

# SIDA, lutte contre la pauvreté et allégement de la dette

*Module de formation sur l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les instruments de développement*



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

**ONUSIDA**

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



BANQUE MONDIALE

Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA  
**OUTILS FONDAMENTAUX**

Auteurs :

**Olusoji Adeyi** <sup>1</sup>  
**Robert Hecht** <sup>1</sup>  
**Elesani Njobvu** <sup>1</sup>  
**Agnès Soucat** <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Département des Politiques, des Stratégies et de la Recherche, ONUSIDA, Genève (Suisse)

<sup>2</sup> Région Afrique, Banque mondiale, Washington, DC (Etats-Unis)

Remerciements. Un premier projet de ce document a été présenté et examiné lors du 1er Atelier régional sur le SIDA, la pauvreté et l'allègement de la dette qui s'est tenu à Lilongwe (Malawi) en novembre 2000. Organisé conjointement par le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'USAID, cet atelier a réuni des représentants des pays suivants: Ethiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie, ainsi que du PNUD, de l'OMS, de la Banque mondiale, du Secrétariat de l'ONUSIDA et de l'USAID. Les auteurs remercient en outre les personnes suivantes pour leur contribution aux avant-projets : Paurvi Bhatt (USAID), Keith Hansen (Banque mondiale), Jean Lennox (DFID, Bureau du Nigéria), Namposya Nampanya-Serpell (Consultant indépendant) et deux examinateurs du Secrétariat de l'ONUSIDA. Ce document n'engage que la responsabilité de ses auteurs.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

AIDS, poverty reduction and debt relief : a toolkit for mainstreaming HIV/AIDS programmes into development instruments. – Geneva : UNAIDS, c2001.

Written by Olusoji Adeyi ... [et al.]

Publication no. UNAIDS/01.01E

1. Acquired immunodeficiency syndrome - prevention and control 2. Poverty 3. Causality 4. National health programs 5. Social justice 6. Financing, Organized 7. Cost of illness 8. Manuals 9. Adeyi, Olusoji

(ISBN 92 9173 051 3) (NLM classification: WC 503.6)

Library of Congress Cataloguing-in-Publication Data has been applied for.

---

**ONUSIDA/01.01F (version française, mai 2001)**  
**ISBN 92-9173-052-1**

---

Version originale anglaise, UNAIDS/01.01E, mars 2001 :

*AIDS, Poverty and Debt Relief: A Toolkit for Mainstreaming HIV/AIDS into Development Instruments.*

Traduction – ONUSIDA

---

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2001. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le document n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

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.

---

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse  
Téléphone: (+41 22) 791 46 51 - Fax: (+41 22) 791 41 87  
Courrier électronique: [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org)  
Internet: <http://www.unaids.org>

# **SIDA, lutte contre la pauvreté et allégement de la dette**

Module de formation sur l'intégration des programmes de lutte  
contre le VIH/SIDA dans les instruments de développement

ONUSIDA / BANQUE MONDIALE  
Genève, Suisse  
Mai 2001

## Acronymes et abréviations

CDI	Consommateurs de drogues injectables
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSLP-P	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté – provisoire
CTV	Conseil et test volontaires
DFID	Agence britannique pour le Développement international
FMI	Fonds monétaire international
IEC	Information, éducation et communication
IST	Infections sexuellement transmissibles
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Pays pauvres très endettés
PS	Professionnel(le)s du sexe
PVS	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
USAID	Agence américaine pour le Développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise

## TABLE DES MATIERES

Acronymes et abréviations.....	2
Avant-propos.....	4
Sommaire.....	5
<b>1. Introduction .....</b>	<b>7</b>
1.1. Pourquoi ce module? .....	7
1.2. A qui s'adresse-t-il? .....	8
1.3. Les liens entre le VIH/SIDA et la pauvreté.....	9
<b>2. La contribution du programme national de lutte contre le SIDA à la réduction de la pauvreté .....</b>	<b>11</b>
2.1. Raisonnement .....	11
2.2. Quelles sont les ripostes efficaces contre le VIH/SIDA ?.....	12
2.2.1. Un environnement porteur dans de multiples secteurs.....	12
2.2.2. Prévenir l'infection à VIH .....	13
2.2.3. Prise en charge et atténuation des conséquences .....	16
2.2.4. Mobilisation des ressources .....	16
<b>3. Contenu VIH/SIDA essentiel dans les documents CSLP et l'Initiative PPTE .....</b>	<b>17</b>
3.1. Que sont les CSLP ?.....	17
3.2. Introduction à l'allègement de la dette .....	18
3.3. Plaidoyer pour une composante VIH/SIDA dans les CSLP et l'Initiative PPTE.....	19
3.3.1. Le SIDA en tant que cause de la pauvreté et la pauvreté en tant que facteur contribuant au SIDA.....	20
3.3.2. Stratégies tirées des plans nationaux de lutte contre le SIDA .....	21
3.3.3. Objectifs à moyen terme et indicateurs de surveillance de la pauvreté ...	22
3.3.4. Actions de courte durée qui pourraient faire partie des accords d'allègement de la dette.....	22
3.3.5. Comment le VIH/SIDA a-t-il été inclus dans les CSLP ? .....	23
3.3.6. Conditions relatives au VIH/SIDA dans les documents PPTE en 2000 .....	23
<b>4. Utilisation des fonds libérés par l'Initiative en faveur des PPTE – affectation, acheminement et responsabilisation .....</b>	<b>29</b>
4.1. Affectation des crédits .....	29
4.2. Acheminement des fonds vers les initiatives locales .....	30
4.3. Responsabilisation .....	31
<b>5. Infléchir les politiques .....</b>	<b>33</b>
5.1. Créer des coalitions.....	33
5.2. Renforcer les capacités.....	34
<b>6. Conclusions .....</b>	<b>35</b>
6.1. CSLP, allègement de la dette et SIDA : simplement une autre source de financement ou une nouvelle chance à saisir ?.....	35
6.2. Etapes futures.....	36
<b>Bibliographie .....</b>	<b>37</b>
<b>Annexe 1 : Liens entre le VIH/SIDA et la pauvreté .....</b>	<b>40</b>
<b>Annexe 2 : Indicateurs.....</b>	<b>45</b>
<b>Annexe 3 : Quelques sites sur le SIDA, la pauvreté et l'allègement de la dette .....</b>	<b>47</b>

## AVANT-PROPOS

## AVANT-PROPOS

Jamais l'intérêt politique et institutionnel pour la lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA n'a été aussi marqué qu'au cours de ces deux dernières années. Le leadership politique s'est considérablement amélioré dans certains des pays les plus durement frappés, ce qui a créé un environnement plus favorable à l'action contre l'épidémie et ses effets négatifs sur le développement. Nous savons cependant que les autres éléments clés nécessaires à l'efficacité de la riposte au VIH/SIDA sont les suivants : 1) un effort concerté pour intégrer la problématique du VIH/SIDA dans les principaux instruments de développement ; 2) la mobilisation massive de ressources additionnelles ; 3) une approche multisectorielle ; 4) l'intensification des interventions fondées sur les meilleures données factuelles possibles.

L'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) offre une occasion unique de réunir ces quatre éléments afin de faire face à la menace que fait peser le VIH/SIDA. Proposée par la Banque mondiale et le FMI et approuvée par des gouvernements de tous les horizons géographiques en 1996, l'Initiative constitue une politique coordonnée des créanciers officiels en vue de ramener la dette extérieure des pays débiteurs à un niveau supportable. Elle a été renforcée en septembre 1999 afin de simplifier et d'accélérer le processus, d'augmenter le montant de l'allègement et de la lier plus étroitement à la réduction de la pauvreté. L'Initiative insiste sur les réformes politiques structurelles et sociales et, en particulier, sur l'amélioration des services de base dans les domaines de l'éducation et de la santé. A cette fin, une aide financière supplémentaire est prévue, si nécessaire. En outre, les gouvernements qui bénéficient de mesures d'allègement de la dette sont tenus de présenter, sous forme de Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP), des plans d'action explicites. Compte tenu de la corrélation entre le VIH/SIDA et la pauvreté, des plans de lutte contre l'épidémie doivent faire partie intégrante de la plupart, si ce n'est de la totalité des CSLP.

Ce module vient enrichir la somme des connaissances qui aident analystes et décideurs à : a) intégrer la problématique du VIH/SIDA dans les programmes nationaux de développement ; b) mobiliser les ressources nécessaires à l'expansion des interventions et approches prometteuses dans la lutte contre l'épidémie. Elaboré par une équipe composée de collaborateurs du Secrétariat de l'ONUSIDA et de la Banque mondiale, le module offre un cadre de référence uniformisé pour l'analyse de la problématique VIH/SIDA dans le contexte des CSLP, ainsi que des exemples du traitement qu'elle avait reçu dans les premiers CSLP, les CSLP provisoires et les accords d'allègement de la dette. En ce sens, il apporte aux représentants nationaux et à leurs partenaires des informations hautement pertinentes dont ils pourront se servir pour contribuer à la rédaction de documents semblables dans leur propre pays.

Le processus des CSLP est encore neuf. Il y aura sans doute de nombreuses leçons à en tirer à mesure que les pays s'adaptent à cette nouvelle façon d'aborder l'aide au développement. Ce module doit donc être vu comme un document en devenir, auquel pourront être incorporées les idées et les informations nées de l'expérience acquise dans l'intégration de la riposte au VIH/SIDA dans le contexte des CSLP. Cette première édition consolide l'important corpus actuel des connaissances dans ce domaine. Elle constitue donc une nouveauté fort utile dans la gamme des outils pratiques dont disposent nos clients, les institutions partenaires et tous ceux qui ont besoin de développer des ripostes efficaces à l'épidémie du VIH/SIDA.

Awa-Marie Coll-Seck  
Directrice  
Département des Politiques, des Stratégies  
et de la Recherche  
ONUSIDA

Birger J. Fredriksen  
Directeur sectoriel, Développement humain  
Région Afrique  
Banque mondiale

## SOMMAIRE

Le fait d'accorder au VIH/SIDA une place prépondérante dans les CSLP et les accords en faveur des PPTE peut apporter des avantages considérables, parmi lesquels une plus grande attention politique au financement intérieur du programme national de lutte contre le VIH/SIDA, ainsi qu'un accent sur l'obtention des résultats dans la mise en œuvre du programme. Surtout, cela permet d'atteindre un meilleur consensus parmi les parties prenantes sur les principales stratégies et les buts à moyen terme pour s'attaquer à l'épidémie.

Idéalement, la composante VIH/SIDA des CSLP et des accords en faveur des PPTE devrait comprendre les aspects suivants :

- Le VIH/SIDA en tant que cause de pauvreté, plus un débat sur la pauvreté et les inégalités de revenus, leur rôle dans les éléments qui rendent les gens vulnérables à l'infection à VIH et moins aptes à faire face aux conséquences de l'infection ;
- Les principales stratégies du plan national de lutte contre le VIH/SIDA au centre du programme national de réduction de la pauvreté, justifiées et chiffrées ;
- Les buts à moyen terme et indicateurs de surveillance de la pauvreté tirés du plan national de lutte contre le VIH/SIDA ;
- Les actions de courte durée pour la réussite de la mise en œuvre du plan national de lutte contre le VIH/SIDA, avec des cibles spécifiques et pouvant être contrôlées, qui constituent les accords d'allégement de la dette.

Ce module servira à la formation des équipes dans les pays et de leurs partenaires des ONG et des organismes donateurs aux niveaux national et sous-régional. Il permettra aux équipes dans les pays de mettre au point des matériels utiles sur la mise à niveau des programmes de lutte contre le VIH/SIDA à inclure dans les CSLP et les documents relatifs à l'Initiative en faveur des PPTE. On s'efforcera d'améliorer continuellement le module et les processus de développement des coalitions de partenaires à l'appui des ripostes nationales au VIH/SIDA.

# 1. INTRODUCTION

---

## Messages clés de la présente section :

- Des stratégies crédibles et des négociations efficaces sont nécessaires pour relier la lutte contre le VIH/SIDA aux Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP) et à l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE). Ce module vise à faciliter les deux.
- Le SIDA cause et aggrave la pauvreté ; il devrait donc être placé au centre de tout plan de réduction de la pauvreté.

## 1.1. Pourquoi ce module ?

Le module aidera les responsables dans les pays et leurs partenaires à préparer et à négocier efficacement l'inclusion de programmes intensifiés de lutte contre le VIH/SIDA dans leurs CSLP et instruments visant l'allègement de la dette dans le contexte de l'Initiative renforcée en faveur des PPTE. Les CSLP décrivent les stratégies nationales de réduction de la pauvreté et servent de base à une vaste gamme de programmes de développement financés par des fonds et des subventions publics. Si le pays le souhaite, le CSLP peut donner lieu à un prêt bonifié de la part des institutions financières internationales. L'Initiative renforcée en faveur des PPTE qu'ont adoptée les autorités de la Banque mondiale et du FMI en 1999 avait pour but d'accélérer la prestation de l'aide apportée dans le cadre de l'Initiative initiale et d'établir un lien plus ferme et plus transparent entre l'allègement de la dette et la réduction de la pauvreté. Simultanément, le renforcement de l'Initiative a plus que doublé le montant de l'aide prévue dans ce contexte. Le service de la dette extérieure devrait ainsi diminuer d'environ US\$ 50 millions. Ajoutée aux mesures conventionnelles d'allègement de la dette, l'Initiative réduira donc de plus des deux tiers la dette non amortie d'une bonne trentaine de pays.

A mesure qu'ils ont pris conscience de la menace que représente le VIH/SIDA pour le développement, de nombreux pays en développement se sont efforcés d'«intégrer» la riposte à l'épidémie dans leurs instruments de développement. Dans les pays pauvres, où les CSLP font office de plan national de réduction de la pauvreté, il est désormais impératif qu'administrateurs et analystes présentent des propositions crédibles en vue d'intégrer la composante VIH/SIDA à l'effort de réduction de la pauvreté. Pourtant, si cela a bien été fait dans certains pays, ce n'est pas le cas partout. Les pays susceptibles de bénéficier d'un allègement de la dette dans le cadre de l'Initiative renforcée en faveur des PPTE pourraient considérablement augmenter le financement des programmes de lutte contre le VIH/SIDA grâce aux fonds affectés à cette fin. Jusqu'ici, quelques pays seulement se sont prévalus de cette possibilité. Ce module vise à aider



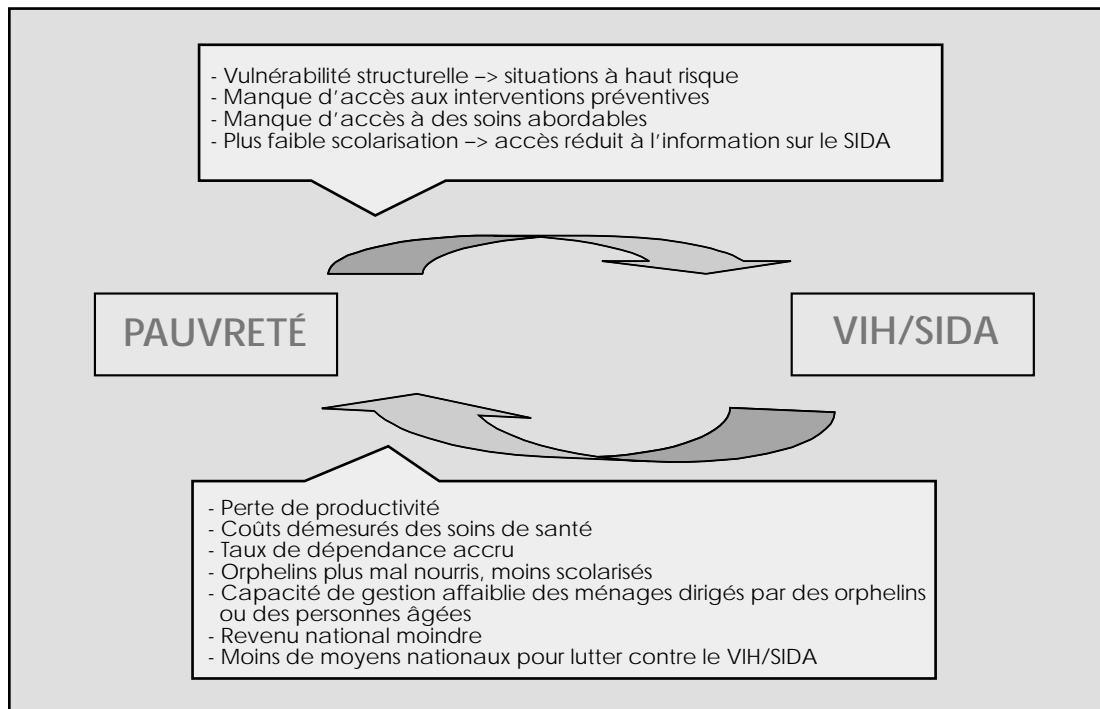
## INTRODUCTION

les pays qui souhaitent inclure une composante VIH/SIDA efficace dans leurs CSLP et leurs documents relatifs à l'Initiative renforcée en faveur des PPTE.

### 1.2. A qui s'adresse-t-il ?

Le module s'adresse en premier lieu aux personnes chargées d'inclure la problématique du VIH/SIDA dans les plans généraux de développement d'un pays, ou qui sont intéressées par la question. Ce sont notamment les analystes et les décideurs des commissions nationales de lutte contre le SIDA ou autres organes multisectoriels, ministères des finances ou du développement économique et organisations non gouvernementales dans le pays. Il s'adresse également aux responsables des organismes qui collaborent avec les pays à l'élaboration des CSLP et des documents relatifs à l'Initiative, y compris les ONG, les institutions financières internationales, les institutions des Nations Unies dont le mandat comprend la réduction de la pauvreté et le développement, les fondations et les organismes bilatéraux de développement.

Figure 1. Liens entre pauvreté et VIH/SIDA :  
une illustration simplifiée



### 1.3. Les liens entre le VIH/SIDA et la pauvreté

La problématique se divise en deux composantes : 1) le SIDA en tant que cause ou facteur aggravant de la pauvreté ; 2) l'effet conjugué de la pauvreté et des inégalités de revenus sur l'interaction sociale, y compris les relations sexuelles, les schémas de la vulnérabilité et des comportements à risque en relation avec l'infection à VIH et le SIDA. La Figure 1, ci-après, illustre de manière simplifiée les liens entre SIDA et pauvreté. On trouvera une explication plus détaillée à l'Annexe 1.

Si certains liens ont été démontrés de manière convaincante (Encadré 1), pour d'autres les preuves restent insuffisantes (Annexe 1). Mais pour les familles affectées et pour les décideurs nationaux, les choses sont claires :<sup>1</sup> le SIDA condamne des millions de personnes à la souffrance et à la pauvreté. L'épidémie a déjà fait 13,2 millions d'orphelins, c'est-à-dire d'enfants qui, avant l'âge de 15 ans, ont perdu leur mère ou leurs deux parents des suites du SIDA. Si beaucoup de ces enfants sont morts, la majorité survit, non seulement en Afrique (où vivent actuellement 95 % d'entre eux), mais aussi dans les pays en développement d'Asie ou des Amériques. Dans les pays africains qui subissent depuis longtemps de graves épidémies, le SIDA crée des orphelins à un rythme tel que les structures familiales ne peuvent plus faire face (ONUSIDA, 2000a). En l'absence de réels efforts pour atténuer l'incidence du SIDA sur cette génération, des sociétés entières seront perturbées, avec toutes les conséquences que cela peut avoir pour le développement humain et même la sécurité élémentaire.

---

<sup>1</sup> *La pauvreté ne se définit pas seulement en termes de revenu et de pouvoir de consommation, mais aussi de réussite scolaire, d'état de santé, de nutrition et de développement humain sous tous ses aspects. L'impuissance et la vulnérabilité en font partie.*

## INTRODUCTION

**Encadré 1 : Comment le SIDA cause-t-il ou aggrave-t-il la pauvreté ?**

- Les quelques études réalisées sur l'incidence que peut avoir le décès d'un membre d'une famille des suites du SIDA indiquent une baisse considérable du revenu familial et une augmentation vertigineuse des dépenses médicales. La baisse du revenu se traduit par une diminution de la consommation et des économies et par la désépargne.
- D'après une étude effectuée en Thaïlande, un tiers des familles rurales affectées par le SIDA ont vu leur production agricole tomber de moitié, ce qui menaçait leur sécurité alimentaire. Un autre 15 % a dû retirer les enfants de l'école, et plus de la moitié des personnes âgées étaient abandonnées à elles-mêmes. Durant la dernière année de vie d'un patient atteint du SIDA, sa famille consacrait en moyenne US\$ 1 000 à ses soins médicaux – soit l'équivalent d'un salaire annuel moyen.
- Dans les zones urbaines de Côte d'Ivoire, les dépenses consacrées à l'éducation ont diminué de moitié ; la consommation alimentaire individuelle a chuté de 41 % et les dépenses de santé ont plus que quadruplé. Souvent, les personnes qui tombent malades dans les zones urbaines rentrent dans leur village pour se faire soigner par leur famille. Les maigres ressources de celle-ci sont encore plus fortement sollicitées et la probabilité que le conjoint et d'autres membres de la communauté soient touchés augmente.
- Tandis qu'augmente le nombre d'orphelins et que diminue celui des prestataires de soins potentiels, les mécanismes d'aide traditionnels ploient sous la charge. Dans les pays à forte prévalence, les ménages gérés par des orphelins deviennent courants. Des études ougandaises ont montré que suite au décès d'un ou des deux parents, les orphelins ont la moitié moins de probabilités de fréquenter l'école, et ceux qui y vont y passent moins de temps qu'auparavant. Une autre étude réalisée en Ouganda indique que les risques de malnutrition et de chétivité augmentent pour les orphelins.
- Comme le SIDA représente une menace pour le système éducatif, il affaiblit le capital social du pays. Dans les pays à forte prévalence, comme la République centrafricaine, la Côte d'Ivoire et la Zambie, la taille des classes augmente à mesure que diminue le nombre d'enseignants disponibles, avec des répercussions probablement négatives sur la qualité de l'éducation.
- Les conséquences pour la production agricole peuvent être graves. En Afrique occidentale, de nombreux cas ont été signalés où la production de cultures de rapport ou vivrières avait diminué. C'est le cas notamment des cultures maraîchères dans les provinces de Sanguie et de Boulikie de au Burkina Faso et dans les plantations de coton, de café et de cacao de certaines régions de Côte d'Ivoire. Une étude réalisée en Namibie par l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) conclut à un impact considérable sur le bétail, avec une forte différence selon les sexes : les ménages gérés par des femmes et des enfants perdent généralement leur bétail, ce qui met en péril la sécurité alimentaire des membres de la famille.
- En Afrique, certaines entreprises ont déjà ressenti les effets du VIH/SIDA sur leurs résultats financiers. Les administrateurs d'un domaine sucrier au Kenya ont constaté une hausse marquée de l'absentéisme (8 000 jours de travail perdus pour cause de maladie entre 1995 et 1997), une baisse de la productivité (moins 50% dans la proportion de sucre extrait de la canne entre 1994 et 1997) et une augmentation des coûts des heures supplémentaires payées aux travailleurs qui doivent remplacer leurs collègues malades. La même entreprise enregistre une hausse du coût des avantages sociaux due aux enterrements et aux frais médicaux.
- Une récente étude estimait qu'en Afrique la croissance du revenu par habitant est réduite de 0,7 % par an environ à cause du VIH/SIDA. Si le taux de prévalence de l'épidémie n'avait pas atteint 8,6 % en 1999, le revenu par habitant aurait progressé au rythme de 1,1 % par an, soit près de trois fois le taux moyen annuel de 0,4 % obtenu entre 1990 et 1997 (Banque mondiale, 2000b). Un modèle économétrique spécifique de l'économie sud-africaine indique que d'ici à 2010, le PIB sera globalement de 17 % inférieur – et le revenu moyen par habitant de 7 à 10 % inférieur – au niveau qu'ils auraient atteint en l'absence de l'épidémie (Lewis et Arndt, 2000).

Source: ONUSIDA (2000a), pp. 26-36.

## 2. LA CONTRIBUTION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA A LA REDUCTION DE LA PAUVRETE

### Messages clés de la présente section :

- Avec un plan national rigoureux, il est plus facile de promouvoir l'intégration de la problématique du VIH/SIDA dans les programmes de réduction de la pauvreté. En démontrant ce qui fonctionne – lorsqu'elles disposent des données factuelles nécessaires – les équipes dans les pays pourront mieux plaider la cause des programmes de lutte contre le SIDA.
- Les ripostes efficaces prennent en compte les méthodes qui fonctionnent («comment») et les interventions efficaces («quoi»).
- Chiffrer les plans nationaux permet de mieux étayer les demandes de ressources supplémentaires pour lutter contre le SIDA.

### 2.1. Raisonnement

Bien que l'on ait de plus en plus conscience de l'incidence négative du VIH/SIDA sur le développement, l'épidémie n'est qu'un des éléments que les pays doivent aborder dans leurs CSLP et leurs documents relatifs à l'Initiative renforcée en faveur des PPT. Devant la concurrence des innombrables ministères, secteurs et groupes de la société civile réclamant une part du financement dérivé de ces instruments, il est indispensable de pouvoir avancer des arguments extrêmement convaincants : le VIH/SIDA met en péril les efforts de réduction de la pauvreté ; en luttant contre le SIDA, on s'attaque aussi à la pauvreté ; les fonds peuvent être employés à lutter efficacement contre l'épidémie et améliorer la vie des gens. Il importe, par conséquent, de plaider éloquemment en faveur de la notion de l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les plans de développement afin de convaincre le plus grand nombre de secteurs et les plus hautes autorités gouvernementales. Ceux qui préconisent l'utilisation des économies provenant de l'allègement de la dette pour financer la lutte contre le VIH/SIDA n'en seront que plus convaincants s'ils sont en mesure de démontrer qu'un programme national de lutte contre le SIDA efficace contribuera à la lutte contre la pauvreté. Ils devront également défendre l'aspect financier de leur proposition et montrer combien coûterait la mise en œuvre d'un programme ambitieux de lutte contre le VIH/SIDA.

## 2.2. Quelles sont les ripostes efficaces contre le VIH/SIDA?<sup>2</sup>

De manière générale, les ripostes efficaces seront adaptées aux besoins spécifiques de chaque pays et tiendront compte de la situation relative à l'épidémie, de l'incidence probable d'interventions rentables dans un contexte donné, ainsi que de la capacité à planifier, financer et mettre en œuvre un programme de grande envergure. La gamme des actions possibles comprendrait la mise en place ou le renforcement d'institutions chargées de la planification et de la coordination, les approches multisectorielles à l'élaboration et à l'exécution des programmes, la prévention de nouvelles infections, les soins abordables pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVS), le soutien social afin d'atténuer l'impact de l'épidémie sur les familles et les orphelins, ainsi que le suivi et l'évaluation des activités du programme.

Les équipes dans les pays sont sans doute les plus crédibles et les mieux placées pour défendre leurs propositions si celles-ci s'appuient sur une démonstration factuelle des interventions qui se sont avérées efficaces contre le VIH/SIDA, et une description claire des approches à adopter dans le contexte d'une riposte nationale à l'épidémie et ses conséquences. Bien que l'on ne comprenne pas encore parfaitement comment l'épidémie évolue et qu'elles sont toutes ses conséquences, l'on a beaucoup appris quant à l'efficacité des divers types d'interventions en matière de prévention, de soins efficaces et peu coûteux pour les personnes déjà infectées et de mesures permettant d'en atténuer les conséquences pour les orphelins, les familles et les communautés. Lorsque les premiers cas de SIDA ont été signalés au début des années 1980, des groupes et des particuliers ont fait en sorte d'alerter les populations et de les informer des mesures qu'elles pouvaient prendre pour se protéger contre cette nouvelle maladie dangereuse. Avant même que le VIH n'ait été isolé, des guides étaient préparés sur les précautions à prendre dans les rapports sexuels et la consommation de drogues. Ils se fondaient sur les données épidémiologiques disponibles concernant les modes de transmission du virus. Mais il s'est avéré qu'il ne suffisait pas d'informer les gens. Encore faut-il leur offrir un environnement dans lequel ils seront moins vulnérables à l'infection et qui leur permette de modifier leur comportement en fonction de l'information reçue (ONUSIDA, 2000a).

### 2.2.1. Un environnement porteur dans de multiples secteurs

Au niveau national, il a été démontré que l'engagement de tous les échelons politiques est essentiel à la bonne marche du programme. Il est prouvé que les interventions à plusieurs niveaux, auxquelles participent de manière coordonnée divers parte-

---

<sup>2</sup> *Un examen complet des interventions contre le VIH/SIDA dépasserait le cadre de ce document. Le lecteur intéressé est invité à consulter les études de plus en plus nombreuses sur la prévention, la prise en charge et l'atténuation des conséquences, notamment dans Merson et al. (2000a), Ainsworth et Teokul (2000), Jha et al. (2000) et Hunter (2000).*

naires, donnent de meilleurs résultats que les actions isolées (ONUSIDA 1999, 2000a). En outre, il faut engager un effort concerté sur les plans économique, politique et social afin de diminuer la vulnérabilité d'une société, parallèlement aux programmes et interventions aux niveaux individuel et communautaire. L'expérience à l'échelle mondiale montre que parmi les éléments essentiels à l'efficacité des efforts nationaux de prévention du VIH figurent les facteurs suivants (Piot et Aggleton, 1998):

- *Activités de sensibilisation* visant à informer le grand public et à contrer ses réactions négatives
- *Efforts ciblés de persuasion* conformes aux besoins des groupes et des communautés particulièrement vulnérables, avec élargissement progressif des populations ciblées
- *Partenariats multisectoriels à tous les niveaux* pour assurer la prestation des services et programmes dans des contextes divers
- *Appropriation des programmes par la communauté* et mise à contribution des volontés individuelles et collectives de participer aux efforts nationaux de prévention du VIH
- *Meilleure intégration entre prévention et prise en charge* afin de limiter les coûts et d'atténuer la discrimination et la stigmatisation
- Action en vue de renforcer *la résistance de la société* à la transmission du VIH et de réduire la vulnérabilité systématique de certains individus, groupes ou secteurs de la société.

### 2.2.2. Prévenir l'infection à VIH

Les données concernant les interventions préventives ont rarement fait l'objet d'études critiques systématiques. Merson *et al.* (2000) ont examiné l'efficacité des projets et programmes qui visent à réduire la transmission du VIH par le biais des rapports sexuels ou la consommation de drogues injectables dans les pays en développement. Ils ont constaté que les interventions de modification du comportement sont efficaces lorsqu'elles s'adressent à des populations à haut risque, en particulier aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients. Il existe peu d'études sur l'efficacité des interventions visant à réduire les risques pour les consommateurs de drogues injectables (CDI). Les données sur l'efficacité des programmes de conseil et de tests volontaires sont inégales et les résultats varient selon les populations visées. Le traitement des IST semble avoir été un élément de prévention du VIH et des IST particulièrement efficace, surtout dans les premières étapes de l'épidémie. Les interventions de type structurel et environnemental semblent très prometteuses, mais elles restent à évaluer. Merson *et al.* en concluent que :

- les interventions de prévention peuvent contribuer efficacement à modifier les comportements à risque et à prévenir la transmission du VIH dans les pays à revenus faibles et moyens ;

Tableau 1. Interventions visant à prévenir l'infection à VIH

	Facteurs qui influencent la transmission du VIH	Interventions
Stratégies axées sur le «risque» et visant les facteurs de transmission immédiats	• Transmission sexuelle	IEC pour changer les comportements Education en milieu scolaire Compétences psychosociales Préservatifs (promotion de l'utilisation systématique du préservatif auprès des plus vulnérables, dont les professionnel(le)s du sexe et les militaires) Conseil et test volontaires Conseil Traitement des IST
	• Transmission par le sang	Sécurité transfusionnelle Précautions universelles Injections sans risque / échange de seringues
	• Transmission mère-enfant	Prévention de la transmission mère-enfant
Stratégies axées sur la «vulnérabilité» et visant les facteurs de transmission sous-jacents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportement sexuel</li> <li>• Consommation de drogues injectables</li> <li>• Facteurs religieux et culturels</li> <li>• Pauvreté</li> <li>• Analphabétisme</li> <li>• Discrimination</li> <li>• Migration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Education pour le changement des comportements</li> <li>• Compétences psychosociales et éducation des jeunes scolarisés ou non</li> <li>• Réduction des risques</li> <li>• IEC pour changer les comportements</li> <li>• Mobilisation des communautés</li> <li>• Réduction de la pauvreté</li> <li>• Education</li> <li>• Cadre juridique</li> <li>• Droits de la personne</li> <li>• Développement rural, etc.</li> </ul>

- des interventions mixtes appropriées peuvent considérablement diminuer la prévalence du VIH à l'échelle nationale ;
- des recherches sont nécessaires afin de déterminer quelles sont les interventions efficaces, en particulier auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des jeunes, des CDI et des personnes séropositives au VIH.

Tableau 2. Ensembles destinés à la prise en charge, selon les ressources disponibles

Ensembles	Contenu
Ensemble essentiel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil et test VIH volontaires</li> <li>• Soutien psychosocial des personnes positives pour le VIH et de leur famille</li> <li>• Traitement et soins palliatifs pour la pneumonie, le muguet, la candidose vaginale et la tuberculose pulmonaire</li> <li>• Prévention des infections par la prophylaxie au cotrimoxazole pour les personnes positives au VIH qui présentent des symptômes</li> <li>• Reconnaissance officielle et animation d'activités communautaires visant à atténuer l'impact de l'infection à VIH</li> </ul>
Ensemble intermédiaire	<p><b>Comme ci-dessus plus au moins un des éléments ci-après :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche active (et traitement) des cas de tuberculose parmi les personnes positives au VIH</li> <li>• Traitement préventif de la tuberculose chez les personnes positives pour le VIH</li> <li>• Traitement systémique aux antifongiques pour les cas d'infection fongique généralisée (par exemple la cryptococcose)</li> <li>• Traitement du sarcome de Kaposi</li> <li>• Traitement chirurgical du cancer du col utérin</li> <li>• Traitement à l'acyclovir de l'herpès généralisé</li> <li>• Allocation de fonds aux activités communautaires visant à atténuer l'impact de l'infection à VIH</li> </ul>
Ensemble de pointe	<p><b>Tous les éléments ci-dessus, plus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trithérapie antirétrovirale</li> <li>• Diagnostic et traitement des infections opportunistes difficiles à diagnostiquer ou coûteuses à traiter, comme les infections à mycobactéries atypiques, l'infection à cytomégalo-virus, la tuberculose multirésistante, la toxoplasmose et les cancers associés à l'infection à VIH</li> <li>• Mise sur pied de services publics spécifiquement destinés à réduire l'impact économique et social de l'épidémie et à compléter les efforts de la communauté visant à atténuer l'impact de l'infection à VIH</li> </ul>

Source: ONUSIDA (2000a), pp. 96-98.



Dans les faits, les pays optent pour un équilibre pragmatique, compte tenu des capacités d'exécution du programme, des résultats prévisibles, de la faisabilité politique des interventions et des moyens financiers disponibles. Pour des raisons pratiques, ils devraient privilégier les interventions qui ont pour but de réduire les risques ou la vulnérabilité (Tableau 1).

### 2.2.3. Prise en charge et atténuation des conséquences

Face aux millions de personnes infectées par le VIH et au plus grand nombre encore de personnes touchées, il est urgent d'améliorer l'accès aux soins abordables, aux services de soutien et aux mesures d'atténuation des conséquences pour les personnes, les communautés et les pays. Le Tableau 2 présente une synthèse des interventions à envisager dans ce contexte.

### 2.2.4. Mobilisation des ressources

Il importe de mobiliser des ressources pour tous les aspects de la riposte au VIH/SIDA que nous avons décrits ici. Pour la seule Afrique subsaharienne, la mise à niveau d'un large éventail d'interventions nécessiterait une injection de US\$ 1,5 à 2,3 milliards par an. La prestation d'un traitement antirétroviral hautement actif ajouterait à cette facture de US\$ 1,5 à 2,4 milliards selon le prix auquel les médicaments pourraient être obtenus. Ces chiffres sont fondés sur des estimations prudentes de la couverture que l'on peut espérer atteindre d'ici à 2005 (Banque mondiale, 2000c).

Des estimations par pays des sommes manquantes démontreront clairement le besoin de ressources supplémentaires. En Zambie, la somme nécessaire à la mise en œuvre du Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA avait été évaluée à US\$ 558,6 millions pour la période 2001 à 2003. En octobre 2000, US\$ 25,5 millions avaient été promis. Le déficit à combler est donc de US\$ 382 millions (Bail et Mwikisa, 2000).

### 3. CONTENU VIH/SIDA ESSENTIEL DANS LES DOCUMENTS CSLP ET PPTE

#### Messages clés de la présente section :

L'idéal serait que les CSLP et les documents relatifs à l'Initiative en faveur des PPTE incluent les aspects suivants :

- le SIDA en tant que cause de la pauvreté plus une discussion sur la pauvreté et les inégalités de revenu et leur rôle dans les éléments qui rendent les gens vulnérables à l'infection à VIH et moins aptes à faire face aux conséquences de l'infection ;
- les principales stratégies du plan national de lutte contre le SIDA au centre du programme national de réduction de la pauvreté, justifiées et chiffrées ;
- les buts à moyen terme et les indicateurs de surveillance de la pauvreté tirés du plan national de lutte contre le SIDA ;
- les actions de courte durée pour la réussite de la mise en œuvre du plan national de lutte contre le VIH/SIDA, avec des cibles spécifiques et pouvant être contrôlées, qui constituent les accords d'allègement de la dette.

#### 3.1. Que sont les CSLP ?

Les Cadres stratégiques de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) sont des documents dont la finalité est de préciser les questions et les méthodes de réduction de la pauvreté dans beaucoup de pays en développement, et de façon plus immédiate dans les pays qui bénéficient d'un allègement de la dette au titre de l'Initiative renforcée en faveur des PPTE. Pour qu'une stratégie de lutte contre la pauvreté porte ses fruits, il convient: a) qu'elle soit préparée par le pays ; b) qu'elle soit centrée sur une croissance économique plus rapide et à large assise ; c) qu'elle fasse preuve d'une compréhension globale de la pauvreté et de ses facteurs déterminants ; d) qu'elle soit utile dans le choix des actions gouvernementales susceptibles d'avoir le plus fort impact sur la pauvreté ; e) qu'elle établisse des indicateurs de résultats qui seront mis au point et contrôlés par des processus participatifs. La plupart des pays à faibles revenus ne sont pas immédiatement en mesure de travailler sur chacun des éléments d'un CSLP. Les CSLP provisoires (CSLP-P) décrivent le processus pour parvenir à un CSLP, déterminent quelles sont les lacunes et indiquent comment les combler (Banque mondiale, 2000a). A la mi-janvier 2001, trois pays avaient préparé un CSLP<sup>3</sup> et 29 autres étaient au stade du CSLP-P.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> *Burkina Faso, Ouganda et République-Unie de Tanzanie*

<sup>4</sup> *En Afrique : Bénin, Cameroun, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Tchad et Zambie. En Europe et en Asie centrale : Albanie, ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, République de Moldova, Tadjikistan. En Amérique latine/Caraïbes : Bolivie, Guyana, Honduras et Nicaragua. En Asie/Pacifique : Cambodge.*

## 3.2. Introduction à l'allégement de la dette

Le principal objectif pour les pays pauvres très endettés (PPTÉ) est de ramener le fardeau de la dette à un niveau supportable, sous réserve d'une performance de politique générale satisfaisante pour assurer que les efforts d'ajustement et de réforme ne soient pas compromis par une dette élevée persistante et par le service de la dette. Ce processus se déroule en deux phases clés : la première dont l'apogée est le «point de décision» et la seconde dont l'apogée est le «point d'achèvement». Pour atteindre le «point de décision», le pays endetté doit, pendant une période de trois ans, avoir réalisé une performance satisfaisante dans ses programmes d'ajustement et de réforme macro-économique appuyés par la Banque mondiale et le FMI. Une fois atteint le point de décision, les Conseils d'administration de la Banque mondiale et du FMI décident formellement si un pays se qualifie pour un allégement de sa dette et la communauté internationale s'engage à fournir une assistance suffisante jusqu'au point d'achèvement, de telle sorte que le pays en question puisse soutenir sa dette telle qu'elle aura été évaluée au point de décision.

Au titre de l'Initiative en faveur des PPTÉ, la viabilité de la dette est habituellement établie à 150 % du niveau d'exportations à la valeur actuelle nette. La plupart des pays qualifiés réduiront leur rapport dette/exportations et dette/revenu (valeur actuelle nette) entre le point de décision et le point d'achèvement. En bref, au titre du cadre renforcé, le pays jouira pleinement des profits d'exportation et des revenus du gouvernement central, et pourra ainsi investir plus largement dans des stratégies de réduction de la pauvreté. Au point de décision, le pays reçoit habituellement 30 % du montant total de l'allégement accordé.

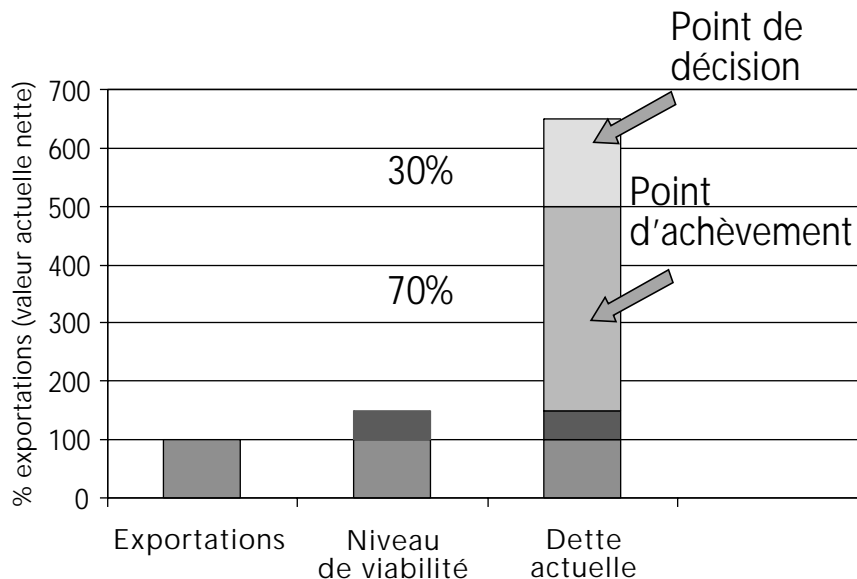
Une fois franchi le point de décision, le pays entre dans la deuxième phase et s'achemine vers le point d'achèvement où le gros de l'assistance au titre de l'Initiative renforcée en faveur des PPTÉ est apporté. Une assistance provisoire peut être fournie entre le point de décision et le point d'achèvement, le solde étant versé au point d'achèvement. Le terme «point d'achèvement flottant» se réfère à un arrangement selon lequel la date du point d'achèvement est liée à l'application de politiques déterminées au point de décision. La Figure 2 illustre certaines caractéristiques essentielles de l'allégement de la dette au titre de l'Initiative renforcée.

Vingt-deux pays<sup>6</sup> ont atteint le point de décision au titre de l'Initiative renforcée. Un pays a atteint le point d'achèvement (l'Ouganda) au titre de l'Initiative initiale. Ces 22 pays bénéficient d'un allégement qui atteindra à terme US\$ 34 milliards.

<sup>5</sup> Source : Site web de la Banque mondiale sur les PPTÉ : <http://www.worldbank.org/hipc/about/hipcbr/hipcbr.htm>

<sup>6</sup> En Afrique : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Zambie. (Source : Site web de la Banque Mondiale, Communiqué de Presse n° 2001/190/S, 22 décembre 2000). En Amérique latine/Caraïbes : Bolivie, Guyana, Honduras, Nicaragua. (Source: Site web de la Banque Mondiale «The HIPC Initiative: Background and Progress Through December 2000». <http://www.worldbank.org/hipc/progress-to-date/May99v3/mayv3.htm>)

Figure 2. Caractéristiques essentielles de l'allégement de la dette



### 3.3. Plaidoyer pour une composante VIH/SIDA dans les CSLP et l'Initiative en faveur des PPTE

Malgré l'absence d'une formule préétablie pour la rédaction des CSLP et des documents relatifs à l'allégement de la dette des PPTE, tous semblent suivre un format standard. Etant donné que ces documents seront vraisemblablement utilisés par les équipes responsables dans chaque pays, et par leurs homologues de la Banque mondiale et du FMI, les personnes s'occupant de VIH/SIDA peuvent préparer du matériel qui viendra s'articuler dans les sections principales des documents sur la pauvreté ou l'allégement de la dette, ce matériel portant sur au moins quatre points essentiels :

- (a) le SIDA en tant que cause de la pauvreté, avec, dans la mesure du possible, une discussion sur la pauvreté et les inégalités de revenus, leur rôle dans les éléments qui rendent les gens vulnérables à l'infection à VIH et moins aptes à y faire face ;
- (b) les principales stratégies du plan national de lutte contre le SIDA au centre du programme national de réduction de la pauvreté, justifiées et chiffrées ;
- (c) les buts à moyen terme et indicateurs de surveillance de la pauvreté tirés du plan national de lutte contre le SIDA ;
- (d) les actions de courte durée pour une mise en œuvre réussie du plan de lutte contre le SIDA, qui pourraient faire partie des accords d'allégement de la dette.

Dans le Tableau 3, page 20, les astérisques indiquent l'importance relative que les équipes dans les pays pourraient attribuer à chacun de ces aspects dans leurs documents relatifs aux CSLP et à l'Initiative en faveur des PPTE.

Tableau 3. Sections essentielles sur le SIDA dans les documents CSLP et PPTE

Aspects à couvrir	CSLP	Accords d'allégement de la dette en faveur des PPTE
Analyse spécifique, par pays, du complexe SIDA-pauvreté	***	**
Principales stratégies tirées du plan national de lutte contre le SIDA	****	***
Buts à moyen terme et indicateurs de surveillance de la pauvreté	****	**
Actions de courte durée et «conditions» de l'allégement de la dette	**	****

### 3.3.1. Le SIDA en tant que cause de la pauvreté et la pauvreté en tant que facteur contribuant au SIDA

Il convient, ici, d'abord de mentionner les liens généraux entre le SIDA et la pauvreté, puis de les expliciter par des données spécifiques et des exemples du pays ou de pays voisins où règnent des conditions semblables. Les sources de données pour cette analyse comprennent les enquêtes auprès des ménages telles que les enquêtes démographiques et sanitaires (DHS), des études spéciales faites dans le cadre du programme national de lutte contre le SIDA, les modèles macro-économiques qui présentent le VIH/SIDA comme une variable qui affecte la productivité, les dépenses de santé, et les analyses de budget dans lesquelles une tentative a été faite pour chiffrer les dépenses publiques relatives au SIDA.

Indicateurs d'impact qui permettent de montrer les effets du SIDA sur la pauvreté :

- diminution du taux de croissance du revenu par habitant ;
- accroissement du nombre des orphelins du SIDA, diminution de la qualité de leur alimentation et baisse de la fréquentation scolaire ;
- baisse de la production et baisse du revenu des ménages lorsqu'il y a eu un décès dû au SIDA ;
- augmentation des dépenses directes des ménages pour la santé.

Dès le début de la mise au point d'un CSLP ou lors de la préparation d'un CSLP provisoire en vue de l'obtention d'un allégement de la dette, il est important que les décideurs dans le domaine du VIH/SIDA soient en mesure de présenter un tableau d'ensemble du lien entre le VIH/SIDA et la pauvreté. Une telle analyse pourra servir d'élément de plaidoyer et permettra de préparer l'analyse raisonnée destinée à sélectionner les interventions les plus appropriées et les plus rentables dans un contexte de réduction de la pau-

vreté. Une telle analyse de base doit inclure une évaluation de la situation, de son degré de gravité, et de la menace qu'elle représente pour l'avenir. Ces thèmes pourraient être couverts par la présentation de l'évolution de l'épidémie de VIH au niveau national et une projection du développement de l'épidémie si la riposte ne s'accélère pas.

Une analyse comparative de la prévalence du VIH entre des régions de développement économique différent et parmi différents groupes vulnérables permet d'identifier les zones à forte prévalence et d'établir un lien entre ces régions et les comportements et les structures d'échanges économiques (cartographie de l'épidémie de SIDA). Une analyse ventilée de la prévalence du SIDA par sexe et par groupe d'âge est utile pour démontrer que les jeunes filles figurent parmi les groupes les plus menacés par le VIH.

Il est également possible de discuter les facteurs de vulnérabilité en utilisant des informations quantitatives et qualitatives. Ce type d'analyse permettrait de mettre en lumière l'influence déterminante de certains facteurs socio-économiques sur la propagation du VIH et apporterait des preuves irréfutables sur cette question. Enfin, une analyse rapide de l'engagement contre le VIH pourrait inclure une évaluation de la proportion des villes où s'applique un programme s'adressant aux professionnel(le)s du sexe et de la proportion des routes couvertes par un programme s'adressant aux chauffeurs routiers, etc.

### 3.3.2. Stratégies tirées des plans nationaux de lutte contre le SIDA

Ces stratégies, au nombre de quatre ou six, sont tirées du plan national pour une riposte élargie en matière de prévention, de soins, de soutien et d'atténuation des conséquences. Elles sont fondées sur les conséquences prévues, le rapport coût/efficacité, la faisabilité et assorties d'estimations des coûts. Même si le plan national de lutte contre le SIDA en contient beaucoup plus, il sera nécessaire d'opérer une sélection, le CSLP étant un document très bref. Les équipes dans les pays pourront éventuellement décider de préciser l'augmentation des ressources nécessaire pour les postes budgétaires récurrents, tels le personnel, les transports, les fournitures et le matériel. Dans certains pays à forte prévalence du VIH, des Stratégies de Réduction de la Pauvreté particulièrement bien documentées, placent dans le CSLP l'engagement stratégique contre le SIDA dans divers secteurs traditionnels : santé, éducation, défense, transports, jeunesse, communications, et autres. En d'autres termes, les grandes lignes du plan national de lutte contre le SIDA sont présentées comme supra-sectorielles, ou transversales, puis reprises dans les paragraphes consacrés aux principaux secteurs de lutte contre la pauvreté. Dans ces secteurs eux-mêmes, le SIDA apparaît comme une menace qui exige des actions spécifiques de la part de chacun des organismes sectoriels aussi bien que des groupes de la société civile et des donateurs actifs dans le secteur en question. Le CSLP du Malawi fournit un exemple utile de cette approche (Tableau 4).

### 3.3.3. Objectifs à moyen terme et indicateurs de surveillance de la pauvreté

Il faudra une fois encore se montrer sélectifs, étant donné que le CSLP ne peut contenir qu'un petit nombre de stratégies de lutte contre le SIDA. L'idéal serait que ces objectifs et indicateurs aient été développés avec l'aide d'experts et négociés entre les partenaires en tant que partie intégrante du processus de mise au point du plan national de lutte contre le SIDA. Mais cela n'aura pas été fait dans bon nombre de cas, soit parce que le plan national de lutte contre le SIDA n'est pas complet ou parce que les objectifs ou cibles n'auront pas été établis dans le cadre du processus de planification nationale. Étant donné que l'engagement à moyen terme couvre une période de cinq ans ou plus, les objectifs devraient avoir trait aux résultats de la lutte nationale contre le SIDA, ou tout au moins à ses principales réalisations. Chaque équipe de pays devra formuler des objectifs et cibles à moyen terme appropriés à la situation nationale. L'Ouganda a accusé une baisse de 25 % de la prévalence du VIH (Tableau 4).

### 3.3.4. Actions de courte durée qui pourraient faire partie des accords d'allègement de la dette

Encore une fois, la sélectivité est nécessaire. De telles actions sont les étapes convenues qui conduisent au point de décision et au point d'achèvement. Ces étapes peuvent être incluses dans la matrice du document PPTE. Leurs caractéristiques idéales seraient les suivantes :

- (a) Découler des stratégies clés du plan national de lutte contre le SIDA antérieurement énoncées dans les documents CSLP/PPTE, et leur être étroitement liées ; en ce sens elles pourraient être considérées comme des actions sentinelles qui montrent si le plan de lutte lui-même est appliqué avec succès.
- (b) Être relativement faciles à mesurer. Étant donné que, dans le cadre de l'Initiative en faveur des PPTE, la mise en œuvre du programme sera étroitement surveillée par le gouvernement, la société civile et les institutions internationales, il est de la plus haute importance de mettre en place un système de surveillance susceptible de fournir rapidement des résultats.
- (c) Être choisies avec soin pour cadrer avec le calendrier prévu de l'Initiative en faveur des PPTE, notamment en ce qui concerne les points de déclenchement (point de décision), et les points d'effacement intermédiaire et définitif de la dette (point d'achèvement).
- (d) Être bien comprises et acceptées par les personnalités politiques et les responsables de programme qui devront répondre de l'exécution de cette série d'actions.

Il existe déjà, heureusement, une large gamme d'indicateurs qui permettent de surveiller et d'évaluer les progrès de la mise en œuvre des stratégies des programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Des méthodes de recueil et d'analyses de données correspondant à ces indicateurs sont assez bien établies. Le guide du suivi et de l'éva-

luation de l'ONUSIDA (*Guide to Monitoring and Evaluation*) (ONUSIDA, 2000b) représente une compilation utile de ces indicateurs dont une liste abrégée est présentée à l'Annexe 2. Au niveau des pays, des spécialistes nationaux du VIH/SIDA et le personnel international des «groupes de travail techniques» des Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA peuvent apporter leur concours dans la sélection et la validation des meilleurs objectifs de performance pour la période d'allègement de la dette au titre de l'Initiative en faveur des PPTE.

### 3.3.5. Comment le VIH/SIDA a-t-il été inclus dans les CSLP ?

La plupart des CSLP-P en Afrique subsaharienne présentent le VIH/SIDA comme un problème à affronter (Tableau 4). Cependant, la relation entre le VIH/SIDA et la pauvreté y est rarement étudiée, et les stratégies ne semblent pas être très bien définies. En particulier, la façon dont la riposte sera élargie pour atténuer les effets négatifs du VIH/SIDA sur le capital humain et sur la croissance économique fait défaut dans tous les documents relatifs à l'Initiative en faveur des PPTE. Néanmoins, l'Ouganda est en train de revoir sa stratégie pour mieux intégrer le VIH/SIDA dans son projet de réduction de la pauvreté.

### 3.3.6. Conditions relatives au VIH/SIDA inscrites dans les documents PPTE en 2000

Dans le débat sur la politique de l'allègement de la dette, certains pays se sont engagés à intensifier leurs efforts pour faire reculer l'épidémie de VIH/SIDA. Cet engagement a parfois donné lieu à l'énoncé de certaines conditions d'accession au point d'achèvement qui entraînent l'octroi de l'ensemble de l'allègement de la dette. La plupart de ces conditions sont attachées au processus, bien que certains pays se soient engagés à lancer un véritable changement de comportement. C'est le cas au Cameroun, où l'une de ces conditions prévoit l'usage du préservatif chez les militaires, les chauffeurs routiers et les professionnel(le)s du sexe.



Tableau 4. Sélection d'exemples de CSLP et de leur contenu VIH/SIDA \*

Pays	Analyse du complexe SIDA-pauvreté par pays	Principales stratégies tirées du plan national de lutte contre le SIDA	Objectifs à moyen terme et indicateurs de surveillance de la pauvreté	Actions de courte durée
<b>Cameroun</b> (CSLP provisoire août 2000)	VIH/SIDA non mentionné parmi les facteurs déterminants de la pauvreté.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégré au secteur de la santé : «le problème le plus pressant et le plus urgent est la propagation du VIH/SIDA».</li> <li>- Certaines mesures pour ralentir la progression : IEC, conseil et test volontaires, et sécurité transfusionnelle.</li> <li>- Brièvement mentionné sous «pauvreté urbaine», focalisé sur les professionnel(le)s du sexe.</li> <li>- Accent sur les campagnes d'éducation.</li> </ul>	«Taux d'incidence du VIH/SIDA».	Mise sur pied de campagnes d'information et de sensibilisation dans les médias publics et privés.
<b>Malawi</b> (CSLP provisoire août 2000)	Inclus dans «Analyse supra-sectorielle» avec des références aux statistiques spécifiques du pays sur la séroprévalence. Notes explicites concernant les effets sur la croissance, la pauvreté, la productivité et l'épargne. Orphelins et familles sont l'objet d'une attention particulière. Référence au Cadre national stratégique pour le VIH/SIDA et la Table ronde de mars 2000 sur la mobilisation des ressources.	<p>Sous «stratégies et mesures».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer le VIH/SIDA dans tous les secteurs et améliorer les soins aux orphelins.</li> <li>- Intensifier les efforts sur la prévention primaire.</li> <li>- Intégrer les programmes de lutte contre le SIDA et la tuberculose.</li> <li>- Renforcer le Secrétariat SIDA.</li> </ul>	Non spécifié.	Non spécifié.
<b>Ouganda</b> (CSLP – Plan d'éradication de la pauvreté mars 2000)	Sous «améliorer la santé de la population». Notes sur les taux de prévalence, les effets sur l'espérance de vie. L'interaction entre le SIDA, les facteurs culturels et la pauvreté est brièvement reconnue.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépenses liées à la prestation des services à inclure sous Santé et autres secteurs.</li> <li>- Note : Sur la base de son Cadre stratégique national, l'Ouganda a revu par la suite son Plan d'Action pour l'éradication de la pauvreté afin d'inclure le SIDA dans chacun des quatre objectifs. Le Cadre stratégique national met l'accent sur la prévention, l'atténuation de l'impact et le renforcement des capacités.</li> </ul>	Diminution de 25 % de la prévalence du VIH.	Non spécifié.

\* Exemple pratique de trois pays à titre d'illustration. Source : Site web de la Banque mondiale sur les CSLP : <http://www.worldbank.org/prsp/>. Consulté le 31 janvier 2001.

Tableau 5. Mesures visant à atteindre le point d'achèvement flottant au titre de l'Initiative en faveur de PPTE\*

Pays	Analyse du complexe SIDA-pauvreté par pays	Principales stratégies tirées du plan national de lutte contre le SIDA	Objectifs à moyen terme et indicateurs de surveillance de la pauvreté	Indicateurs de courte durée, assortis de «conditions» pour l'allègement de la dette
<b>Cameroun</b>	Sous «Cadre de politique globale». D'après le CSLP provisoire.	Incluses explicitement. Couvrent les mécanismes de coordination, et les indicateurs globaux en matière de buts, d'interventions et de couverture. Mentionne les ministères concernés.	<p>Limiter le taux d'infection à moins de 10 %.</p> <p>US\$ 8,9 millions en trois ans provenant de l'Initiative en faveur des PPTE pour le VIH/SIDA.</p>	Donner la priorité au VIH/SIDA dans le plan d'action global. Faire reculer les taux d'infection dans la population par l'usage accru du préservatif chez les travailleurs des ports, les chauffeurs routiers, les militaires et les professionnel(le)s du sexe.
<b>Malawi</b>	<p>Incidence sur l'espérance de vie.</p> <p>Nombre élevé d'orphelins.</p> <p>Potentialité de ralentissement de la croissance économique, non spécifique au pays.</p>	<p>Proposition d'un cadre institutionnel : rendre le secrétariat du Programme national de lutte contre le SIDA autonome, le mettre hors de la sphère de contrôle de quelque secteur que ce soit.</p> <p>Résumé des interventions de prévention, de soins et d'atténuation d'impact.</p>	Non explicité. «Ralentir la propagation du SIDA» est un facteur de déclenchement du point d'achèvement flottant.	Les domaines de politique générale à surveiller incluent un secrétariat du Programme national de lutte contre le SIDA autonome, fonctionnel et pleinement pourvu en personnel.
<b>Ouganda</b>	Des notes précises figurent dans le deuxième document relatif au point de décision et portent sur les indices de prévalence, d'espérance de vie et de développement humain. Les pauvres incluent probablement un plus grand nombre de veuves, d'orphelins, et de personnes vivant avec le VIH/SIDA.	Stratégie de réduction de la pauvreté pour 1990/2000 et 2001/2002. Etablissement de mécanismes fonctionnels de coordination au niveau central et au niveau des districts en vue de la riposte nationale multi-sectorielle au VIH/SIDA. Atteindre un plus grand nombre de personnes par l'éducation, en vue d'un changement de comportement.	Non spécifié.	Le gouvernement a créé un Fonds d'action contre la pauvreté. Dans ce cadre, les programmes sont axés sur les résultats. Les résultats sont examinés sur une base trimestrielle avec les donateurs et les représentants de la société civile.

\* Sélection pratique de trois pays à titre d'illustration. Source : Site web de la Banque mondiale sur les PPTE : <http://www.worldbank.org/hipc/country-cases/country-cases.html>. Consulté le 31 janvier 2001.

L'exemple du Cameroun illustre plusieurs éléments nécessaires à une intégration réussie de la composante VIH/SIDA dans un CSLP-P et un accord d'allégement de la dette (Encadré 2).

### Encadré 2. Le Cameroun : Comment s'y est-on pris ?

Au Cameroun, au cours de ces dernières années, le rythme des activités de riposte au VIH/SIDA avait ralenti. Le Programme national de lutte contre le SIDA comportait un certain nombre de projets considérés comme réussis. Néanmoins, la riposte est restée de faible envergure, fragmentaire et incomplète. Pendant ce temps, l'épidémie continuait à se propager. On comptait plus de 540 000 cas d'infection à VIH à la fin de 1999 (taux de prévalence chez les adultes : 7,7 % ; ONUSIDA, 2000a).

Les discussions sur l'allégement de la dette et la préparation du CSLP provisoire, qui ont commencé au milieu de 2000, ont permis de faire démarrer une réponse plus vigoureuse au VIH/SIDA. Le CSLP-P a été préparé entre avril et août 2000 avec une large participation du gouvernement, de la société civile, y compris des ONG et des dirigeants religieux. Il a été publié en septembre de la même année. Ce document présente clairement le VIH/SIDA comme un facteur d'aggravation de la pauvreté du pays et comme une sérieuse menace pour le développement économique et social en général. Très tôt dans les négociations sur la dette, le gouvernement et les représentants de la Banque mondiale ont également identifié le SIDA comme l'un des domaines les plus importants qui pourraient bénéficier de ressources supplémentaires provenant de l'allégement de la dette. Cette constatation a encouragé le gouvernement du Cameroun à accélérer l'élaboration d'un plan d'ampleur nationale destiné à faire reculer l'épidémie. Le processus de planification stratégique d'action contre le VIH/SIDA déjà en cours au Cameroun a été accéléré pour le faire coïncider avec les négociations sur la dette. Achever ce plan d'action stratégique contre le SIDA est devenu une condition préalable à la conclusion d'un accord d'allégement de la dette. Ce plan était nécessaire pour préciser les mesures prioritaires de prévention du SIDA et les mesures de soins qui pouvaient être financées par des économies découlant de l'allégement de la dette.

Le résultat a été que le gouvernement, en collaboration avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires, a mis au point un plan stratégique pour 2001-2003, plan qui a été lancé par le Premier ministre du Cameroun, au mois de septembre 2000. Ce plan de US\$ 9 millions répartis sur trois ans sera financé par le gouvernement sur la base des économies dégagées par l'allégement de la dette. Il contient une série d'actions d'urgence très ciblées :

- Promouvoir un changement de comportement chez les jeunes de 15 à 24 ans par l'information, l'éducation et la communication, tant au niveau national que local.
- Rendre le conseil et le test volontaires largement disponibles dans tout le pays et prévenir la transmission du VIH des femmes enceintes aux bébés.
- Appuyer une campagne d'utilisation systématique du préservatif, notamment par la fourniture gratuite de préservatifs aux groupes vulnérables : chauffeurs routiers, travailleurs des plantations, étudiants universitaires, militaires, policiers, employés des services des douanes, détenus, gardiens de prison et professionnel(le)s du sexe.

Parallèlement au processus d'allégement de la dette, le gouvernement et la Banque mondiale ont préparé conjointement un projet de grande envergure, le Projet multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, qui sera financé par la combinaison d'un crédit de US\$ 50 millions de la Banque mondiale (prêt à des conditions avantageuses, et partiellement subvention) et d'un financement national puisé dans les économies dégagées par l'allégement de la dette. Ce crédit de la Banque mondiale a été approuvé en décembre 2000 et le projet a été officiellement lancé en février 2001.

—>

Pour gérer ce plan ambitieux de lutte contre le SIDA et le projet financé par la Banque, le gouvernement a décidé d'établir un nouveau Groupe technique central faisant appel à de nombreuses techniques de gestion locale et sectorielle de riposte au SIDA, de communication, de suivi et d'évaluation.

L'expérience du Cameroun montre bien à quel point l'engagement politique, l'approche multisectorielle, et le ciblage simultané des actions susceptibles d'avoir un impact sur l'épidémie sont importants. Le CSLP, l'Initiative en faveur des PPTE, un plan national de lutte contre le SIDA et une mise en œuvre ciblée sont étroitement liés.

On peut tirer plusieurs leçons de cette expérience, notamment les suivantes :

- Les analystes travaillant sur le VIH/SIDA doivent mettre au point, à l'intention des décideurs politiques, des matériels de plaidoyer brefs, simples et clairs, citant même les succès réalisés dans d'autres pays.
- Il est important d'avoir un projet national de riposte au SIDA, assorti d'une estimation précise du volume d'effort requis pour faire reculer l'épidémie.
- Il est nécessaire d'offrir aux décideurs des options politiques réalisables et des gains visibles à court terme dans la lutte contre le SIDA, par l'utilisation des économies réalisées grâce à l'allègement de la dette.
- Il est important que s'instaure un processus de planification participatif et autonome en vue de l'établissement des documents relatifs au CSLP et à l'Initiative en faveur des PPTE centré sur des actions pratiques et réalisables de lutte contre le VIH/SIDA.

## 4. UTILISATION DES FONDS LIBERES PAR L'INITIATIVE EN FAVEUR DES PPTÉ – AFFECTATION, ACHEMINEMENT ET RESPONSABILISATION

Messages clés de la présente section :

- Pour s'assurer que les fonds seront consacrés à la lutte contre le VIH/SIDA, envisager d'affecter les économies obtenues par le biais de l'Initiative.
- Mettre au point des méthodes efficaces pour acheminer les fonds vers les initiatives communautaires.
- Veiller à la transparence et à la responsabilisation.

### 4.1. Affectation des crédits

De plus en plus souvent, dans les documents relatifs à l'Initiative en faveur des PPTÉ, les économies permises par l'allègement de la dette sont expressément chiffrées pour les prochaines années. Il doit donc être possible de préciser dans ces mêmes documents la part de ces économies (en pourcentage ou en dollars) qui devra être affectée au programme national de lutte contre le VIH/SIDA. Le cas échéant, les équipes qui travaillent sur ce dossier dans le contexte de l'Initiative pourront faire pression pour obtenir un crédit important pour la lutte contre le VIH/SIDA. Elles pourront justifier leur demande à la fois sur la base du coût estimé d'une riposte nationale de grande envergure, et en démontrant à quel point la lutte contre l'épidémie est fondamentale pour l'aboutissement des efforts déployés contre la pauvreté et pour le développement économique et social. Dans les pays à prévalence élevée, il faut compter au moins US\$ 1,50 à 2,00 par habitant pour financer un plan national efficace de lutte contre le SIDA, soit de 15 à 20 millions de dollars pour un pays de 10 millions d'habitants. Si le quart ou la moitié de ces besoins (dans l'exemple précédent, de 5 à 10 millions par an) pouvaient être financés par le biais de l'allègement de la dette, le reste étant assuré par les partenaires étrangers, cela représenterait de la part du gouvernement un important investissement financier et politique.

Comme le VIH/SIDA est un problème qui recoupe de nombreux secteurs, il est conseillé de prévoir une budgétisation ou une affectation supra-sectorielle. L'affectation au VIH/SIDA des économies dégagées par les mesures d'allègement de la dette pourrait figurer parmi les conditions de l'accord sujettes à vérification. Exemple : «de 2001 à 2003, le gouvernement consacra US\$ xx millions provenant des mesures d'allègement de la dette au programme national de lutte contre le VIH/SIDA».

## 4.2. Acheminement des fonds vers les initiatives locales

Pour certains PPTE, il est également très important qu'une part considérable des économies résultant de l'allègement de la dette affectée au SIDA – et même l'ensemble du budget du programme national contre l'épidémie – soit acheminée rapidement et efficacement vers les initiatives locales, c'est-à-dire les unités gouvernementales locales, les ONG locales et les organisations communautaires qui travaillent dans le domaine de la prévention, des soins et du soutien.

Dans ces circonstances, le processus en faveur des PPTE peut devenir l'occasion d'élaborer et de mettre en place des mécanismes efficaces pour le transfert des ressources financières et techniques aux groupes locaux qui mettent en œuvre les activités de lutte contre le SIDA. L'on peut pour cela envisager divers moyens qui pourront être précisés et contrôlés dans le cadre des conditions à respecter pour obtenir l'allègement de la dette. Cela pourrait être, par exemple, la création d'un «Fonds d'action contre la pauvreté» dans lequel sont versées les économies provenant de l'allègement de la dette, qui ne sont utilisées que pour des initiatives locales. Ces fonds d'action sont un instrument de comptabilité mais, utilisés de pair avec les moyens de transfert des ressources que sont les subventions de contrepartie aux autorités et ONG locales, ils peuvent servir à acheminer l'argent jusque sur le terrain. En Ouganda, le Fonds d'action contre la pauvreté (FAP) couvre les dépenses les plus prioritaires du point de vue de l'éradication de la pauvreté. Pour prétendre à un financement du FAP, un secteur ou programme particulier doit faire la preuve de sa rentabilité économique ou sociale, en montrant que, par ces activités, il cible les pauvres et que les pauvres eux-mêmes le considèrent important, comme en témoigne leur participation antérieure. En collaboration avec le Secrétariat de l'ONUSIDA et de la Banque mondiale, les administrateurs du Fonds d'action sociale du Malawi (MASAF) examinent différentes options pour l'acheminement des fonds aux communautés afin d'accélérer la mise en œuvre d'activités visant à atténuer les conséquences du SIDA. Le financement direct des activités de proximité est un élément essentiel du programme multipays de lutte contre le SIDA en Afrique lancé par la Banque mondiale en 2000 (Banque mondiale, 2000b).

De la même manière, si la totalité ou une partie de l'épargne provenant de l'allègement de la dette était versée à un fonds national de développement social ou de financement de micro-projets comprenant une composante spécifique VIH/SIDA, on aurait la certitude que les sommes dégagées parviendront aux institutions locales publiques ou privées (clubs pour la jeunesse, groupes de femmes, ONG aidant les professionnel(le)s du sexe, comités villageois d'action contre le SIDA, etc.).

La mise en place de ces types de mécanismes d'acheminement des fonds pourrait être explicitement prévue dans les documents relatifs à l'Initiative renforcée en faveur des PPTE comme mesure liée au point d'achèvement.

### 4.3. Responsabilisation

Enfin, le processus relatif à l'Initiative en faveur des PPTE offre l'occasion de mettre en place des mécanismes solides de responsabilisation pour ce qui a trait à l'utilisation des ressources financières et aux résultats. Dans certains pays, des groupements associatifs et des donateurs étrangers demandent l'instauration de procédures dont la finalité serait de rendre plus transparente l'utilisation des économies dégagées par l'allègement de la dette et celle des fonds provenant des donateurs, et de la relier à des résultats mesurables. L'idée a été lancée de créer des organes mixtes (composés de représentants du gouvernement, de la société civile, et des organismes donateurs) chargés de surveiller la situation et l'utilisation des fonds dans l'ensemble ou partie du programme national de lutte contre le SIDA. C'est le cas en Ouganda, où l'on procède à des examens trimestriels, avec la participation de représentants des donateurs et de la société civile. Au Malawi, les mécanismes de surveillance des décaissements provenant de l'allègement de la dette prévoient la publication des dépenses.

Dans la mesure du possible, il serait souhaitable d'évaluer les résultats, le produit et l'impact afin de connaître les avantages obtenus par divers mécanismes de financement. Dans le contexte d'une évaluation initiale, les décaissements pourraient aller de pair avec la collecte de données au niveau des ménages et des collectivités. Cela faciliterait l'évaluation des mécanismes de financement ainsi que des projets financés par leur biais (Ram, 2000).

## 5. INFLECHIR LES POLITIQUES

### Messages clés de la présente section :

- Créer une coalition pour s'assurer que la problématique du VIH/SIDA soit intégrée dans les CSLP et les documents relatifs à l'allègement de la dette.
- Mettre sur pied une équipe capable de gérer le processus.

Dans les sections précédentes, nous avons vu *pourquoi* les documents relatifs aux CSLP et à l'Initiative en faveur des PPTTE doivent inclure une composante VIH/SIDA, et défini le contenu de cette composante. Nous allons maintenant aborder la question délicate du *comment* intégrer les questions liées au VIH/SIDA dans les CSLP et les programmes d'allègement de la dette. Deux facteurs nous paraissent essentiels : la création de coalitions en vue d'infléchir les politiques, et le renforcement des capacités locales.

### 5.1. Créer des coalitions

La création de coalitions implique que les groupes déjà engagés dans la lutte contre l'infection à VIH se rassemblent et attirent ceux qui hésitent encore. Ces derniers pourraient comprendre notamment des unités gouvernementales, telles le secrétariat – ou l'organe de coordination – national contre le SIDA, le conseil national ou le comité interministériel sur le SIDA, les unités ministérielles chargées de la question du SIDA, les groupements associatifs qui sont déjà présents dans ce domaine et qui, souvent, sont regroupés au sein d'une ou de plusieurs organisations cadres, les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA et tout un éventail d'institutions multilatérales ou bilatérales et d'organisations non gouvernementales internationales. Sous la direction des autorités nationales et d'autres acteurs nationaux, ces personnes et organisations participeraient à des équipes spéciales, des groupes de travail inter-organisations, etc., afin de soutenir le processus des CSLP et de l'Initiative renforcée.

Pour influencer sur le processus et le contenu des CSLP et des accords d'allègement de la dette, la «coalition» ne pourra pas se contenter de présenter des arguments «techniques» en faveur de l'intégration de la composante VIH/SIDA. Ses membres devront entretenir des contacts suivis avec les personnes chargées de préparer et de négocier les instruments des CSLP et de l'Initiative renforcée. Ce sont généralement les hauts fonctionnaires du ministère des finances ou de l'agence nationale pour l'économie et la planification, et les experts techniques de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international. Il serait en effet souhaitable qu'un comité inter-organisations ou un groupe de travail technique, au sein duquel siègeraient des membres de la coalition, appuie l'équipe du ministère des finances. Les ministères pertinents sont ceux de l'éducation, du développement social, de la jeunesse, de la défense, de l'agriculture et des transports. Attirer l'attention des médias nationaux sur le SIDA comme facteur de pauvreté et menace pour le développement peut également être utile pour infléchir la politique



nationale sur le SIDA dans le contexte des CSLP et des processus d'allègement de la dette. En Ouganda, la Commission nationale contre le SIDA a chapeauté un processus à la fois inclusif et participatif qui a servi de tremplin à l'intégration de la composante SIDA dans tous les objectifs du plan d'action national pour l'éradication de la pauvreté.

Enfin, les CSLP et l'Initiative en faveur des PPTE peuvent devenir l'occasion de renforcer, à l'intérieur du pays, les capacités techniques nécessaires pour faire face aux difficultés d'ordre analytique et administratif inhérentes à la mise en place et au maintien d'un solide programme national de lutte contre le SIDA. Nous avons démontré que pour faire inclure la composante VIH/SIDA dans les CSLP et l'Initiative en faveur des PPTE, il faut disposer d'un certain nombre de compétences et pouvoir, notamment, analyser les conséquences de l'épidémie sur la pauvreté, définir et chiffrer les priorités au sein du programme, négocier, surveiller et évaluer, pour ne citer que quelques-unes des fonctions les plus importantes. Pour chacune de celles-ci, il faut placer un nombre modeste, mais critique, de personnes compétentes dans les institutions clés, y compris au secrétariat national sur le SIDA, au ministère des finances et dans les organisations cadres des ONG nationales et des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA.

### 5.2. Renforcer les capacités

Dans chacun des pays concernés, les membres de la «coalition» SIDA devraient élaborer, financer et mettre en œuvre un plan de renforcement essentiel des capacités dans le contexte des CSLP et de l'Initiative. On y préciserait quelles sont les compétences requises et dans quelles institutions elles devraient se trouver. Par exemple :

- Secrétariat national de la lutte contre le SIDA : un planificateur et un économiste ayant reçu une formation dans les domaines de l'élaboration des programmes, de l'établissement des priorités, du calcul des coûts, du suivi et de l'évaluation, En Ouganda, un économiste a été détaché auprès de la Commission SIDA pour travailler sur le dossier VIH/SIDA.
- Ministère des finances : un économiste affecté au dossier CSLP/PPTE capable de recueillir des données sur le lien entre pauvreté et SIDA et de formuler des engagements relatifs à l'allègement de la dette.
- Fonds d'action contre la pauvreté ou unité SIDA du fonds national de développement social : une équipe de gestion de deux à trois personnes capables de traiter les dimensions conceptuelles et financières d'un important transfert de ressources aux initiatives locales contre le SIDA.
- Organisme cadre des ONG et association de PVS : au moins une personne dans chacun de ces organismes capable d'aider à formuler les engagements clés au titre de l'allègement de la dette par rapport au SIDA et de veiller au respect des conditions SIDA prévues dans les documents relatifs à l'Initiative.

Le renforcement des capacités pourrait lui-même constituer l'un des objectifs des CSLP et de l'allègement de la dette et bénéficier de ce fait du financement et des activités de suivi dans le cadre de l'Initiative.

## 6. CONCLUSIONS

### 6.1. CSLP, allégement de la dette et SIDA : simplement une autre source de financement ou une nouvelle chance à saisir ?

Dans de nombreux pays pouvant se prévaloir de l'allégement de la dette, les administrateurs des programmes VIH/SIDA et les décideurs ont la possibilité de demander un financement supplémentaire pour lutter contre l'épidémie dans le contexte des stratégies de réduction de la pauvreté. Mais l'allégement de la dette ne doit pas être vu seulement comme un apport supplémentaire de fonds dans la lutte contre le VIH/SIDA. Il est aussi l'occasion de placer l'épidémie au centre du programme d'aide et de développement et d'examiner les difficultés des pays en matière d'élaboration des politiques et de budgétisation. Malgré les ressources extérieures dont ils peuvent bénéficier grâce à diverses initiatives, bien des programmes VIH/SIDA dans les pays pauvres n'ont pas encore atteint une dimension suffisante pour avoir un véritable impact sur l'épidémie. L'affectation d'une plus grande part des recettes nationales au secteur social pourrait leur donner la possibilité d'atteindre cette dimension par les actions suivantes :

- Situer le VIH/SIDA dans le cadre des discussions budgétaires, et rompre le cycle de la conception et du financement des programmes par les donateurs.
- Institutionnaliser les ripostes au VIH/SIDA dans toutes les activités gouvernementales en profitant du nouvel espace financier pour injecter dans chacun des secteurs des ressources supplémentaires à cette fin.
- Transformer les activités éparses en programmes durables, ce qui libérerait les pays de leur extrême dépendance à l'égard des donateurs pour les apports clés (par exemple, le financement des médicaments contre la tuberculose ou des préservatifs pour les militaires) et garantirait un approvisionnement plus stable de ces produits.
- Traiter de questions plus générales, pas toujours directement liées au VIH/SIDA, mais qui souvent influent fortement sur les ripostes et contribuent au mauvais fonctionnement des secteurs dû à l'instabilité du personnel, à une rémunération insuffisante et au manque de fonds pour les dépenses récurrentes.

Ainsi, plutôt que de se concurrencer pour faire financer les mêmes programmes, décideurs et administrateurs sont amenés à chercher ensemble une stratégie pour assurer la complémentarité des différentes sources de crédits. Habilement utilisés, les fonds provenant de l'allégement de la dette peuvent servir à améliorer le potentiel de levier et d'absorption des fonds externes disponibles. Au Mali, par exemple, comme le secteur de la santé est bénéficiaire d'un important programme externe de financement,

les fonds de l'Initiative serviront probablement à renforcer la capacité de mise en œuvre en finançant la formation de base, en engageant du personnel et en lui donnant une motivation pour qu'il assure les interventions essentielles de santé publique.

### **6.2. Etapes futures**

Jusqu'ici, l'intégration de la composante VIH/SIDA dans les stratégies de réduction de la pauvreté et d'allègement de la dette des pays pauvres a connu des résultats mitigés. On compte bien quelques succès remarquables, mais aussi un certain nombre d'échecs et d'occasions manquées. L'ONUSIDA et ses partenaires sont prêts à aider les pays touchés par l'épidémie de VIH à mieux se prévaloir des occasions présentes et futures de placer l'épidémie au premier plan de l'analyse et de l'action nationales en vue de lutter contre le VIH/SIDA et de tirer le plus d'avantages possibles des mesures d'allègement de la dette.

## Bibliographie

- Ainsworth, M., Semali, I. 1998. «Who is most likely to die of AIDS? Socioeconomic correlates of adult deaths in Kagera Region, Tanzania.» In Ainsworth, M., Fransen, L., Over, M. (Eds.) *Confronting AIDS: Evidence from the developing world*. Documents d'information choisis pour le World Bank Policy Research Report, *Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic*. Commission européenne, Bruxelles, pp.95-109.
- Ainsworth, M., Teokul, W. 2000. «Breaking the silence: setting realistic priorities for AIDS control in less-developed countries.» *The Lancet* 356:35-40.
- Bail, R., Mwikisa, C. *Costing the Zambia National HIV/AIDS Strategic Framework 2001-2003*. Document non publié, octobre 2000, pp. 8-10.
- Cowan, D., Brundage, J., Pomerantz, R. 1994. «The incidence of HIV infection among men in the United States». *AIDS* 8 (4): 505-11.
- Deheneffe, J., Carael, M., Noubbissi, A. 1998. Socioeconomic Determinants of Sexual Behaviour and Condom Use. In Ainsworth, M., Fransen, L., Over, M. (Eds.) *Confronting AIDS: Evidence from the developing world*. Documents d'information choisis pour le World Bank Policy Research Report, *Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic*. Commission européenne, Bruxelles, pp. 131-46.
- Filmer, D. 1998. «The Socioeconomic Correlates of Sexual Behaviour: A Summary of Results from an Analysis of DHS Data». In Ainsworth, M., Fransen, L., Over, M. (Eds.) *Confronting AIDS: Evidence from the developing world*. Documents d'information choisis pour le World Bank Policy Research Report, *Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic*. Commission européenne, Bruxelles, pp. 111-30.
- Halperin, D. 2000. «Is Poverty the Root Cause of African AIDS? The 'Answer' May Be More Complex Than Commonly Thought». *Global AIDSLink*, Conseil mondial de la santé, 65:9.
- Hunter, S. *National Systems and Strategies for Provision of Care to HIV/AIDS Affected Adults and Children*. Document de travail présenté à l'atelier organisé par l'ONUSIDA sur le rôle de l'allégement de la dette dans le financement des programmes nationaux contre le VIH/SIDA. Lilongwe, Malawi. Novembre 2000. Document non publié, pp. 1-2.
- Jha, P., Nagelkerke, N., Ngugi, E., Rao, J., Willbond, B., Moses, S., Plummer, F. 2000. «Interventions to Reduce HIV Transmission in Developing Countries: The Lessons of Two Decades of AIDS.» Document non publié.

## BIBLIOGRAPHIE

Banque mondiale, 2000a. *Poverty Reduction Sourcebook*. <http://www.worldbank.org/poverty>. Consulté le 24 janvier 2001.

Banque mondiale, 2000b. *Project Appraisal Document for Proposed Credits in the amount of US\$59.7 million and US\$50 million, respectively, to the Federal Democratic Republic of Ethiopia and the Republic of Kenya in support of the first phase of the US\$500 million multi-country HIV/AIDS Programme for the Africa Region*. Washington, DC, pp. 65-79.

Banque mondiale, 2000c. *Costs of Scaling HIV Programme Activities to a National Level in Sub-Saharan Africa: Methods and Estimates*. AIDS Campaign Team for Africa, pp. 1-5.

Krueger, L., Wood, R., Diehr, P., Maxwell, C. 1990. «Poverty and HIV Seropositivity: The Poor Are More Likely to Be Infected». *AIDS* 4(8): 811-14.

Lacey, C., Merrick, D., Bensley, D., Fairely, I. Analysis of the Sociodemography of gonorrhoea in Leeds. *British Medical Journal* 314(1): 715-18.

Lewis, J., Arndt, C. 2000. The Macro Implications of HIV/AIDS in South Africa: a preliminary assessment. Document présenté au Symposium international du AIDS Economics Network. Juillet 2000. Contribution spéciale au *South African Journal of Economics*.

McCoy, C. B., Metsch, L., Inciardi, J., Anwyl, R., Wingerd, J., Bletzer, K. 1996. «Sex, Drugs and the Spread of HIV/AIDS in Belle Glade, Florida». *Medical Anthropology Quarterly* 10 (1): 83-93.

Merson, M., Dayton, J., O'Reilly, K. 2000. «Effectiveness of HIV Prevention Interventions in Developing Countries.» *AIDS* 14 (suppl. 2): S68-84.

ONUSIDA. 1999. *Récapitulatif des Meilleures Pratiques* 1ère édition. Genève.

ONUSIDA. 2000a. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*. Genève, pp. 26-36.

ONUSIDA. 2000b. *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation*. Genève, pp. 26-27 (traduction en cours).

ONUSIDA. 2001. *Prévention du VIH – Méthodes novatrices*. Sélection d'études de cas. Genève, p. 6.

Parker, R. G. 1998 'Historic Overview of Brazil's AIDS Programmes and Review of the World Bank AIDS Project'. Family Health International/AIDSCAP. Processed. In Ainsworth, M., Semali, I. «Who is most likely to die of AIDS? Socioeconomic correlates of adult deaths in Kagera Region, Tanzania.» Cité dans Ainsworth, M., Fransen, L., Over, M. (Eds). 1998. *Confronting AIDS: Evidence from the developing world*. Documents d'information choisis pour le World Bank Policy Research Report, *Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic*. Commission européenne, Bruxelles, pp. 95-109.

Piot, P., Aggleton, P. «The Global Epidemic.» 1998. *AIDS Care*, 10 (Suppl. 12) S200-208.

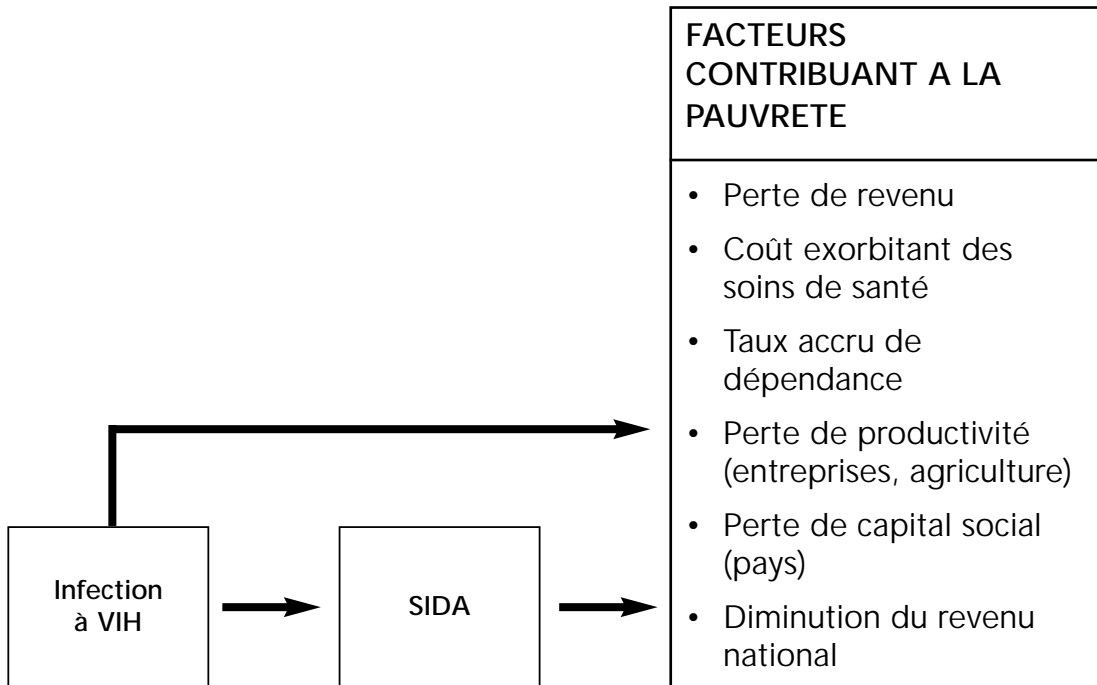
Ram, S. 2000. *A Summary of Resource Transfer Mechanisms*. Document de travail présenté à l'atelier organisé par l'ONUSIDA sur le rôle de l'allégement de la dette dans le financement des programmes nationaux contre le VIH/SIDA. Lilongwe, Malawi. Novembre 2000. Document non publié, pp. 24-26.

## ANNEXE 1. LIENS ENTRE LE VIH/SIDA ET LA PAUVRETE

### Le SIDA en tant que cause ou facteur aggravant de la pauvreté

Les liens sont examinés du point de vue des personnes, des familles et de l'économie nationale. La personne infectée par le VIH doit faire face à des coûts exorbitants de prise en charge médicale et sociale, ainsi qu'aux coûts entraînés indirectement par la perte de productivité. En général, les familles subissent une baisse de revenu. Quant à la rentabilité des entreprises commerciales, elle diminuera probablement sous l'effet de la baisse de rendement des salariés, de l'absentéisme et de l'augmentation du coût des traitements et des frais d'obsèques et de formation répétée pour les remplaçants des travailleurs décédés. Les Figures A1 et A2 montrent les liens entre l'infection à VIH et l'augmentation de la pauvreté.

Figure A1. Le VIH/SIDA cause et aggrave la pauvreté



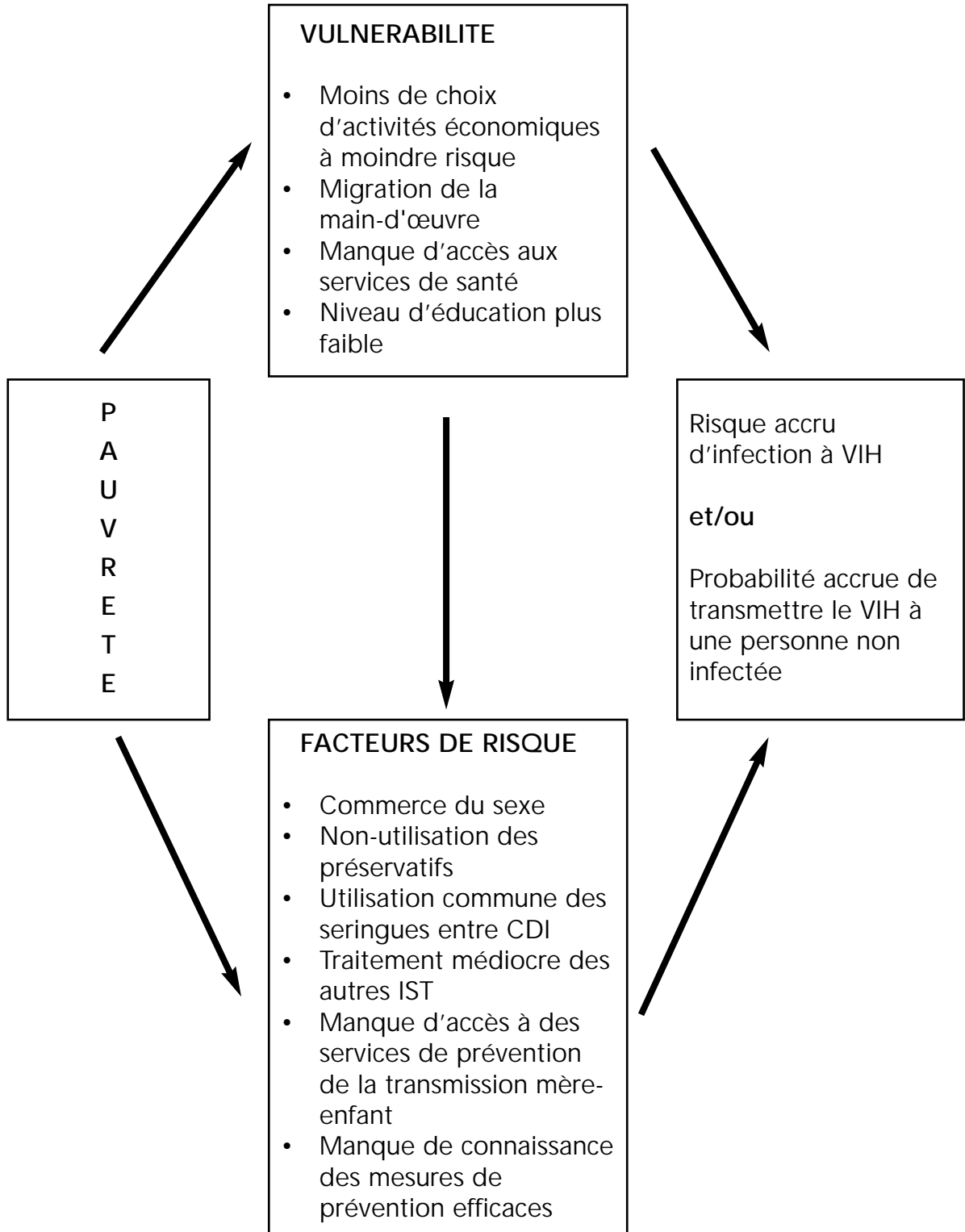
## Pauvreté et inégalités des revenus augmentent la probabilité d'infection à VIH

Les liens plausibles entre pauvreté et inégalités des revenus, d'une part, et augmentation des risques d'infection à VIH, d'autre part, sont peut-être indirects. ***Une plus grande vulnérabilité à l'infection à VIH est un élément important car elle augmente le risque de transmettre le virus ou d'en être infecté.*** En ce sens, il est possible que la pauvreté affaiblisse la capacité ou la volonté d'une personne de se protéger contre l'infection. Un revenu inadéquat peut ainsi amener une personne à s'engager dans des activités à risque élevé, comme les rapports sexuels rémunérés. Les professionnel(le)s du sexe risquent d'accepter des rapports sexuels non protégés en échange d'une meilleure rémunération. La pauvreté va souvent de pair avec un faible niveau de scolarisation, qui va de pair avec une moins bonne connaissance des moyens de protection efficaces contre l'infection à VIH. La Figure A2 et l'Encadré A1 montrent par quels chemins la pauvreté conduit à un risque accru d'infection à VIH. Les données factuelles systématiques actuelles ne nous permettent pas d'affirmer que la pauvreté cause le SIDA. Et s'il est fort probable que certaines caractéristiques de la pauvreté (faible niveau d'éducation, moins de possibilités pour gagner sa vie, moins bonne capacité pour négocier des rapports sexuels à moindre risque) augmentent le risque d'infection à VIH, il serait néanmoins simpliste de considérer le VIH strictement comme une «maladie de pauvres». Bien des personnes et des groupes à risque élevé d'infection en Afrique (élites urbaines qui ont des partenaires occasionnels, hommes d'affaires en déplacement qui ont recours à des professionnel(le)s du sexe, officiers des forces armées) ne font pas partie des pauvres. A ce stade de l'épidémie, le VIH/SIDA continue d'ignorer les différences de statut économique.

***Du point de vue de la prévention, les études montrent clairement qu'à court et moyen termes, les interventions les plus efficaces sont celles qui réduisent le risque de transmission et d'infection.*** Les facteurs de risque sont tous les éléments qui augmentent directement la probabilité pour une personne d'être infectée ou de transmettre le VIH. Les interventions axées sur la réduction de la vulnérabilité présentent des difficultés d'ordre structurel ou de développement plus profondes. Elles pourraient avoir des répercussions indirectes sur l'évolution de l'épidémie. De toute évidence, le succès à moyen et à long termes de la lutte contre le VIH/SIDA en dépend. Toutefois, compte tenu de la dynamique de l'épidémie, ne rien faire pour limiter les risques entraînerait une augmentation considérable du nombre de personnes infectées, ce qui annulerait une partie des gains obtenus grâce aux interventions structurelles contre la vulnérabilité.



Figure A2: La pauvreté augmente la probabilité d'infection à VIH et de SIDA



**Encadré A1 : La pauvreté augmente-t-elle la probabilité d'infection à VIH ?**

Dans les premières années de l'épidémie, le risque d'infection par le VIH était plus élevé parmi les personnes jouissant d'une bonne situation socio-économique. Comme le VIH/SIDA est en passe de devenir endémique dans la plupart des pays africains, cette corrélation positive entre statut socio-économique et infection à VIH va probablement disparaître. Nous pouvons voir dans les paragraphes ci-après que les données factuelles sont complexes. Mais l'effet conjugué de la pauvreté et de la disparité des revenus dans les transactions sociales – y compris les rapports sexuels, les schémas de vulnérabilité et de comportements à risque face à l'infection à VIH – méritent une attention particulière.

- L'ONUSIDA a analysé les résultats d'études effectuées principalement auprès de jeunes âgés de 15 à 19 ans dans 17 pays d'Afrique et quatre d'Amérique latine. Parmi les schémas de comportement à risque, l'on a pu constater, parmi les deux sexes, que les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé ont davantage tendance à avoir des partenaires occasionnels (ONUSIDA, 2000a). Il semblerait également que, dans les pays d'Afrique les plus durement frappés, les personnes les mieux éduquées tendent à adopter un comportement moins risqué (ONUSIDA, 2000a). Bien qu'il soit encore trop tôt pour se prononcer, cela semble être le cas au Brésil, où la distribution des cas de SIDA entre les couches socio-économiques s'est modifiée : au début des années 1980, les trois quarts des nouveaux cas concernaient des personnes ayant un niveau secondaire ou universitaire ; au début des années 1990, cette proportion était tombée à un tiers (Parker, 1998).
- Il n'est pas surprenant que la pauvreté et l'analphabétisme augmentent la probabilité d'être infecté par des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, puisque les personnes à faibles revenus ont moins les moyens que les autres d'acheter des préservatifs ou de se faire soigner. En outre, celles qui ont un faible niveau d'éducation seront peut-être moins bien informées des dangers de certains comportements à risque, ou moins aptes à comprendre les messages à but préventif. Ceci explique que le taux de prévalence des IST soit plus élevé parmi les pauvres et les personnes moins éduquées (Lacey *et al.*, 1997). Cela semble vrai également pour la propagation du VIH dans les pays industrialisés (Cowan *et al.*, 1994 ; Krueger *et al.*, 1990 ; McCoy *et al.*, 1996).
- Durant la première décennie de l'épidémie en Afrique, les infections à VIH n'ont pas suivi ce schéma. Diverses études ont démontré une corrélation positive entre l'infection à VIH et le statut socio-économique ou la profession (Ainsworth et Semali, 1998). L'analyse des données provenant d'enquêtes démographiques et sanitaires réalisées au début des années 1990 et d'enquêtes sur les comportements sexuels parrainées par le Programme mondial de Lutte contre le SIDA (GPA) de



l'OMS en 1989-1991 montre que la probabilité d'avoir des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ou des professionnel(le)s du sexe s'accroît avec le niveau d'éducation, augmentant potentiellement le risque d'exposition aux IST, y compris au VIH (Filmer 1998 ; Deheneffe *et al.*, 1998). La demande de rapports sexuels rémunérés et la capacité d'entretenir plusieurs partenaires sexuels simultanément augmente avec le revenu. De plus, les personnes qui ont une éducation et un revenu plus importants disposent de plus d'argent et ont davantage l'occasion de voyager donc d'avoir des partenaires occasionnels.

- A lui seul, le revenu total ne permet pas de prédire l'évolution de la prévalence du VIH : les facteurs sociaux et culturels propres au pays jouent un rôle important dans la dynamique de l'épidémie. Des affirmations bien intentionnées, comme «la pauvreté cause le SIDA», semblent implicitement prendre la défense des pauvres, mais en réalité elles risquent d'entraver les efforts visant à promouvoir l'utilisation du préservatif et les autres initiatives à but préventif (Halperin, 2000).

## ANNEXE 2 : INDICATEURS

### 1. Aperçu des indicateurs par secteur de programme, outils de mesure et priorité en fonction de l'état de progression de l'épidémie\*

(B = Indicateur de base; S = Indicateur supplémentaire)

Note: Les équipes dans les pays sont invitées à se reporter au texte pour les définitions et priées de se montrer extrêmement sélectives dans l'utilisation des indicateurs.

Indicateur par secteur	Priorité Epidémie généralisée	Priorité Concentrée/faible niveau
<b>Politiques</b> 1. Dépenses pour la prévention du VIH	B	B
<b>Disponibilité et qualité des préservatifs</b> 1 Disponibles dans tout le pays 2 Disponibles, au détail	B B	B S
<b>Stigmatisation et discrimination</b> 1 Acceptation des personnes séropositives 2 Non-discrimination à l'emploi	B B	B B
<b>Connaissance</b> 1 Connaissance des mesures de prévention du VIH	B	B
<b>Conseil et test volontaires</b> 1 Personnes ayant demandé le test et reçu les résultats 2 Districts offrant des services de CTV 3 Centres de CTV avec conditions minimums 4 Qualité des laboratoires de CTV	B B B S	S S S
<b>Transmission mère-enfant</b> 1 Conseil et test pour femmes enceintes 2 Dispensaires prénatals et orientation vers les services prénatals 3 Conseil VIH de qualité pour les femmes enceintes 4 Disponibilité du traitement antirétroviral	B B S S	
<b>Négociation et attitudes sexuelles</b> 1 Capacité des femmes à négocier des rapports sexuels sans risque	S	
<b>Comportement sexuel</b> 1 Rapports plus risqués depuis un an 2 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport risqué 3 Rapports sexuels rémunérés au cours de la dernière année 4 Utilisation du préservatif par le client lors du dernier rapport sexuel rémunéré 5 Utilisation du préservatif par le(la) professionnel(le) du sexe lors du dernier rapport avec un client	B B S S S	B B B B S

\* Tiré des enquêtes sur le comportement sexuel : Directives concernant les enquêtes répétées sur le comportement des populations à risque pour le VIH.

## Annexe 2 (suite) :

## 2. Aperçu des indicateurs par secteur de programme, outils de mesure et priorités en fonction de l'état de progression de l'épidémie\*

(B = Indicateur de base; S = Indicateur supplémentaire)

Note : Les équipes dans les pays sont invitées à se reporter au texte pour les définitions et priées de se montrer extrêmement sélectives dans l'utilisation des indicateurs.

Indicateur par secteur	Priorité Epidémie généralisée	Priorité Concentrée/ faible niveau
<b>Comportement sexuel des jeunes</b>		
1 Age médian au premier rapport	B	
2 Jeunes ayant des rapports sexuels avant le mariage	B	S
3 Utilisation du préservatif au dernier rapport avant le mariage	B	S
4 Jeunes ayant des partenaires multiples	B	S
5 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport à risque	B	S
6 Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel	S	S
7 Disparité d'âge entre les partenaires	S	
<b>Consommation de drogues par injection</b>		
1 Utilisation commune des seringues et aiguilles		B
2 CDI n'utilisant jamais des seringues et aiguilles usagées		B
3 Utilisation du préservatif par les CDI lors du dernier rapport		S
<b>Sécurité transfusionnelle / transmission nosocomiale</b>		
1 Contrôle des unités de sang pour transfusion	B	B
2 Réduction des transfusions	S	S
3 Districts / régions avec banque du sang	B	B
4 Transmission accidentelle en milieu médical	S	
<b>Traitement et prévention des IST</b>		
1 Diagnostic et traitement appropriés	B	B
2 Conseil pour la prévention et les tests	B	B
3 Approvisionnement en médicaments des dispensaires	B	S
4 Demandes de traitement des IST	S	B
<b>Prise en charge</b>		
1 Personnel médical formé sur le SIDA	S	S
2 Structures de soins aptes à la prise en charge	B	
3 Structures de soins disposant de médicaments	S	
4 Familles recevant de l'aide pour la prise en charge des jeunes adultes	B	
5 Familles recevant de l'aide pour la prise en charge des orphelins	S	
<b>Conséquences pour la santé et la société</b>		
1 Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes	B	B
2 Prévalence de la syphilis parmi les femmes enceintes	B	B
3 Prévalence du VIH dans les sous-populations à risque	S	B
4 Prévalence d'orphelins	B	
5 Scolarisation des orphelins	S	

Source: ONUSIDA. 2000c, pp. 26-27.

\* Tiré des enquêtes sur le comportement sexuel : Directives concernant les enquêtes répétées sur le comportement des populations à risque pour le VIH.

## ANNEXE 3. QUELQUES SITES SUR LE SIDA, LA PAUVRETE ET L'ALLEGEMENT DE LA DETTE

<http://www.unaids.org/publications/documents/index.html>

<http://www.worldbank.org/hipc/>

<http://www.worldbank.org/aids-econ/>

<http://www.worldbank.org/poverty/>

[http://www.oxfam.org/advocacy/human\\_f.htm](http://www.oxfam.org/advocacy/human_f.htm)

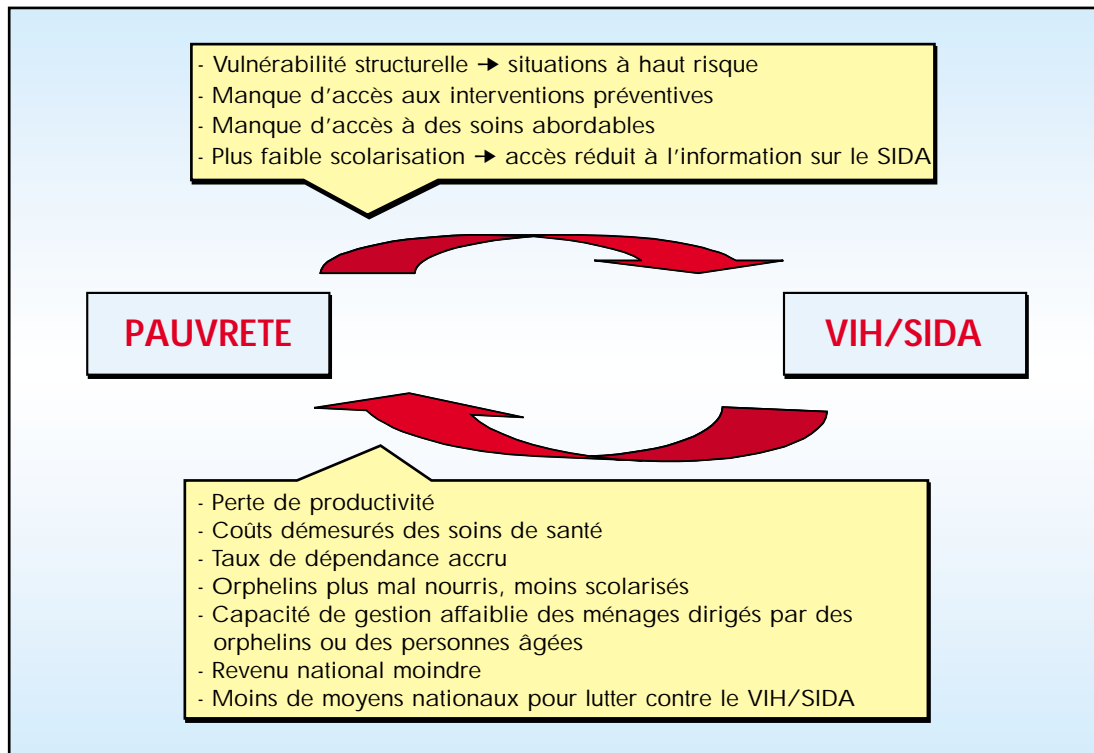
[http://www.dfid.gov.uk/public/what/strategy\\_papers/target\\_strategy.html](http://www.dfid.gov.uk/public/what/strategy_papers/target_strategy.html)

[http://www.usaid.gov/pop\\_health/aids/index.html](http://www.usaid.gov/pop_health/aids/index.html)

<http://www.j2000usa.org>

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Il unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de sept organisations des Nations Unies : le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), le Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA mobilise les actions contre l'épidémie de sept organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts et dans tous les domaines – médical, social, économique, culturel et politique, santé publique et droits de la personne. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, spécialistes/chercheurs et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à l'échelle mondiale.



**Relation entre la pauvreté et le VIH/SIDA: une vision simplifiée.** La problématique se divise en deux composantes. La première est que le SIDA cause ou aggrave la pauvreté. La seconde est l'effet conjugué de la pauvreté et des inégalités de revenus sur l'interaction sociale – notamment les rapports sexuels, les schémas de la vulnérabilité et des comportements à risque en relation avec l'infection à VIH et le SIDA.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

**ONUSIDA**

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

ONUSIDA - 20 avenue Appia - 1211 Genève 27 - Suisse  
Téléphone: (+41 22) 791 46 51 - Fax: (+41 22) 791 41 87  
E-mail: [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org) - Internet: <http://www.unaids.org>