

BANQUE AFRICAINE DE DEVELOPPEMENT FONDS AFRICAIN DE DEVELOPPEMENT



**STRATEGIE EN MATIERE DE VIH/SIDA POUR LES OPERATIONS
DU GROUPE DE LA BANQUE**

OCOD

22 Janvier 2001

TABLE DES MATIERES

	Pages
Glossaire /Sigles et Abréviations	i-ii
Résumé analytique	iii-v
 CHAPITRE I : INTRODUCTION	
1.1 LE VIH/SIDA : UN DEFI DE PLUS POUR L'AFRIQUE	01
1.2 EXPERIENCE DE LA BANQUE EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	03
1.3 STRUCTURE DU DOCUMENT	03
 CHAPITRE II : PROBLEMATIQUE DU VIH/SIDA EN AFRIQUE	
2.1.DIMENSIONS DE L'EPIDEMIE EN AFRIQUE	04
2.1.1. Situation épidémiologique	04
2.1.2. Impacts du SIDA	04
2.2. LES DETERMINANTS DE LA PROPAGATION DE L'EPIDEMIE EN AFRIQUE	07
2.2.1. Facteurs de risque de la transmission du VIH/SIDA	07
2.2.2. Facteurs de vulnérabilité de la transmission du VIH/SIDA	08
2.3. LA REPONSE FACE A L'EPIDEMIE EN AFRIQUE	09
2.3.1. Au niveau des pays	09
2.3.2. Au niveau continental et sous régional	10
2.3.3. Au niveau international	10
2.3.4. Bilan de la réponse : leçons apprises	11
 CHAPITRE III : STRATEGIES DE LA BANQUE EN MATIERE DU VIH/SIDA	
3.1. OBJECTIFS	13
3.2. PRINCIPES DIRECTEURS	13
3.3. DOMAINES PRIORITAIRES	14
3.4. STRATEGIES	15
3.4.1. Plaidoyer et mobilisation de ressources	15
3.4.2. Participation à la planification stratégique	15
3.4.3. Prise en compte du VIH/SIDA dans les opérations de la Banque	16
3.4.4. Promotion d'une réponse efficace et durable au niveau local	16
3.4.5. Développement de partenariats	17
 CHAPITRE IV : MODALITES PRATIQUES D'INTERVENTION DE LA BANQUE	
4.1 MESURES POLITIQUES ET INSTITUTIONNELLES	17
4.2 LES MESURES OPERATIONNELLES	17
4.2.1. Opérationnalisation des activités SIDA	18
4.2.2. Mobilisation de ressources dans le cadre du FAD IX	19
 CHAPITRE V : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	
	19
 ANNEXES	

GLOSSAIRE

Azido-Thymidine (AZT)

L'AZT est un des antiretroviraux (ARV) reconnus comme susceptible de ralentir l'évolution de l'infection du VIH vers le SIDA car il diminue la quantité de virus dans le sang. Il est surtout utilisé en association avec d'autres ARV, pour réduire la transmission mère-enfant.

Immuno-déficience ou Déficience immunologique ou immuno-dépression

Incapacité du système immunitaire de résister à une infection. Dans le cas du SIDA et des maladies liées au VIH, cela est dû à l'immuno-suppression provoquées par l'action du VIH.

Lévirat

Institution qui recommande ou rend obligatoire le remariage d'une veuve avec un parent proche de son mari décédé.

Maladie opportuniste

Se dit des infections ou tumeurs qui apparaissent parce que le système immunitaire déficient ne peut les combattre. Ces maladies n'affectent généralement pas les personnes dont le système immunitaire est intact.

Sororat

Les pratiques traditionnelles où le veuf se marie avec la sœur ou une cousine cadette de la morte.

Syndrome immuno-déficience acquis (SIDA)

Stade ultime de l'infection à VIH lié à une perte par l'organisme de ses capacités de lutte contre les infections d'où une survenue fréquente et de manière récidivante d'affections opportunistes. Pour poser un diagnostic de SIDA, il faut que le patient présente un tableau déterminant de SIDA partant d'une ou de plusieurs des principales maladies opportunistes associées à une sérologie positive au VIH.

Tri-thérapie ou multithérapie

Utilisation de deux ou plusieurs traitements en combinaison, alternativement ou les deux à la fois pour obtenir des résultats optimums.

Virus d'immuno-déficience humaine (VIH)

Rétrovirus humains considérés par la plupart des spécialistes comme la principale cause du SIDA.

Compétence des personnes vis-à-vis du VIH/SIDA

Capacité à appréhender la réalité du VIH/SIDA, à analyser les facteurs personnels et (collectifs) communautaires de risque et de vulnérabilité, et à agir pour éliminer ces facteurs.

SIGLES ET ABREVIATIONS

BAD	Banque africaine de développement
CEDEAO	Communauté des Etats de l’Afrique de l’Ouest
CEA	Commission économique pour l’Afrique
CPP	Conseiller de programme-pays
DSP	Document de stratégie par pays
EIP	Equipes inter-pays
FMI	Fonds monétaire international
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
ISS	Initiative spéciale SIDA
IDH	Indice de développement humain
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OCOD	Département des opérations centrales
OBC	Organisations à bases communautaires
OMS	Organisation mondiale de la santé
OUA	Organisation de l’unité africaine
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PMR	Pays membres régionaux
PMT	Plan à moyen terme
PPTE	Pays pauvres très endettés
PRSP	Stratégies de réduction de la pauvreté
PNUCID	Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
SADC	Southern African Development Community
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l’enfance
UNESCO	Organisations des Nations Unies pour l’éducation, la science et la culture.

RESUME ANALYTIQUE

1. En décembre 2000, le nombre total de personnes infectées par le VIH dans le monde était estimé à 36,1 millions, dont près de 25,3 millions (soit 70%) en Afrique au sud du Sahara, une région qui compte à peine 10% de la population du globe. L'évolution du SIDA est fulgurante puisque l'épidémie est devenue la première cause de mortalité chez l'adulte en Afrique sub-saharienne. Le sujet a été l'objet de plusieurs rencontres importantes au niveau international et du continent dont les conclusions consacrent la lutte contre la pandémie comme priorité des priorités en Afrique.
2. Consciente de l'impact négatif de cette épidémie sur le développement du continent, et afin d'orienter ses actions pour répondre aux attentes des pays membres régionaux (PMR), la Banque a mis en place en février 1994, une Commission Spéciale Permanente sur le SIDA (CSPS). Les tâches de la CSPS comprennent, entre autres, l'élaboration d'un document de stratégie en matière de VIH/SIDA pour les opérations du Groupe de la Banque dans les PMR, ainsi que la formulation d'un document de politique du Groupe de la Banque en matière de VIH/SIDA sur le lieu de travail.
3. La stratégie opérationnelle en matière de VIH/SIDA développée par la Banque en réponse à cette épidémie tient compte des déclarations et résolutions de la communauté internationale et s'inspire des recommandations faites à l'issue de la réunion consultative organisée par la Banque à Yamoussoukro en avril 2000. Elle tient compte des acquis et agit dans le respect des priorités définies par les PMR, en complément des actions entreprises par les organisations spécialisées dans la lutte contre le VIH/SIDA.
4. Ce document de stratégie décrit la situation épidémiologique et les impacts du VIH/SIDA, rappelle les domaines sectoriels d'intervention de la Banque et leurs relations avec le VIH/SIDA, définit les objectifs et précise les méthodes d'intervention et, enfin, décrit les mesures à prendre par la Banque pour créer un environnement favorable à la mise en œuvre de la présente stratégie.
5. Toute la complexité de l'épidémie réside dans la nature du VIH et l'ampleur de son impact sur la personne infectée, la famille, la communauté et dans ses conséquences à l'échelle du pays, qu'elles soient démographiques, macro-économiques ou sectorielles. Les indicateurs tels que l'espérance de vie à la naissance ou la mortalité infantile, sont fortement touchés. Un modèle de la Banque mondiale a permis de mettre en évidence une perte moyenne de 0.5% à 1.0% de croissance du PIB par an due à l'épidémie du VIH/SIDA. Tous les secteurs de développement, plus particulièrement les secteurs sociaux (santé et éducation), le secteur de l'agriculture et des infrastructures sont touchés par cette épidémie.
6. La transmission du VIH en Afrique se fait essentiellement par voie sexuelle et, notamment, par voie hétérosexuelle (environ 80 à 90% des cas). La transmission de la mère à l'enfant (5 à 10%) et la transmission par voie sanguine (5 à 10%), pour leur part, ne sont pas négligeables. La probabilité d'être infecté par le VIH, autrement dit le risque de propagation de l'épidémie de SIDA, dépend des capacités des personnes, des communautés et des pays à gérer les facteurs de risque et de vulnérabilité. En règle générale, plus la réponse du pays face à la problématique du SIDA a été précoce, plus elle a été efficace et plus la réponse a été tardive, plus les taux de prévalence et les impacts sont aujourd'hui importants. La volonté politique au plus haut niveau est un gage de succès pour les programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA. Les réponses des organisations non gouvernementales face au VIH/SIDA ont été généralement très fortes dans la plupart des pays africains. Une autre condition de réussite est l'engagement des partenaires au développement aux côtés des pays,

dans le cadre de partenariats, dont la mise en place est actuellement en cours dans la plupart des pays autour du Programme Commun des Nations Unies sur le SIDA (ONUSIDA).

7. La Banque, consciente du caractère trans-sectoriel du VIH/SIDA, a déjà pris en compte le VIH/SIDA dans les politiques sectorielles comme celles de l'agriculture, de l'éducation, de la santé, et de la population. S'inspirant des leçons tirées de l'expérience, elle a choisi de s'investir dans les domaines prioritaires qui constituent et déterminent ses stratégies d'intervention dans les pays, à savoir : i) la promotion de l'engagement politique à tous les niveaux ; ii) l'appui aux réponses sectorielles ; iii) l'appui à la décentralisation et au développement de la réponse communautaire, iv) la promotion de la durabilité des actions contre le VIH/SIDA; et v) le renforcement des mécanismes de coordination pour obtenir une plus grande synergie dans la lutte contre le VIH/SIDA.
8. La stratégie de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA dans les PMR a pour objectifs : i) d'assister les PMR dans la planification et la programmation des stratégies de lutte, ii) d'appuyer les efforts des pays pour la mise en œuvre d'actions sectorielles de lutte contre le VIH/SIDA ; et iii) de renforcer la complémentarité entre acteurs nationaux et internationaux impliqués dans la réponse au VIH/SIDA et de contribuer ainsi à l'objectif global du Partenariat International contre le SIDA en Afrique.
9. Pour ce faire, la Banque entreprendra les actions suivantes :
 - **Plaidoyer et mobilisation de ressources** : La Banque s'investira dans le plaidoyer pour aider les gouvernants et les dirigeants de la société civile à traduire leurs engagements en actions concrètes et durables. Elle encouragera les gouvernements à accorder au VIH/SIDA le niveau de priorité le plus élevé et elle appuiera leurs efforts de mobilisation des ressources. La Banque poursuivra aussi ses actions actuellement en cours pour l'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTÉ) et l'utilisation des économies ainsi réalisées pour le financement des secteurs sociaux, en général, et de la lutte contre le VIH/SIDA, en particulier, sur le continent africain.
 - **Participation à la planification stratégique** : La Banque participera à ce processus de planification qui est le principal moyen pour lui faire prendre en compte le VIH/SIDA dans ses opérations au niveau des pays en association avec les agences partenaires.
 - **Prise en compte du VIH/SIDA dans les opérations de la Banque** : La Banque poursuivra l'intégration du VIH/SIDA dans ses documents de politique et dans ses projets et programmes. La place du VIH/SIDA dans les projets de la Banque dépendra de la situation réelle qui prévaut dans le secteur concerné, de la manière dont le SIDA affecte le projet et de la manière dont le projet peut agir sur le VIH/SIDA. De plus, compte tenu de sa vocation continentale, la Banque privilégiera les initiatives à caractère inter-étatique, sous régional ou régional en matière de lutte contre le VIH/SIDA.
 - **Promotion d'une réponse efficace et durable au niveau local** : La Banque soutiendra l'approche participative et le développement des capacités d'analyse des risques et de la vulnérabilité face à l'infection par le VIH. Elle aidera également à la mise en place de mécanismes permettant l'implication des bénéficiaires dans la gestion des ressources de la lutte contre le VIH/SIDA, ainsi que dans le suivi/évaluation de leur utilisation. Ces mécanismes devront permettre une plus grande transparence dans la gestion et une meilleure allocation des ressources au profit des initiatives locales.

- **Développement de partenariats** : La Banque prendra une part active dans les partenariats stratégiques mis en place pour lutter contre le VIH/SIDA en Afrique et plus particulièrement, le «Partenariat International contre le VIH/SIDA en Afrique » initié par l'ONUSIDA. Une collaboration étroite sera aussi entretenue avec les organisations et institutions régionales et sous régionales existantes telles que l'OUA, la CEA, la CEDEAO, l'UEMOA et la SADC. Le partenariat stratégique avec la Banque mondiale, qui a fait l'objet d'un protocole d'accord d'accord signé en mars 2000, se poursuivra pour intensifier les activités de lutte contre le VIH/SIDA.

10. La mise en œuvre de la stratégie de la Banque relative à la lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre de ses opérations, requiert les actions ci-dessous :

- La mise en place d'un réseau multidisciplinaire pour : i) suivre et coordonner les activités de la Banque ; ii) participer aux rencontres internationales sur le VIH/SIDA en vue de partager les expériences avec les autres partenaires ; iii) rédiger et diffuser des rapports d'activités périodiques et des informations pertinentes concernant la lutte contre le VIH/SIDA ; et iv) prendre les mesures nécessaires à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de l'initiative spéciale SIDA. Les détails relatifs à la structure et au fonctionnement de ce réseau seront élaborés dans une note spéciale.
- Le développement, par des ateliers et des séminaires, des compétences internes sur le VIH/SIDA, notamment pour les cadres responsables des secteurs prioritaires identifiés.
- La prise en compte de la problématique du SIDA dans le cadre de l'initiative pour les pays pauvres très endettés (PPTE) et dans les documents de stratégies de réduction de la pauvreté (PRSP).

11. La stratégie de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA se concrétisera dans ses opérations par la prise en compte de la sensibilité et de la vulnérabilité des différents secteurs par rapport au VIH/SIDA et de ses priorités de développement. Elle privilégiera les secteurs sociaux (santé, éducation), le secteur agricole et celui des infrastructures. Elle accordera aussi une priorité aux domaines trans-sectoriels comme la lutte contre la pauvreté, la bonne gouvernance, le genre et la population. L'analyse de la situation du VIH/SIDA sera incluse dans les documents de stratégie par pays (DSP). Les documents de politique sectorielle seront actualisés au cours de leur révision en vue d'une intégration harmonieuse de la dimension VIH/SIDA, et la problématique du VIH/SIDA sera prise en compte dans la préparation des projets de la Banque.

12. Enfin, pour s'assurer une réponse rapide et adaptée, la Banque lancera l'Initiative Spéciale SIDA dont l'objectif principal est de répondre aux besoins exprimés par les communautés locales dans les pays membres régionaux grâce à un mécanisme de financement souple et efficace. La Banque entreprendra toutes les démarches nécessaires à la mobilisation de ressources concessionnelles bilatérales et multilatérales dans le cadre de cette initiative.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

1.1. LE VIH/SIDA : UN DEFI DE PLUS POUR L'AFRIQUE

1.1.1. En décembre 2000, le nombre total de personnes infectées par le VIH dans le monde était estimé à 36,1 millions. Près de 25,3 millions, soit 70% de ces personnes sont de l'Afrique au sud du Sahara, une région qui compte à peine 10% de la population du globe (Cf. annexe 1). La plupart des personnes infectées mourront dans les dix années à venir pour s'ajouter aux 16,1 millions d'Africains déjà emportés par l'épidémie et, elles laisseront derrière elles des familles détruites et des perspectives de développement hypothéquées.

1.1.2. Le sujet a été l'objet de plusieurs rencontres importantes au niveau international et du continent. Ainsi, à l'occasion du 28e Sommet de l'Organisation de l'unité africaine (OUA) tenu à Dakar en juillet 1992, les chefs d'Etat et de Gouvernement ont signé la *Déclaration sur l'épidémie de SIDA en Afrique* par laquelle ils se sont engagés à faire du SIDA une priorité absolue. Au 29e Sommet de l'OUA tenu au Caire, en juin 1993, un plan d'action a été élaboré. La Résolution issue de ce Sommet a recommandé vivement aux organisations des Nations Unies, à la Banque africaine de développement (BAD) et aux autres organisations de soutenir l'Afrique dans la lutte contre le SIDA. Le Sommet de l'OUA de 1998, à Ouagadougou, a réitéré cet appel. Le Conseil de Sécurité des Nations Unies, pour sa part, a consacré sa réunion du 10 janvier 2000 au sujet et déclaré la lutte contre l'épidémie la priorité des priorités en Afrique. Et pourtant, si la communauté internationale reconnaît le SIDA comme une menace et un défi majeur à relever en Afrique, les ressources mobilisées sont loin de traduire ce niveau de prise de conscience. En effet, selon l'ONUSIDA, sur un montant total annuel de l'ordre de 1 à 3 milliards de dollars nécessaires pour la prévention du SIDA en Afrique, seulement 160 millions de dollars ont pu être mobilisés pour le continent en 1999.

1.1.3. L'Afrique n'a pas encore su mettre à profit ses potentialités propres pour combattre le fléau qui menace sa survie. Sans vaccin pour le prévenir, sans médicaments pour le guérir, sans ressources financières pour accéder aux technologies thérapeutiques et préventives disponibles, l'Afrique vit le SIDA comme un nouveau défi qui paraît insurmontable. Le SIDA constitue un obstacle majeur à la croissance économique, une crise aiguë du développement et un problème prioritaire de santé publique puisqu'il est devenu la première cause de mortalité chez l'adulte. A ce triple titre, il interpelle la BAD dans ses rôles et responsabilités de principale institution africaine de financement du développement en Afrique.

1.1.4 Afin d'orienter ses actions pour répondre aux attentes des pays membres régionaux, la Banque a mis en place une Commission spéciale permanente sur le SIDA (CSPS) en 1994. Les tâches de cette Commission comprennent, entre autres, l'élaboration d'un document de stratégie pour la prise en compte du VIH/SIDA dans les opérations du Groupe de la Banque dans les pays membres régionaux et la formulation d'un document de politique du Groupe de la Banque en matière de VIH/SIDA sur le lieu de travail. L'élaboration du présent document procède d'une mise à jour de celui préparé en 1996, en vue d'adapter les stratégies aux évolutions rapides et dramatiques de l'épidémie de SIDA en Afrique, de prendre en compte

les progrès réalisés dans la compréhension de l'épidémie et de mettre à profit les expériences qui ont fait la preuve de leur efficacité dans les réponses au VIH /SIDA.

1.1.5 Cette stratégie reflète les déclarations et résolutions faites par la communauté internationale lors des différentes rencontres initiées par l'ONU et l'OUA. Elle s'inspire également des recommandations faites par les participants à la réunion consultative des parties prenantes organisée par la Banque à Yamoussoukro du 17 au 18 avril 2000 (voir encadré ci-dessous), et des expériences tirées de ses activités du VIH/SIDA dans les PMR.

ATELIER SUR LA STRATEGIE EN MATIERE DE VIH/SIDA POUR LES
OPERATIONS DE LA BANQUE DANS LES PAYS MEMBRES REGIONAUX

1. La Banque africaine de développement a organisé un atelier de concertation sur le document de stratégie de la Banque en matière de VIH/SIDA le 17 et 18 avril 2000 à Yamoussoukro, en République de Côte d'Ivoire. Cet atelier, qui a été organisé suivant l'approche participative, a regroupé 78 participants représentant les PMR, les ONG et associations, les agences de coopération bilatérales et multilatérales, y compris les agences spécialisées du système des Nations Unies (OMS, PNUD, FNUAP, et le Secrétariat de l'ONUSIDA). L'objectif principal de l'atelier était d'enrichir le document et de s'assurer que la stratégie de la Banque est à la hauteur des attentes de ses partenaires et des bénéficiaires.
2. L'atelier s'est déroulé sous forme de séances plénières et de groupes de travail. Trois groupes ont été constitués selon les approches stratégiques retenues dans le document de la Banque : i) le groupe sur le plaidoyer et la planification stratégique ; ii) le groupe sur la décentralisation et réponse communautaire au problème du VIH/SIDA ; et iii) le groupe sur le partenariat et la coordination.
3. Les débats qui ont suivi les présentations ont été approfondis dans les groupes de travail. Ils étaient axés sur la pauvreté et les défaillances des Etats africains en matière de gouvernance, la nécessité de mettre un accent particulier sur les capacités des communautés à faire face au problème posé par le VIH/SIDA, de s'attaquer aux facteurs de la vulnérabilité de la population sous l'angle de l'approche genre, et de trouver des solutions pour l'accès aux anti-rétroviraux.
4. Les conclusions et recommandations des travaux de l'atelier ont appuyé et confirmé les cinq approches stratégiques proposées dans le document de la Banque, à savoir : i) le plaidoyer et la mobilisation de ressources ; ii) la participation à la planification stratégique au niveau national; iii) la prise en compte de la lutte contre le VIH/SIDA dans les opérations de la Banque; iv) la promotion d'une réponse efficace et durable au niveau local ; et v) le développement de partenariats. Les participants ont encouragé la mise en œuvre de l'Initiative spéciale sur le SIDA que la Banque se propose de créer pour permettre la promotion des activités de prévention et de lutte au niveau des communautés de base et de la société civile.

1.2 EXPERIENCE DE LA BANQUE EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

1.2.1 Conscient de l'impact négatif du VIH/SIDA sur le développement de l'Afrique, le Groupe de la Banque africaine de développement s'est intéressé au VIH/SIDA à partir de la fin des années 80. A cet effet, un Comité d'études sur le SIDA, comprenant plusieurs départements de la Banque, a été mis en place en juillet 1987. Il avait pour mandat d'étudier l'évolution de cette pandémie en Afrique et de proposer les actions que la Banque devrait soutenir. A partir de ce moment, la BAD s'est engagée à financer les activités de lutte contre le VIH/SIDA. La première intervention dans ce domaine date de 1988.

1.2.2 En mai 1993, la Banque a organisé un symposium sur le VIH/SIDA et ses implications en Afrique, dans le cadre des séminaires annuels sur les «problèmes majeurs de développement économique et social en Afrique». A cette occasion, les pays membres régionaux (PMR) ont été sensibilisés sur l'ampleur du SIDA et son impact socio-économique en Afrique. Le symposium a réaffirmé la nécessité d'un engagement politique à tous les niveaux, de la disponibilité de ressources humaines et financières substantielles, et d'une coordination des actions pour une lutte efficace contre le SIDA.

1.2.3 A ce jour, le Groupe de la Banque a financé 19 interventions dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA. Ces activités comprennent des projets entièrement consacrés à la lutte contre le VIH/SIDA, et des composantes ou sous-composantes de projets ou programmes tant du secteur social que d'autres secteurs tels que les infrastructures et l'agriculture. Le montant total des activités financées par le Groupe de la Banque dans ce domaine s'élève à 150 millions d'UC (voir annexe 2). Ces interventions ont porté essentiellement sur : (i) le renforcement de la capacité institutionnelle des pays membres à diagnostiquer et étudier cette maladie (formation des cadres et construction/équipement des laboratoires d'analyse) ; (ii) l'amélioration de la sécurité transfusionnelle (construction et équipement des centres de transfusion sanguine) ; (iii) l'amélioration de l'accès des malades aux traitements par l'achat de médicaments anti-rétroviraux; et (iv) la sensibilisation et l'éducation de la population par des actions d'IEC.

1.3 STRUCTURE DU DOCUMENT

Le reste du document est structuré comme suit : Le Chapitre II décrit la situation épidémiologique et les impacts du VIH/SIDA sur les secteurs d'intervention de la Banque, ses facteurs de risque et de vulnérabilité, et la réponse et les leçons apprises face au VIH/SIDA en Afrique. Le chapitre III définit les objectifs, énonce les principes directeurs et précise la stratégie d'intervention pour les actions futures de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Le chapitre IV décrit les mesures de politiques, administratives et techniques à prendre par la Banque pour créer un environnement favorable à la mise en œuvre de la présente stratégie. Le chapitre V donne la conclusion. En annexe se trouvent, entre autres, un guide pour la prise en compte effective du VIH/SIDA dans les opérations de la Banque au niveau des PMR.

CHAPITRE II

PROBLEMATIQUE DU VIH/SIDA EN AFRIQUE

2.1 DIMENSIONS DE L'EPIDEMIE EN AFRIQUE

2.1.1 Situation épidémiologique

2.1.1.1. Comme indiqué plus haut, l'Afrique comptait en décembre 2000 environ 25,3 millions de personnes infectées par le VIH/SIDA. Les régions Sud et Est sont les plus touchées avec des taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans, allant de 35,8% au Botswana à 8 % en Tanzanie. Dans les régions Centre et Ouest, en dehors de la République Centrafricaine (13,8%) et de la Côte d'Ivoire (10,7%), les taux de prévalence vont de 6,4% au Burkina Faso à 1,3% au Niger. En Afrique du Nord les taux de prévalence vont de 0,9% au Soudan à 0,02 % en Egypte. Les taux de prévalence par pays figurent en annexe 3.

2.1.1.2. Dans certains pays comme le Sénégal, le taux de prévalence du VIH dans la population générale s'est stabilisé autour de 1,5%, parce que la prévention y a débuté tôt et s'est poursuivie de manière régulière. En Ouganda, le taux de prévalence du VIH a régressé chez les jeunes et les femmes enceintes grâce à un programme intensif de prévention. Ces deux exemples prouvent qu'il est possible d'arrêter la propagation de l'infection par le VIH. Pourtant, force est de constater que l'infection par le VIH progresse. Au cours de la seule année 1999, il y a eu 5,6 millions de nouveaux cas d'infection par le VIH dont 3,8 sur le continent africain. Le nombre de décès enregistré pour la même période est de 2,8 millions dans le monde dont 90% en Afrique.

2.1.1.3. La propagation du SIDA est fulgurante puisqu'en une vingtaine d'années d'existence, il est devenu la première cause de mortalité chez l'adulte en Afrique subsaharienne. En effet, en 1998, l'ONUSIDA fait remarquer qu'en 1954, le paludisme tuait déjà des millions de personnes alors que le SIDA était encore en pleine gestation. Aujourd'hui, d'après les récentes estimations de l'OMS, le paludisme tue plus d'un million de personnes par an, alors qu'en 1999, 2,8 millions de personnes au total sont mortes du SIDA. Ces deux maladies figurent parmi les cinq premières causes de mortalité dans le monde.

2.1.2 Impacts du SIDA

2.1.2.1. L'aggravation progressive et accélérée de la situation épidémiologique du VIH/SIDA en Afrique a eu pour effet de mettre en évidence ses impacts à tous les niveaux et dans tous les secteurs de développement. Toute la complexité de l'épidémie réside dans la nature du VIH et l'ampleur de son impact. Il convient de distinguer l'impact sur la personne infectée elle-même, l'impact sur sa famille, l'impact sur la communauté y compris le lieu de travail, et les impacts à l'échelle du pays, qu'ils soient démographiques, macro-économiques ou sectoriels. Les impacts sectoriels doivent être analysés du point de vue de la sensibilité et de la vulnérabilité du secteur. La sensibilité du secteur se définit comme la probabilité d'infection de la population travaillant dans le secteur, tandis que la vulnérabilité correspond à la probabilité d'impact plus ou moins important de la pandémie sur le secteur.

- **Impact du SIDA sur la personne infectée**

2.1.2.2. L'impact du SIDA sur la personne infectée se traduit par une détérioration de sa santé physique et mentale, une mauvaise qualité de vie et la mort. Les affections opportunistes fréquentes au stade de SIDA nécessitent souvent une hospitalisation ou un arrêt de travail temporaire. Psychologiquement affectée par sa séropositivité pour le VIH et l'absence d'une perspective de guérison, la personne est angoissée par la détérioration d'un état de santé susceptible, à tout moment, d'une évolution fatale. Le mental est affecté par le nonaccès aux traitements, les absences fréquentes, la menace de perdre son emploi et le risque pour sa famille de basculer dans la précarité.

- **Impact du SIDA sur la famille et la communauté**

2.1.2.3. L'impact sur la famille de la personne vivant avec le VIH est multiforme. Il comprend, entre autres, le détournement du temps du conjoint encore sain (ou apparemment sain) pour s'occuper des soins du conjoint malade, des dépenses insupportables en frais médicaux face à l'épuisement de l'épargne et la perte des revenus. Bien souvent, les deux conjoints sont malades du SIDA et parfois, au moins un des enfants du couple est séropositif. De telles situations conduisent à la dislocation de la famille, en cas de décès des parents. Selon les estimations de l'ONUSIDA en 1999, 13,2 millions d'enfants de moins de 15 ans, dont 95% en Afrique sub-saharienne, étaient orphelins à cause du SIDA. Les familles disloquées contribuent à la création de générations d'enfants de la rue et à l'aggravation de fléaux tels que la mendicité, le vol, la délinquance, la violence, l'alcoolisme, la drogue, la prostitution et le viol qui, à leur tour, favorisent la propagation de l'infection par le VIH. Par ailleurs, le VIH/SIDA contribue à la disparition progressive des dépenses de solidarité sociale qui permettent d'entretenir les membres de la famille élargie et, partant, à l'accroissement de la précarité et la pauvreté au sein des communautés affectées.

- **Impact du SIDA sur l'entreprise**

2.1.2.4. Le VIH/SIDA affecte principalement les personnes âgées de 15 à 49 ans qui constituent la force de travail d'un pays. Cet impact s'exprime par l'absentéisme, la perte d'efficacité et de productivité de l'agent malade, l'accroissement des dépenses en frais médicaux, des salaires payés à des agents en arrêt de travail, le remplacement d'un personnel qualifié et une augmentation des dépenses pour la formation. De plus, l'ostracisme souvent lié à l'ignorance de la nature du VIH/SIDA et à la peur, entraîne un environnement social peu propice à un travail productif et, à terme, on observe une baisse des performances globales de l'entreprise. Les entreprises les plus touchées sont celles à haute intensité de main-d'œuvre (transport) et celles qui emploient les travailleurs migrants (mines).

- **Impact du SIDA à l'échelle du pays**

2.1.2.5. Impact macro-économique : le modèle de la Banque mondiale développé en 1993 pour calculer l'impact macro-économique de l'épidémie de SIDA a permis de voir que les pays perdent en moyenne 0,5% à 1,0% de croissance par an. Pour un pays en développement comme le Kenya, la perte de croissance du PIB calculée selon le modèle serait de 14,5% entre 1995 et 2005. En Namibie et en Afrique du sud, il est prévu une

baisse de l'indice de développement humain (IDH) de 10% en 2006 et de 15% en 2010 à cause du SIDA. La problématique du VIH/SIDA aggrave donc la pauvreté des populations de ces pays, qui est déjà en elle-même un facteur favorable à la propagation de l'épidémie.

2.1.2.6. Impact démographique : l'espérance de vie à la naissance est un indice important du développement humain. En Afrique australe, elle est passée de 44 ans au début des années 1950 à 59 ans au début des années 1990. En raison de la forte prévalence du SIDA dans ces pays, elle va baisser à 45 ans à peine entre 2005 et 2010. Sans le SIDA, l'espérance de vie aurait été de 64 ans d'ici 2010-2015. Il est également établi que les femmes infectées par le VIH deviennent progressivement *moins fécondes* et, au fur et à mesure de l'évolution de leur infection, leur chance de procréer diminue d'environ 20%. En outre, le SIDA diminue les chances de survie de l'enfant qui est infecté, le plus souvent, par transmission verticale, de la mère à l'enfant. Non seulement, l'épidémie contribue à la mortalité infantile, mais elle annihile les acquis des autres programmes de santé tels que le programme élargi de vaccination. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent la tranche d'âge la plus touchée. Les filles, du fait de relations sexuelles plus précoces, sont plus vulnérables à l'infection par le VIH que les garçons. Les décès de jeunes adultes modifient la pyramide des âges et aggravent l'indice de dépendance.

2.1.2.7. Impact sur le secteur de la santé : Le secteur santé ressent le plus rapidement les effets du SIDA non seulement du fait de la perte de professionnels (médecins, infirmiers, sages-femmes), mais encore à cause du taux élevé d'occupation des lits par des malades du SIDA, de la surcharge de travail du personnel, de l'incapacité de plus en plus évidente du système de santé à satisfaire les besoins en matière d'hospitalisation et de soins et de l'augmentation des décès. Avec le SIDA, non seulement l'atteinte des objectifs des programmes de santé est compromise mais encore les acquis de ces programmes sont totalement ou partiellement perdus. Au plan financier, toutes les études d'impact réalisées aboutissent à des prévisions très pessimistes de l'ampleur des coûts relatifs au VIH/SIDA au niveau des budgets du secteur santé des Etats africains.

2.1.2.8. Impact sur le secteur de l'éducation : c'est un secteur sensible au VIH du fait que les enseignants, les élèves et étudiants sont particulièrement exposés aux facteurs de risque et de vulnérabilité. L'impact du SIDA sur les enseignants concerne : la mortalité, la productivité, les coûts et le stress. Il y a une grande perte en temps d'enseignement à cause de la maladie prolongée de nombre d'enseignants qui continuent de percevoir leurs salaires. Il y a également la baisse des effectifs d'élèves. Le nombre non négligeable de décès parmi les enfants et les jeunes, le nombre élevé d'orphelins et le nombre d'enfants qui ne vont plus à l'école parce qu'ils s'occupent de leurs parents malades ou qu'ils n'ont plus les moyens de subvenir aux frais d'études, aggravent la déperdition scolaire. De par sa position de canal privilégié pour atteindre les jeunes, le secteur de l'éducation a un rôle important à jouer dans la lutte contre le VIH/SIDA, notamment dans la diffusion de l'information et des messages de prévention.

2.1.2.9. Impact sur le secteur agricole : Malgré l'urbanisation croissante, une grande partie de la population des pays africains vit encore en milieu rural et dépend de l'agriculture, point de départ de toute action visant à stimuler la croissance globale et à améliorer les conditions de vie sur le continent. Le secteur agricole est sensible et vulnérable au VIH/SIDA qui constitue un obstacle majeur à son développement. La maladie et les décès liés au VIH/SIDA affectent les ressources en travail de l'agriculture vivrière et l'équilibre de la main-d'œuvre disponible pour le ménage et l'exploitation agricole. Les stratégies de survie

adoptées par les communautés rurales où sévit le SIDA peuvent contribuer à aggraver leur pauvreté et les rendre encore plus vulnérables. Le SIDA contraint les familles à prendre la décision irréversible de vendre leur bétail, leur matériel et leur terre pour faire face aux dépenses qu'il engendre. Toutefois, du fait du potentiel humain qu'il mobilise et des réseaux qu'il met en place, le secteur de l'agriculture peut jouer un rôle important dans la réponse à l'épidémie.

2.1.2.10. Impact sur le secteur des infrastructures et de l'industrie : Les infrastructures qui requièrent une forte intensité de main-d'œuvre masculine constituent un secteur vulnérable au VIH. L'*industrie* est également sensible et vulnérable au VIH/SIDA du fait qu'elle utilise une main-d'œuvre qualifiée dont le remplacement est généralement difficile et coûteux. En facilitant le déplacement des populations, ces secteurs favorisent la propagation du VIH.

2.1.2.11. Impact sur les domaines trans-sectoriels : De la qualité de la gouvernance dépendent la qualité et l'efficacité de la réponse nationale à l'épidémie de SIDA. La décentralisation, la participation effective des populations et l'existence d'un cadre juridique et l'éthique favorable sont déterminants dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les questions de *genre* ou d'égalité homme-femme sont aussi un aspect important dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les femmes jouent des rôles significatifs dans l'agriculture, l'industrie, le commerce, les secteurs sociaux et la préservation de l'environnement. Par ailleurs, les femmes sont particulièrement vulnérables pour des raisons biologiques, économiques et sociales. Les femmes en âge de procréer et les prostituées sont les plus exposées à l'infection par le VIH.

2.2 LES DETERMINANTS DE LA PROPAGATION DE L'EPIDEMIE EN AFRIQUE

En Afrique, le VIH se transmet essentiellement par voie sexuelle, plus particulièrement par voie hétérosexuelle (environ 80 à 90% des cas). La transmission de la mère à l'enfant (5 à 10%) et la transmission par voie sanguine (5 à 10%) ne sont pas négligeables non plus. Cette dernière est souvent liée à des lacunes dans le système de sécurisation de la transfusion sanguine. La transmission accidentelle en milieu de soins semble relativement rare. Le rôle de certaines pratiques traditionnelles tels que l'excision et le tatouage est supposé mais non confirmé. En relation avec le mode de transmission sexuelle, largement prédominant, il y a des facteurs de risque que la personne peut contrôler elle-même et des facteurs de vulnérabilité dont la maîtrise échappe à la seule volonté de la personne. La probabilité d'être infecté par le VIH, autrement dit le risque de propagation de l'épidémie de SIDA, dépend des capacités des personnes, des communautés et des pays à gérer ces facteurs de risque et de vulnérabilité.

2.2.1 Facteurs de risque de la transmission du VIH

2.2.1.1. Les déterminants majeurs de la propagation de l'infection par le VIH sont des facteurs comportementaux tels que les rapports sexuels non protégés, les rapports sexuels occasionnels, le multi-partenariat sexuel et les rapports sexuels précoces. Des facteurs médico-sanitaires comme la présence d'une MST et l'ignorance du statut sérologique, souvent due aux non-annonce des résultats du test quand il est positif, peuvent favoriser la transmission du VIH. L'*ignorance* des modes de transmission du VIH engendre souvent la peur d'être contaminé lors des actes de la vie quotidienne et entraîne ostracisme et stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. La *stigmatisation* amène souvent les

personnes vivant avec le VIH à cacher leur séropositivité et à vivre dans la clandestinité, ce qui est un obstacle à la lutte contre le VIH/SIDA.

2.2.2 Facteurs de vulnérabilité de la transmission du VIH

2.2.2.1. Aujourd'hui, la prévention doit être axée sur la réduction du risque et, surtout, de la vulnérabilité à laquelle sont exposées les populations. Cette vulnérabilité tient à des *facteurs socioculturels* tels que le mariage précoce imposé aux jeunes filles, la perte des normes sociales, le viol des femmes, le statut peu élevé des femmes dans certaines sociétés africaines, certaines pratiques traditionnelles néfastes comme les mutilations sexuelles, le lévirat et le sororat. Des *facteurs socio-économiques* comme la précarité, le chômage et la pauvreté, et des *facteurs politiques* comme l'insuffisance du cadre juridique concernant le VIH/SIDA et le mal-gouvernance créent et/ou aggravent les situations de vulnérabilité.

2.2.2.2. Les *migrations* internes et internationales éloignent les personnes de leur cadre de vie habituel et les placent hors des mécanismes sociaux de contrôle et de régulation. La relative liberté d'action, la solitude, les tentations, la facilité d'avoir des partenaires sexuels occasionnels et souvent, les agressions sexuelles concourent à la création d'une situation de vulnérabilité particulière. Les *militaires* constituent une population d'une grande mobilité et au comportement à haut risque d'infection par le VIH. Les transporteurs et les ouvriers temporaires recrutés dans les chantiers du secteur des transports constituent également des populations à haut risque.

2.2.2.3. Les *conflits socio-politiques* qui accroissent le nombre des *déplacés* et les *réfugiés* vivant dans des camps où règnent la promiscuité, le viol, la prostitution et l'insécurité, mettent les populations en situation de vulnérabilité particulière vis à vis de l'infection par le VIH. Le chômage et l'*oisiveté*, dans des pays qui n'offrent plus aucune perspective aux jeunes, sont des facteurs importants de vulnérabilité. Ils poussent les personnes à l'adoption de comportements à risques vis à vis de l'alcool, de la drogue, du sexe et parfois, à l'émigration. La prostitution a souvent des motifs économiques et financiers. Ce sont souvent des femmes chefs de ménage, sans ressources qui ont recours à cette activité. L'ignorance de la nature du VIH/SIDA et des autres maladies sexuellement transmissibles et l'ignorance de la gravité des complications liées à ces affections et des moyens de s'en préserver, placent les individus dans une situation de vulnérabilité vis à vis de l'infection par le VIH.

2.2.2.4. La *pauvreté* et la *précarité socio-économique* sont des facteurs de vulnérabilité particulière en Afrique où les mécanismes de solidarité se perdent progressivement. Elles expliquent souvent la prostitution et les migrations qui peuvent déboucher sur des conflits sociaux si elles atteignent des niveaux insupportables. La pauvreté engendre le SIDA et le SIDA engendre la pauvreté. A l'inverse, la *richesse financière* qui facilite l'accès aux jouissances de la vie, y compris sexuelles, se révèle comme un facteur de vulnérabilité.

2.2.2.5. Les facteurs de risque et de vulnérabilité sont quasiment les mêmes dans les pays africains. Selon les aires géographico-culturelles, les pratiques sexuelles diffèrent et un facteur peut être prédominant par rapport à un autre. Selon le contexte de paix ou de guerre ou selon les opportunités de travail, les déplacements de populations peuvent être plus intenses ici ou là. Ces différences expliquent, en partie, les disparités dans la prévalence selon les sous-régions, tout comme la mise en place d'une réponse rapide et appropriée.

2.3 LA REPONSE FACE A L'EPIDEMIE EN AFRIQUE

2.3.1 La réponse au niveau des pays

2.3.1.1. En règle générale, plus la réponse du pays face à la problématique du SIDA a été précoce, plus elle a été efficace. Plus la réponse a été tardive, plus les taux de prévalence et les impacts sont aujourd'hui importants. Au niveau des pays, il faut cependant distinguer la réponse gouvernementale et la réponse communautaire qui sont toutes deux appuyées par les partenaires au développement. Dans la plupart des pays, les premiers cas de SIDA ont été décrits au début des années 80 pour l'Afrique subsaharienne et à la fin des années 80 pour l'Afrique du Nord. Les gouvernements qui ont réagi à ce moment ont mis en place un Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) au sein des ministères chargés de la santé. La tâche essentielle du PNLS était alors de mesurer l'ampleur du problème et d'en surveiller l'évolution.

2.3.1.2. La plupart des pays touchés par le VIH/SIDA ont élaboré et mis en œuvre un plan à court terme (PCT) de lutte contre le SIDA entre 1986 et 1988, puis des plans à moyen terme (PMT1) entre 1988-89 et 1992-93. Ces plans étaient axés sur la surveillance épidémiologique, la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et la sécurité de la transfusion sanguine. Quant à la transmission mère-enfant, la grossesse chez la femme séropositive était à éviter, et le cas échéant, l'allaitement au sein était déconseillé. Les premiers plans ont permis une meilleure connaissance de la pandémie et de ses facteurs d'expansion. Certains résultats ont été obtenus au niveau de la réduction de la transmission par la prise de mesures sanitaires (matériel stérile, contrôle du sang). La faiblesse de ces premiers plans résidait surtout dans le fait qu'ils ne concernaient que le secteur santé.

2.3.1.3. Les plans à moyen terme de deuxième génération dite PMT2, ont couvert la période 1993-94 à 1998-99 ; certains se prolongent encore en l'an 2000. La nouvelle dimension des PMT2 met en relief l'implication des secteurs autres que la santé et la réduction des impacts de la pandémie. La réponse multisectorielle face à la pandémie, la décentralisation des PNLS, les soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et la réduction des impacts étaient les axes stratégiques essentiels des PMT2. La prévention était centrée essentiellement sur le contrôle des facteurs de risque de transmission sexuelle et sur la sécurité transfusionnelle. La promotion du conseil et du dépistage volontaire a beaucoup contribué à la prévention en général, et à la prévention de la transmission mère-enfant en particulier.

2.3.1.4. Depuis 1998, les pays sont engagés dans le processus de planification stratégique pour élaborer le plan national de troisième génération (PMT3). Le plan met l'accent sur l'analyse de la situation du VIH/SIDA dans le pays et l'analyse de la réponse apportée à ce fléau. Ceci permet d'identifier les facteurs de risque et de vulnérabilité afin d'attaquer le problème à la racine, de cerner les obstacles qui entravent les actions de lutte contre le VIH/SIDA et de relever les opportunités qui, au contraire, peuvent contribuer à faciliter ou renforcer ces actions. *La volonté politique* au plus haut niveau et la plus large possible est un gage de succès pour les programmes nationaux. L'engagement politique doit se traduire par des mesures et actions concrètes au-delà des déclarations qui, comme source d'inspiration pour les populations, restent utiles. Cet engagement se manifeste, par exemple, par la mobilisation de ressources intérieures ou l'inclusion de sujets relatifs au VIH/SIDA dans les programmes d'éducation et les messages des médias d'état.

2.3.1.5. La *réponse non gouvernementale* face à la problématique du SIDA a été généralement très forte dans la plupart des pays africains. En Ouganda, cela s'est traduit par une prise en charge psychosociale effective des malades du SIDA par les communautés elles-mêmes et par un recul de la séroprévalence chez les jeunes. Au Sénégal, on note une stabilisation de la prévalence du VIH dans la population générale. Dans ces deux pays, les ONG et les organisations à base communautaire (OBC) sont organisées et coordonnées au sein de collectifs et réseaux. La société civile en général, les leaders politiques et religieux en particulier, ont été mobilisés. Des mécanismes originaux de financement des initiatives communautaires ont été progressivement mis en place. Le succès relatif de ces expériences suggère que, dans la majorité des pays, les Bureaux de Coordination des PNLs pourraient utilement mettre à contribution les ONG et OBC qui sont aptes à mobiliser les communautés et à promouvoir la réponse locale dans la lutte contre le VIH/SIDA (cf. Annexe 4). De même, la mobilisation du secteur privé dans la lutte contre le VIH/SIDA est prometteuse et devrait être encouragée.

2.3.2 La réponse au niveau continental et sous régional

Relativement peu d'initiatives ont été prises à l'échelle continentale par les pays africains eux-mêmes. Les structures régionales et sous-régionales telles que la CEA, l'OUA, la CDEAO, la SADC et l'UEMOA ont manifesté leur engagement dans la lutte contre le VIH/SIDA. Au Sommet Economique des Chefs d'Etat, organisé à Libreville, (Gabon) en janvier 2000 par le FMI, la Banque mondiale et la BAD, l'engagement a été pris d'utiliser les économies réalisées dans le cadre de l'initiative pour les pays pauvres et très endettés (PPTe) pour le financement des secteurs sociaux y compris la lutte contre le VIH/SIDA. De son côté, le Programme commun des Nations Unies sur le SIDA (ONUSIDA) a mis en place des Equipes inter-pays (EIP) à Abidjan et à Pretoria, qui ont pour vocation de susciter et d'accompagner toutes les initiatives impliquant un partenariat entre pays de la région, d'encourager et de soutenir la création de réseaux de ressources techniques dans les domaines du management, des interventions et de la recherche.

2.3.3 La réponse au niveau international

2.3.3.1 Au fil des années, la plupart des agences spécialisées des Nations Unies se sont engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA. C'est ainsi qu'est né, en janvier 1996, l'ONUSIDA co-parrainé par les Nations Unies et la Banque mondiale, en remplacement du Programme mondial contre le SIDA (GPA). L'ONUSIDA a pour mission de conduire, renforcer et soutenir une action élargie afin de prévenir la propagation du VIH, offrir soins et appui aux personnes infectées et affectées par le SIDA, réduire la vulnérabilité des personnes et des communautés au VIH et atténuer les impacts humains et socio-économiques de l'épidémie.

2.3.3.2 L'ONUSIDA et ses agences parrainantes, réunis à Annapolis (Maryland, Etats-Unis), en janvier 1999, ont décidé de collaborer de toute urgence à l'élaboration et à la mise en place d'un partenariat international contre le VIH/SIDA en Afrique. Ce partenariat international constitue le cadre de coordination pour la mobilisation des ressources humaines et financières et pour la création des synergies nécessaires à une intensification de la riposte face au VIH/SIDA en Afrique (annexe 5). La Banque africaine de développement s'inspire du partenariat international, des résultats de l'analyse de la situation et de la réponse pour définir sa stratégie de prise en compte du VIH/SIDA dans ses opérations.

2.3.3.3 La Banque mondiale, pour sa part, considère actuellement le VIH/SIDA comme une priorité de développement et accorde d'importantes ressources à la lutte contre l'épidémie en Afrique.

2.3.3.4 Récemment, d'importantes initiatives et décisions ont été prises par la communauté internationale marquant son engagement dans la lutte contre le VIH/SIDA. Parmi ces initiatives figure le « Millenium Initiative on Vaccine and Health » lancé en avril 2000, en appel aux Banques multilatérales pour la mobilisation des ressources pour la lutte contre les maladies transmissibles, y compris le VIH/SIDA. Il en est de même pour la XIIIème conférence internationale sur le SIDA tenue à Durban (Afrique du sud) en juillet 2000 qui, procédant d'une discussion sur l'accès au traitement pour la population africaine vivant avec le VIH/SIDA, a sous-tendu des négociations entre les agences du système des Nations Unies et les compagnies pharmaceutiques en vue d'une réduction du prix de médicaments, dont les anti-retroviraux.

2.3.4 Bilan de la réponse: leçons apprises

2.3.4.1. La réponse est abordée selon cinq composantes : la prévention, la prise en charge médicale et psychosociale, le soutien aux personnes infectées et affectées, la recherche et la gouvernance de programme de lutte contre le VIH/SIDA. Des résultats positifs sont enregistrés dans tous ces domaines, mais l'infection par le VIH continue de se propager, l'épidémie de SIDA progresse et l'accès aux traitements anti-rétroviraux est encore loin d'être une réalité en Afrique.

2.3.4.2. La prévention de la transmission de VIH/SIDA vise essentiellement un changement des comportements sexuels à risque. Elle est fondée sur l'information, la sensibilisation en faveur de l'abstinence ou de la fidélité, la promotion de l'utilisation du préservatif, le traitement précoce des MST, le conseil/dépistage volontaire. L'utilisation de méthodes de communication tels que les médias, l'éducation par les pairs, l'intégration du VIH/SIDA dans les programmes scolaires et l'expression artistique ont donné des résultats appréciables au regard de leur coût relativement peu élevé. Un accent particulier doit être mis sur l'éducation par les pairs et le développement de la compétence locale/communautaire vis à vis du VIH, avec l'implication active des populations, y compris les personnes vivant avec le VIH.

2.3.4.3. Il est également apparu que l'accent a été mis principalement sur les facteurs de risque alors que la réduction de la vulnérabilité, qui requiert l'implication des secteurs autres que la santé, n'a pas encore fait l'objet de l'attention qu'elle mérite. Les approches multisectorielles intégrées prônées par les PMT2 ont connu des fortunes diverses. Dans la plupart des pays, les secteurs autres que la santé, qui assure la tutelle des programmes SIDA, n'ont pas pris une part active dans la réponse nationale à l'épidémie.

2.3.4.4. Le risque de transmission mère-enfant est réduit de 30-35% à environ 5% grâce à l'administration d'un seul médicament antirétroviral (AZT) pendant une durée limitée au cours de la grossesse et après l'accouchement. Des études sont en cours actuellement dans plusieurs pays africains pour tenter de trouver un schéma thérapeutique efficace et à coût abordable. La mise en application de ce type de prévention nécessite de la part des africains non seulement un engagement politique, mais également des efforts financiers. La prévention de la *transmission par voie sanguine* (transfusion ou matériel de soins contaminé) exige une vigilance continue quant à la sécurité transfusionnelle et au respect des mesures d'asepsie.

2.3.4.5 La *prise en charge psychosociale* est généralement assurée par les organisations de la société civile qui prennent le relais des personnels de santé. Les associations de personnes vivant avec le VIH et les ONG jouent un rôle important au niveau communautaire où elles développent les soins à domicile pour en assurer la continuité et alléger la surcharge des structures de santé.

2.3.4.6. La prise en charge médicale s'est limitée, pour l'essentiel, au traitement des affections opportunistes qui sont souvent la cause des décès des malades du SIDA et dont les coûts sont relativement abordables comparés à ceux des antirétroviraux. La trithérapie prolonge notablement la survie du malade et lui procure une bonne qualité de vie. Cependant, elle reste hors de portée pour les pays africains quand on considère que c'est un traitement à vie et que les effectifs de malades, déjà énormes (plus de 70% des cas de SIDA dans le monde), continuent d'augmenter au fur et à mesure que des personnes infectées tombent malades. Des initiatives sont prises par l'ONUSIDA pour rendre les médicaments financièrement accessibles à travers des projets pilotes qui, cependant, ne sont pas encore généralisés. Ces projets doivent être soutenus par tous les partenaires et le plaidoyer renforcé auprès des laboratoires pharmaceutiques et du secteur privé, pour que ces médicaments soient à la portée de tous.

2.3.4.7. Le *soutien aux personnes infectées ou affectées* englobe toutes les initiatives visant à alléger les conséquences socio-économiques du SIDA, plus particulièrement les mesures visant à combler les pertes de revenus des personnes atteintes ou de leurs survivants, la prise en charge des orphelins et/ou des veuves. De même, la défense des droits des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA est une dimension du soutien, qui est assuré principalement par les organisations de la société civile, les associations, les ONG, le secteur privé et les gouvernements.

2.3.4.8. C'est grâce à la *recherche* que les progrès décrits ci-dessus ont été réalisés. Les recherches sur les vaccins se poursuivent et des essais sont en cours aux Etats Unis, en Afrique et en Asie. De nouveaux médicaments sont régulièrement mis au point par les laboratoires pharmaceutiques et, en Afrique, les tradipraticiens s'intéressent au SIDA. Ceux-ci pourraient jouer un rôle important dans la prévention et la prise en charge psychosociale, parce qu'ils sont consultés par une grande partie de la population.

2.3.4.9. Une des conditions de réussite d'un programme national de lutte contre le SIDA est tout d'abord l'engagement politique qui se traduit par des décisions concrètes en faveur d'une réponse nationale énergique face au VIH/SIDA. Cet engagement politique au plus haut niveau existe actuellement dans beaucoup de pays africains mais il n'est pas suffisamment partagé au niveau des ministères et autres institutions de l'état pour générer une mobilisation effective des secteurs autres que la santé et l'implication de l'assemblée nationale et des institutions décentralisées. Une autre condition de réussite est l'engagement des partenaires au développement aux côtés des pays. Tous les efforts contre le VIH/SIDA doivent être coordonnés dans le cadre de partenariats dont la mise en place est actuellement en cours dans la plupart des pays.

2.3.4.10. La gouvernance des Programmes nationaux de lutte contre le SIDA (PNLS), surtout la gestion financière, reste encore centralisée. Les Bureaux de Coordination des PNLS ont des difficultés à assurer la collaboration multi-sectorielle et ont tendance à aller au-delà de leur rôle d'impulsion et de coordination pour s'investir dans la mise en œuvre, ce qui gêne

les acteurs de terrain et limite considérablement les chances d'obtenir les résultats attendus. Faute d'une décentralisation conséquente et d'un mécanisme clair de financement direct des structures communautaires ainsi que des ONG et associations diverses, les populations bénéficiaires des ressources mobilisées pour la lutte contre le SIDA, n'en reçoivent que très peu ou pas du tout. Souvent, les ressources existantes ne sont pas utilisées du fait de la complexité et de la rigidité des règles et procédures des bailleurs de fonds.

CHAPITRE III

STRATEGIE DE LA BANQUE EN MATIERE DU VIH/SIDA

Les priorités actuelles de la Banque en matière de développement sont définies en tenant compte, entre autres, des changements de structures de l'économie mondiale et de la mondialisation croissante de l'économie. Dans ce contexte évolutif, la Banque, dans sa Vision, entend jouer en Afrique un rôle moteur en tant qu'institution de financement du développement foncièrement attachée à prêter assistance aux pays membres régionaux dans la lutte contre la pauvreté. Cette Vision est en parfaite harmonie avec la lutte contre le SIDA qui a des relations étroites avec la pauvreté et avec les autres secteurs.

3.1 OBJECTIFS

3.1.1 La stratégie de la Banque en matière de VIH/SIDA pour les opérations dans les PMR a pour objectifs :

- d'assister les PMR dans leurs activités de planification et de programmation de stratégies de lutte ;
- d'appuyer les efforts des pays pour la mise en œuvre d'actions sectorielles de lutte contre le VIH/SIDA ; et
- de renforcer, dans la limite de ses avantages comparatifs et de ses compétences, la complémentarité entre acteurs nationaux et internationaux impliqués dans la réponse au VIH/SIDA, et contribuer ainsi à l'objectif global du partenariat international contre le SIDA en Afrique.

3.2. PRINCIPES DIRECTEURS

3.2.1. La Banque partage les principes directeurs énoncés par l'ONUSIDA et ceux du Réseau Africain sur l'Ethique, le Droit et le VIH (Déclaration de Dakar, juillet 1994).

- Action à long terme : le VIH/SIDA appelle une action à long terme, durable où l'aptitude des individus et des communautés à faire front est déterminante. C'est pourquoi, il faut renforcer leur capacité à mettre en place un ensemble d'interventions visant à prévenir la transmission du VIH, à assurer les soins et à atténuer l'impact de la pandémie.
- Fiabilité technique : l'action visant à contrer l'expansion du VIH/SIDA a non seulement besoin d'être élargie, mais également d'être améliorée qualitativement

par la définition de politiques et de stratégies et l'utilisation d'outils et d'approches techniquement fiables.

- Accent sur la vulnérabilité : l'efficacité de l'action passe notamment par l'instauration de changements propres à réduire la vulnérabilité de certains groupes de population : les femmes, les jeunes, les migrants, les toxicomanes, les minorités sexuelles et ethniques, etc.
- Principe de la responsabilité : chaque individu, gouvernement, communauté, institution, entreprise privée et média doit être conscients de sa responsabilité et doit l'exercer de manière active et continue.
- Appui et non-rejet : Un environnement social, politique et juridique favorable permet aux individus d'assumer leurs responsabilités en se protégeant et en protégeant aussi les autres contre l'infection par le VIH.
- Droit de la personne : Chaque personne doit pouvoir jouir de ses droits sans discrimination fondée notamment sur la séropositivité au VIH : droit à la santé, au travail, à la vie privée, droit de ne pas subir de violences ni de contraintes sexuelles, et droit à l'information ainsi qu'aux moyens de prévention de l'infection.
- Participation et partenariat : La participation de toutes les communautés impliquées, y compris celles des personnes vivant avec le VIH et le partenariat sont les meilleurs moyens de mener à bien une action multisectorielle efficace contre le VIH/SIDA.
- Autonomie nationale : il appartient à chaque pays de concevoir, mettre en œuvre et coordonner son action nationale contre le VIH/SIDA. Le rôle des partenaires extérieurs est de soutenir et de renforcer cette action nationale.

3.3 DOMAINES PRIORITAIRES

La Banque, s'inspirant des leçons apprises, a choisi de s'investir dans des domaines prioritaires ci-après, qui déterminent ses stratégies d'intervention dans les pays :

- Promotion de l'engagement politique à tous les niveaux pour améliorer l'environnement social, éthique, juridique et financier de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- Appui aux réponses sectorielles pour mieux cibler les facteurs de vulnérabilité, et intensification des efforts de réduction des risques ;
- Appui à la décentralisation et au développement de la réponse locale/communautaire afin de créer les conditions qui permettent à chaque élément de la société d'avoir accès à la connaissance et à la possibilité de développer la compétence vis à vis de VIH/SIDA ;

- Promotion de la durabilité des actions contre le VIH/SIDA afin que soient créées les conditions d'une appropriation et d'une pérennisation de celles-ci, et;
- Renforcement des mécanismes de coordination pour obtenir une plus grande synergie dans la lutte contre le VIH/SIDA.

3.4 STRATEGIES

3.4.1. Plaidoyer et mobilisation de ressources

3.4.1.1. Au plan international, *la Banque est l'un des principaux acteurs du plaidoyer* actuellement en cours pour l'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE) et l'utilisation des économies ainsi réalisées pour le financement des secteurs sociaux en général, et de la lutte contre le VIH/SIDA en particulier sur le continent africain.

3.4.1.2. La Banque s'investira dans le plaidoyer pour aider les gouvernants et les dirigeants de la société civile et du secteur privé à traduire leur engagement en actions concrètes et durables. Le plaidoyer de la Banque devra également concerner le respect par les gouvernements des conditions internationales des Droits de l'Homme. Il appartient aux gouvernants et autres décideurs politiques de mettre en place les politiques et les mécanismes qui permettent aux populations d'acquérir les compétences nécessaires pour lutter efficacement contre le VIH/SIDA, et de mobiliser les ressources et en coordonner l'utilisation pour une réponse nationale efficace. La BAD encouragera les gouvernements à accorder au VIH/SIDA le niveau de priorité le plus élevé, et elle appuiera leurs efforts de mobilisation des ressources.

3.4.1.3. Les leaders de la société civile incluant, entre autres, les OBC, les ONG, les groupes religieux, les syndicats, et les entreprises privées, ont un rôle déterminant dans la mobilisation sociale, la sensibilisation, et le développement des ressources humaines face au VIH/SIDA. La Banque suscitera auprès des leaders communautaires, des leaders d'ONG et des chefs d'entreprise, un plus grand engagement dans la lutte contre le VIH/SIDA.

3.4.1.4. La Banque fera le plaidoyer en direction des décideurs, des gestionnaires des Programmes nationaux de lutte contre le SIDA (PNLS) et des bénéficiaires au niveau le plus décentralisé afin que la dimension VIH/SIDA soit prise en compte dans ses domaines thématiques d'intervention en général, et dans les programmes/projets sectoriels impliquant la Banque, en particulier. Ces programmes/projets seront parties intégrantes des Plans stratégiques nationaux de lutte contre le SIDA. Le plaidoyer de la Banque devra également viser à l'amélioration du partenariat entre le niveau central et les partenaires locaux.

3.4.2. Participation à la planification stratégique

3.4.2.1. Les plans stratégiques de lutte prennent en compte l'ensemble des secteurs d'activité, à tous les niveaux : national, régional, départemental, communal, communauté rurale, avec leurs spécificités sociales, culturelles et économiques. Conçus pour une durée de quatre à cinq ans, ils sont le cadre de coordination et de mise en œuvre des partenariats. Le processus de planification stratégique doit être participatif, en impliquant tous les acteurs concernés, y compris les personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA, aux niveaux national, sectoriel et local.

3.4.2.2. La Banque participera, dans les limites de ses ressources financières et humaines à ce processus, piloté par le Groupe thématique au niveau des pays et auquel sont associées la plupart des agences partenaires.

3.4.3. Prise en compte du VIH/SIDA dans les opérations de la Banque

3.4.3.1. Consciente du caractère transversal du VIH/SIDA et de ses relations étroites avec les différents secteurs, la Banque a déjà pris en compte l'aspect du VIH/SIDA dans ses politiques sectorielles de l'agriculture, de la santé, de l'éducation, de la population, du genre, etc. L'intégration du VIH/SIDA dans les documents de politique par la Banque se poursuivra et mettra l'accent sur la vulnérabilité reflétée par l'impact autant que sur la sensibilité qui détermine l'importance du secteur dans la propagation de l'épidémie. Cela permettra de moduler le niveau de priorité à donner au SIDA selon le thème sectoriel.

3.4.3.2 La place du VIH/SIDA dans les projets de la Banque dépendra de la situation réelle qui prévaut dans le secteur concerné, de la manière dont le SIDA affecte le projet et de la manière dont le projet peut agir sur le VIH/SIDA. A cet égard, la Banque soutiendra les efforts de développement d'outils pour mesurer l'impact sectoriel du SIDA. La Banque tiendra compte des interventions des autres acteurs dans le secteur et des priorités exprimées par les bénéficiaires concernés, pour cibler son action vis à vis du VIH/SIDA. De plus, compte tenu de sa vocation continentale et de son attachement particulier à l'intégration africaine, la Banque privilégiera les initiatives à caractère inter-pays, sous-régional ou régional en matière de lutte contre le VIH/SIDA. La Banque dispose de politiques et de stratégies appropriées pour les initiatives à caractère régional. La formation de formateurs pour le développement des ressources humaines africaines dans les différents domaines relatifs au VIH/SIDA sera privilégiée.

3.4.4 Promotion d'une réponse efficace et durable au niveau local

3.4.4.1. La prise en compte de la dimension VIH/SIDA dans les documents de politique et projets offre une opportunité pour le renforcement de la décentralisation et le développement de la réponse locale. La décentralisation et le développement de la réponse locale et sectorielle ne sont viables que si les structures décentralisées et les entités qui les composent sont autonomes. Pour arriver à cette autonomie, la Banque préconise une approche participative, le développement des compétences et la gestion des ressources par chaque entité concernée. La participation des populations concernées sera promue à toutes les étapes de la planification, de l'exécution et du suivi/évaluation des actions.

3.4.4.2. Le développement des compétences en matière de VIH/SIDA au sein des différentes entités décentralisées conduit à une pérennisation du mouvement contre le VIH/SIDA. La Banque soutiendra les initiatives qui visent à accroître les capacités d'analyse des risques et de la vulnérabilité face l'infection par le VIH.

3.4.4.3. Une réponse efficace et durable au niveau local suppose non seulement des compétences internes mais également des ressources propres directement gérées par chaque entité. La BAD aidera à la mise en place de mécanismes permettant l'implication des bénéficiaires dans la gestion des ressources de la lutte contre le VIH/SIDA et le suivi/évaluation de leur utilisation. Ces mécanismes devront permettre une plus grande

transparence dans la gestion et une meilleure allocation des ressources au profit des initiatives locales à travers des financements souples et directs.

3.4.5 Développement de partenariats

3.4.5.1. La Banque travaille déjà en partenariat avec d'autres institutions. Le protocole d'accord signé en mars 2000 définit un cadre de partenariat stratégique entre la BAD et la Banque Mondiale (BM). Les domaines thématiques retenus pour cette collaboration mettent un accent particulier sur la lutte contre le *VIH/SIDA*.

3.4.5.2. La Banque prendra une part active dans les partenariats stratégiques mis en place pour lutter contre le VIH/SIDA en Afrique et plus particulièrement, le «Partenariat International contre le VIH/SIDA en Afrique » initié par l'ONUSIDA. En tant qu'institution africaine de développement et tenant compte de sa proximité avec PMR et de sa connaissance intime des problèmes du continent, la Banque occupe une position privilégiée pour l'intensification de ce partenariat. Elle collaborera étroitement avec les équipes inter-pays de l'ONUSIDA à Abidjan et Pretoria. Une collaboration étroite sera entretenue avec les organisations et institutions régionales et sous-régionales telles que l'OUA, la CEA, la CEDEAO, l'UEMOA et la SADC. Afin de renforcer ses actions de plaidoyer, et promouvoir le partenariat, la Banque prendra une part active dans l'organisation et la participation aux principales rencontres internationales sur le VIH/SIDA.

3.4.5.3. Dans le cadre de ses accords de coopération, la Banque coordonnera également ses actions avec les institutions bilatérales non-membres du Partenariat International contre le VIH/SIDA en Afrique. Dans le cadre de sa *Politique de coopération avec les organisations de la société civile* et à sa *stratégie de développement du secteur privé*, la Banque développera aussi des partenariats avec les composantes de la société civile et le secteur privé dans la lutte contre le VIH/SIDA, y compris le secteur pharmaceutique.

CHAPITRE IV

MODALITES PRATIQUES D'INTERVENTION DE LA BANQUE

4.1 MESURES POLITIQUES ET INSTITUTIONNELLES

L'engagement politique et institutionnel de la Banque pourrait se traduire par les éléments ci-dessous :

- La mise en place d'un réseau multidisciplinaire en matière de lutte contre le VIH/SIDA pour : i) suivre et coordonner les activités de la Banque ; ii) participer aux rencontres internationales sur le VIH/SIDA en vue de partager les expériences avec les autres partenaires iii) rédiger et diffuser des rapports d'activités périodiques des informations pertinentes concernant la lutte contre le VIH/SIDA ; et iv) prendre les mesures nécessaires à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de l'initiative spéciale SIDA . Les détails relatifs à la structure et au fonctionnement de ce réseau seront élaborés dans une note spéciale.

- Le développement, à travers des ateliers et des séminaires, des connaissances et compétences interne en matière de lutte contre le VIH/SIDA, notamment pour les cadres responsables des secteurs prioritaires identifiés.
- l'intégration, dans les discours de la Haute direction, du VIH/SIDA comme un problème indissociable de la pauvreté et de la bonne gouvernance dans le cadre de la Vision de la Banque.
- la prise en compte la problématique du SIDA dans le cadre de l'initiative pour les pays pauvres très endettés (PPTE) et dans les documents de stratégies de réduction de la pauvreté (PRSP).

4.2 LES MESURES OPERATIONNELLES

4.2.1 Opérationnalisation des activités SIDA

En conformité avec sa Vision, les interventions de la Banque dans la lutte contre le VIH/SIDA privilégieront les secteurs sociaux (santé, éducation), et les secteurs de l'agriculture et des infrastructures. Ces interventions s'inscriront en outre dans le cadre des thèmes trans-sectoriels de la lutte contre la pauvreté, la bonne gouvernance, le genre et la population.

La prise en compte du VIH/SIDA dans les opérations de la Banque se fera par les mesures suivantes :

1) Prise en compte de problématique SIDA dans le processus d'élaboration du DSP

L'approche participative adoptée par la Banque permettra de faire le plaidoyer auprès de tous les partenaires au niveau le plus décentralisé. La Banque veillera à ce que la dimension VIH/SIDA fasse l'objet d'une analyse spécifique dans tous les documents de stratégie par pays (DSP).

2) Révision des documents de politiques sectorielles

La mise à jour des documents de politiques et stratégies sectorielles intégrera systématiquement la dimension VIH/SIDA. Cette actualisation des documents concernera en priorité les secteurs les plus sensibles et les plus vulnérables à l'épidémie, tels que cités ci-dessus.

3) Préparation/conception des projets

La problématique du VIH/SIDA doit être prise en compte dès le début du processus de préparation des projets de la Banque. Les outils pour faciliter cette prise en compte sont détaillés dans le guide pratique présenté en annexe 6. La Banque, dans le cadre de ses missions d'identification et de préparation de projets, procédera à une analyse de la situation en rapport avec la problématique du VIH/SIDA dans le pays et le secteur concerné par l'intervention prévue. Sur la base des résultats de cette analyse et des rencontres au niveau du pays, la Banque dégagera les domaines d'actions

prioritaires. La dimension VIH/SIDA devra aussi être analysée systématiquement dans les rapports d'évaluation de chaque projet, au niveau du chapitre relatif à l'analyse de risques et hypothèses de l'investissement. Au plan opérationnel, l'intervention de la Banque devra se concrétiser par l'inclusion dans les projets de composantes ou d'action spécifiques de lutte contre le VIH/SIDA, par exemple, IEC, etc. De telles actions devront systématiquement être prévues dans les opérations sociales (santé, éducation), les projets agricoles et de développement rural, car ils concernent en général une population cible numériquement importante et diversifiée et dans les projets de routes car, ils favorisent les déplacements de populations, et partant, la dissémination du SIDA.

4.2.2 Mobilisation de ressources dans le cadre du FAD IX

La mise en œuvre du plan d'action de cette stratégie sur le VIH/SIDA nécessite de la part de la Banque des capacités de réponse rapide et adaptée. Afin de disposer d'un mécanisme de financement souple et efficace permettant de soutenir les actions stratégiques de lutte contre le VIH/SIDA dans le PMR, la Banque disposera dans le cadre du FAD IX d'une enveloppe spéciale de fonds non alloués, dont l'essentiel des ressources pourra être utilisé pour des actions en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA, parmi lesquelles: l'assistance aux communautés de base dans les PMR ; ii) la subvention d'activités d'accompagnement dans le cadre de projets approuvés par la Banque et ayant une composante importante de lutte contre le VIH/SIDA ; iii) l'appui aux recherches opérationnelles sélectionnées du fait de leur incidence sur l'amélioration des connaissances ; iv) la contribution au développement de partenariat ; et v) le renforcement des compétences internes en matière de VIH/SIDA.

CHAPITRE V

5.1 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1.1. Le VIH/SIDA est à la fois un problème de développement et un problème humain et en tant que tel, il n'épargne aucun secteur. La relation étroite entre l'épidémie et la plupart des secteurs nécessite d'adopter des stratégies multisectorielles de lutte et de privilégier, une approche participative intégrée. Plus qu'un problème de santé en soi, le VIH/SIDA est, aujourd'hui un des principaux enjeux de la lutte contre la pauvreté et pour une croissance durable en Afrique. D'où l'importance de la problématique «SIDA et Développement» sur laquelle se fondent les options stratégiques de la Banque.

5.1.2 La Banque a choisi de s'investir dans des domaines prioritaires qui déterminent ses stratégies d'intervention dans les pays. Il s'agit de : (i) la promotion de l'engagement politique à tous les niveaux, ii) l'appui aux réponses sectorielles, iii) l'appui à la décentralisation et au développement de la réponse communautaire, iv) la promotion de la durabilité des actions de lutte contre le VIH/SIDA ; et v) le renforcement des mécanismes de coordination pour obtenir une plus grande synergie dans la lutte contre le VIH/SIDA.

5.1.3. Les stratégies la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA dans les PMR sont: i) le plaidoyer et mobilisation de ressources; ii) la participation à la planification stratégique; iii) la prise en compte du VIH/SIDA dans les opérations de la Banque; iv) la promotion d'une réponse efficace et durable au niveau local; et v) le développement de partenariats.

5.1.4. Les modalités d'intervention de la Banque devront comprendre entre autres, la mise en place d'un réseau multidisciplinaire pour garantir une bonne mise en œuvre des stratégies, ainsi que le renforcement des compétences internes en matière de VIH/SIDA.

5.1.5. Les options stratégiques de la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA dans les PMR tiennent compte des déclarations et résolutions faites par la communauté internationale lors de différentes rencontres, aussi bien que des recommandations faites par les participants à la réunion consultative des parties prenantes organisée par la Banque à Yamoussoukro les 17 et 18 avril 2000.

5.1.6. Les options stratégiques de la Banque pour la lutte contre le VIH/SIDA dans les PMR tiennent compte des déclarations et résolutions faites par la communauté internationale lors de différentes rencontres, aussi bien que des recommandations faites par les participants à la réunion consultative des parties prenantes organisée par la Banque à Yamoussoukro les 17 et 18 avril 2000.

5.1.7. Compte tenu de ce qui précède, les membres du Conseil sont invités à endosser les propositions faites dans ce document de stratégie de prise en compte du VIH/SIDA dans les opérations de la Banque.

ANNEXES

**STATISTIQUES ET CARACTERISTIQUES DE L'EPIDEMIE DE VIH/SIDA
PAR REGION
(ONUSIDA, Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 1999)**

Région	Début de l'épidémie	Adultes et enfants vivants avec le VIH/SIDA	Nouveaux cas d'infection à VIH chez les adultes et les enfants	Taux de prévalence chez les adultes ¹	Pourcentage de femmes parmi les adultes séropositifs	Principaux modes de transmission ² chez les adultes vivant avec le VIH/SIDA
Afrique subsaharienne	Fin 70 Début 80	25.3 millions	3,8 millions	8,8 %	55 %	Hétéro
Afrique du Nord & Moyen Orient	Fin 80	400.000	80.000	0,2 %	40 %	ID, Hétéro
Asie du Sud et du Sud-Est	Fin 80	5.8 millions	780.000	0,56 %	35 %	Hétéro
Asie de l'Est et Pacifique	Fin 80	640.000	130.000	0,07 %	13 %	ID, Hétéro, Homo
Amérique latine	Fin 70 Début 80	1,4 millions	150.000	0,5 %	25 %	Homo, ID, Hétéro
Caraïbes	Fin 70 Début 80	390.000	60.000	2,3 %	35 %	Hétéro, Homo
Europe orientale et Asie Centrale	Début années 90	700.000	250.000	0,35 %	25 %	ID, Homo
Europe Occidentale	Fin 70 début 80	540.000	30.000	0,24 %	25 %	Homo, ID, Hétéro
Amérique du Nord	Fin 70 Début 80	920.000	45.000	0,6 %	20 %	Homo, ID, Hétéro
Australie et Nouvelles Zélande	Fin 70 début 80	15.000	500	0,13 %	10 %	Homo, ID
TOTAL		36,1 millions	5,3 millions	1,1 %	47 %	

Pour une prévalence moyenne de 1,1 % pour l'ensemble des régions géographiques du monde, l'Afrique est à 8,8 % suivie des Caraïbes qui sont à 2,3 %, toutes les autres régions étant en dessous de 1 %.

¹Proportion d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/SIDA en 2000, d'après les statistiques démographiques de 1999.

²Hétéro: transmission hétérosexuelle ; homo: transmission entre hommes homosexuels ; ID: transmission par l'injection de drogue.

PROJETS AVEC COMPOSANTES VIH/SIDA

Pays	Titre du projet Montant du prêt	Date d'approbation/ Etat d'avancement	Détail des composantes
1. Botswana	<i>Projet d'amélioration de l'élevage</i> (40,000 UC pour le VIH /SIDA)	Novembre 2000	
2. Burkina Faso	Burkina Santé II (FAD 10 millions d'UC) (1 million. UC pour le VIH/SIDA)	1999	<ul style="list-style-type: none"> - IEC, matériel de laboratoire - Conseil, - Test de dépistage SIDA - Programme de sensibilisation au VIH/SIDA et aux MST
3. Burundi	Santé : Projet de réhabilitation (FAD 7,9 millions UC) (TAFY 0,7 millions UC)	1998	<ul style="list-style-type: none"> - Réhabilitation du laboratoire D'analyses du sang ; - Fourniture de matériel de Laboratoire - Formation du personnel
4. Tchad	Programme d'appui au renforcement du système national à la lutte contre le VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles (FAT 1 millions UC) (FAD 5 millions UC)	2001	<ul style="list-style-type: none"> - Construction, équipement du centre national de transfusion sanguine - Construction /réhabilitation équipement des unités régionales de transfusion sanguine - Dotation de base en réactifs, produits et consommables pharmaceutiques, retro-viraux, et médicaments essentiels - IEC volet programme routier du PNLIS - Construction et équipement du centre national et 3 antennes d'appui psychomédico-social. - Formation du personnel - Appui à l'élaboration/préparation de l'initiative inter-régionale de lutte contre le VIH/SIDA
5. Côte d'Ivoire	Projet de réhabilitation des infrastructures hospitalières et appui aux soins de Base. (FAD : 7,3 millions d'UC) (BAD : 4,05 millions composants VIH/SIDA 529,000)	1990 (en cours)	<ul style="list-style-type: none"> - Construction et équipement d'un centre régional de transfusion sanguine à Daloa - 4 banques de sang dans 4 hôpitaux régional
6. Djibouti	Renforcement des services de santé (1000.000 UC pour le VIH/SIDA)	Pour 2001	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement institutionnel
7. Gabon	Santé: projet de réhabilitation (FAD 10 millions UC)	1999	<ul style="list-style-type: none"> - Réhabilitation du laboratoire D'analyses du sang ; - Fourniture de matériel de Laboratoire - Formation du personnel
8. Gabon	Appui à la lutte contre le VIH/SIDA et les MST. BAD : 5,0 millions UC	A réévaluer En 2001	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'efficacité de la lutte contre la transmission du VIH/SIDA et des MST par un système sécurisé de transfusion sanguine - Formation du personnel; - Campagne sanitaire - Programme de sensibilisation au VIH/SIDA et aux MST

9. Guinée	Renforcement du Système de Santé (FAD : 300,000 UC pour le VIH/SIDA)	2000	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement institutionnel - Programme de sensibilisation au VIH/SIDA et aux MST
10. Kenya	Santé III (SWAP : 200 mille UC pour le VIH/SIDA)		<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement institutionnel - Programme de sensibilisation au VIH/SIDA et aux MST
11. Lesotho	Projet d'amélioration des ressources naturelles et du revenu rural des hauts plateaux (50 mille UC) (40,000 UC pour le VIH/SIDA)	2000	<ul style="list-style-type: none"> - Appui aux entreprises rurales - Soutien au programme de prévention et de contrôle du VIH/SIDA.
12. Lesotho	Santé V (0,5 millions UC)	Pour 2001	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement institutionnel - Soutien au programme de prévention et de contrôle du VIH/SIDA
13. Mauritanie	Programme d'investissement sectoriel (Montant à déterminer)	1999	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien au programme national MST/VIH/SIDA ; - Matériel & fournitures ; - Formation du personnel - Achat de médicaments.
14. Malawi	Soutien au programme national de lutte contre le SIDA (Don du FAT : environ 1 million d'UC.	1999	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement institutionnel
15. Malawi	Health III (1,300.000 UC pour le VIH /SIDA)	2000	
16. Mali	Appui au PRODESS (SIP) (ADF 10 mill. UA; TAF 2 mill. UA)	Pour 2001	<ul style="list-style-type: none"> - Initiative régionale de lutte contre les MST et le VIH/SIDA (région de Sikasso); - IEC, Activités d'alphabétisation
17. Maroc	Projet de Renforcement des soins de santé de base en milieu rural (FAD 18,5 millions d'UC) (BAD 18,42 millions d'UC)	1992	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien au programme national MST, VIH/SIDA ; - Fournitures ; - Formation du personnel ; - Achat de médicaments.
18. Mozambique	Amélioration du revenu du secteur Familial (40,000 UC pour le VIH /SIDA)	Décembre 2000	
19. Mozambique	Projet Santé II (1,000,000 UC pour le VIH /SIDA)	Decembre2000	
20. Mozambique	Programme intégré d'eau et d'assainissement (140,000 UC pour le VIH /SIDA)	Décembre 2000	

21. Mozambique	Réhabilitation des routes (50,000 UC pour le VIH /SIDA)	Décembre 2000	
22. Multinational	Assistance technique à la commission des transports et communications d'Afrique Australe (FAD 350 mille UC) (348,000 UC pour le VIH /SIDA)	2000	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation et contrôle du VIH/SIDA dans le secteur du transport
23. Nigeria	Projet de réduction de pauvreté dans les communes. (FAD UC 10.5 millions) (1,6 mill. UC pour le VIH/SIDA)	Décembre 2000	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer - Assistance des groupes communautaires et organisation non-gouvernementale pour mesures préventives.
24. R.D.C. (ex-Zaïre)	Renforcement du laboratoire d'immunologie de la faculté de l'Université de Kinshasa	1988	<ul style="list-style-type: none"> - Equipement médical des Laboratoires - Construction et animalerie - Formation
25. Tanzanie	Projet de réhabilitation sanitaire (FAD 15 millions d'UC)	1997	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien au programme national MST, VIH/SIDA – IEC et Organisation d'ateliers sur le VIH/SIDA impliquant le secteur Privé commercial ; - Réhabilitation des laboratoires et fourniture de matériel Moderne.
26. Togo	Projet de réhabilitation des centres hospitaliers régionaux et de renforcement de la pharmacie d'approvisionnement (FAD 13 millions d'UC)	1992	<ul style="list-style-type: none"> - Matériel de laboratoire pour le dépistage du SIDA et des MST dans les hôpitaux régionaux ; - Formation du personnel Médical - Et de techniciens de laboratoire ; - Sensibilisation au programme VIH/SIDA et MST.
27. Ouganda	Projet de réhabilitation sanitaire (FAD 25,3 millions d'UC) et FSN 5,0 millions d'UC.	1990	<ul style="list-style-type: none"> - Séminaire de formation au VIH/SIDA dans les écoles de District.
28 Ouganda	Projet d'appui au secteur de la santé (FAD 30 million UC)	2000	
29 Zambie:	Education II (40000 UC)	1999	<ul style="list-style-type: none"> - Séminaire sur le HIV/SIDA
30 Zambie:	Projet d'irrigation à petite échelle (30 mille UC)	2000	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement institutionnel - Sensibilisation au programme VIH/SIDA et MST - Formations du personnel
31 Zambie	Projet central d'adduction d'eau (550,252 UC pour le VIH/SIDA)	Décembre 2000	
32 Zambie	Appui au programme national de lutte contre le SIDA (1 million UC)	Pour 2001	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement institutionnel
33 Zimbabwe	Appui au programme national contre le SIDA (1 million UC)	Pour 2001	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement institutionnel

Note : A ce jour 7 projets sont approuvés, 7 sont en cours d'approbation et 6 sont programmés pour 2001

**ESTIMATION (%) DE PREVALENCE VIH/SIDA
DES ADULTES (15 – 49 ans) PAR PAYS**

PAYS	2000
1. Afrique du Sud	19.94
2. Algérie	0.07
3. Angola	2.78
4. Bénin	2.45
5. Botswana	35.80
6. Burkina Faso	6.44
7. Burundi	11.32
8. Cameroun	7.73
9. Cap Vert	-
10. Centrafrique	13.80
11. Comores	0.12
12. Congo	6.43
13. Côte d'ivoire	10.76
14. Djibouti	11.75
15. Egypte	0.02
16. Erythrée	2.87
17. Ethiopie	10.63
18. Gabon	4.16
19. Gambie	1.95
20. Ghana	3.60
21. Guinée	1.54
22. Guinée-Bissau	2.50
23. Guinée Equatoriale	0.51
24. Kenya	13.95
25. Lesotho	23.57
26. Liberia	2.80
27. Libye	0.05
28. Madagascar	0.15
29. Malawi	15.96
30. Mali	2.03
31. Maroc	0.03
32. Mauritanie	0.52
33. Maurice	0.08
34. Mozambique	13.22
35. Namibie	19.54
36. Niger	1.35
37. Nigéria	5.06
38. Rwanda	11.21
39. Sénégal	1.77
40. Seychelles	-
41. Sierra Leone	2.99
42. Somalie	-
43. Soudan	0.99
44. Sao Tome & Principe	
45. Swaziland	25.25
46. Tanzanie	8.09
47. Togo	5.98
48. Tchad	2.69
49. Tunisie	0.04
50. Ouganda	8.30
51. République Démocratique du Congo	5.07
52. Zambie	19.95
53. Zimbabwe	25.06

Source : UNAIDS : Report on the Global HIV/AIDS epidemic, June 2000

EXEMPLES DE STRATEGIES EFFICACES DANS LA REPOSE AU VIH/SIDA

(Extrait de « L'action de lutte contre le VIH :/SIDA en Afrique se renforce: en réponse à la crise au développement », B M 1999)

1. D'après les résultats d'une étude effectuée au Rwanda sur l'impact des services de conseil et de dépistage préventif, le taux d'incidence annuelle des infections par VIH des femmes est tombé de 4,1% à 1,8% et la prévalence de la gonorrhée a été ramenée de 13 à 6% chez les femmes séropositives (Allen et al., 1992). Le coût estimatif des programmes de conseils et de dépistage sur une base volontaire en Afrique subsaharienne est de 4,40 dollars par personne conseillée et testé.¹
2. Une intervention en République démocratique du Congo, axée sur l'éducation, le traitement des MST et la distribution de préservatifs aux professionnels du sexe a fait passer le taux d'utilisation régulière de préservatifs de 10 à 68% en trois ans. Le taux d'incidence du VIH est tombé de 11,7 à 4,4 pour cent femmes/années d'observation et l'incidence des MST traitables est d'environ 2,33 dollars par cas.
3. Dans le cadre d'un projet réalisé au Kenya par le biais d'interventions sur les lieux de travail, des camionneurs ont reçu des préservatifs et des matériels éducatifs et bénéficié d'un traitement contre les MST. Au bout d'un an, on a enregistré une diminution de 13% des rapports sexuels hors mariage (36% au lieu de 49%) et de 6% des rapports avec des professionnels du sexe (6% au lieu de 12%). Le nombre de cas de MST a également baissé (Jackson et al., 1997). D'autres études estiment le coût d'une intervention sur le lieu de travail axée uniquement sur l'éducation à 0,50 dollars par travailleur ciblé. Les coûts du traitement des MST et des préservatifs seraient du même ordre que ceux qui sont indiqués plus haut.
4. Des études réalisées à Mwanza (Tanzanie) montrent que le traitement systématique précoce des MST dans une communauté rurale a fait baisser de 42% le nombre des nouvelles infections par VIH, moyennant un coût de 10 dollars par personne soignée (Grosskurth et al., 1995). Selon des données plus récentes, c'est sans doute au premier stade d'une épidémie de VIH qu'il est le plus efficace de soigner les MST (Wawer et al., 1999).

Le problème consiste à incorporer ces interventions et d'autres mesures efficaces dans un programme national de grande envergure, d'en accroître la portée et de les poursuivre de façon durable. Certains pays sont ainsi parvenus à freiner l'épidémie et à en réduire l'impact. Ils ont réussi à modifier les normes sociales pour aider la population à réduire le risque d'infection par le VIH et ont fait baisser sensiblement le nombre de nouveaux cas d'infection. Les mesures énergétiques prises par ces pays et le succès de leurs efforts de prévention du VIH incitent à l'optimisme :

Dans certaines régions de l'Ouganda, entre 1990-93 et 1994-95, on a enregistré une diminution sensible de la prévalence du VIH chez les femmes fréquentant des cliniques prénatales, en particulier dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans (Wawer et al., 1999). Les changements de comportement qui ont permis cette baisse résultent des mesures énergétiques prises à un haut niveau et des partenariats efficaces constitués avec la société civile.

Les autorités sénégalaises ont choisi d'admettre l'existence de l'épidémie et de s'attaquer au problème dès le départ. En ralliant à une campagne de prévention opportune et intensive toutes les principales parties prenantes, le pays est parvenu à maintenir son taux d'infection par HIV à un niveau parmi les plus faibles d'Afrique subsaharienne (1,77%). Comme le nombre de séropositifs est peu élevé, les pouvoirs publics peuvent envisager d'appliquer des programmes de traitement dont le coût aurait été excessif autrement (ONUSIDA, 1998).

¹ Les coûts estimatifs cités ici ne sont pas propres à ces études mais ont été calculés à partir des documents disponibles sur le coût des interventions dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne ; ils correspondent à un scénario de coûts moyens (Kumaranayake et Watts, 1999).



LE PARTENARIAT INTERNATIONAL CONTRE LE SIDA EN AFRIQUE

RESUME D'ORIENTATION

- Le Partenariat international contre le SIDA en Afrique est une riposte coordonnée aux ravages provoqués par l'épidémie sur le continent africain.
- Pour lancer le processus d'élaboration d'un plan d'action, des consultations ont été organisées avec des responsables africains aux niveaux national, sous-régional et régional, avec des donateurs et avec les institutions du système des Nations Unies.
- Les efforts se portent principalement à l'échelon de la communauté, du district et du pays, mais la coopération et la coordination sous-régionale seront également renforcées.
- Une Equipe spéciale, composée de membres du personnel de l'ONUSIDA, a été constituée par le Secrétariat du Programme, pour s'occuper du Partenariat. Des fonds ont été réorientés pour soutenir les premières activités du Partenariat.
- Les agences coparrainantes de l'ONUSIDA élaborent actuellement leurs plans d'action respectifs en vue d'intensifier leurs activités en Afrique subsaharienne.

1. LE SIDA EN AFRIQUE : UNE CRISE DE DEVELOPPEMENT COMPLEXE ET EMERGENTE

- *Est devenu la première cause de mortalité en Afrique*
- *Fait partie du vécu d'un africain sur quatre*
- *Est en train d'anéantir les acquis du développement des dernières décennies*
- *Est en train de devenir la principale menace pour le développement socio-économique en Afrique*

Les actions entreprises maintenant ou non, et dans les années à venir seront déterminantes pour l'avenir du continent.

2. POURQUOI UN PARTENARIAT MAINTENANT ?

- *Nécessité d'élargir la réponse actuelle pour faire face à l'évolution galopante de l'épidémie. La réponse actuelle et son financement sont largement insuffisants.*
- *Nous savons ce qui fonctionne et avons noté des réussites au niveau local et au niveau de certains pays, à travers :*
 - *une reconnaissance publique du problème du SIDA*
 - *l'allocation des ressources nationales, qui entraîne des fonds extérieurs*

une approche multi-sectorielle et une implication de la société civile

- *Une opportunité politique se présente : les chefs africains rompent enfin le silence forcé autour de l'épidémie.*

3. LA VISION DU PARTENARIAT

D'ici la fin de la prochaine décennie, les pays africains auront mis en place des réponses nationales plus élargies, soutenues, et plus efficaces pour lutter contre le SIDA. A travers des efforts de collaboration et la promotion et protection des droits de l'homme, les pays vont réduire de façon significative le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH, assurer des soins continus aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA et leur famille et mobiliser des communautés, des ONG, le secteur privé et des individus pour faire face aux effets néfastes de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique.

4. LES PRINCIPES DU PARTENARIAT

- *Les responsables politiques africains ont un RÔLE MOTEUR*
- *L'action est focalisée au NIVEAU PAYS, basé sur les priorités définies par les COMMUNAUTES*
- *Respect des DROITS de L'HOMME et participation totale des PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH*
- *PAS DE NOUVELLE BUREAUCRATIQUE! Le Partenariat sera construit sur des structures existantes au niveau mondial, régional et national.*

5. CINQ LIGNES D'ACTION PRINCIPALES

- *LA MOBILISATION POLITIQUE ET LE PLAIDOYER : pour susciter un vaste engagement, en mobilisant les chefs d'état, les organisations panafricaines, les chefs locaux et les personnes influentes dans les cercles religieux, communautaires et économiques ;*
- *DEVELOPPEMENT D'OBJECTIFS ET DE STRATEGIES : afin de disposer d'un cadre d'action global, comprenant des objectifs et des indicateurs de suivi clairs sur l'impact, des partenariats au niveau local, et l'appui technique et financier ;*
- *LE SOUTIEN AUX PAYS : pour aider à la finalisation et la mise en œuvre des plans nationaux, qui ont été formulés conjointement avec des partenaires de différents secteurs, tout en intégrant les priorités identifiées au niveau communautaire ;*
- *RESSOURCES FINANCIERES : pour augmenter et réorienter les ressources existantes et mobiliser des ressources supplémentaires provenant des secteurs non traditionnels ;*
- *RENFORCEMENT DES RESSOURCES TECHNIQUES : pour aider les pays à avoir accès à de l'assistance technique au moment souhaité, renforcer les capacités et améliorer la qualité des interventions.*

OUTIL POUR FACILITER LA PRISE EN COMPTE DU VIH/SIDA DANS LES OPERATIONS DE LA BANQUE AU NIVEAU DES PAYS

1. INTRODUCTION

1.1 Les déterminants majeurs de la propagation de l'infection par le VIH sont des facteurs comportementaux tels que le *multipartenariat* sexuel, les *rapports sexuels occasionnels*, les *rapports sexuels non protégés* et les *rapports sexuels précoces*. Des facteurs médico-sanitaires comme la présence d'une *MST* et l'*ignorance du statut sérologique* pour non-annonce des résultats positifs du test par le personnel de santé peuvent favoriser la transmission du VIH.

1.2 Des *facteurs socio-économiques* comme la précarité, le chômage et la pauvreté, et des *facteurs politiques* comme l'insuffisance du cadre juridique concernant le VIH/SIDA et la mal gouvernance aggravent les situations de vulnérabilité. La vulnérabilité est en rapport avec :

- Les *migrations* internes et internationales et toutes les autres formes de déplacement de populations : les « *déplacés* » et les *réfugiés*.
- Les *conflits socio-politiques* qui plongent la plupart des pays dans la guerre civile et mettent les populations en situation de vulnérabilité.
- Le *chômage* dans des pays qui n'offrent aucune perspective aux jeunes.
- La *prostitution*.
- L'*ignorance* de la nature du VIH/SIDA et de ses impacts
- La *pauvreté* et la *précarité socio-économique*.

2. MISSION SUR LE TERRAIN : ETAPES ET QUESTIONS ESSENTIELLES

Pour le personnel ou les consultants de la Banque qui vont en mission dans les pays et dont les termes de référence incluent le VIH/SIDA, il est suggéré de se référer systématiquement au plan stratégique existant au niveau des pays et de se baser sur les expériences et connaissances de l'ONUSIDA.

2.1. Préparation de la mission

Avant de quitter le siège de la Banque, la mission doit :

- recueillir des informations sur le pays à visiter et discuter éventuellement de l'outil préconisé pour faciliter la prise en compte du VIH/SIDA dans les opérations de la Banque ;
- informer le pays d'accueil sur l'intention de la Banque de prendre en compte la dimension VIH/SIDA dans le cadre de sa mission afin que les autorités puissent prendre les dispositions adéquates au niveau des responsables nationaux et des partenaires, impliqués dans la lutte contre le SIDA.

2.2 Sur le terrain :

1. La mission devra tout d'abord faire le point avec le ministère chargé du secteur d'intervention qui fait l'objet de la mission pour identifier les différents acteurs actuels ou potentiels du projet dans le domaine du VIH/SIDA ;

2. Le calendrier de travail de la mission devra intégrer des rencontres avec le PNLS, le groupe thématique de l'ONUSIDA et éventuellement les acteurs de terrain telles que les ONG et associations y compris celles de personnes vivant avec le VIH.
3. Les questions à poser aux différents acteurs-clés sont entre autres :
 - Où en est la planification stratégique ? Le secteur d'intervention concerné par la mission est-il sensible ou vulnérable au VIH/SIDA ? et dispose-t-il d'un plan d'action sectoriel ? Quelles sont les personnes et institutions du secteur qui sont déjà impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA ? Comment le PNLS est structuré ? et quels sont les mécanismes de gestion et de coordination du PNLS ? Quel est le niveau de décentralisation du PNLS ? Le Bureau de coordination du PNLS collabore-t-il déjà avec la BAD ? Quelle est la structure et le fonctionnement du groupe thématique de l'ONUSIDA dans le pays ?

2.3 Tirer les conclusions de ces concertations

Fort de toutes les informations recueillies, la mission peut tirer les premières conclusions en concertation avec les partenaires nationaux. Elle peut estimer l'importance à donner à la dimension VIH/SIDA dans l'opération de la Banque, suggérer des interventions possibles, proposer un pourcentage du budget du projet à consacrer au volet lutte contre le VIH/SIDA. Ces informations seront reprises dans l'Aide-Mémoire qui sera distribué au groupe thématique de l'ONUSIDA et au PNLS.

2. DEMARCHE POUR INTEGRER LE VIH/SIDA DANS LE CYCLE DU PROJET.

Le tableau ci-après énumère les points d'entrée clés du VIH/SIDA dans les différentes phases du cycle.

PHASE	CARACTERISTIQUES	PARTIES CONCERNEES	DOCUMENTS DE REFERENCE	POINTS D'ENTREE DE LA PROBLEMATIQUE
Elaboration de la stratégie par pays	Contexte macro-économique et social, contexte politique (gouvernance), sensibilité, vulnérabilité des secteurs, rôle des secteurs dans la lutte contre le VIH/SIDA	Département des opérations, Gouvernement, ONGS, Bénéficiaires, autres partenaires au développement	Vision de la Banque, Politiques sectorielles, FAD VIII, plan stratégique national VIH/SIDA ou rapport d'analyse de la situation et de la réponse, note d'information sur le pays/VIH/SIDA, note de mission	Orientations sectorielles, Note de mission Aide-mémoire
Identification	Requêtes de projet/programme, Résultats d'études sectorielles	Département des opérations, Secteurs Concernés (gouvernement) ONG, Bénéficiaires, autres Partenaires au développement	Idem + Outil pour faciliter la prise en compte du VIH/SIDA dans les opérations de la Banque, Note de mission (termes de référence) étude de faisabilité	Note de mission (termes de référence), Rapport mission d'identification Aide-mémoire
Préparation	Conception technique, Définition des indicateurs, Prise en compte du VIH/SIDA (domaines et niveau d'intervention)	Département des Opérations, Ministères Concernés, ONG, Bénéficiaires, Autres partenaires au développement Programme SIDA (PNLS)	Rapport d'identification, Note de mission (termes de référence), Politiques sectorielles concernées, Plan stratégique VIH/SIDA	Note de mission, aide-mémoire rapport de préparation
Evaluation & Financement	Pertinence du projet/ Programme, processus (fonctionnement) Efficacité/efficience Viabilité, Impact place du VIH/SIDA (sensibilité, vulnérabilité et rôle du secteur) Exécution (qui ? Comment ? avec quoi ? budget, plan d'exécution	Département Opérations, Secteurs concernés, PNLS, Ministère du Plan et des Finances, Bénéficiaires, ONG, Autres partenaires	Rapport de préparation Orientations sectorielles, Note de mission, Document de Stratégie de prise en compte du VIH/SIDA de la Banque	Aide-mémoire rapport de mission
Exécution & lancement	Activités, détails des Responsabilités, de mise en œuvre Mécanismes de coordination, de suivi/ Evaluation, Action contre le VIH/SIDA	Bénéficiaires, Organe chargé de l'exécution, Ministère de tutelle, PNLS, Département Opérations , CSPS	Rapport d'évaluation Accord de Prêt	Note de mission Aide-mémoire Rapport d'évaluation.

BIBLIOGRAPHIE

Barnett, Tony and Alan Whiteside. "HIV/AIDS and Development: Case Studies and a Conceptual Framework." The European Journal of Development Research, 11 (December 1999, pp. 230 - 234.

Banque Mondiale: "Impact Macro-Economique De L'épidémie De SIDA ". Stratégies De La Banque Mondiale Sur Le VIH/SIDA 1999. Washington, DC: Banque Mondiale, 1999.

Central Bureau of Statistics, Ministry of Planning and National Development. Kenya Population Census 1989: Analytical Report, VII, Population Projections. Nairobi: Ministry of Planning and National Development, 1996.

Commission Economique Européenne (CEE). "Intégration De La Problématique Du VIH/SIDA Dans L'aide Au Développement". Manuel Pratique. CEE,

Forsythe, Steven, Bill Rau, Elizabeth Gold, Janet Hayman and Neen Alrutz, eds. AIDS: Socio-economic Impact and Policy Implications in Kenya." Arlington, Virginia: Family Health International, 1996.

Fylkesnes, Knut; Rosemary Mubanga Musonda; Kelvin Kasumba; Zacchaeus Ndhlovu; Fred Mluanda; Lovemore Kaetano; and Chiluba C. Chipaila. "The HIV Epidemic in Zambia: Socio-demographic Prevalence Patterns and Indications of Trends Among Childbearing Women," AIDS 11(1997),339-345.

Hunter, Susan and John Williamson. Children on the Brink: Strategies to Support Children Isolated by HIV/AIDS. Washington: United States Agency for International Development, 1997.

Jackson, Denis J., Elizabeth N. Ngugi, Francis A. Plummer, Patrick Kirui, Cecilia Kariuki, Jeckoniah O. Ndinya-Achola, Job J. Bwayo and Stephen Moses. "Stable Antenatal HIV
Jeune Afrique L'intelligent, No. 2041. 22-28 Février 2000

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) AIDS Epidemic Update: December 1999. Geneva: UNAIDS and World Health Organization, 1999.

Kayita, Janet and John B. Kyakulaga. HIV/AIDS Status Report. Uganda, July 1997. Kampala: Uganda AIDS Commission, 1997.

Kelly, M.J. "What HIV/AIDS Can Do to Education, and What Education Can Do to HIV/AIDS." Paper for presentation to the All Sub-Saharan Africa Conference on Education for All - 2000, Johannesburg, December 1999

Lungwangwa, G., M.J. Kelly, G.N. Sililo, E.M. Silanda, H. Haantuba, J. Kanyika and J. Milimo. Basic Education for Some: Factors Affecting Primary School Attendance in Zambia Lusaka: Ministry of Finance and Economic Development, 1999.

Ministry of Health/Central Board of Health. HIV/AIDS in Zambia: Background. Projections. Impacts. Interventions. Lusaka: Ministry of Health/Central Board of Health, 1999.

Mukuka, L. and W. Kalikiti. The Impact of HIV/AIDS on Education in Zambia. Lusaka: Ministry of Health, 1995.

National AIDS Coordination Programme, Ministry of Health and Child Welfare. HIV/AIDS in Zimbabwe: Background. Projections. Impact Interventions. Harare: National AIDS Coordination Programme, Ministry of Health and Child Welfare, 1998.

Okeyo, T.M., G.M.Baltazar, J. Stover and A. Johnston, eds. AIDS in Kenya: Background. Projections. Impact and Interventions. Nairobi: National AIDS and STDs Control Programme, 1999.

Organisation de l'unité Africaine (OUA). " Déclaration Des Chefs D'état." QUA. Dakar, Juillet 1992.

Organisation de l'unité Africaine (OUA)."Sommet Des Chefs D'état ". QUA. Ouagadougou,1998.

Organisation de l'unité Africaine (OUA). Sommet Sur La Croissance Economique Et La Réduction De La Pauvreté En Afrique Du Sud Du Sahara. OAU, Libreville, Janvier 2000

Programme Commun Des Nations Unies Pour La Lutte Contre Le VIH/SIDA (ONUSIDA): Le Point Sur L'épidémie De SIDA. ONUSIDA, Décembre 1998.

Programme Commun De Nations Unies Pour La Lutte Contre Le VIH/SIDA (ONUSIDA): Le Point Sur L'épidémie De SIDA. ONUSIDA. Décembre 1999.

Republic of Zimbabwe. National Policy on HIV/AIDS for the Republic of Zimbabwe. Harare, 1999.

Seroprevalence with High Population Mobility and Marked Seroprevalence Variation Among Sentinel Sites within Nairobi, Kenya." AIDS 13 (1999), 583 - 589.

Situation Analysis of Orphans in Zambia 1999 (Draft): Summary Report." Joint USAID/UNICEF/SIDA Study Fund Project, 1999.

Stoneburner, Rand L. and Manuel Carballo. An Assessment of Emerging Patterns of HIV Incidence in Uganda and Other East African Countries: Final Report of Consultation. Geneva: International Centre for Migration and Health, 1997.

Stover, J. and G. M. Baltazar. "Incidence of HIV Infection in Kenya: Estimates Derived from Sentinel Surveillance." Paper presented at the 28d National Conference on HIV/AIDS and STDs in Kenya. Nairobi, 1998.

Uganda Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Disease; Geneva Joint United Nations Programme on AIDS and World Health Organization, 1998.

World Bank. The Challenge of Growth and Poverty Reduction (Uganda). Washington: The World Bank, 1996.

World Bank. Zambia: Basic Education Subsector Investment Program (BESSIP). Washington: The World Bank, 1999.

World Bank. Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa: Responding to a Development Crisis. Washington, DC: Office of the Publisher, World Bank, 1999.

World Bank. Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic. New York: Oxford University Press, 1997.