.
- PNUD (2003) *UNDP Southern Africa capacity initiative: Meeting the challenge of capacity erosion in Southern Africa in an HIV/AIDS war*. New York. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.undp.org>
- PNUD (2003) *The impact of AIDS*. Genève, Division de la Population du Département des Affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.undp.org>
- PNUE (2002) *Etat de l'environnement en Afrique. Le passé, le présent, et les perspectives d'avenir*. Genève, Earthprint.
- Putzel J (2003) *Institutionalising an emergency response: HIV/AIDS and governance in Uganda and Senegal*. Mai. Londres, DFID.
- Putzel J (2004) *Effective governance regarding HIV/AIDS in Africa*. Projet de document.
- Reality of Aid (2002) Political overview: The reality of aid 2002. Conditionality and ownership. In: *The Reality of Aid 2002. Manila, Reality of Aid*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.realityofaid.org>
- Rockefeller Foundation (2002) *Microbicides for HIV prevention: the power to protect*. The Rockefeller Foundation Microbicide Initiative <http://www.rockfound.org>

- Rodrik D (2002) *Feasible globalizations*. New York, Harvard University.
- Rodrik D (2004) *Getting institutions right*. New York, Harvard University.
- Sachs J (2004) *Millennium development compact*. Commissioned by the UN Secretary General and supported by the UN Development Group as part of the Millennium Project. Washington DC, Communications Development Incorporated. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unmillenniumproject.org>
- Sachs JD et al. (2004) *Ending Africa's poverty trap*. Boston, Harvard Medical School. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.med.harvard.edu>
- Sachs J (2004) Small amounts spent on promoting Africa's economy can save billions and make the West more secure. *The Economist*, 22 May.
- Seckinelgin H (2003) *Paradoxes of civil society and government relations: The fight against HIV/AIDS epidemic in Africa*. Projet de document.
- Sherr L (2004) *The psychological impact of the AIDS epidemic – Concerns for Africa*. Projet de document.
- Situmbeko LC, Zulu JJ (2004) *Zambia: Condemned to debt: How the IMF and World Bank have undermined development*. Londres, Mouvement pour le Développement mondial. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.wdm.org.uk>
- Smith R (2003) *European settings and response to the Black Death and AIDS scenarios in Africa: Some brief reflections*. Projet de document.
- Smith S with Booth D, Rogerson A (2003) *The future of aid*. Overseas Development Institute. Projet de document.
- Stein D, Olley B (2003) *AIDS in Africa – Scenarios for the future: A psychosocial perspective*. Projet de document.
- Stein J (2004) *The impact of antiretroviral provision on perceptions of HIV/AIDS risk and patterns of sexual risk behaviour*. Projet de document.
- Stover J et al. (2002) Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *The Lancet*. New York. 360:73. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.thelancet.com/>
- Stover J et al. (2002) *The epidemiological impact of an HIV/AIDS vaccine in developing countries*. A product of the World Bank Public Services, Development Research Group, and part of a joint research project with the European Commission on "The Economics of AIDS Vaccines in Developing Countries." Disponible à l'adresse suivante : <http://www.econ.worldbank.org>
- Stover J, et al. (2004) *Epidemiological and costings estimates*. Prepared for the project.
- Swart-Kruger J and Richter LM (1997) *AIDS-related knowledge, attitudes, and behaviour among South African street youth: reflections on power, sexuality and the autonomous self*. *Social Science and Medicine*, 45(6):957–966.
- Szabo R and Short RV (2000) How does male circumcision protect against HIV infection? *British Medical Journal*, 320:1592–1594.
- Te Velde D W (2003) *Access to global markets by African countries*. Projet de document.
- Teh R (2003) *Access to global markets*. Projet de document.
- Ten Brummelhuis H, Herdt G, eds. (1995) *Culture and sexual risk: Anthropological perspectives on AIDS*. Amsterdam, Gordon and Breach Publishers.
- The Pew Global Attitudes Project (2003) *Views of a changing world: How global publics view: War in Iraq, democracy, Islam and governance, globalisation*. June. Washington DC,
- The Pew Research Centre For The People & The Press. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.people-press.org>
- Topouzis D (2003) *Challenges for agricultural and rural development policy and programming in countries affected by HIV/AIDS*. Projet de document.
- Tumushabe J (2003) *Famine and food insecurity in Africa: Scenarios for the future*. Projet de document.
- Ugah N (2004) Nigeria: The odds against women politicians. *All Africa*, 9 April 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.allafrica.com>
- UNICEF/ONU/DIDA/OMS (2002) *Les jeunes et le VIH/SIDA : Une solution à la crise*. New York/Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unicef.org>
- USAID (2003) *Research: Male circumcision and HIV prevention*. Factsheet, August. Pour plus d'information : <http://www.usaid.gov>
- USAID (2004) The President's emergency plan for AIDS relief: US five-year global HIV/AIDS strategy. Office of the United States Global AIDS Coordinator.
- Van der Satraten A et al. (1998) Sexual coercion, physical violence and HIV infection among women in steady relationships in Kigali, Rwanda. *AIDS and Behaviour* 2(1):61–73.
- Van Binsbergen W (2003) *Challenges for the sociology of religion in the African context – prospects for the next fifty years*. Document lu lors de la session du 50e anniversaire de Social Compass, XXVIIe Conférence de la Société internationale de Sociologie des Religions (SISR), Turin, Italie, 21-25 juillet 2003.
- Van de Walle E, Van de Walle F (1988), Birth spacing and abstinence in sub-Saharan Africa. *International Family Planning Perspectives*, 14(1): 25–26.
- Vandemoortele J (2003) *The MDGs and pro-poor policies: can external partners make a difference?* Poverty Group, December. New York. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.sarpn.org.za>
- Vandemoortele J, Delamonica (2000) The 'education vaccine' against HIV. *Current issues in Comparative Education*, 3(1):1 December. Disponible à l'adresse suivante : www.tc.columbia.edu
- Vidal J, Velasquez G (2003) *Trading public health. A dangerous step forward*. Projet de document.
- Wade R (2003) *What strategies are viable for developing countries today? The World Trade Organization and the shrinking of 'development space'*. Working Paper No.31. Development Research Centre, DESTIN (LSE). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.crisisstates.com>
- White H (2003) *Debt, adjustment and HIV/AIDS: What are the links?* Projet de document.
- Whiteside A (2002) *The causes and consequences of the AIDS crisis in Southern Africa*, Presentation for the Health Economics and HIV/AIDS Research Division. Durban, University of Natal. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.nu.ac.za/heard>
- Whiteside A et al. (2003) *What is driving the HIV/AIDS epidemic in Swaziland, and what more can we do about it?* Avril. Swaziland/Genève, NERCHA/ONUSIDA. Disponible à l'adresse suivante : www.nercha.org
- Wilkinson A, Elahi S, Eidinow E (2003) Special issue: Riskworld. *Journal of Risk Research*, 6(4–6): 289–579.
- Wood K, Aggleton P (2003) *HIV-related stigma and discrimination*. Projet de document.
- Yamson I (2003) *Creating an enabling environment for corporate citizenship and sustainable development: Key roles for business and governments*. From conference A New Agenda for Corporate Citizenship, 2 July. Londres, Commonwealth Business Council.
- Zulu EM et al. (2004) Urbanization, poverty and sex: roots of risky sexual behaviours in slum settlements in Nairobi, Kenya. In: Kalipeni E et al., eds. *HIV & AIDS in Africa: Beyond epidemiology*. Londres, Blackwell.
- Zuma K et al. (2003) Risk factors for HIV infections among women in Carletonville, South Africa: Migration, demography and sexually transmitted diseases. *International Journal of STD and AIDS* 14(12):814–817.

Annexe 6 : Exercices accompagnant les scénarios

Exercice 1 : Courte synthèse présentant les scénarios

Une courte présentation devra aborder la méthode du scénario, les cinq énergies déterminantes ainsi que donner une introduction aux scénarios eux-mêmes et un court résumé de chacun. Il pourra être utile d'interrompre chaque présentation de scénario et d'engager une discussion afin d'aider l'auditoire à assimiler et à s'orienter dans chaque avenir décrit dans le scénario. Après chaque scénario, demander aux participants d'examiner le scénario, par exemple : leur demander quels mots-clés ils pourraient utiliser pour décrire cet avenir ; ce qu'ils aiment ou n'aiment pas dans cet avenir. Inviter les participants à partager le résultat de leurs discussions en réunion plénière avant de passer à la présentation du scénario suivant.

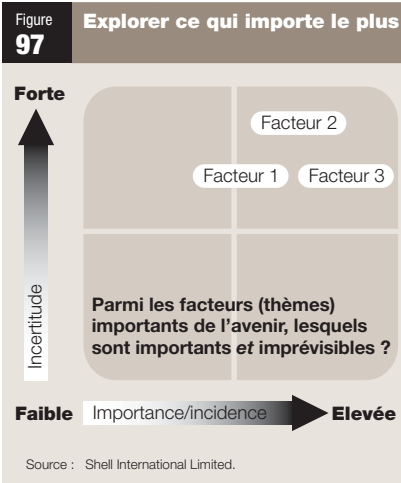
**Temps nécessaire : au moins
20-30 minutes**

**Matériels : présentations Microsoft
PowerPoint sur le CD-ROM disponible
auprès de l'ONUSIDA.**

Exercice 2 : Raconter ses propres histoires

Demander aux participants d'écrire des histoires concernant des personnages particuliers, ou sur eux-mêmes, comme s'ils vivaient dans les différents scénarios. Ceci pourrait approfondir leur compréhension des facteurs, énergies déterminantes et incertitudes fondamentales (et des relations systémiques entre eux) qui déterminent l'avenir du VIH et du SIDA. Comme cet exercice exige que les personnes réfléchissent au fait de vivre dans un scénario, il approfondira leur compréhension des menaces et des opportunités que chaque avenir peut présenter. Grâce à ces histoires, les membres d'un groupe peuvent arriver à préciser, partager et établir la carte des attentes de chacun ou du groupe en ce qui concerne l'avenir du VIH et du SIDA, et peuvent mieux comprendre les diverses parties prenantes.

Lors de l'atelier de Johannesburg, les participants ont inventé plusieurs histoires, décrivant la vie des gens dans chaque scénario. Les personnes dont on parlait représentaient un vaste éventail de groupes sociaux différents. Leurs vies étaient décrites pendant toute la durée de chaque scénario, en commençant par le présent. Les récits donnaient des détails des événements importants qui, au sein des communautés ou des pays des personnages, en Afrique ou dans le monde, avaient eu des répercussions sur leur vie. Chaque récit finissait par une description de ce que leur personnage pensait de son avenir. Ces histoires se trouvent sur le CD-ROM disponible auprès de l'ONUSIDA.



Exercice 3 : Elaborer des scénarios spécifiques à un pays

Le processus utilisé pour élaborer les scénarios du SIDA en Afrique peut également être employé à la construction de scénarios pour un pays particulier. Les scénarios spécifiques à un pays peuvent aider à mettre au point et à tester les politiques et les plans nationaux. Ce processus de construction de scénario se présente ainsi :

- **Etape 1 : Explorer différentes perspectives pour déterminer ce qui compte vraiment**

Le but de cette première étape est d'explorer la série de questions concernant l'avenir du VIH et du SIDA dans un pays, à l'aide d'entrevues non directives, de réunions et d'ateliers avec des décideurs et des guides de l'opinion. Il importe également à ce stade d'identifier l'horizon visé par ce projet : les nouveaux scénarios ont-ils une perspective qui porte sur 10 ou 20 ans ?

Employer les cinq énergies déterminantes du changement identifiées par le projet initial peut aider les participants à déterminer les questions essentielles pour l'avenir du VIH et du SIDA dans un pays particulier. L'ensemble des questions pertinentes devraient inclure probablement de nombreux domaines différents. Il importe donc d'examiner les influences d'origine tant intérieure et étrangère qu'internationale.

Mettre au point une synthèse des questions évoquées pendant les entrevues et les réunions préliminaires. Cela donnera au processus une base solide pour les futurs travaux de recherche, en établissant ce qui compte réellement. En outre, on pourrait commencer à réfléchir sur la manière dont chaque question serait susceptible d'évoluer. Les entrevues peuvent également s'avérer très précieuses pour choisir des participants aux ateliers et les principales perspectives d'expert.

- **Etape 2 : Détecter les facteurs importants et incertains**

Etant donné la gamme de questions pertinentes déjà identifiées, cette étape porte principalement sur la détection des facteurs-clés qui façonnent chacune d'elles.

Regrouper ces facteurs-clés peut aider à révéler les énergies déterminantes du changement. Y a-t-il encore d'autres questions ou perspectives essentielles ? (Voir la **Figure 97**.)

- **Etape 3 : Identifier les énergies déterminantes prédéterminées et majeures, mais incertaines**

Explorer deux questions essentielles :

- Quelles sont les énergies déterminantes « prédéterminées », c'est-à-dire relativement immuables et qui ont des répercussions bien précises ?
- Quels éléments-clés auront les plus importantes répercussions tout en étant en même temps les plus incertains ?

Une matrice peut être utilisée pour classer et hiérarchiser les principales énergies déterminantes en ce qui concerne leurs répercussions et leur incertitude.

- **Etape 4 : Etablir les caractéristiques des énergies déterminantes**

Cette étape explore les effets que pourraient avoir les énergies déterminantes. Pour chacune, il est important de déterminer à la fois la situation actuelle et comment elle pourrait changer à l'avenir. Quelles sont les différentes solutions à envisager, et en quoi consiste l'éventail des possibilités ? Au terme de cette étape, les concepteurs de scénarios devraient être parvenus à un accord sur l'ensemble des résultats essentiels (tant prédéterminés qu'incertains) qu'il est nécessaire de faire apparaître dans l'ensemble final des scénarios.

- **Etape 5 : Mettre au point des scénarios esquissés**

Créer deux ou trois histoires de scénarios esquissés montrant le rôle possible des énergies déterminantes, ainsi que la manière dont elles pourraient interagir. Décrire la logique de chaque scénario, ce qui donnera un aperçu des événements qui constituent l'histoire ; les énergies déterminantes qui sont essentielles pour que ces événements se produisent ; et les rôles de chaque acteur. Etablir les points où commence la diversification des scénarios, quelles sont les principales différences entre les scénarios qui sont à la base de leur évolution divergente ? Les participants devraient donner aux scénarios des noms évocateurs à leurs sens qui donnent une idée de l'essence des histoires. Cette étape peut

être réalisée en demandant à différents groupes de mettre au point des scénarios esquissés simultanément, avant de présenter et de combiner leurs résultats.

- **Etape 6 : S'entendre sur les scénarios**

Elaborer un ensemble d'histoires de scénarios en partageant, comparant et opposant les scénarios conçus par différents groupes. Comparer les histoires finales aux questions posées au début du processus – sont-elles bien adaptées ? De plus, les histoires devraient être plausibles et logiques avec elles-mêmes. Si nécessaire, de nouvelles discussions et d'autres analyses peuvent servir à améliorer la plausibilité, la mission difficile et la pertinence de chaque scénario et des scénarios en tant qu'ensemble.

- **Etape 7 : Explorer les incidences**

Lorsqu'un accord est trouvé au sujet des histoires, celles-ci peuvent être explorées : les utilisateurs peuvent réfléchir aux opportunités, contraintes et menaces que présente chaque scénario.

Exercice 4 : Tester ou remettre en question une conception ou une stratégie

- **Etape 1 : Présenter la stratégie existante**

Présenter et examiner la stratégie en question : ainsi, chacun pourra se familiariser avec tous ses détails. Il est essentiel d'explorer les hypothèses qui étayaient cette stratégie.

- **Etape 2 : Présenter les scénarios du SIDA en Afrique**

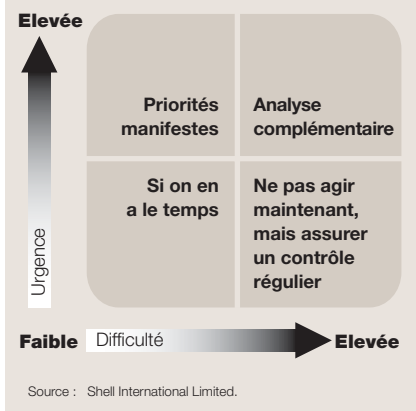
A l'aide des cinq énergies déterminantes de changement identifiées dans le cadre du projet *Le SIDA en Afrique*, explorer la stratégie en question et la manière dont elle peut évoluer.

Présenter les scénarios : des discussions devraient suivre la présentation de chaque scénario. Les participants de l'atelier pourront souhaiter examiner la manière dont les menaces et les opportunités présentées dans chaque scénario vont affecter la stratégie existante. Après chaque discussion, tenter de parvenir à un accord sur l'ensemble de questions-clés pour le scénario en cause.

- **Etape 3 : S'entendre sur une liste de questions valables pour les trois scénarios**

Réfléchir aux questions évoquées pendant la discussion et voir s'il est nécessaire d'ajouter ou de changer quelque chose. Trier la liste de questions en séparant celles qui sont

Figure 98 **Déterminer les options**



communes à tous les scénarios de celles qui sont spécifiques ou particulières à un scénario ou à une paire de scénarios. Les menaces et opportunités qui se retrouvent dans tous les scénarios représenteront vraisemblablement des questions qui doivent être traitées, quel que soit l'avenir. Les questions spécifiques à un ou deux scénarios représentent des options stratégiques – choix à faire éventuellement, selon le risque qu'ils représentent.

- **Etape 4 : Hiérarchiser les questions stratégiques et décider de ce qu'il faut faire**

Hiérarchiser les questions selon le degré de difficulté rencontré pour les résoudre et selon l'urgence avec laquelle elles doivent être traitées (**Figure 98**). Les questions qui sont à la fois les plus urgentes et les plus difficiles à traiter devront faire l'objet d'une analyse complémentaire. Si elles sont communes aux trois scénarios, alors elles représentent des difficultés fondamentales pour l'application de la stratégie existante. Si elles sont spécifiques à un scénario, elles représentent une option stratégique (comme auparavant).

En cas de questions spécifiques à un scénario à la fois très urgentes et très difficiles, les participants devront explorer les ripostes possibles, et ensuite les classer par ordre de préférence et compte tenu de ce qui peut être fait. Déterminer les obstacles susceptibles de bloquer les progrès de l'action à entreprendre pour chaque riposte aidera à établir le rôle que les autres parties prenantes pourraient éventuellement jouer.

Le SIDA en Afrique : Trois scénarios pour l'horizon 2025





Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
HCR-UNICEF-PAM-PNUD-UNFPA-ONUDD
OIT-UNESCO-OMS-BANQUE MONDIALE

Les décisions que nous prenons pour l'avenir sont guidées par l'image que nous nous faisons du fonctionnement du monde et par ce qui nous semble possible. Les scénarios racontent le futur, mais leur véritable objectif est d'aider à prendre de meilleures décisions concernant le présent. On peut s'en servir pour remettre en question ses suppositions et ses convictions, et pour aller au-delà de sa vision habituelle du monde.

Cet ouvrage et le CD-ROM qui l'accompagne cherchent à approfondir la manière dont les gens appréhenderont le déroulement probable de l'épidémie de SIDA en Afrique au cours des 20 prochaines années, à leur faire mieux comprendre les contextes et les impacts de l'épidémie, et enfin à leur montrer comment certaines politiques pourraient changer la face de l'Afrique de demain.

“ Aucune nation ne peut progresser tant que l'on n'accorde pas la plus grande attention à la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA.

—Président Obasanjo du Nigeria, Mai 2004.

