

La lutte contre le sida,

*Robert Hecht, Olusoji Adeyi
et Iris Semini*

Le problème du sida ne se limite pas à la santé. Il touche le développement et doit être traité à l'échelle mondiale. Tandis que les pays reconnaissent de plus en plus la nécessité d'incorporer les stratégies de lutte contre le sida dans leur cadre d'action nationale, ils découvrent de nouvelles armes importantes — notamment des plans nationaux de réduction de la pauvreté — qui n'existaient pas, ne serait-ce qu'il y a deux ans.

AU COURS des deux dernières années, les acteurs du développement ont changé radicalement d'optique à l'égard du sida, en reconnaissant que ce problème dépassait les limites du domaine de la santé et qu'il devait s'inscrire dans un programme de développement plus vaste. Cette nouvelle approche, dite d'«intégration», se manifeste aux plus hauts échelons de la politique et de l'aide au développement. Lors de la réunion du Comité du développement de la Banque mondiale et du FMI en avril 2001, les ministres ont préconisé de donner une place centrale à la question du VIH/sida dans les politiques de développement et d'accroître l'aide aux pays touchés. Les pays en développement eux-mêmes ont annoncé sans ambiguïté en juin 2001, lors de la session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, leur intention de faire du sida une question dominante.

Pourquoi ce changement d'optique est-il si important? Le VIH/sida lève un lourd tribut, économique et humain, sur la productivité, la sécurité, l'éducation, la santé, les systèmes de fonction publique, la cohésion sociale et la stabilité politique. Il réduit l'espérance de vie des adultes en âge de travailler, induit une hausse considérable des chiffres de la mortalité chez les nourrissons et les enfants ainsi qu'une contraction de la

main-d'œuvre, fait des dizaines de millions d'orphelins, creuse l'écart entre les riches et les pauvres et anéantit les effets positifs du développement. Depuis l'apparition de l'épidémie, près de 22 millions de personnes dans le monde sont mortes du sida, et 36 autres millions vivent avec le VIH. L'Afrique compte à elle seule 12 millions d'hommes, de femmes et d'enfants — plus que la population de la Belgique — morts à ce jour.

Les pays en développement qui ne protègent pas ou ne peuvent pas protéger leur capital humain — la population et son acquis d'éducation et de compétences qui permettent d'accroître les revenus futurs — ne pourront pas participer pleinement à l'économie mondiale, et encore moins tirer parti des possibilités qu'elle offre. Les familles de petits exploitants agricoles au Zimbabwe voient leur production de maïs, d'arachides et de coton baisser d'entre 40 et 60 % quand le sida tue l'un des leurs. Les enfants des zones rurales en Tanzanie dont un des parents meurt du sida courent un risque de malnutrition de 50 % supérieur à celui qu'ont les enfants issus de familles dont les deux parents sont en vie. Des données provenant de plus de 15 pays d'Afrique et d'Amérique latine indiquent également que les enfants dont les deux parents sont morts du sida ont beaucoup moins de chances de continuer à fréquenter l'école. Une étude récente de la Banque mondiale estime que le VIH/sida ampute la croissance du revenu d'environ 0,7 % par an en Afrique.

En outre, bien que le sida ne soit pas exclusivement une maladie de pauvres, de nombreuses données indiquent que, pour certains

enjeu du développement mondial

groupes pauvres, le risque de contracter l'infection par le VIH est incomparablement plus élevé. Dans de nombreux pays, l'infection touche essentiellement les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe qui, pour la plupart, sont pauvres. Même en Afrique, où l'épidémie sévit sur une grande échelle, il semble que les taux d'infection commencent à diminuer parmi les femmes qui sont relativement instruites alors qu'ils continuent d'augmenter parmi celles qui le sont peu ou pas du tout.

Heureusement, les responsables des politiques disposent désormais d'un nouvel outil — le document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) — qui facilite grandement l'intégration de la lutte contre le VIH/sida. Le DSRP, qui définit une approche nationale de la réduction de la pauvreté, peut être utilisé par la communauté des donateurs comme cadre de soutien technique et financier. En outre, les allègements de dette consentis aux pays les plus pauvres de la planète en ont considérablement accru l'utilité ces dernières années.

Outil de réduction de la pauvreté

Que sont exactement les DSRP? Il s'agit de documents dans lesquels les pays à bas revenu décrivent les politiques et programmes qu'ils entendent mettre en place pour promouvoir la croissance et réduire la pauvreté, les besoins de financement externes qui y sont associés et les principales sources de financement. Chaque pays prépare son propre DSRP avec la contribution des parties prenantes locales et des partenaires extérieurs du développement.

Pour être efficace, la stratégie pour la réduction de la pauvreté doit être menée par le pays lui-même, viser une croissance économique plus rapide qui réponde spécifiquement aux besoins des pauvres, traduire une compréhension approfondie de la pauvreté et de ses déterminants, permettre d'identifier les actions publiques qui ont le plus grand impact sur la pauvreté, et établir des indicateurs de résultat qui sont fixés et suivis par le gouvernement, avec des contributions locales et extérieures.

En partie pour bénéficier de l'allègement de la dette dans le cadre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE), lancée par le FMI et la Banque mondiale en 1996, environ 40 pays à bas revenu ont fait un premier pas vers l'élaboration d'un DSRP définitif en 2000-01 en préparant un DSRP intérimaire dans lequel ils ont commencé à analyser l'étendue et les causes de la pauvreté et les principales actions requises pour la combattre, et défini la procédure pour produire une stratégie complète. Fin 2001, 8 pays avaient publié un DSRP définitif, et de nombreux autres travaillaient à l'achèvement du leur.

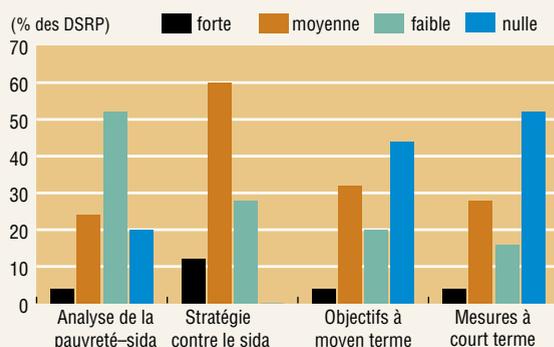
Récemment, le Secrétariat de l'ONUSIDA a examiné la première vague de 25 DSRP définitifs et provisoires préparés par les pays d'Afrique subsaharienne, pour se faire une idée de leur efficacité face au VIH/sida. L'examen reposait sur quatre éléments d'appréciation : 1) analyse de la relation entre le sida et la pauvreté; 2) inclusion des principales stratégies tirées du plan national de lutte antisida; 3) utilisation d'objectifs à moyen terme en matière de soins et de prévention du sida, et d'indica-

teurs permettant de suivre l'évolution de la pauvreté; et 4) incorporation d'actions à court terme visant à lutter contre le VIH/sida (voir graphique) pouvant être contrôlées.

Quel a été le verdict? Les premiers signes étaient prometteurs, mais on pourrait faire bien plus pour exploiter pleinement les possibilités des DSRP. Les pays ont fait grand cas de l'inclusion dans les DSRP des stratégies de lutte antisida, puisées dans leurs plans d'action nationaux. Toutefois, leur analyse de la relation entre le sida et la pauvreté était généralement insuffisante, même dans les pays où l'impact économique et social de l'épidémie a été étudié. La conception d'actions à court terme et d'objectifs à moyen terme relatifs au sida était généralement rudimentaire, voire inexistante. L'examen n'a pas porté sur la qualité de la participation à l'échelle nationale et locale.

Il est clair que les DSRP pourront fournir une base de décision plus fiable concernant le financement de la lutte antisida s'ils prêtent une plus grande attention aux liens entre le sida et la pauvreté. Les stratégies de lutte contre la pauvreté peuvent s'appuyer sur les preuves accumulées de l'impact de la maladie due au VIH et des décès imputables au sida sur la production et les revenus des ménages, la fréquentation scolaire et la nutrition infantile. En outre, les principales stratégies de prévention et de traitement du sida doivent être plus clairement définies et faire intervenir, par exemple, les écoles et les conseils des pairs pour modifier le comportement sexuel des jeunes, et les organisations non gouvernementales (ONG) pour que les professionnel(le)s du sexe et leurs clients aient accès à l'information, aux préservatifs et aux soins d'autres infections transmises sexuellement. L'identification, dans chaque pays, d'objectifs à moyen terme et d'indicateurs relatifs au sida doit s'inscrire dans le prolongement des objectifs déjà adoptés par le Sommet du Millénaire, notamment la réduction de l'incidence des nouvelles infections par le VIH parmi les 15 à 24 ans et des infections transmises de la femme enceinte à son fœtus.

Efficacité des DSRP dans la lutte contre le sida



Source : estimations des auteurs.

Note : sur la base de 5 documents définitifs et 20 documents intérimaires de stratégie pour la réduction de la pauvreté préparés par des pays africains, en novembre 2001.

Allègement de la dette au service de la lutte contre le sida

Pays	Mesures contre le sida dans les documents liés à l'initiative PPTE
Bénin	Augmenter le budget pour améliorer la santé génésique et lutter contre le VIH/sida Présenter la stratégie de lutte contre le VIH/sida à l'Assemblée nationale
Cameroun	Réduire les taux d'infection au moyen d'une utilisation accrue des préservatifs parmi les employés des ports, les routiers, les militaires et les professionnel(le)s du sexe Élargir l'effort de dépistage du VIH et les services de conseil Inclure une instruction sur le sida dans l'enseignement secondaire
Guinée-Bissau	Adopter un cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida Informar la population à haut risque (14–29 ans) sur la transmission et la prévention
Malawi	Établir un secrétariat national autonome pour la lutte contre le sida Faire en sorte que 75 % des points de fourniture soient approvisionnés en préservatifs Fournir des kits de dépistage dans tous les points de transfusion sanguine Mener une stratégie destinée à changer les comportements Gérer les infections transmises sexuellement dans tous les hôpitaux
Mauritanie	Maintenir le taux de prévalence du VIH au niveau de 1998, soit moins de 1,2 % des donneurs de sang
Mozambique	Mettre en application le plan multisectoriel national contre le VIH/sida
Rwanda	Adopter une nouvelle stratégie et un plan de lutte contre le VIH/sida
Tanzanie	Mener une campagne nationale contre le VIH/sida comportant des visites dans 75 % des districts
Zambie	Doter en personnel le secrétariat du Conseil national de lutte contre le VIH/sida Appliquer des programmes de sensibilisation et de prévention contre le sida dans au moins dix ministères

Source : site Internet de la Banque mondiale, <http://www.worldbank.org/hipc/country-cases/country-cases.html>

L'Ouganda, l'un des pays les plus durement touchés d'Afrique, est devenu la grande réussite du continent et peut servir de modèle à d'autres. Il a réussi à ramener les taux de prévalence du VIH chez les jeunes femmes de 25 % en 1992 à 8 % aujourd'hui. Le DSRP de l'Ouganda décrit les effets du sida, en termes de pauvreté, sur les femmes, les orphelins et les ménages. Il expose les stratégies visant à réduire les nouvelles infections par le VIH, à atténuer les effets sanitaires et socio-économiques de l'épidémie et à améliorer la capacité de l'Ouganda à répondre au problème. Le DSRP fixe ensuite un but global pour la réduction de la prévalence du VIH dans la population adulte, ainsi que des objectifs et des buts plus détaillés, notamment la limitation de la violence dirigée contre les femmes et l'amélioration de l'accès aux conseils, aux soins et au soutien social, dans le cadre du sida.

Le DSRP de Mozambique mérite également d'être cité en exemple. Le document relie explicitement le sida aux perspectives de croissance et à la pauvreté des ménages. Il présente ensuite des stratégies de lutte contre l'épidémie dans le domaine de l'éducation, de l'agriculture et de la santé; il fixe des cibles pour l'application des programmes qui peuvent être évaluées au cours des quatre prochaines années; et il donne une estimation des coûts de ces actions.

Ressources issues de l'allègement de la dette

Une autre évolution majeure de ces dernières années a été la disponibilité — et la possibilité de mobiliser — de nouvelles ressources pour la lutte contre le sida grâce à l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés. Cette initiative a été renforcée en 2000 pour mettre davantage de fonds à la disposition d'un plus grand nombre de pays plus rapidement. Au début de 2002, 24 pays avaient conclu des accords d'allègement de la dette dans le cadre de l'initiative, impliquant des économies importantes sur le service de leur dette. Sur une base annuelle, ces pays paieront environ 0,8 milliard de dollars de moins en 2001–03 qu'ils ne l'ont fait en 1998–99.

Quelle part de ces économies sera consacrée à la santé — en gardant à l'esprit que tous les PPTE pouvant y prétendre doivent préparer des DSRP pour garantir que ces sommes épargnées sont mises au service de la réduction de la pauvreté? Les premiers éléments indiquent qu'en moyenne, les PPTE dépenseront environ 25 % de l'allègement intérimaire annuel de leur dette au profit de la santé. Pour ce qui est du sida, les données budgétaires de 10 pays d'Afrique à bas revenu qui appartiennent à ce groupe (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mo-

zambique, Ouganda, Tanzanie et Zambie) indiquent que, pour 2001, ces pays ont affecté globalement quelque 32 millions de dollars aux activités liées au sida, soit environ 5 % de leurs économies liées à l'initiative PPTE. Cependant, dans certains autres PPTE, la part du produit de l'allègement de la dette spécifiquement affectée au VIH/sida a été très faible ou nulle.

La détermination des gouvernements de prendre des mesures décisives pour lutter contre le sida, dont témoignent de nombreux accords PPTE, constitue peut-être l'évolution la plus prometteuse (voir tableau). Les ONG mondiales ont joué un rôle important en imprimant une impulsion à ce mouvement. Jubilé 2000, qui a préconisé l'allègement de la dette dont les pays pourraient affecter le produit à la lutte contre le sida, et ActionAid, qui a insisté pour que l'accent soit mis sur le sida dans les DSRP, en sont deux exemples.

Autres actions possibles

Dans une perspective d'avenir, la communauté internationale doit se concentrer sur cinq domaines :

Premièrement, les responsables des politiques publiques doivent améliorer la qualité et la présentation des actions de prévention et de traitement du VIH/sida dans les stratégies de réduction de la pauvreté. Des lignes directrices et des exemples

de bonne pratique existent et doivent être actualisés à mesure que les données s'accumulent. Les indicateurs de résultat du sida habituels, tels que le taux de nouvelles infections chez les jeunes femmes, déjà approuvés par les pays en développement lors de la session extraordinaire des Nations Unies en juin 2001, pourraient être adoptés dans le DSRP. Les commissions nationales de lutte contre le sida et leurs divers partenaires, notamment la Banque mondiale, les agences des Nations Unies, les instituts de recherche locaux et les ONG, peuvent soumettre ces lignes directrices et indicateurs à l'examen des ministères des finances, qui encadrent habituellement le processus des DSRP à l'échelon national.

Deuxièmement, les organismes de développement internationaux doivent soutenir énergiquement la constitution de capacités nationales de conception, d'application et de suivi des stratégies antisida dans le cadre des DSRP et de l'allègement de la dette. Les premières actions engagées par l'ONUSIDA et ses partenaires pour créer des réseaux de spécialistes anglophones et francophones commencent à porter leurs fruits. Ces initiatives de développement des capacités doivent être soutenues et étendues au-delà de l'Afrique.

Troisièmement, malgré la concurrence des nombreuses autres demandes légitimes de crédits — pour l'éducation primaire et l'adduction d'eau parmi d'autres —, les pays doivent consacrer un plus grand pourcentage des sommes dégagées par l'allègement de la dette au VIH/sida que les 3-10 % typiquement alloués à ce jour dans les pays qui présentent des taux très élevés d'infection par le VIH. On estime, par exemple, que pour éviter que le sida ne provoque une catastrophe économique et sociale en Afrique, il faudra dépenser de 3 à 4 milliards de dollars par an pour mener une contre-offensive massive à la pandémie. Si 20 % de l'épargne dégagée par l'allègement de la dette étaient affectés au VIH/sida dans les 18 premiers pays africains qui concluent des accords PPTE, le montant total serait d'environ 200 millions de dollars — somme insuffisante mais contribution néanmoins importante aux milliards de dollars nécessaires.

Quatrièmement, les pays doivent s'efforcer de chiffrer le coût total de leurs plans nationaux de lutte antisida, élaborer des programmes de financement réalistes pour soutenir ces plans, et garantir que ce financement est inscrit dans les budgets nationaux annuels et dans les cadres des dépenses publiques à moyen terme. Rares sont les pays qui ont chiffré leurs plans nationaux de lutte antisida, et ceux qui l'ont fait ne les ont pas incorporés dans leurs systèmes budgétaires nationaux. Quelques signes positifs ont commencé à apparaître, par exemple au Burkina Faso et au Mozambique, où certaines activités liées au sida ont été prises en compte dans les tableaux budgétaires des DSRP. D'autres mesures du même ordre permettront de sensibiliser pleinement les hauts fonctionnaires au problème du VIH/sida, d'accroître la transparence des dépenses et des résultats dans le cadre de la lutte contre la pandémie, et d'améliorer les chances qu'ont les programmes nationaux antisida de recevoir un financement des gouvernements nationaux et des donateurs sur une base durable.

Cinquièmement, la communauté internationale devra augmenter son soutien financier en faveur des programmes antisida dans les pays les plus pauvres pour permettre d'accroître les dépenses intérieures grâce à l'allègement de la dette et à d'autres moyens. Les coûts d'une réponse adaptée à la pandémie à



De gauche à droite : Robert Hecht est Conseiller du Vice-Président, Développement humain, à la Banque mondiale; il occupait auparavant la fonction de Directeur associé du Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Iris Semini est administratrice technique, VIH/sida, pauvreté et allègement de la dette, à l'ONUSIDA. Olusoji Adeyi est spécialiste senior des questions de santé et centre de liaison pour la lutte contre le VIH/sida, Bureau régional Europe et Asie centrale, à la Banque mondiale.

l'échelle mondiale sont si considérables — environ 10 milliards de dollars par an — que ni les ressources supplémentaires générées par l'allègement de la dette ni les réaffectations des crédits inscrits dans divers programmes publics ne suffiront dans la plupart des pays en développement.

Les initiatives en cours destinées à placer le VIH/sida au centre du programme de développement mondial offrent des possibilités énormes de mobilisation des moyens politiques et financiers qui doivent être beaucoup plus vastes si l'on veut juguler l'épidémie et prendre soin des personnes et des communautés touchées. Les DSRP et l'allègement de la dette sont deux initiatives porteuses d'espoir. Celles-ci, associées à d'autres nouveaux mécanismes — tels que le Fonds global contre le sida, le paludisme et la tuberculose, qui devrait commencer ses opérations au cours du premier semestre de 2002 —, doivent être comprises et mises à profit si la communauté internationale veut élaborer et maintenir une réponse adaptée au sida. **F&D**