

L'ENGAGEMENT DE LA BANQUE MONDIALE FACE AU
VIH/SIDA EN AFRIQUE

NOTRE PROGRAMME D'ACTION, 2007-2011

L'ENGAGEMENT DE LA BANQUE MONDIALE FACE AU
VIH/SIDA EN AFRIQUE

NOTRE PROGRAMME D'ACTION, 2007-2011



Banque mondiale

Washington

©2007 Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale
1818 H Street NW
Washington DC 20433
Téléphone : 202-473-1000
Internet : www.worldbank.org
Courriel : feedback@worldbank.org

Tous droits réservés

1 2 3 4 5 11 10 09 08

Le présent document a été établi par les services de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement. Les constatations, interprétations et conclusions qui y sont présentées ne reflètent pas nécessairement les vues des Administrateurs de la Banque mondiale ou des pays qu'ils représentent.

La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données contenues dans ce document. Les frontières, les couleurs, les dénominations et toute autre information figurant sur les cartes du présent document n'impliquent de la part du Groupe de la Banque mondiale aucun jugement quant au statut juridique d'un territoire quelconque et ne signifie nullement que le Groupe reconnaît ou accepte ces frontières.

Droits et licences

Le contenu de cette publication fait l'objet d'un dépôt légal. Aucun passage du texte ne peut être reproduit ou transmis sans l'autorisation préalable de la Banque mondiale. La Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale encourage la diffusion de ses études et, normalement, accorde sans délai l'autorisation d'en reproduire des passages.

Pour obtenir l'autorisation de photocopier ou d'imprimer des passages, veuillez adresser votre demande en fournissant tous les renseignements nécessaires par courrier au Copyright Clearance Center Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, Massachusetts, 01923 (États-Unis d'Amérique) ; tél. : 978-750-8400 ; fax : 978-750-4470 ; site Web : www.copyright.com.

Pour tous autres renseignements sur les droits et licences, y compris les droits dérivés, envoyez votre demande par courrier à l'adresse suivante : Office of the Publisher, World Bank, 1818 H Street, NW, Washington, DC 20433, USA; par télécopie au : 202-522-2422 ; ou par courriel : pubrights@worldbank.org.

Anglais :	Français :	Portugais :
ISBN-13: 978-0-8213-7448-1	ISBN-13: 978-0-8213-7464-1	ISBN-13: 978-0-8213-7466-5
eISBN-13: 978-0-8213-7449-8	eISBN-13: 978-0-8213-7465-8	eISBN-13: 978-0-8213-7467-2
DOI: 10.1596/978-0-8213-7448-1	DOI: 10.1596/978-0-8213-7464-1	DOI: 10.1596/978-0-8213-7466-5

Maquette de couverture : Naylor Design, Inc.

Photo de couverture :

La bibliothèque du Congrès a catalogué l'édition anglaise comme suit :

World Bank.

The World Bank's commitment to HIV/AIDS in Africa : our agenda for action, 2007-2011.

p. ; cm.

March 2008.

Includes bibliographical references and index.

ISBN-13: 978-0-8213-7448-1 (alk. paper)

ISBN-10: 0-8213-7448-6 (alk. paper)

1. World Bank. 2. AIDS (Disease)—Africa, Sub-Saharan—Prevention—Finance. 3. AIDS (Disease)—Africa, Sub-Saharan—International cooperation. 4. AIDS (Disease)—Economic aspects—Africa, Sub-Saharan. I. Title. [DNLM:

1. Banque mondiale. 2. Acquired Immunodeficiency Syndrome—economics—Africa—Tables. 3. HIV Infections—economics—Africa—Tables. 4. Acquired Immunodeficiency Syndrome—prevention & control—Africa—Tables. 5. HIV Infections—prevention & control—Africa—Tables. 6. International Agencies—Africa—Tables. 7. International Cooperation—Africa—Tables. 8. Regional Health Planning—Africa—Tables. WC 503 W9273w 2008]

RA643.86.A357W67 2008
362.196'979200967—dc22

2007051390

Table des Matières

Avant-proposix
Remerciementsxi
Sigles et abréviationsxv
Chapitre 1 Introduction	1
Le Programme d'action	1
Les données du problème	3
Des gageures permanentes	4
Interventions futures de la Banque	6
Incidence sur le programme de travail de la Région Afrique	7
Notes	8
Chapitre 2 Le diagnostic	9
L'épidémiologie du VIH/SIDA dans les pays subsahariens	10
L'impact de l'épidémie sur le développement	14
Les conséquences à tirer pour l'Afrique	17
Note	17
Chapitre 3 L'action de la banque face au VIH/SIDA jusqu'à ce jour	19
Le bilan	21
Enseignements tirés	23
Chapitre 4 Les défis stratégiques du nouvel environnement	25
Finance, pérennité et obligation de rendre des comptes	25
Problèmes opérationnels	30
CHAPITRE 5 Le programme d'action 2007-2011	35
Objectifs stratégiques	37
Cadre conceptuel général	39
Les fondements du programme d'action : le renouvellement de l'engagement pris	39
Premier pilier : Cibler les interventions en prenant appui sur des stratégies VIH/SIDA fondées sur l'observation de faits concrets et la hiérarchie des priorités	41
Deuxième pilier : Transposer à plus grande échelle les interventions plurisectorielles ciblées et les interventions de la société civile	42

L'engagement de la Banque mondiale face au VIH/SIDA en Afrique

Troisième pilier : Obtenir des résultats plus efficaces en renforçant les capacités de suivi et d'évaluation des pays	46
Quatrième pilier : Harmoniser la collaboration entre les bailleurs de fonds	47
Résultats escomptés	47
L'impact potentiel et les conséquences de l'inaction	48
Note	50
Chapitre 6 Conséquences à tirer au plan opérationnel pour la Banque ..	51
Implications du programme de travail pour la Région Afrique	53
Un programme de soutien VIH/SIDA pour la période couvrant les Ex.07–11	54
Conséquences au niveau des dotations en personnel et de la budgétisation	55
Chapitre 7 Conclusion	57
Annexes	
1 Consultations relatives au Programme d'action	60
2 Indicateurs du VIH pour l'Afrique subsaharienne	67
3 Action de la Banque face au VIH/SIDA : Chronologie des évènements	71
4 Impact potentiel des interventions VIH/SIDA : Méthodologie et simulations	73
5 Portefeuille VIH/SIDA de la Banque pour l'Afrique, Ex. 89 – 07 ..	81
6 Bilan du PPS	85
7 Problèmes liés à la mise en œuvre du PPS, et amélioration des résultats du PPS en Afrique	87
8 Prévalence du VIH et financements internationaux	91
9 Le rôle de la Banque dans la répartition des tâches d'ONUSIDA ..	93
10 Programme d'action : Plan d'exécution et Cadre de résultats	94
11 La fiche de résultats VIH/SIDA	109
Références et autres ressources	115
Figures	
2.1 Nombre estimatif d'individus vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne, 1990–2007	11
2.2 L'hétérogénéité de la prévalence en Afrique	13
2.3 Évolution de l'espérance de vie à la naissance dans divers pays d'Afrique à prévalence élevée et faible, 1965–2005	15
4.1 Engagements actifs en faveur du VIH/SIDA par secteur (Banque mondiale)	32

5.1	Financements internationaux pour le VIH/SIDA dans les 10 pays où la prévalence est la plus élevée	36
5.2	Prêts de la Banque pour le VIH/SIDA* a en Afrique, Ex. 00 - Ex. 07	37
5.3	Cadre conceptuel du Programme d'action VIH/SIDA de la Banque en Afrique	40
A2.1	Prévalence du VIH, revenu, accès aux traitements et qualité des services de santé dans les pays subsahariens, 2006	70
A4.1	Nombre de décès évités grâce à l'accès universel au traitement (2007-2030)	75
A4.2	Accès universel au traitement: Nombre cumulatifs d'années de vie gagnées en Afrique subsaharienne, 2007-2011	76
A4.3	Infections évitées grâce aux programmes de prévention en Afrique subsaharienne 2007-2011	80
A4.4	Nombre des OEV en Afrique subsaharienne	80

Tableaux

2.1	Les dix principales causes de mortalité et de morbidité en Afrique subsaharienne	10
4.1	Sources de financement et engagements	26
4.2	Ressources nécessaires pour atteindre l'objectif de l'accès universel, 2007-2011	26
5.1	Types de pays et typologie du VIH/SIDA	43
5.2	Interventions différenciées possibles	44
5.3	Fondements	48
5.4	Premier pilier : Cibler les interventions en prenant appui sur des stratégies VIH/SIDA fondées sur l'observation des faits et la hiérarchie des priorités	49
5.5	Deuxième pilier : Transposer à plus grande échelle les interventions plurisectorielles ciblées et les interventions de la société civile	49
5.6	Troisième pilier : Obtenir des résultats plus efficaces en renforçant les capacités de suivi et d'évaluation des pays	50
5.7	Quatrième pilier : Harmoniser la collaboration des bailleurs de fonds	50
A1.1	Consultations relatives au Programme d'action	60
A2.1	Prévalence du VIH, revenu, accès aux traitements et qualité des services de santé dans les pays subsahariens, 2006	67
A2.2	Espérance de vie à la naissance dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 1965-2005	69
A3.1	Action de la Banque face au VIH/SIDA : Chronologie des événements	71
A4.1	Classification croisée des interventions en fonction du coût-efficacité et de l'impact	78
A4.2	Études sur l'efficacité par rapport aux coûts des interventions VIH/SIDA en Afrique subsaharienne	79
A5.1	Projets PPS et projets purement VIH/SIDA clos, et projets clos ayant une composante VIH/SIDA	81
A6.1	Résultats dans les pays où il existe un PPS	85
A6.2	Effets en partie attribuables au PPS	86
A7.1	Vue d'ensemble des principales recommandations	88
A8.1	Prévalence du VIH et financements par pays	91
A9.1	Rôle de la Banque mondiale dans la répartition des tâches en matière d'appui technique de l'ONUSIDA	93

A10.1	Fondements du programme d'action : renouveler l'engagement pris	94
A10.2	Premier pilier : Renforcement des interventions viables à long terme	98
A10.3	Deuxième pilier : Mise en œuvre accélérée des programmes VIH/SIDA	100
A10.4	Troisième pilier : Renforcement des systèmes nationaux concernant la gestion financière, les ressources humaines, la passation des marchés, les chaînes de l'offre et les systèmes de santé/systèmes sociaux	104
A10.5	Quatrième pilier : Renforcement de la coordination des donateurs	106
A11.1	Fiche de résultats VIH/SIDA	111

Avant-propos

Le VIH/SIDA représente une gageure sans précédent, tant au plan du développement qu'au plan humain, surtout en Afrique. Dans de nombreux pays, l'épidémie diminue l'espérance de vie et prive la société de millions d'individus appartenant aux classes d'âge de forte activité. Elle réduit pratiquement à néant l'espoir de vivre une vie pleine et productive pour un nombre inimaginable d'enfants et de jeunes adultes.

La Banque mondiale, institution qui a pour mission de faire reculer la pauvreté dans le monde, est l'une des premières organisations à faire front devant l'urgence du problème VIH/SIDA. Depuis 2000, elle a fourni plus de 1,5 milliard de dollars à plus de 30 pays de l'Afrique subsaharienne pour combattre l'épidémie. Elle a aidé à mettre en place les bases d'une parade efficace — à savoir, une structure de gouvernance, une direction stratégique, une approche plurisectorielle, l'engagement des communautés, et des programmes de prévention, de traitement et de soins. Le soutien de la Banque mondiale a aussi aidé à mobiliser des financements substantiels pour le VIH/SIDA et il a incité les bailleurs de fonds à apporter leur collaboration.

Aujourd'hui, nous comprenons mieux que jamais l'épidémie et la façon dont elle se propage. Nous savons maintenant qu'il ne s'agit pas d'une seule épidémie, mais de plusieurs épidémies différentes. Nous sommes plus conscients de la gravité de ce fléau terrible, qui frappe de façon disproportionnée les femmes et les jeunes filles, qui ont besoin d'un pouvoir juridique, social et économique pour se protéger, obtenir un traitement et des soins, lutter contre l'infection et rejeter la stigmatisation. Et nous avons vu les financements accordés pour le VIH/SIDA augmenter de façon spectaculaire.

Toutefois, le VIH/SIDA demeure la principale cause des décès prématurés observés et il représente une menace majeure pour le développement en Afrique.

La Banque mondiale travaille avec détermination avec les populations d'Afrique — les communautés, leurs dirigeants nationaux et les partenaires extérieurs — pour trouver des solutions et vaincre ce fléau, qui attaque notre humanité commune. C'est la raison pour laquelle, la Banque renouvelle son engagement à long terme pour lutter contre le VIH/SIDA en Afrique. Le titre de ce rapport a été choisi à bon escient : *L'engagement de la Banque mondiale face au VIH/SIDA en Afrique : notre programme d'action, 2007–2011.*

Ce programme d'action réaffirme la détermination de la Banque de rester un partenaire pleinement engagé dans la lutte contre le VIH/SIDA en fournissant des financements et un appui sous forme de travaux d'analyse, de renforcement des capacités et de partage des connaissances. La Banque usera de son influence et d'autres ressources techniques pour combattre l'épidémie, notamment dans les pays de l'Afrique australe — épicerie du VIH/SIDA — qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de l'assistance de l'IDA. Elle centrera aussi son attention sur la réponse stratégique, le suivi et l'évaluation pour renforcer l'efficacité, l'approche plurisectorielle et l'harmonisation avec les autres partenaires du développement.

Ensemble — gouvernements, communautés, individus, acteurs du secteur privé, partenaires du développement et bailleurs de fonds —, nous devons enrayer la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance.

Permettez-moi de terminer en remerciant les nombreux collègues et partenaires des pays du monde entier qui ont apporté des idées et formulé des suggestions pour la mise au point du Programme d'action. Permettez-moi aussi de remercier les agents de la Banque, d'ACTafrica, du Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA (Banque mondiale) et de la Région Afrique pour la persévérance et la patience dont ils ont fait preuve pour mettre ce programme au point. Avec le Plan d'action pour l'Afrique, le Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale et la nouvelle stratégie de la Banque pour améliorer les résultats dans les domaines de la santé, de la nutrition et de la population (*Strategy for Health, Nutrition and Population Results (Healthy Development)*), ce Programme d'action élaboré par la Région Afrique pour lutter contre le VIH/SIDA nous aidera à concentrer nos efforts, réaffirmer la détermination de la Banque et contribuer à concrétiser le rêve d'une Afrique libérée de la dévastation qu'entraîne le sida.

Obiageli Katryn Ezekwesili
Vice-présidente, Région Afrique

Remerciements

L'équipe chargée du Programme d'action contre le VIH/SIDA a travaillé sous la direction d'Elizabeth Lule, responsable de l'équipe « Campagne contre le sida » (ACTafrica), et comprenait Daniel Ritchie, Richard Seifman, Antonio C. David, Albertus Voetberg, Sangeeta Raja, Cassandra De Souza, Carolyn Shelton, Nadeem Mohammad, John Nyaga et Frode Davanger. Une assistance leur a été fournie par Annette Minott, Mohammad Javed Karimullah et Therese Cruz. John Page (Économiste en chef, AFRCE), Gerard Byam (Directeur, AFTQK), Yaw Ansu (Directeur sectoriel, AFTHD) et Debrework Zewdie (Directeur, HDNGA) ont fourni des conseils et des indications pour l'élaboration du Programme d'action.

Le Programme d'action contre le VIH/SIDA n'aurait pu prendre corps sans les qualités d'organisation d'Obiageli Katryn Ezekwesili, Vice-présidente de la Région. Nous tenons aussi à remercier les anciens Vice-présidents de la Région, Callisto Madavo et Gobind Nankani qui ont permis de placer l'engagement constant de la Banque en faveur du VIH/SIDA au cœur du programme stratégique de développement pour l'Afrique.

Plusieurs personnes ont contribué à l'élaboration du Programme d'action. Qu'elles soient toutes profondément remerciées pour avoir consacré leur temps, leurs efforts, leurs idées et leur expérience à ce travail. Des consultations ont été organisées avec une grande diversité de parties prenantes au cours des derniers mois, notamment les gouvernements et les homologues nationaux, la société civile et des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVS) (Nairobi, Mai 2006), des bailleurs de fonds bilatéraux (Londres, octobre 2006), la communauté internationale du VIH/SIDA (Toronto, août 2006), les partenaires multilatéraux du développement (New York, septembre 2006, Genève, octobre 2006, Johannesburg, novembre 2006, Dakar, janvier 2007), les cadres et les agents de la Banque mondiale (Washington, septembre-décembre 2006), les cadres et les agents du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) (Genève, septembre 2006), ainsi que les homologues nationaux et la jeunesse (Johannesburg, février 2007).

Plus d'un millier de personnes provenant de plus de 35 pays et de nombreuses institutions ont participé au processus des délibérations concernant le Programme d'action. Nos pays clients d'Afrique subsaharienne constituaient le plus gros du bataillon des participants. Ils représentaient à tous les niveaux leurs communautés, des groupes

professionnels, des organisations non gouvernementales (ONG) locales, des instituts de recherche, des universités, des acteurs du secteur privé, des fédérations de travailleurs, des syndicats, des administrations locales et des administrations centrales, et des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Des intervenants des deux sexes représentant toute la gamme des âges et des professions nous ont parlé avec compétence, franchise et passion du rôle de la Banque et du combat qu'ils mènent pour vaincre le VIH/SIDA.

Nous remercions très sincèrement nos partenaires extérieurs pour la contribution qu'ils nous apportée et nous apprécions à leur juste mesure les précieux renseignements fournis par les représentants de l'ONUSIDA et de ses agences coparrainantes, d'autres organisations internationales, les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, les gouvernements des pays bénéficiaires, les organismes confessionnels et les organisations de la société civile, la personnes vivant avec le VIH/SIDA, les jeunes, les ONG internationales et nationales, les fondations, les instituts de recherche, et en particulier Christopher Armstrong (Agence canadienne de développement international), Chris Austin (DfID, RU), Andrew Ball (OMS), Mazewa Banda (OMS), Ellie Bard (DfID, RU), Christophe Benn (GFATM), Andrew Berg (FMI), Jochen Bohmer (Ministère du développement économique, Allemagne), Reina Buijs (DSI, Pays-Bas), Thea Christiansen (Ministère des Affaires étrangères, Danemark), Clement Chan-Kam (OMS), Véronique Collard (OMS), Akinyele Dairo (FNUAP), Benedict David (DfID, RU), Jean Christophe Deberre (Ministère des Affaires étrangères, France), Mario Dolpoz (OMS), Norbert Dreesch (OMS), Duncan Earle (GFATM), Emma Fraser (DFID, RU), Robin Gorna (DfID, RU), Frederik Goyet (Ministère des Affaires étrangères, France), Lennarth Hjelmaker (Ministère des Affaires étrangères, Suède), Lisa Kaalund-Jorgensen (Ministère des Affaires étrangères, Danemark), Alan Leather (Global Union AIDS Programme), Louisiana Lush (DfID, RU), Amal Medani (GFATM), Jane Miller (DfID, RU), Asha Mohamud (FNUAP), Nosa Orobaton (GFATM), Mary Otieno (FNUAP), Mark Pearson (HLSP, RU), Sue Perez (RESULTS, US), Tim Poletti (AusAID, Australie), Jo Ruwende (DfID, RU), Daisuke Sakai (Ambassade du Japon, Londres), Anita Sandstrom (Ambassade de Suède), Mark Schreiner (FNUAP), Bernard Schwartzlander (GFATM), Clare Shakya (DfID, RU), Anne Skjelmerud (NORAD, Norvège), Paul Spiegel (HCR), Mats Svensson (SIDA, Suède), Lia von Wantoch (Ambassade des États-Unis, Londres), Bruce Waring (HLSP, RU), Sibili Yelibi (FNUAP) et Paul Zeitz (Alliance mondiale contre le sida, EU).

Une note de synthèse a été élaborée et examinée par une équipe d'agents de la Banque mondiale en juillet 2006. Un avant-projet en outre a été distribué et examiné lors d'une réunion décisionnelle en avril 2007. Nous

tenons à remercier particulièrement ceux qui ont participé à ces réunions à Washington et qui ont pris le temps de formuler de nombreuses observations et de fournir des éléments d'information qui ont aidé à mettre au point le projet final de ce document.

Les experts internes et externes dont les noms suivent méritent des éloges particuliers pour leur diligence, leurs suggestions lucides et l'attention qu'ils ont porté aux détails lors de l'examen des précédents avant-projets du Programme d'action. Les experts des services du Groupe de la Banque mondiale incluent notamment Cristian Baeza (HDNHE), Christopher Walker (AFTH1), Hartwig Schafer (AFRVP) et Irene Xenakis (AFRVP). Les experts de l'extérieur incluent Fama Ba (FNUAP), Geeta Rao Gupta (Centre international de recherche sur les femmes), Sigrun Mogedal (Ministère des affaires étrangères, Norvège), Babatunde Osotimehin (NACA, Nigeria), Kristan Schoultz (PNUD) et Michel Sidibe (ONUSIDA).

Nous remercions également nos collègues de la Banque et d'autres institutions pour leur contribution et les rétro-informations précieuses qu'ils ont fournies aux différents stades de l'élaboration du document : Martha Ainsworth (IEG), Beldina Auma-Owuor (AFREX), Evelyn Awittor (AFTH2), Mark Blackden (AFTPM), Rene Bonnel (HDNGA), Eduard Bos (HDNHE), Mario Bravo (EXTCD), Jonathan Brown (HDNGA), Donald Bundy (HDNED), Joy de Beyer (HDNGA), Jean Delion (AFTS2), Shantayan Devarajan (SAR), Aissatou Diack (AFTH2), Sheila Dutta (AFTH1), John Elder (AFTH3), Helen Evans (GFATM), Laura Frigenti (AFTH3), Rui Gama Vaz (OMS), Teguest Guerma (OMS), Keith Hansen (LCHH), Astrid Helgeland-Lawson (OPCIL), Janet Leno (HDNGA), Montserrat Meiro-Lorenzo (AFTH3), John May (AFTH2), Michael Mills (AFTH1), Norbert Mugwagwa (AFTHD), Dzingai Mutumbuka (AFTH1), Elizabeth Mziray (HDNGA), François Nankobogo (AFTPS), Robert Oelrichs (HDNGA), Judy O'Connor (AFCE1), John Page (AFRCE), Ok Pannenburg (AFTHD), Ritva Reinikka (AFCS1), Khama Rogo (AFTH3), Onno Ruhl (AFTRL), Jocelyn do Sacramento (AFTTTR), Miriam Schneidman (AFTH3), Sudhir Shetty (AFTPM), Siele Silue (AFTTTR), Bina Valaydon (AFTHV) et Guiseppe Zampaglione (AFTH2).

Nous exprimons aussi toute notre gratitude à ceux qui ont mené les travaux d'analyse sur lesquels repose notre Programme d'action. Leur travail réfléchi a guidé nos pas pendant l'élaboration de ce programme de cinq ans pour la région Afrique. Outre les membres de l'équipe de base (cités plus haut), nous tenons à remercier les personnes suivantes, qui méritent toute notre reconnaissance : Katrine Anderson (PREMGE), Jorge Arbache (AFRCE), Victor Barnes (Corporate Council on Africa), Lori

Bollinger (Futures Institute), Esther Dassinou (Corporate Council on Africa), Arunima Dhar (PREMGE), Clare Dickinson (DfID, RU), Ken Grant (DfID, RU), Markus Haacker (FMI), Caroline Hope (Corporate Council on Africa), Paul Jensen (RESULTS), Lucy Keough (HDNDE), Josette Malley (PREMGE), Lana Moriarty (PREMGE), Waafas Ofoosu-Amaah (PREMGE), John Stover (Futures Institute), Marisa van Saanen (HDNDE), Katherine Tulenko (ETWWP) et David Wilson (HDNGA).

Nous voudrions tout particulièrement exprimer notre gratitude au Gouvernement norvégien pour le soutien généreux qu'il a fourni par le biais du ministère des Affaires étrangères et de l'Agence norvégienne de développement international, et pour sa contribution importante au financement du processus de préparation de ce Programme d'action.

Sigles et Abréviations

ACGF	Fonds catalyseur de croissance pour l'Afrique
ACT <i>africa</i>	Équipe de campagne contre le sida en Afrique
AFRRMT	Équipe de direction de la Région Afrique
AFTEG	Unité énergie, Région Afrique
AFTHD	Département du développement humain, Région Afrique
AFTHV	ACT <i>africa</i>
AFTPS	Département du secteur privé, Région Afrique
AFTQK	Qualité opérationnelle et services intellectuels, Région Afrique
AFTRL	Résultats et apprentissage, Région Afrique
AFTTR	Division du commerce et des transports, Région Afrique
AFTU	Eau et aménagement urbain, Région Afrique
APL	Prêt à des programmes évolutifs
ASAP	Stratégie et Plan d'action de lutte contre le sida
AVCI	Année de vie corrigée du facteur invalidité
BIRD	Banque internationale pour la reconstruction et le développement
CARP	Crédit à l'appui de la réduction de la pauvreté
CAS	Stratégie d'aide-pays
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCM	Mécanisme de coordination-pays
CDMAP	Plan d'action de la direction pour renforcer les capacités en Afrique
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CDPPLS	Plan action de la direction pour renforcer les capacités en Afrique
CNS	Conseil national du sida
CODE	Comité pour l'efficacité du développement
DDP	Development Data Platform
DEC	Vice-présidence, Économie du développement, Groupe de la Banque mondiale
DFID	Ministère du développement international, Royaume-Uni
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
FDI	Fonds de développement institutionnel
FMI	Fonds monétaire international
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
G-8	Groupe des Huit
GAMET	Équipe de suivi et d'évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA dans le monde
GFATM	Fonds mondial de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GHAP	Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA
IEG	Groupe indépendant d'évaluation
GTT	Équipe spéciale mondiale
HCR	Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HDN	Réseau du développement humain

HDNGA	Programme mondial VIH/SIDA
HDNHE	Santé, nutrition, population
HNP	Santé, nutrition, population
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
ICRW	International Center for Research on Women
IDA	Association internationale de développement
IEC	Information, éducation, communication
IFC	Société financière internationale
ISR	Rapport de supervision durant l'exécution
IST	Infection sexuellement transmissible
JFC	Comité de facilitation conjoint
LEGAF	Département juridique
Les « Trois Principes »	Un cadre d'action national, une autorité nationale de coordination et un système national de suivi et de l'évaluation
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODM	Objectif de développement pour le Millénaire
OED	Département de l'évaluation des opérations de la Banque mondiale
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPCS	Politique opérationnelle et services aux pays
PAA	Plan d'action pour l'Afrique
PAM	Programme alimentaire mondial
PDI	Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays
PEPFAR	Plan de secours d'urgence aux victimes du sida du Président des États-Unis
PIB	Produit intérieur brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPS	Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique
PREM	Réseau pour la lutte contre la pauvreté et pour la gestion économique
PRI	Pays à revenu intermédiaire
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
RFE	Rapport de fin d'exécution
S&E	Suivi et évaluation
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SWAp	Approche sectorielle
TAR	Thérapie antirétrovirale
TB	Tuberculose
TME	Transmission mère-enfant
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies

UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WBI	Institut de la Banque mondiale

Tous les montants exprimés en dollars sont des dollars EU.



CHAPITRE 1

Introduction

La Banque mondiale s'est engagée à aider l'Afrique subsaharienne à lutter contre l'épidémie du VIH/SIDA. Ce Programme d'action est une feuille de route pour les cinq années à venir, qui a pour objectif de guider la direction et les services de la Banque afin que l'Institution puisse honorer cet engagement. Il met en évidence les enseignements tirés de l'expérience et expose les principaux éléments d'une ligne d'action. Le VIH/SIDA demeure — et demeurera dans un avenir prévisible — une formidable gageure économique, sociale et humaine pour l'Afrique subsaharienne. Cette région est l'épicentre mondial de la maladie. Quelque 22,5 millions d'Africains sont séropositifs au VIH et le sida est la principale cause de décès prématuré sur le continent. Le VIH/SIDA touche de façon disproportionnée les jeunes et les femmes. Approximativement 61 % des séropositifs au VIH sont des femmes, et les jeunes femmes courent trois fois plus de risques d'être infectées par le VIH que les jeunes hommes. Selon les estimations établies, 11,4 millions d'enfants de moins de 18 ans ont perdu au moins un de leurs parents à cause de l'épidémie. Son impact sur les ménages, les ressources humaines, le secteur privé et le secteur public compromet les efforts déployés pour lutter contre la pauvreté, qui est la mission fondamentale de la Banque. En somme, le VIH/SIDA menace les objectifs de développement de cette région plus que partout ailleurs dans le monde.

Le Programme d'action

Cette publication n'est pas un document de stratégie classique. Il a délibérément reçu pour titre *L'engagement de la Banque mondiale face au VIH/SIDA en Afrique : notre programme d'action, 2007–2011* afin de souligner l'importance des mesures que la Banque doit prendre pour continuer à jouer un rôle significatif dans la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique.

Le VIH/SIDA n'est pas une maladie comme une autre. C'est la principale cause des décès prématurés en Afrique. La période d'incubation

moyenne étant de huit ans, les dimensions et les conséquences futures de la maladie ne sont pas bien cernées. À l'heure actuelle, un peu plus du quart des Africains qui ont besoin d'un traitement sont traités, mais la promesse d'un accès universel au traitement et à la prévention est lourde de conséquences sur le plan financier et sur le plan des soins de santé. L'opprobre et la discrimination demeurent des obstacles majeurs à une action efficace.

L'Afrique est aussi une région unique. Les systèmes nationaux de santé sont submergés par les nombreux problèmes de santé du continent, et les moyens dont ils disposent pour réagir et gérer la charge globale de santé sont souvent des plus limités. La plupart des gouvernements ne disposent pas de l'espace budgétaire nécessaire pour couvrir le coût des programmes VIH/SIDA s'ils ne disposent pas de financements extérieurs, qui sont en général fluctuants et imprévisibles.

Nous sommes conscients qu'une stratégie n'est utile que si elle répond à trois critères : i) la demande des clients, ii) les capacités des clients et iii) l'aptitude de la Banque à répondre aux besoins techniques et financiers. À la lumière des consultations très larges que nous avons organisées, nous pensons que de très nombreux acteurs sont soucieux que la Banque poursuive son engagement actif, qu'il s'agisse des pays membres, d'autres partenaires du développement, ou de prestataires de services tels que les organisations de la société civile. En même temps, nous croyons que la Banque doit recentrer ses efforts et renouveler ses moyens d'action afin d'être sûre de fournir un soutien efficace, efficient et durable pour contenir l'épidémie dans les cinq années à venir. Ce rapport s'adresse d'abord au Conseil des Administrateurs, aux cadres et aux agents de la Banque mondiale.

Le Programme d'action a quatre grands objectifs :

- **Réaffirmer** l'engagement de la Banque en faveur d'un soutien durable aux pays d'Afrique pour enrayer la propagation du VIH/SIDA ;
- **Préciser** les avantages comparatifs de la Banque dans un programme international harmonisé de soutien, et déterminer à partir de là le rôle potentiel de l'Institution ;
- **Identifier** les interventions prioritaires pour la prochaine génération d'activité, qu'elles soient financées par la Banque ou d'autres acteurs, sur la base des résultats obtenus et des enseignements tirés de l'expérience ; et
- **Spécifier** les mesures que la Banque devra prendre pour être assurée de répondre aux demandes des pays membres et d'autres partenaires désireux d'obtenir un appui financier, technique, analytique ou toute autre forme de collaboration.

Le Programme d'action présente un programme de soutien qui répond totalement aux priorités stratégiques de la Banque, telles que formulées par M. Zoellick, Président de la Banque mondiale, en octobre 2007. Il respecte, renforce et traduit en actions spécifiques les six axes stratégiques du

Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA (GHAP) de la Banque, du Plan d'action pour l'Afrique (PAA), du Plan d'action de la direction pour renforcer les capacités en Afrique (CDMAP), et du document de stratégie intitulé *Healthy Development : The World Bank's Strategy for Health, Nutrition and Population Results*. Il vise à intégrer les activités concernant le VIH/SIDA dans des programmes de développement plus larges en tant que facteur déterminant de la croissance économique et du développement des capacités humaines. Pour la préparation du Programme d'action, des consultations ont été menées pendant plusieurs mois avec de nombreuses parties prenantes, et notamment les pays concernés, les communautés, la société civile, les organisations non gouvernementales et les organisations à but non lucratif¹.

Les données du problème

La Banque mondiale a lancé son premier grand programme de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne en 1999. Ce programme a contribué à jeter les fondements de l'action à engager : des stratégies nationales, une structure de gouvernance et des systèmes de suivi et de l'évaluation. Il a encouragé l'adoption d'une action plurisectorielle en focalisant l'attention sur le VIH/SIDA en tant que problème de développement et en mobilisant les communautés locales et le secteur privé. En novembre 2007, la Banque avait fourni 1,5 milliard de dollars pour financer des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans plus de 30 pays, dont 29 projets au titre du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (PPS) intéressant des pays africains et cinq projets régionaux pour traiter des problèmes transnationaux.

Le PPS, qui a été approuvé en 2000, devait être l'expression de l'engagement de la Banque pendant 15 ans et comporter trois phases. La première phase devait être une « campagne d'urgence » impliquant la mise en place des structures, des politiques et des moyens d'action essentiels ; une action concertée avec les communautés pour organiser les services ; une meilleure connaissance de la dynamique de la mise en œuvre ; et, de manière générale, une phase d'apprentissage par l'action. La deuxième phase devait consister à élargir et institutionnaliser la prévention, les traitements et les soins sur la base de l'efficacité avérée de l'innovation. La troisième phase devait focaliser les interventions dans les domaines ou sur les groupes où la propagation de la maladie persistait.

Dans la première phase, le PPS a rallié l'adhésion des milieux politiques et permis aux pays de commencer à mettre en œuvre des programmes plurisectoriels décentralisés à l'échelle nationale tout en renforçant les institutions et l'obligation de rendre des comptes. Cela a eu un impact immédiat sur la couverture du programme et ouvert la voie à une rapide expansion des opérations lorsque de nouveaux financements sont devenus disponibles plus tard. Le PPS a permis de renforcer les systèmes de santé, de lancer plusieurs projets transnationaux pour cibler les populations les

plus à risque et contribué à élargir l'accès aux traitements. Tenant compte du fait que le VIH appelle un changement des normes, des mentalités, des perceptions et des comportements sociaux et individuels, le PPS a mobilisé les communautés pour instaurer un environnement porteur.

Depuis que le PPS a été lancé, en partie du fait même de sa mise en œuvre, la réaction de la communauté internationale face à l'épidémie a beaucoup évolué. Les financements mondiaux pour le VIH/SIDA ont augmenté de façon spectaculaire, passant de 1,6 milliard de dollars en 2001 à 8,9 milliards de dollars en 2006 — avec la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), le Plan de secours d'urgence aux victimes du sida du Président des États-Unis (PEPFAR) et la participation d'autres bailleurs de fonds.

En 2005, les participants au Sommet de Gleneagles ont souscrit au principe d'une extension aussi proche que possible de l'universalité de l'accès aux services de traitement et de prévention. L'accès universel aux services de prévention permettrait de ramener le nombre des nouvelles infections de 3,5 millions par an à 1,25 millions à un coût situé entre 2 000 dollars et 3 000 dollars par infection évitée. L'élargissement continu de l'accès au traitement permettra d'éviter près d'un million de décès d'ici à 2011. À l'inverse, l'inaction aurait des conséquences catastrophiques : 10 millions de décès supplémentaires et 14 millions d'individus de plus infectés d'ici à 2011, soit une progression de 50 % par rapport à 2006. Certains signes positifs donnent à penser que les engagements des bailleurs de fonds vont augmenter pour contribuer à atteindre l'objectif de l'accès universel. Toutefois, d'après les estimations établies, il faudrait 18 milliards de dollars pour combattre la maladie elle-même en 2007, une grande partie de ces financements étant nécessaire pour l'Afrique subsaharienne. En outre, le GFATM, le PEPFAR et d'autres institutions bailleurs de fonds, dont l'IDA en particulier, sont tributaires des fonds fournis pour la reconstitution de leurs ressources et il n'y a aucune certitude quant aux niveaux des financements à venir.

L'accès aux traitements a été élargi, grâce en partie à la réduction du coût des médicaments antirétroviraux. À l'heure actuelle, un peu plus du quart des Africains qui ont besoin d'un traitement reçoivent des antirétroviraux. Les efforts déployés pour harmoniser les interventions de la communauté internationale ont été intensifiés sous la bannière des « Trois principes »² de l'ONUSIDA. Enfin, les taux de prévalence baissent dans certains pays et certaines communautés.

Des gageures permanentes

Dans le même temps, l'épidémie du VIH/SIDA pose des problèmes stratégiques majeurs :

- Il faut assurer un bon équilibre entre les interventions axées sur la prévention, le traitement et l'atténuation de l'impact de l'épidémie ;

- Il faut remédier aux pénuries de ressources humaines et assurer la viabilité budgétaire à long terme des programmes VIH/SIDA, compte tenu en particulier de l'objectif d'accès universel à la prévention et au traitement ;
- Il faut s'attaquer à la crise permanente des systèmes de santé et tenir compte des liens avec d'autres maladies (telles que la tuberculose [TB] et le paludisme) et la santé reproductive, élément essentiel pour un traitement efficace du VIH/SIDA ;
- Il faut atténuer les inégalités entre les sexes, qui accroissent la vulnérabilité des femmes et leur exposition au risque du VIH ; et
- Il faut gérer la complexité de l'architecture mondiale de l'aide pour la lutte contre le VIH/SIDA.

La première phase prévue dans le cadre du PPS a pris fin. Pour la mise en place de la phase de soutien suivante, la Région Afrique est confrontée à une gageure qui lui est propre et qui est de maintenir durablement sa participation. Les financements spéciaux sous forme de dons de l'IDA ne sont plus disponibles, et la prochaine génération de projets doit entrer en concurrence avec l'infrastructure, l'éducation et d'autres priorités nationales pour bénéficier des ressources rares de l'Association. De plus, en Afrique australe, épice de la maladie, la plupart des pays ne remplissent pas les conditions requises pour obtenir un concours de l'IDA et ils hésitent à emprunter aux conditions moins favorables qu'offre la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD).

Si la part relative des financements de la Banque mondiale diminue, d'autres bailleurs de fonds, les partenaires du développement, les ONG et les bénéficiaires font état de la contribution unique de l'Institution dans la lutte contre l'épidémie, contribution qu'ils souhaitent voir s'inscrire dans la durée et s'accroître. Dans les consultations sur le Programme d'action, ces groupes ont souligné : i) la vision macroéconomique de l'Institution, en d'autres termes le fait de traiter le VIH/SIDA comme un important problème de développement ; ii) l'engagement plurisectoriel ; iii) l'expérience en matière de renforcement des capacités ; iv) l'influence ; v) l'analyse et la concertation sur l'action à mener ; et vi) l'aptitude à travailler en partenariat avec les communautés et le secteur privé. Le grand problème qui se pose à la Banque maintenant est de donner priorité à son rôle de facilitateur et de transmetteur de connaissances par rapport à son rôle de bailleur de fonds.

L'une des fonctions stratégiques futures explicitement reconnues de la Banque est de s'attaquer au problème des biens publics mondiaux. La lutte contre les maladies transmissibles est un élément fondamental de cette fonction. Il y a dans ce contexte une autre raison pour la Banque de s'impliquer dans la lutte contre le VIH/SIDA. Elle doit développer sa base de connaissances et poursuivre le processus d'apprentissage sur les moyens permettant de traiter efficacement l'épidémie mondiale.

Interventions futures de la Banque

Le programme d'action VIH/SIDA 2007-2011 représente la prochaine étape du combat engagé par la Région Afrique contre le VIH/SIDA sur le continent. Le Programme d'action se fonde sur notre engagement renouvelé de rester mobilisés sur ce front. L'un des principaux objectifs du Programme d'action est de réitérer la promesse de la Banque d'utiliser ses ressources pour aider à enrayer la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance, ce qui est l'un des objectifs de développement pour le Millénaire (ODM). L'approbation du Programme d'action par la direction et les Administrateurs de la Banque est le gage de cette promesse. La Banque s'engage à : i) fournir au moins 250 millions de dollars par an pour soutenir des projets axés sur le VIH/SIDA lorsque les pays clients en font la demande ; ii) œuvrer pour établir un fonds d'incitation VIH/SIDA doté d'une enveloppe annuelle de 5 millions de dollars pour promouvoir le renforcement des capacités, l'analyse et l'incorporation de volets VIH/SIDA dans les projets concernant des secteurs tels que la santé, l'éducation, les transports et la gestion du secteur public, et d'autres projets le cas échéant ; et iii) élargir les interventions actuelles et trouver de nouveaux moyens novateurs pour associer les pays à revenu intermédiaire (PRI) de l'épicentre de la maladie en Afrique australe, ainsi que les États fragiles, et en agissant dans le cadre d'initiatives régionales. Le Programme d'action comporte quatre objectifs stratégiques : aider les pays à élaborer des programmes viables à long terme qui soient intégrés à leur programme de développement national ; accélérer et améliorer la mise en œuvre ; renforcer les systèmes fiduciaires, les systèmes de suivi et d'évaluation (S&E), ainsi que les systèmes de santé, et renforcer la coordination et le partage des connaissances entre les bailleurs de fonds.

Le Programme d'action repose sur quatre piliers, qui correspondent aux grands problèmes à traiter — tant sur le plan des ressources humaines que des ressources institutionnelles et financières — dans le cadre de la prochaine génération d'interventions de soutien :

- *Premier pilier : Cibler l'intervention sur la base de stratégies basées sur des éléments concrets et établissant la hiérarchie des priorités.* Grâce à ses capacités uniques d'analyse et de conseil, la Banque aidera à inscrire le VIH/SIDA dans les priorités de développement ; à effectuer des analyses diagnostiques des modes de transmission, monter des interventions efficaces pour la prévention et apporter une assistance aux groupes vulnérables ; à soutenir des actions différenciées ; à tenir compte des liens cruciaux entre l'épidémie et le système de santé, ainsi qu'avec la tuberculose, le paludisme, la santé reproductive et la nutrition ; et elle aidera à intégrer ces considérations dans le programme VIH/SIDA. La place importante qui est ainsi accordée à « l'apprentissage et au partage » se retrouve dans les quatre piliers du programme.
- *Deuxième pilier : Transposer à plus grande échelle les programmes plurisectoriels ciblés et les interventions de la société civile.* La Banque mondiale

est particulièrement bien placée pour promouvoir les interventions plurisectorielles et le travail avec les communautés afin de relever le défi que représente le VIH/SIDA. La prochaine génération des interventions de soutien de la Banque fera une place importante aux dispositions visant à renforcer les systèmes nationaux de santé, l'éducation (en particulier pour les orphelins et les enfants vulnérables), les programmes de prévention au niveau des écoles, la parité des sexes, et à promouvoir les partenariats public-privé.

- *Troisième pilier : Améliorer l'efficacité des résultats en renforçant les capacités de suivi et d'évaluation.* La Banque mondiale continuera d'aider à renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation (S&E) afin d'accroître l'efficacité, l'efficacités et la transparence des projets VIH/SIDA. L'action menée dans ce domaine permettra d'améliorer les structures de gouvernance existantes et la transparence au niveau des communautés et de renforcer l'obligation de rendre des comptes. La Banque s'efforcera d'épauler les structures des administrations centrales et locales dans le but d'améliorer la mise en œuvre. Le bilan de la contribution de la Banque à la campagne VIH devra aussi être évalué et diffusé.
- *Quatrième pilier : Harmoniser la collaboration parmi les bailleurs de fonds.* La Région Afrique travaillera avec ses principaux partenaires pour accroître l'efficacité de l'harmonisation et de l'alignement des interventions internationales au niveau des pays en Afrique. Elle effectuera des travaux de planification et d'analyse conjoints lors des réunions annuelles communes avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires. Elle veillera à ce que tous les partenaires fondent leurs interventions sur les « Trois Principes ».

À la lumière des enseignements tirés de l'expérience, le Programme d'action adoptera une politique plus sélective et plus stratégique. Il visera à établir de solides partenariats avec les gouvernements, les communautés, le secteur privé, les bailleurs de fonds et d'autres partenaires du développement et il exploitera les atouts uniques de la Banque — la place accordée au développement, l'engagement plurisectoriel et la mobilisation de la société civile, les capacités d'analyse, la flexibilité, l'aptitude à combler les retards et les lacunes, et la capacité à servir de source de financement prévisible à long terme.

Incidence sur le programme de travail de la Région Afrique

Les actions décrites plus haut impliqueront un recentrage progressif du programme de travail de la Région Afrique. Le VIH/SIDA continuera de requérir une attention particulière en tant que problème de développement et facteur de pauvreté dans le dialogue engagé par la Banque avec les Autorités nationales et dans l'utilisation des instruments pertinents. Une priorité plus importante sera accordée au renforcement des liens avec les

systèmes de santé et des maladies spécifiques telles que la tuberculose et le paludisme. Il sera de plus en plus important d'adapter les opérations VIH/SIDA et de les intégrer aux produits sectoriels avec le soutien analytique fourni par une équipe VIH/SIDA et les ressources provenant du fonds d'incitation VIH/SIDA de la Région Afrique. Le renforcement des capacités des Autorités nationales chargées du problème VIH/SIDA pour améliorer la mise en œuvre fiduciaire, ainsi que le soutien aux activités de suivi et d'évaluation exigeront aussi une attention plus soutenue. Quant aux agents et à la direction de la Région Afrique, il leur sera demandé de s'engager à poursuivre ce Programme d'action. Des ressources humaines et financières seront aussi requises pour épauler l'équipe spéciale VIH/SIDA, et les unités sous-régionales et sectorielles devront aussi apporter leur contribution. Il appartiendra à l'équipe VIH/SIDA de continuer à fournir un soutien spécialisé et un appui pour l'assurance de la qualité, mais l'équipe devra aussi s'appuyer sur le concours de spécialistes et de chercheurs de différentes unités de la Banque pour renforcer les interventions clés au niveau sectoriel.

Certains disent que le VIH/SIDA est surfinancé par rapport à d'autres maladies et que la Banque devrait recentrer son attention sur d'autres priorités. D'autres disent que l'Institution a renié son engagement de rester mobilisée jusqu'à ce que la maladie soit maîtrisée. La réalité est que la Banque apporte à l'action internationale des atouts qu'aucune autre organisation ne possède, que le VIH/SIDA reçoit moins de la moitié des financements qu'il faudrait mobiliser pour honorer l'engagement concernant l'accès universel à la prévention et aux traitements et que, plus que tout autre problème, cette épidémie menace le bien-être du continent. Ce sont les raisons pour lesquelles le Programme d'action centre l'assistance de la Banque sur ses atouts stratégiques, contribuant ainsi à assurer l'harmonisation et l'efficacité de l'action internationale.

Notes

1. Les pays, la société civile, et les personnes vivant avec le sida (Nairobi, mai 2006), les bailleurs de fonds bilatéraux (Londres, octobre 2006), la communauté internationale du VIH/SIDA (Toronto, août 2006), les partenaires multilatéraux du développement (New York, septembre 2006 ; Genève, octobre 2006 ; Johannesburg, novembre 2006, et Dakar, janvier 2007), les cadres et les agents de la Banque mondiale (Washington, septembre-décembre 2006), les cadres et les agents du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) (Genève, septembre 2006), et les homologues nationaux et la jeunesse (Johannesburg, février 2007). Voir annexe 1 pour de plus amples détails.
2. Un cadre d'action pour le sida, une instance de coordination et un système de suivi et d'évaluation à l'échelon pays.



CHAPITRE 2

Le Diagnostic

Depuis 1999, date à laquelle la Banque a lancé son premier appel à l'action, plus de 10,5 millions d'individus sont morts du sida, réduisant ainsi de nombreux bienfaits du développement dont bénéficiait la génération précédente et compromettant les bienfaits dont pourrait profiter la prochaine génération. Le sida compromet aussi la réalisation des objectifs de développement pour le Millénaire (ODM). Pendant la dernière décennie, la maladie a évolué, mais nous la connaissons mieux maintenant. Nous savons qu'elle touche de façon disproportionnée les femmes et les jeunes dans les pays où la prévalence est élevée. Nous savons aussi qu'il n'y a pas qu'une seule épidémie. Il y en a plusieurs. Les modes de transmission sont plus clairement établis, ce qui a conduit à différencier davantage les interventions conçues pour lutter contre l'épidémie.

La tragédie humaine derrière les chiffres est immense. En 2006, les estimations évaluaient à 2,2 millions le nombre d'enfants de moins de 15 ans qui vivaient avec le VIH et, en Afrique, à peu près 11,4 millions d'enfants de moins de 18 ans avaient perdu un parent, ou père et mère, à cause du sida (ONUSIDA 2007a). La maladie a privé les pays d'un capital humain, qui était déjà des plus rares. La Zambie par exemple perd chaque année la moitié des enseignants qu'elle forme (Grassly et al. 2003). Dans certains pays et en Afrique australe en particulier, les entreprises recrutent deux salariés pour chaque poste car elles anticipent les pertes liées au sida. L'impact de l'épidémie affecte autant les ménages ruraux que les ménages urbains (ONUSIDA, 2006).

Les chiffres de l'ONUSIDA pour 2007 font apparaître une baisse tendancielle de la prévalence du VIH dans plusieurs pays — ce qui tient à l'amélioration de la méthodologie et de la collecte des données — mais aussi des progrès lorsque les efforts de prévention déployés depuis 2000 et 2001 pour réduire les nouvelles infections portent leurs fruits. Dans la plupart des pays subsahariens, la prévalence au niveau national s'est stabilisée, ou montre des signes de fléchissement, en particulier dans les zones urbaines et rurales du Kenya, les zones urbaines de Côte d'Ivoire, du Malawi et du

Zimbabwe, et dans les zones rurales du Botswana (ONUSIDA 2007a). Un léger fléchissement de la prévalence est observé parmi les jeunes femmes enceintes dans les zones urbaines et rurales du Burkina Faso, de la Namibie et du Swaziland, et dans les zones urbaines du Burundi, du Rwanda, ainsi que dans les zones rurales de Tanzanie (ONUSIDA 2007a).

L'épidémiologie du VIH/SIDA dans les pays subsahariens

Le VIH/SIDA demeure une gageure sans précédent pour l'Afrique tant du point de vue économique que du point de vue humain. C'est la première cause de mortalité dans la région, qui entre pour plus de 20 % des décès enregistrés en 2000 (voir tableau 2.1 et Banque mondiale [2006a]).

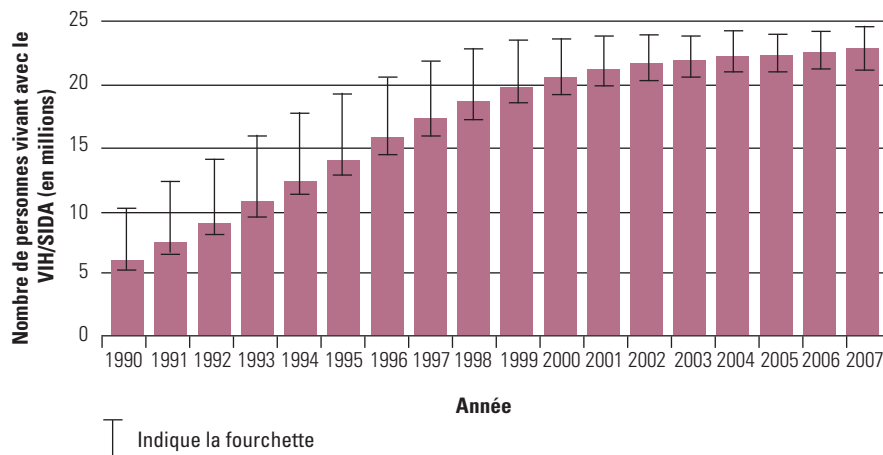
Les données de l'ONUSIDA pour 2007 montrent que l'épidémie semble avoir atteint un point culminant et que le taux des décès diminue, mais plus des deux-tiers des individus qui vivent avec le VIH résident en Afrique subsaharienne, où plus des trois-quarts (76 %) des décès du sida se sont produits. Selon les estimations établies, 22,5 millions d'Africains vivent avec le VIH/SIDA et la vaste majorité d'entre eux sont des adultes qui sont de jeunes parents et appartiennent aux classes d'âge de forte activité (ONUSIDA [2007] et figure 2.1). Malgré un pic de nouvelles infections et une diminution de la prévalence dans certains pays, plus de 1,6 million d'individus — soit 4 400 par jour — ont été fauchés par la maladie en 2006 (ONUSIDA 2007a).

Tableau 2.1 : Les dix principales causes de mortalité et de morbidité en Afrique subsaharienne

CAUSES DE DÉCÈS	POURCENTAGE DU TOTAL DES DÉCÈS, 2000	POURCENTAGE DES ANNÉES DE VIE CORRIGÉES DU FACTEUR INVALIDITÉ, 2001
VIH/SIDA	20,4	17,8
Paludisme	10,1	10,3
Infections respiratoires basses	9,8	8,4
Maladies diarrhéiques	6,5	6,1
Conditions périnatales	5,1	6,3
Rougeole	4,1	4,6
Maladies cérébrovasculaires	3,3	s.o.
Cardiopathie ischémique	3,1	s.o.
Tuberculose	2,8	2,4
Accidents de la route	1,8	1,8

Sources : Banque mondiale 2006a ; Mathers, Lopez, et Murray 2006.

Note : s.o. = Sans objet. Les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) mesurent la santé de la population en tenant compte des années de vie perdues à cause d'un décès prématuré et des années de vie vécues sans jouir d'une pleine santé. Voir Mathers, Lopez, et Murray (2006) pour une analyse plus approfondie de l'AVCI.

Figure 2.1 : Nombre estimatif d'individus vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne, 1990–2007

Source : ONUSIDA 2007.

La féminisation de l'épidémie

En Afrique, le VIH/SIDA touche essentiellement les femmes et les jeunes filles. À peu près 61 % des individus qui vivent avec le VIH/SIDA sont des femmes (ONUSIDA 2007a), et les jeunes femmes de la tranche d'âge 15-25 ans courent trois fois plus de risques d'être séropositives au VIH que les jeunes hommes du même groupe d'âge (ONUSIDA 2006). En raison des inégalités entre les sexes, les femmes sont souvent plus vulnérables. Elles n'ont pas les attributs nécessaires du pouvoir pour négocier des pratiques sexuelles sans risque, notamment l'utilisation d'un préservatif, et n'ont que peu de possibilités d'accès aux moyens qui leur permettraient de se prémunir contre le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) ; elles sont souvent sujettes à d'autres risques qui compromettent leur santé sexuelle et reproductive, ainsi que la santé de leurs enfants. Les femmes risquent davantage que les hommes de subir l'opprobre et de faire l'objet de discrimination, et de souffrir de harcèlement, d'abus, de violence et de déni d'accès aux actifs productifs et à d'autres biens (ICRW 2006). De ce fait, les problèmes d'inégalité entre les sexes et de vulnérabilité représentent un obstacle majeur à l'efficacité des programmes de prévention et de traitement du VIH/SIDA. Les améliorations à apporter au niveau des droits juridiques des femmes, des opportunités économiques qui leur sont offertes, de leur accès aux actifs productifs et de leur charge de travail devront faire l'objet d'un meilleur effort de compréhension et de mesures plus efficaces. Il conviendra aussi de mieux financer et de porter sur une plus grande échelle la mise en place de moyens de prévention individuelle tels que vaccins et microbicides.

L'impact sur les enfants, les jeunes et les handicapés

Les enfants continuent d'être frappés par la maladie, particulièrement en Afrique subsaharienne, où vivent près de 90 % des enfants séropositifs au VIH du monde (ONUSIDA 2007a). Ils sont affectés soit directement par l'épidémie (infection) soit indirectement (opprobre ou perte d'un parent). Plus de 9 % des enfants de moins de 15 ans ont perdu au moins un de leurs parents à cause du sida. La scolarisation des orphelins est plus aléatoire que celle des autres enfants. Une étude effectuée dans 34 pays d'Afrique montre que la probabilité de scolarisation des orphelins est inférieure de 13 % à celle des autres enfants, et que les taux d'achèvement du cycle primaire sont en général nettement plus faibles lorsque l'enfant a perdu un parent, et sa mère en particulier (Evans et Miguel 2005). Les jeunes des pays d'Afrique courent des risques particuliers. Près de la moitié des nouvelles infections touchent les jeunes de la tranche d'âge 15-24 dans le monde et la proportion est encore plus forte en Afrique. Les personnes handicapées risquent aussi davantage d'être infectées et sont plus vulnérables parce que leur accès à l'information et aux services est plus restreint. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA risquent aussi plus que les autres de souffrir d'un handicap.

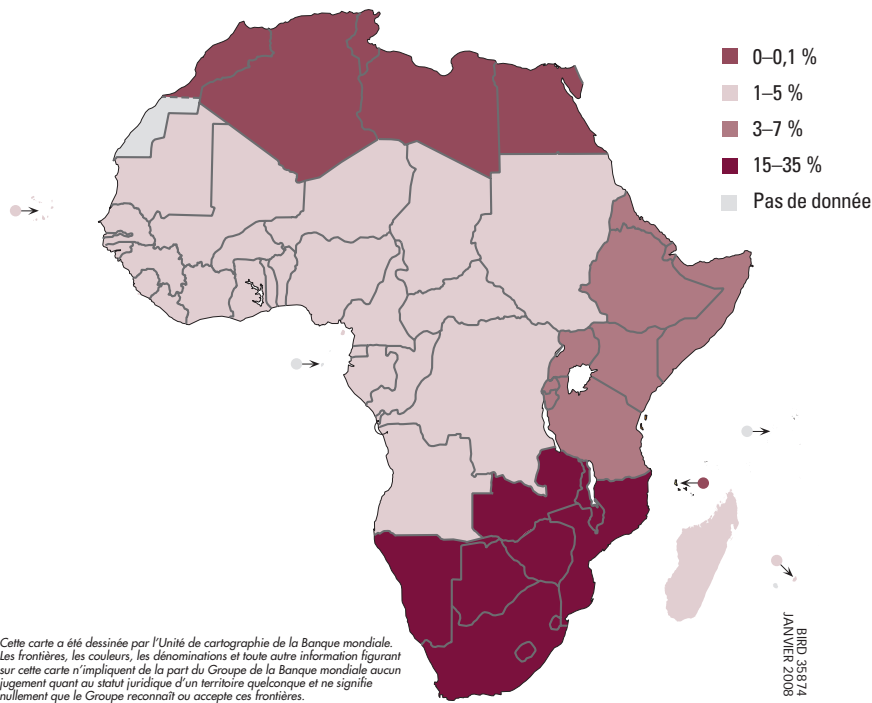
Le VIH et les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et les rapatriés

À la fin de 2005, il y avait selon le HCR (2007) 8,4 millions de réfugiés dans le monde, dont 30 % en Afrique subsaharienne. Les réfugiés, les personnes déplacées dans leur propre pays et les rapatriés sont des vecteurs potentiels de transmission du VIH, mais ils courent aussi le risque d'être infectés par les communautés où ils passent pour trouver un havre. Cette augmentation de la vulnérabilité intervient à un moment où les sources de revenu disparaissent, les réseaux sociaux sont détruits et l'accès aux services de santé et d'éducation est réduit. En outre, ces groupes subissent l'opprobre des autres, d'autant qu'ils sont considérés comme des groupes où la prévalence de la maladie est plus élevée que parmi les communautés d'accueil.

Non pas une épidémie, mais plusieurs épidémies

L'épidémiologie de l'épidémie est bien mieux comprise aujourd'hui qu'il y a six ans. Le VIH/SIDA en Afrique n'est pas une épidémie, mais plusieurs épidémies, qui diffèrent d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre d'un pays. L'épidémie du VIH/SIDA en Afrique est bien plus hétérogène qu'on ne l'avait précédemment pensé. Elle peut être divisée en quatre groupes distincts, comme le montre la figure 2.2. L'épicentre de l'épidémie est situé en Afrique australe, où les taux de prévalence varient entre 15 et 35 %. L'hyper-épidémie des pays de cet épicentre est une exception continentale — et planétaire — qui a peu de chances de se produire ailleurs. L'épidémie des pays de l'Afrique de l'Est, groupés pendant de longues années avec ceux

Figure 2.2 : L'hétérogénéité de la prévalence en Afrique



Source : Tiré de Wilson (2006).

Note : Les chevauchements et les lacunes dans la prévalence du VIH observés dans les catégories ci-dessus sont attribuables aux variations de la prévalence du VIH à l'intérieur des pays ou à l'intérieur de groupes de pays.

de l'Afrique australe, frappe nettement moins brutalement les populations, avec des taux de prévalence variant entre 3 % et 7 %. En Afrique de l'Ouest, qui est la région la plus peuplée du continent, la prévalence oscille entre 1 % et 5 %. En Afrique du Nord, la prévalence dépasse rarement 0,1 % (Wilson 2006).

La transmission est mieux comprise

La transmission du VIH est aussi mieux comprise aujourd'hui qu'elle ne l'était il y a seulement quelques années. Les modes de transmission varient notablement selon les épidémies. En Afrique de l'Ouest, plus de 75 % des transmissions sont imputables au travail du sexe (Wilson 2006). Dans les épidémies mixtes de l'Afrique de l'Est, la transmission est attribuable soit à des groupes exposés au VIH (professionnels du sexe, hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et utilisateurs de drogues par injection), soit à la population en général, tandis qu'en Afrique australe la transmission est la plupart du temps une conséquence du comportement sexuel de la population en général¹. La meilleure compréhension des modes

de transmission permet d'améliorer la parade. En 2006, plusieurs pays ont fait état d'une diminution de la prévalence. Bien que cette diminution ne puisse être attribuée à un programme particulier, les principaux facteurs qui expliquent cette tendance incluent d'abord la réduction du nombre des partenaires parmi les adultes — en particulier parmi les hommes très actifs sexuellement — suivi par le relèvement de l'âge des premiers rapports sexuels parmi la jeunesse et l'utilisation plus fréquente des préservatifs (Wilson 2006).

La connaissance plus approfondie de la maladie permet d'élaborer des stratégies mieux ciblées et de prendre des mesures plus efficaces pour empêcher sa propagation, notamment en centrant l'attention sur les femmes, les groupes vulnérables et les groupes à haut risque et, en Afrique australe, sur la population en général.

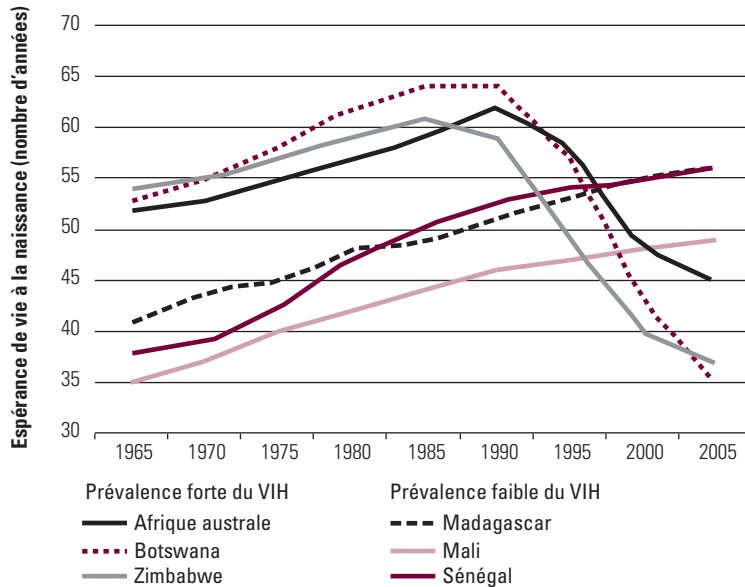
L'impact de l'épidémie sur le développement

Outre les souffrances qu'il inflige et les pertes de vies humaines qu'il entraîne, le VIH/SIDA est une véritable pierre d'achoppement pour le processus de développement de la région. La Banque a pour mission de faire reculer la pauvreté dans le monde et le VIH/SIDA pèse sur les efforts déployés au niveau national et régional pour atteindre l'objectif de réduction de la pauvreté. L'épidémie amenuise l'épargne, réduit l'offre de main-d'œuvre, accroît la vulnérabilité des ménages aux chocs, diminue la production du secteur privé et du secteur public et grève les finances publiques. Ce qui est plus inquiétant peut-être, ce sont les répercussions préjudiciables sur l'économie, répercussions qui persisteront durablement du fait que l'épidémie tend à multiplier le nombre des orphelins et compromet l'accumulation du capital humain.

L'impact sur les ménages et le bien-être

L'épidémie du VIH/SIDA a un impact négatif évident sur le bien-être en ce qu'elle pousse les taux de mortalité à la hausse et qu'elle lamine les gains d'espérance de vie (voir figure 2.3 et annexe 2). Les ménages sont directement affectés à travers la perte de revenu et la diminution de l'offre de main-d'œuvre à mesure que se dégrade la santé des membres du foyer, et particulièrement celle du soutien de famille. Dans les foyers où le chef de famille est une femme, le peu de moyens d'action dont elle dispose, les problèmes auxquels elle se heurte pour pouvoir disposer de ressources et d'actifs et le manque d'opportunités viennent encore aggraver l'impact de la maladie sur les ménages. Au Kenya occidental, l'accès à la thérapie antirétrovirale a permis d'accroître de 35 % les heures ouvrées par semaine, ce qui illustre l'importance de l'incidence de la maladie sur la productivité et les avantages économiques potentiels de la fourniture de traitements (Thirumurthy, Graff Zivin, et Goldstein 2005). En outre, l'augmentation

Figure 2.3 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance dans divers pays d'Afrique à prévalence élevée et faible, 1965–2005



Source : Banque mondiale 2007b.

des dépenses occasionnés par les soins de santé, les funérailles et d'autres coûts prélève une dîme sur l'épargne des ménages, diminue la consommation et réduit les possibilités d'investissement, ce qui contribue à ancrer les populations dans la pauvreté. Les études menées en Afrique du Sud montrent que les dépenses liées au VIH/SIDA peuvent absorber jusqu'à 25 % du revenu d'un domestique travaillant chez un ménage urbain et jusqu'à 50 % du revenu d'un domestique dans les régions rurales (Salinas et Haacker 2006).

L'impact sur le secteur privé et le secteur public

Le VIH/SIDA entraîne une baisse de productivité et une augmentation de l'absentéisme et de la rotation de la main-d'œuvre (avec les coûts que cela implique) (Haacker 2004a). En particulier, la maladie touche en général les travailleurs dans leurs années de vie les plus productives. En outre, le coût des prestations de santé et des prestations versées en cas de décès s'alourdit. Les petites et moyennes entreprises tout comme le secteur informel risquent d'être plus pénalisés du fait qu'ils n'ont pas les ressources nécessaires pour atténuer ces coûts (Corporate Council on Africa 2007). D'autre part, l'épidémie entraîne une augmentation de la demande de services publics, une baisse des recettes publiques puisque l'assiette fiscale

diminue et que les effets défavorables de l'épidémie se font sentir sur la production à long terme (Haacker 2004b). Et, comme le souligne Haacker (2007), il faut en outre tenir compte de plusieurs coûts budgétaires indirects, notamment la prise en charge des orphelins, les besoins différenciés du conjoint survivant et les prestations des régimes de pension liées aux décès des fonctionnaires séropositifs au VIH ou des particuliers admis à en bénéficier, ainsi que de l'augmentation du rapport de dépendance. On voit donc que le VIH/SIDA pèse lourdement sur les finances du secteur public et du secteur privé.

L'impact sur le capital et la croissance économique

Le VIH/SIDA entraîne une diminution directe du stock de capital humain, puisque les ouvriers qualifiés meurent prématurément. En outre, la maladie contribue à renforcer la persistance de la pauvreté étant donné qu'elle affecte l'accumulation du capital humain et qu'elle a des effets négatifs sur l'état nutritionnel des enfants (surtout lorsque la mère est séropositive) et des orphelins en particulier. De fait, lorsque les parents meurent, les orphelins risquent de se trouver dans la détresse financière et de manquer de soins, ce qui accroît l'incidence du travail des enfants et affecte la scolarisation et la fréquentation scolaire. Graff Zivin, Thirumurthy et Goldstein (2006) présumant que la morbidité engendrée par le sida peut conduire à redéployer le temps et les ressources au sein d'un ménage. L'impact à long terme que peut avoir le VIH/SIDA sur le développement économique peut être assez important. Bell, Bruhns et Gersbach (2006) ont estimé que le PIB par adulte au Kenya sera inférieur de 11 % en 2040 à ce qu'il aurait été dans un scénario sans sida.

Les études théoriques analysées par Haacker (2004a) prévoient en général une baisse des taux de croissance du PIB située entre 1,0 % et 1,5 % pour les pays les plus atteints (avec des taux de prévalence supérieurs à 20 %). Les résultats sur le lien empirique entre l'épidémie et la croissance économique paraissent contrastés (Bloom et Mahal 1997 ; Corrigan Glomm, et Mendez 2005 entre autres). Comme l'épidémie du VIH/SIDA pèse très lourdement sur les taux de mortalité, certains auteurs en infèrent que les parents choisiront d'avoir davantage d'enfants à titre de « police d'assurance » afin de garantir un certain nombre de survivants. L'analyse des faits observés pour 44 pays d'Afrique (Kalemli-Ozcan 2006) conclut que le VIH/SIDA a une incidence positive sur les taux de fécondité et une incidence négative sur les taux de scolarisation, ce qui atténue l'effet négatif de l'épidémie sur la croissance démographique et réduit le montant de l'investissement dans le capital humain. Globalement, ces mécanismes se traduisent par un ralentissement de la croissance économique par habitant.

Les conséquences à tirer pour l'Afrique

L'épidémiologie du VIH en Afrique et les effets de l'épidémie sur les perspectives de développement suggèrent plusieurs priorités pour l'avenir.

Premièrement, compte tenu de l'hétérogénéité de la maladie, les programmes et stratégies nationales de lutte contre le sida devront appeler l'attention sur la nécessité d'une connaissance rigoureuse de la dynamique de la transmission du VIH dans chaque contexte. Il faudra pour cela améliorer la surveillance et l'analyse épidémiologique tant au niveau national qu'au niveau infranational. Les programmes devront être centrés sur les principaux facteurs de la transmission.

Deuxièmement, l'Afrique centrale devra être au cœur de l'analyse et des investissements concernant le VIH/SIDA.

Troisièmement, les programmes devront cibler les sous-groupes lourdement touchés par l'épidémie, à savoir les femmes et les filles, les enfants, les jeunes et les groupes particulièrement vulnérables et souvent stigmatisés tels que les professionnels du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les prisonniers et les handicapés. Les interventions doivent se fonder sur l'observation des faits, ainsi que sur l'analyse et une meilleure compréhension des causes profondes fondamentales que sont l'inégalité entre les sexes et la stigmatisation.

Enfin, puisque le VIH/SIDA compromet directement ou indirectement la réalisation de nombreux ODM et qu'il perpétue la pauvreté et renforce les inégalités, la parade face à l'épidémie doit faire partie intégrante du dialogue sur la réduction de la pauvreté avec les pays africains.

Note

1. L'utilisation des drogues par injection entre de plus en plus en ligne de compte, mais elle reste tout de même moins importante.



CHAPITRE 3

L'action de la Banque face au VIH/SIDA jusqu'à ce jour

Dès 1985, il était devenu de plus en plus évident que le VIH/SIDA était une épidémie grave d'une ampleur inconnue, qui se propageait dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, mais que les gouvernements et la communauté internationale étaient lents à réagir. La Banque mondiale a pris des dispositions dès 1986, mais ce n'est qu'en 1999 qu'elle a pris conscience de l'énorme menace que faisait peser la maladie sur le développement et qu'elle a entrepris de définir une stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA — *Intensification de l'action contre le VIH / SIDA en Afrique. Réponse à une grave crise de développement.*

En 2000, les Administrateurs de la Banque mondiale ont approuvé le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (PPS), assorti d'un engagement de 500 millions de dollars à titre de « mesure d'urgence » initiale. Pour mettre en œuvre la stratégie et fournir un soutien opérationnel, une Équipe de Campagne contre le sida en Afrique (ACT *africa*) a été créée au sein du Bureau de la Vice-présidente de la Région (voir annexe 3 pour la chronologie des événements).

Le PPS devait être un engagement de la Banque sur 15 ans et comporter trois phases. La première devait jeter les fondements d'une intervention rapide impliquant la participation de la société civile et la mise en place des structures et des capacités essentielles et permettant d'acquérir de l'expérience au niveau de la mise en œuvre. Les principaux objectifs étaient de renforcer de façon très importante les moyens d'action de l'Afrique, d'amener les gouvernements à passer de la dénégation à l'engagement et l'action, de renforcer les capacités pour entreprendre des opérations plurisectorielles et de mobiliser d'autres ressources. La deuxième phase devait permettre d'intégrer les innovations qui s'étaient révélées efficaces dans les opérations courantes pour les étendre à l'échelle nationale, et la troisième phase devait permettre de cibler plus précisément les domaines ou les groupes où la propagation de la maladie n'avait pas été enrayerée.

Il était évident dès le départ que les produits classiques de la Banque ne permettraient pas de monter une parade appropriée pour l'épidémie. Le

PPS a donc adopté le principe du « prêt-programme horizontal adaptable » (APL), qui permettait de préparer des interventions rapides dans de nombreux pays en utilisant un cadre commun et en promouvant une approche radicalement différente, fondée notamment sur le financement des organisations de la société civile, du secteur privé, des ministères autres que celui de la santé et des populations transfrontalières telles que les réfugiés.

Les méthodes du PPS étaient aussi extrêmement novatrices, reflétant la nature exceptionnelle de l'épidémie du VIH/SIDA. La conception, l'approbation et la mise en œuvre des projets visaient avant tout la rapidité, la souplesse, le travail en partenariat, l'apprentissage par l'expérience, la restructuration des projets si nécessaire et l'application de mécanismes plurisectoriels et communs à plusieurs institutions afin d'obtenir la couverture la plus large possible.

Le résultat a été un succès spectaculaire tant au plan du soutien obtenu pour la lutte VIH/SIDA que des réactions nationales. En février 2002, le Conseil de la Banque mondiale a approuvé l'octroi d'une enveloppe supplémentaire de 500 millions de dollars de financements sous forme de dons pour IDA-13, ce qui a permis de lancer des projets PPS dans les 29 pays subsahariens admis à bénéficier des concours de l'IDA, de financer plusieurs programmes régionaux et des projets de la seconde génération dans plusieurs pays (voir annexe 5).

Le PPS visait à réunir quatre éléments urgents au niveau national :

- une détermination forte de la part des responsables politiques et gouvernementaux face au VIH ;
- un environnement institutionnel porteur assorti de ressources et de capacités suffisantes pour monter des interventions efficaces contre le VIH et le sida afin de pouvoir les étendre à l'échelon national ;
- des interventions locales permettant d'accroître la participation et l'adhésion des communautés aux interventions axées sur le VIH et le sida, étant entendu que les ressources financières et le renforcement des capacités suivraient ; et
- une approche plurisectorielle associant de manière appropriée tous les secteurs gouvernementaux, avec une coordination améliorée au niveau national et la décentralisation des interventions au profit des structures publiques infranationales.

Parmi les pays d'Afrique australe les plus touchés par l'épidémie, nombreux étaient ceux qui ne remplissaient pas les conditions requises pour bénéficier des concours de l'IDA. Pour atteindre ces pays BIRD (et les pays IDA en situation d'arriérés), la Banque a fourni un soutien technique pour les travaux d'analyse et le renforcement des capacités, ainsi qu'un mécanisme d'intégration régional. Le VIH/SIDA a été inclus dans les cinq grandes catégories susceptibles de bénéficier d'un soutien du Fonds de

développement institutionnel (FDI). À ce jour, cinq dons FDI ont été approuvés pour un montant de 2,5 millions de dollars environ, ce qui a permis à la Banque d'apporter pour la première fois une aide au titre du VIH/SIDA à la Namibie et au Swaziland, ainsi qu'à des États fragiles tels que la Somalie et le Soudan.

Le bilan

Les objectifs initiaux du PPS étaient de sensibiliser les responsables politiques, de promouvoir une réponse stratégique, de renforcer les systèmes et les institutions pour aider à gérer cette réponse, de mobiliser les communautés afin de promouvoir les activités axées sur la prévention, les soins, l'atténuation de l'impact de la maladie et les traitements, de décentraliser les interventions, de créer des mécanismes pour suivre et évaluer les résultats et d'encourager les financements internationaux pour le VIH/SIDA en Afrique. L'intention était de contribuer à jeter les fondements d'un vaste programme d'action permettant d'endiguer et de maîtriser l'épidémie. Le PPS a atteint bon nombre de ces objectifs, et notamment les suivants (voir l'annexe 6 et Gørgens-Albino et al. [2007] pour une description détaillée des réalisations et des résultats du Programme) :

- *L'engagement politique en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA.* Il existe une autorité de haut niveau chargée du sida dans 29 pays ; dans un tiers des cas, cette autorité est présidée par le Président ou le Premier ministre et, dans les autres cas, par un ministre du cabinet. Dans près de la moitié des pays, les financements des bailleurs de fonds sont coordonnés par cette commission ou conseil national de haut niveau de lutte contre le sida (CNLS).
- *La mobilisation et la participation active de la société civile.* Dans tous les pays couverts par le PPS, au moins 38 % des financements proviennent des organisations de la société civile. Des opérations majeures de transposition à plus grande échelle des activités de prévention, d'atténuation de l'impact de l'épidémie et des soins mobilisent plus de 29 000 organisations de la société civile, qui assurent la mise en œuvre de quelque 60 000 sous-projets communautaires.
- *L'augmentation des financements destinés à la lutte contre le VIH/SIDA.* L'augmentation des financements provenant des sources internes fournit une nouvelle preuve de l'engagement politique. Les fonds provenant des budgets nationaux de 29 pays déclarants se sont élevés à 757 millions de dollars en 2006. De plus, avec la création du GFATM et du PEPFAR, et d'autres financements importants fournis par les sources bilatérales et les fondations, les financements internationaux ont augmenté de plus de 2 000 % depuis 2001.

- *L'intensification de l'action sur le front de la prévention.* Les financements de la Banque ont permis de réduire le risque de la transmission de la mère à l'enfant (1,5 million de femmes) et d'accroître les dépistages volontaires (7 millions de personnes), d'améliorer l'information sur la prévention (173 millions d'individus incluant notamment les populations vulnérables) et d'accroître la distribution des préservatifs.
- *L'intensification des interventions concernant le traitement, les soins et l'atténuation des effets de l'épidémie.* Initialement, la Banque a fourni des fonds limités pour la thérapie antirétrovirale (TAR) compte tenu du coût élevé de la thérapie et de la place importante accordée par d'autres organismes aux traitements. Toutefois, dans le cadre d'une action concertée avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres partenaires, la Banque a fourni des financements temporaires pour éviter les pénuries de médicaments, contribué à mettre en place des chaînes de l'offre et apporté une aide à plus de 27 000 personnes qui avaient besoin d'antirétroviraux. Elle a en outre soutenu des mesures d'atténuation des effets de la maladie pour un demi-million d'adultes et 1,8 million d'enfants à travers des programmes d'éducation, de soins de santé à domicile et des activités génératrices de revenus.
- *Les interventions plurisectorielles.* L'un des accomplissements les plus importants du PPS est la promotion des interventions plurisectorielles. Convaincue que le VIH/SIDA n'est pas seulement un problème de santé, la Banque a joué un rôle moteur en associant à son action un vaste éventail de parties prenantes, depuis la société civile et le secteur privé jusqu'à une multiplicité d'organismes publics — dans les domaines de l'éducation, des transports, de la défense, de l'intérieur, de l'agriculture, de la parité de sexes, de la protection sociale, de la jeunesse, et d'autres ministères.
- *L'amélioration des systèmes VIH/SIDA.* La Banque a financé des activités de formation à la mise en place de services, qui ont touché plus d'un demi million d'individus, ainsi que des équipements de laboratoires améliorés et d'autres équipements pour les systèmes de santé ; elle a fourni un appui technique à plus de 41 000 organisations et ses programmes de formation sur les lieux de travail ont atteint 2,2 millions de salariés.

Les réalisations du PPS sont remarquables. Deux évaluations indépendantes saluent l'entreprise en général, mais signalent que l'efficacité, l'efficience et l'impact du programme sur la maladie elle-même sont difficiles à mesurer. L'examen intérimaire du PPS en 2004 approuve les objectifs fondamentaux, l'approche et la conception du programme (Banque mondiale 2004). Mais il tend à montrer que le PPS doit devenir plus stratégique, faire une plus grande place à la collaboration et être d'avantage fondé sur l'observation des faits concrets. Il signale en particulier le défaut de fonctionnement des systèmes de suivi et de l'évaluation ; les problèmes

de gouvernance, de mise en œuvre et de gestion, ainsi que la complexité des procédures ; et enfin la faible réaction du secteur de la santé.

Le Département de l'évaluation des opérations (devenu le Groupe indépendant d'évaluation, ou IEG), qui a examiné l'assistance apportée au plan mondial par la Banque en 2005 pour le VIH/SIDA, parvient sur de nombreux points aux mêmes conclusions pour ce qui est de l'action menée en Afrique (Banque mondiale 2005). La rapidité avec laquelle les projets ont été mis au point pour faire face à l'urgence a empêché d'effectuer une évaluation approfondie des risques liés à un programme d'action pour lequel il existait peu de données de référence et peu d'interventions pilotes sur lesquelles prendre appui. Si la stratégie retenue face à l'urgence de l'épidémie consistait à apprendre par la pratique et à exercer une supervision très étroite des opérations, les déficiences des systèmes de suivi et d'évaluation ont pesé sur le partage des connaissances et l'adaptation. Ces rapports ont aidé en particulier à appeler l'attention sur la nécessité d'améliorer ces systèmes et les interventions basées sur les données d'observation concrètes à l'avenir. L'annexe 7 présente les mesures prises pour donner suite à ces recommandations.

Enseignements tirés

Les principaux enseignements tirés de la mise en œuvre du PPS sont notamment les suivants (voir aussi Banque mondiale [2006]) :

- **Reconnaître que le VIH/SIDA est une gageure bien plus impressionnante qu'on ne l'avait pensé.** Pour stopper l'épidémie, il ne faut pas relâcher les efforts. L'Ouganda, qui a longtemps été porteur d'espoir dans l'issue de la lutte contre le sida, est là pour nous rappeler qu'il faut nous garder de tout excès d'optimisme. Des progrès substantiels avaient été enregistrés sur le front de l'épidémie en Ouganda — le premier pays d'Afrique à marquer des points contre la maladie — avec le recul de la prévalence dans les services de consultation prénatale à Kampala, laquelle a été ramenée de 30 % en 1992 à 7 % en 2001. On observe aujourd'hui des signes inquiétants de progression de la prévalence du VIH, tout comme en Thaïlande et d'autres pays considérés comme des succès.
- **Intégrer le VIH/SIDA dans le programme de développement général.** Le VIH/SIDA est un boulet majeur pour le développement de nombreux pays d'Afrique et il doit être traité comme une priorité de développement. Pour traiter le problème de la viabilité à long terme, les pays doivent lier leurs stratégies et leurs programmes de VIH/SIDA à leurs programmes de développement et à leurs plans de financement d'ensemble tels que présentés dans leurs documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) et leurs cadres de dépenses à moyen terme (CDMT).

- ***Connaître l'épidémie et investir dans des systèmes de suivi et de l'évaluation basés sur les résultats.*** Les interventions nationales et locales efficaces sont fondées sur une connaissance approfondie et une analyse minutieuse de l'épidémie et des comportements, et des groupes qui servent de vecteurs à l'infection. Cela implique des investissements dans la surveillance, la collecte des données et l'analyse.
- ***Intégrer les services VIH/SIDA aux services qui s'occupent de la santé reproductive et maternelle, de la nutrition et d'autres maladies telles que le paludisme et la tuberculose.*** Le traitement du VIH/SIDA en tant que maladie isolée est un point faible important des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA. La féminisation de l'épidémie et son lien avec la santé sexuelle et reproductive, ainsi que la fréquence de la coinfection avec la tuberculose (et la souche ultra-résistante qui apparaît chez les tuberculeux) et d'autres maladies opportunistes exigent de la part des prestataires de services qu'ils offrent des services intégrés.
- ***Renforcer les capacités d'administration et de gestion.*** L'insuffisance des capacités ralentit la transposition à plus grande échelle des programmes efficaces et diminue la capacité de réaction au niveau national. Il est capital de renforcer les systèmes financiers et de passation des marchés, les ressources humaines, les soins de santé, les équipements sanitaires, les systèmes d'information de santé et les chaînes d'offre de la santé pour atteindre l'objectif d'accès universel et instaurer la bonne gouvernance, la transparence et le sens des responsabilités.
- ***Constituer des partenariats solides.*** Les bailleurs de fonds ont tendance à tirer les pays dans trop de directions différentes, avec des politiques, des priorités et des méthodes divergentes qui accroissent la charge des pays et réduisent l'efficacité des programmes. De nombreux bailleurs de fonds ont décidé d'harmoniser leur soutien en fonction des stratégies, des programmes, des systèmes ou des besoins des pays, de mieux coordonner leurs interventions d'appui et de soutenir l'application des « Trois Principes ».
- ***Privilégier la participation des parties prenantes et l'action concertée avec les communautés.*** La société civile et les communautés peuvent aider à renforcer les interventions nationales décentralisées, préparer la voie à des changements de comportement, élargir la portée des mesures d'atténuation de l'impact de l'épidémie et contribuer à améliorer les systèmes de santé au niveau local.



CHAPITRE 4

Les défis stratégiques du nouvel environnement

Depuis 1999, la situation a beaucoup évolué sur le front de la lutte contre le VIH/SIDA. En particulier, la somme des connaissances sur la maladie s'est élargie, des enseignements ont été tirés pour améliorer la prévention, le traitement et les soins, et les financements ont augmenté de façon spectaculaire. Ces avancées mettent en lumière les nouveaux problèmes importants qu'il faut traiter pour maîtriser véritablement l'épidémie, notamment i) la pérennité des financements ; ii) la gouvernance et l'obligation de rendre des comptes ; iii) le bon équilibre entre traitement, prévention et atténuation de l'impact de la maladie ; iv) les liens avec la santé sexuelle et reproductive et d'autres maladies ; v) des systèmes nationaux peu solides, problème particulièrement sensible pour les systèmes de santé ; et vi) les conséquences de l'inégalité entre les sexes. Ces éléments ont aussi amené la Banque à reconsidérer les atouts particuliers dont elle dispose pour relever ces défis dans le contexte d'une arène bien plus encombrée qu'en 2001.

Finance, pérennité et obligation de rendre des comptes

Les sources de financement pour combattre le VIH/SIDA, l'harmonisation des interventions internationales et nationales, ainsi que la pérennité des fonds et l'obligation de rendre compte de leur utilisation sont autant de considérations qui posent des problèmes dans le cadre des tentatives de la Banque.

Les financements internationaux

Contexte. La réaction de la communauté internationale face à l'épidémie du VIH/SIDA est sans précédent. Entre 2001 et 2006, les financements internationaux sont passés de 1,6 milliard de dollars à 8,9 milliards de dollars (ONUSIDA 2006). Les financements fournis en faveur de l'Afrique par les trois principales sources internationales ont atteint 9,9 milliards de dollars pour la période 1997-2007 (tableau 4.1).

Tableau 4.1 : Sources de financement et engagements

SOURCE DE FINANCEMENT	ENGAGEMENTS (USD MILLIARDS)
Banque mondiale (1997–2007)	1,5
PEPFAR (2004–2007)	5,8
GFATM (2003–2007)	2,8
Total	9,9

Sources : Sources internationales de financement entre 2003 et novembre 2007 inclus : www.theglobalfund.org ; financements du PEPFAR entre 2004 et 2007 inclus : <http://www.pepfar.gov/press/c19558.htm> ; les financements de la Banque mondiale incluent les projets PPS approuvés entre 2001 et novembre 2007 et les engagements en faveur de projets sous-régionaux.

Malgré l'augmentation des apports de fonds, d'importants déficits de financement restent à combler. Bollinger et Stover (2007) estiment que les besoins de ressources pour atteindre l'objectif de l'accès universel aux interventions axées sur le traitement, la prévention et l'atténuation des effets de l'épidémie en Afrique uniquement, conformément aux engagements de la communauté internationale, s'élèveront à plus de 41 milliards de dollars pour la période 2007-2011 (voir tableau 4.2). Il est donc nécessaire d'accroître notablement les ressources disponibles si l'on veut que soient honorés les engagements pris en 2005 lors du Sommet du G-8 de Gleneagles et réitérés lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en juin 2006.

Problème qui se pose. L'augmentation des ressources financières pose deux grands problèmes : assurer l'utilisation rapide, efficace et efficace des fonds disponibles, et réduire le déficit de financement permanent entre l'engagement verbal d'assurer l'accès universel, et la réalité des apports financiers. L'utilisation efficace et efficace des ressources disponibles est une préoccupation importante, alimentée par les déficiences des systèmes fiduciaires et de santé nationaux, l'insuffisance de planification, les déperditions de fonds et la corruption. L'apparent paradoxe est qu'en dépit de l'accroissement des financements disponibles pour le VIH/SIDA, les ressources consacrées à des fins importantes pour les pays dans la lutte

Tableau 4.2 : Ressources nécessaires pour atteindre l'objectif de l'accès universel, 2007–2011 (USD millions)

	2007	2008	2009	2010	2011
Traitement	1 035	1 467	1 959	2 507	3 153
Prévention	2 768	3 330	3 923	4 544	4 683
Atténuation des effets	1 694	2 056	2 417	2 779	3 141
Total	5 498	6 852	8 300	9 830	10 977

Source : Bollinger et Stover 2007.

contre l'épidémie, telles que les dépenses de fonctionnement et le renforcement des capacités, sont insuffisantes.

L'architecture mondiale du VIH/SIDA et les institutions nationales

Contexte. Au niveau international, plusieurs engagements ont été pris en faveur d'une approche plus harmonisée entre les partenaires du développement, approche exprimée dans les déclarations de Monterey, Rome et Paris, le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique et, pour le VIH/SIDA en particulier, les « Trois Principes ». Des groupes ont été créés pour traduire ces engagements internationaux en actions concrètes dans le domaine du VIH/SIDA. C'est notamment le cas de l'Équipe de suivi et d'évaluation du sida au niveau mondial (GAMET), qui est financée par l'ONUSIDA ; d'un groupe chargé de l'amélioration des stratégies et des plans d'action nationaux (Stratégie et plan d'action de lutte contre le sida, ou ASAP) ; et du groupe d'examen du processus de passation des marchés. Au niveau national, les capacités institutionnelles des autorités chargées du sida sont considérées comme l'élément fondamental d'une utilisation efficace des ressources externes et internes, actuelles et futures.

Problème qui se pose. L'application des « Trois Principes » — expression inspirée par l'ONUSIDA pour la politique d'harmonisation des interventions des partenaires du développement basée sur une stratégie nationale unique, une structure de gouvernance unique et un système unique de suivi et de l'évaluation — s'est révélée difficile au niveau national comme au niveau institutionnel. Les pressions du travail et les incitations internes se liguent pour empêcher la plupart des cadres et des agents de se concentrer sur les efforts qui demandent beaucoup de travail et de temps pour promouvoir une véritable collaboration, et les systèmes d'information au niveau national ne sont pas conçus pour suivre de façon appropriée les interventions des partenaires. Toutefois, les instruments de base qui pourraient faciliter une action collective, tels que les approches sectorielles (SWAp), les financements groupés et les prêts-programmes, sont en place.

La pérennité financière des programmes VIH/SIDA

Contexte. La transposition à grande échelle des interventions montées pour combattre l'épidémie et l'engagement des grands pays industrialisés en faveur de l'objectif de l'accès universel aux traitements sont une bonne chose. Dans le même temps, ces efforts ne sont ni sans conséquence sur la gestion macroéconomique et budgétaire des pays bénéficiaires de l'aide, ni sans incidence sur l'efficacité des initiatives des pouvoirs publics nationaux dans différents secteurs. En outre, comme on l'a vu dans les sections précédentes, le VIH/SIDA a des répercussions importantes pour les secteurs public et privé des économies affectées, en ce qu'il peut réduire la

capacité des gouvernements nationaux eux-mêmes à réagir efficacement face à l'épidémie.

La plupart des pays de la région sont encore très dépendants de l'aide extérieure pour le financement de leurs programmes VIH/SIDA. Les recherches antérieures montrent que les financements externes sont en général fluctuants (Eifert et Gelb 2005). Le caractère évolutif de l'épidémie et la possibilité d'obtenir des traitements à moindre coût transforment le diagnostic final du sida, commuant la sentence de mort en maladie chronique. Une fois que le traitement commence, c'est un engagement à vie auprès du patient. La suspension ou la fin du traitement faute de financements serait à la fois un aléa de moralité et un risque sanitaire. En outre, les dépenses d'équipement et les dépenses de fonctionnement, telles que les salaires et la formation des agents de santé, entraînent des dépenses incompressibles à long terme pour les États concernés.

Beaucoup d'incertitudes planent sur les coûts futurs des traitements parce que le risque de résistance aux médicaments augmente à mesure que les interventions axées sur traitement prennent de l'ampleur. Par conséquent, l'importance de la charge budgétaire future qu'implique pour le secteur public l'élargissement de l'accès aux traitements sur le moyen-long terme est un élément qui est loin d'être maîtrisé.

Problème qui se pose. Pour le moment, il existe une antinomie manifeste entre les fluctuations erratiques des apports d'aide et le caractère à long terme des dépenses liées au traitement et à la prévention du VIH/SIDA. Afin de remédier efficacement à ce déséquilibre, les pays doivent conjuguer l'aide extérieure et les efforts nationaux pour mobiliser des ressources afin d'atténuer la volatilité des financements. L'analyse des questions relatives à l'espace budgétaire et à la pérennité financière relèvent essentiellement des pays étant donné le rôle que jouent les institutions et les caractéristiques locales dans la détermination des ressources. Mais, dans une perspective régionale, il semble que les possibilités qu'a l'Afrique subsaharienne d'élargir l'espace budgétaire en augmentant son endettement et les recettes du seigneurage soient limitées. Les mesures permettant d'améliorer l'efficacité des dépenses, d'élargir l'assiette fiscale et de lutter contre les déperditions liées à la corruption et la mauvaise gouvernance sont a priori des solutions prometteuses pour accroître l'espace budgétaire (David 2007).

Gouvernance et obligation de rendre des comptes

Contexte. Les préoccupations concernant la transparence et l'intégrité de l'utilisation des fonds ne cessent de croître. Les récents examens approfondis de certains projets PPS en Afrique et de certains projets asiatiques auxquels a procédé le Service de déontologie institutionnelle font apparaître des risques fiduciaires importants, qui ont entraîné la suspension des décaissements en faveur d'un projet dans le secteur de la

santé et retardé les nouveaux engagements tant pour des projets VIH/SIDA que des projets du secteur santé. De même, le GFATM a suspendu ses opérations dans plusieurs pays.

Problème qui se pose. Travailler via des milliers de communautés avec de très nombreuses parties prenantes et des prestataires de services différents s'est révélé une méthode d'approche efficace pour la prévention du VIH, les soins et les traitements aux patients. Dans le même temps, cette décentralisation de l'effort entraîne un risque accru de gaspillage et de déperdition des fonds. Le problème est d'assurer l'intégrité de l'utilisation des fonds tout en encourageant la participation active d'un grand nombre de petites organisations et l'efficacité des flux financiers dans les régions où les besoins sont les plus importants.

Capacités de mise en œuvre

Contexte. Avec l'injection importante de ressources, l'augmentation du nombre des parties prenantes et des prestataires de services sur une période de temps relativement courte, et l'acceptation générale du principe de l'accès universel à la prévention et au traitement, les moyens d'action dont disposent les institutions et les entités pour mener à bien de nombreuses tâches sont insuffisants, ce qui représente un sérieux goulet d'étranglement dans de nombreux cas. La demande concernant la planification, la programmation et l'estimation des coûts ; et la fourniture de services, la supervision, le suivi et l'évaluation, et les capacités en matière d'établissement de rapports — que ce soit au niveau communautaire, provincial ou national — dépassent dans bien des cas les moyens d'action de ceux qui en sont responsables. La charge qui pèse sur les autorités du sida pour fournir un soutien suffisant aux activités diversifiées de nombreux partenaires risque de s'alourdir à mesure que les programmes s'élargissent pour atteindre l'objectif de l'accès universel.

Problème qui se pose. La nature de la parade élaborée pour faire face au VIH/SIDA, qui est pour l'essentiel appliquée au niveau local ainsi que dans les services de santé, suppose un changement des comportements, mais aussi la distribution de fournitures médicales et l'offre de traitements. Une mise en œuvre efficace exige des systèmes et des compétences qui sont en général relativement rares dans de nombreux pays. La mise en œuvre des programmes VIH/SIDA nécessite donc une formation appropriée et continue de ceux qui travaillent à l'échelon central comme aux échelons décentralisés, ainsi que des systèmes qui fournissent en temps voulu des informations essentielles et des possibilités de communication aux autorités qui centrent leur attention sur les résultats, la transparence et la bonne gouvernance. Les services de la Banque mondiale devront se préoccuper particulièrement de la question de savoir comment organiser efficacement

les programmes de renforcement des capacités sous la supervision du Plan d'action de la direction pour renforcer les capacités en Afrique (CDMAP) afin de pourvoir aux besoins prioritaires des programmes VIH/SIDA dans ce domaine.

Problèmes opérationnels

Dans ses interventions, la Banque doit tenir compte des nombreux problèmes opérationnels interdépendants, que le VIH/SIDA met en lumière.

L'équilibre à établir entre prévention, traitement et soins

Contexte. Dans les quatre dernières années, les interventions VIH/SIDA ont été essentiellement centrées sur le traitement, en partie pour répondre à la priorité des nouveaux bailleurs de fonds. Selon l'ONUSIDA (2006), le PEPFAR par exemple a pour politique d'allouer 70 % de ses financements aux traitements et aux soins, et 20 % à la prévention (dont un tiers consacré aux programmes d'abstinence). À la fin de 2005, le GFATM avait consacré la moitié de ses fonds VIH/SIDA aux traitements (47 % pour les médicaments et les produits, 20 % pour les ressources humaines et la formation, 20 % pour l'infrastructure physique et l'administration, et 6 % pour le suivi et de l'évaluation). Pour diverses raisons politiques, culturelles, financières et techniques, liées peut-être à la difficulté d'évaluer rigoureusement l'impact de la prévention, de nombreux pays ont relativement négligé les financements de la prévention, et la prévention elle-même. La nécessité de replacer la prévention au premier plan a été soulignée lors de la XVI^e Conférence internationale sur le sida, à Toronto en août 2006, sur la base du principe que « mieux vaut prévenir que guérir », en particulier compte tenu des économies budgétaires qu'il est possible de réaliser sur le coût des traitements lorsque la prévention est efficace.

Problème qui se pose. Les interventions liées à la prévention ne peuvent être considérées isolément, pas plus qu'une solution ne peut avoir une efficacité indéfinie. À long terme les efforts de prévention doivent évoluer avec les caractéristiques de l'épidémie et s'adapter aux différents types d'infections et aux conditions sociales. Les pays de la région ont en général mis en œuvre des programmes de prévention généraux, qui n'ont pas toujours un impact important dans les pays où la prévalence est faible. La dynamique actuelle de la transmission et de l'infection implique de se préoccuper davantage du ciblage des interventions axées sur la prévention :

- les femmes (en particulier les jeunes femmes), afin de réduire leur exposition aux risques ;
- les changements de comportement de la population en général, afin de limiter la multiplicité des partenaires dans une même période de temps dans les pays où la prévalence est élevée ;

- les hommes, afin d'accroître l'adoption des mécanismes de prévention au sein de ce groupe ; et
- les populations vulnérables telles que les professionnels du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et les utilisateurs de drogues par injection, comportements qui sont les principaux modes de transmission dans de nombreux pays où la prévalence de l'épidémie est élevée.

En résumé, les mesures de prévention doivent tenir compte de l'évolution des types de contamination et viser davantage le changement de comportement au lieu de chercher uniquement à sensibiliser les opinions.

L'inégalité entre les sexes

Contexte. L'inégalité entre les sexes, tant au plan de la situation sociale que sur le plan des droits, des possibilités d'emplois, de l'accès aux actifs productifs et de la charge de travail, ou de la violence basée sur l'appartenance à un sexe, est le principal facteur qui explique la vulnérabilité et les risques particuliers d'infection par le VIH que courent les jeunes filles et les femmes. Il faut élargir l'utilisation des outils et des méthodes actuels, et fournir des instruments de prévention novateurs et efficaces pour les femmes. Certains progrès technologiques (tels que les microbicides, qui pourraient permettre aux femmes de mieux maîtriser leur vie) sont prometteurs tout comme l'utilisation plus large de méthodes efficaces, telles que la circoncision des hommes en particulier, pour réduire le risque de transmission du VIH/SIDA des femmes aux hommes.

Problème qui se pose. Avec la féminisation de l'épidémie, l'intégration de la parité des sexes dans les programmes et les politiques de développement au niveau national est de la plus haute priorité ; mais, compte tenu du manque de volonté politique, de l'insuffisance des capacités et des financements et de la faiblesse des institutions, cette intégration est une véritable gageure. Des travaux d'analyse plus approfondis pour éclairer les décisions, fournir une base pour la formation et intégrer les aspects liés à l'appartenance au sexe dans la recherche opérationnelle, les essais expérimentaux, et l'organisation des services seraient d'une grande utilité, mais il faudrait intensifier durablement les efforts pour modifier des pratiques profondément ancrées.

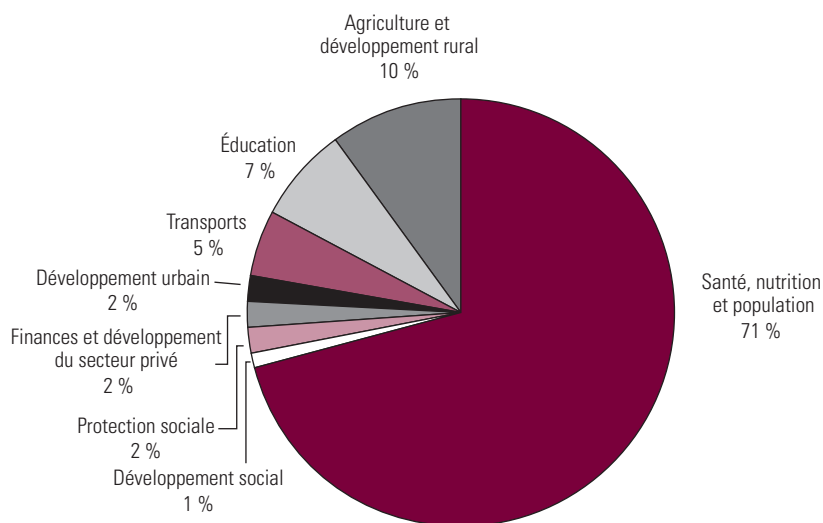
Des interventions plurisectorielles

Contexte. Le VIH/SIDA touche pratiquement tous les secteurs et il appelle une action à des degrés différents, non seulement de la part des acteurs du secteur public, mais aussi des bénéficiaires directs et indirects des efforts déployés pour combattre la maladie. Les secteurs de l'agriculture, de la protection infantile, du commerce, de la défense, du développement, de l'éducation, des finances, de la santé, de l'intérieur, de la justice, des affaires

municipales, des services sociaux, du commerce, des transports et de la jeunesse, pour n'en citer que quelques uns, ont tous des raisons valables de s'associer aux interventions organisées au niveau national pour lutter contre le VIH. En fait, malgré la reconnaissance de pure forme par les fonctionnaires de la pertinence du VIH dans le lieux de travail et la nécessité d'inclure le VIH dans les politiques qu'ils élaborent et les services qu'ils fournissent aux usagers, la réaction des pouvoirs publics a été inadaptée dans la plupart des cas. Il y a plusieurs raisons à cela, en particulier la surcharge des programmes de travail, la surcharge des services qui ne disposent pas de nouvelles ressources pour assumer de nouvelles tâches, la réticence à traiter des problèmes socialement sensibles, la réticence à travailler en partenariat avec les organisations de la société civile, le manque de leadership et le manque d'instruments, de formation et de capacité d'absorption.

Problème qui se pose. Convaincre les responsables du secteur public, les fonctionnaires et les groupes qui sont la cible des interventions que le VIH est un problème de développement et non pas seulement un problème de santé — un problème où il est possible de se prévaloir d'un succès national — est un objectif prioritaire auquel ils doivent consacrer leur attention, leur engagement et leurs efforts. C'est une tâche difficile. Il est possible d'identifier les principaux secteurs pays par pays, de trouver des individus réceptifs et de fournir un appui technique financier et des encouragements,

Figure 4.1 : Engagements actifs en faveur du VIH/SIDA par secteur (Banque mondiale)



Source : Business Warehouse, Banque mondiale, novembre 2007.

Note : Les données incluent le montant total des engagements pour les projets PPS et le montant du volet VIH/SIDA pour les projets qui ont des composantes VIH/SIDA.

mais il faut que les départements sectoriels de la Banque identifient ces opportunités et mobilisent des ressources humaines et financières au niveau des régions pour que le VIH/SIDA devienne partie intégrante des programmes sectoriels.

La figure 4.1 montre la répartition des engagements actifs en faveur du VIH/SIDA dans les différents secteurs de la Banque mondiale. Plus de la moitié du portefeuille (71 %) est gérée par le secteur santé, nutrition et population (HNP), mais des efforts continus sont nécessaires pour intégrer la lutte contre le VIH/SIDA dans les secteurs autres que celui de la santé.

Santé sexuelle et reproductive (SSR)

Contexte. Les programmes axés sur le planning familial, la santé maternelle et infantile, la santé reproductive, et le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) sont des programmes étroitement liés. Ils sont complémentaires et il existe de nombreuses synergies entre eux. En d'autres termes, chacun d'entre eux bénéficie de l'efficacité de l'autre. Malheureusement, en Afrique subsaharienne, ils ne sont pas organisés de façon à se renforcer mutuellement, si tant est qu'ils soient traités.

Problème qui se pose. Diverses études sur la façon de traiter au mieux les liens entre les services de SSR et de VIH (Lule 2004) sont en cours. Ces liens varient selon le contexte, mais il est clair aussi que la fourniture de services de planning familial dans le cadre des programmes de conseil, de dépistage et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PMTCT), le développement des services de santé reproductive conçus pour les jeunes, le partage des équipements et des ressources humaines, la réduction des tâches qui font double emploi et le renforcement des services de proximité sont autant de lignes d'action prometteuses. Pour amener les dirigeants nationaux à considérer la SSR et le VIH comme des priorités et obtenir leur adhésion à une politique qui exige des ressources, il faudra une action concertée de la part de multiples parties prenantes.

Liens avec d'autres maladies et en particulier avec la tuberculose

Contexte. Depuis 1990, le nombre des nouveaux cas de tuberculose a triplé en Afrique et, avec l'apparition de souches multi résistantes et ultra-résistantes aux médicaments, la complexité des interactions entre la tuberculose et le VIH a beaucoup augmenté. Le paludisme demeure un problème majeur dans une bonne partie de l'Afrique subsaharienne et les séropositifs risquent davantage de mourir s'ils sont paludéens et vice-versa. La malnutrition est un autre facteur qui accroît substantiellement la sensibilité au VIH/SIDA, en ce qu'elle affaiblit les systèmes immunitaires et augmente la mortalité.

Problème qui se pose. Pour mener une action concertée afin de tirer parti des progrès pertinents de la recherche, des politiques et de la technologie et de leur application, il faut instaurer une coopération entre les bailleurs de fonds et les autorités nationales. Ces autorités nationales croulent souvent sous de multiples charges qui excèdent largement les ressources dont elles peuvent disposer. Dans leurs activités de soutien financier et technique, les bailleurs de fonds extérieurs doivent tenir compte de la nouvelle ampleur du problème de la vulnérabilité.

Organisation des services de santé

Contexte. Le secteur de la santé est un secteur qui ne doit être défaillant si l'on veut assurer une surveillance, une prévention, des traitements et des soins efficaces dans le domaine du VIH/SIDA. De nombreux systèmes de santé de la région manquent d'équipements adéquats, de moyens pour effectuer un travail de proximité et de systèmes efficaces (tels que les chaînes d'offre et les systèmes de suivi et de l'évaluation) et ils souffrent de pénuries chroniques de personnels de santé pour faire face à l'épidémie du VIH (Tulenko 2006, voir aussi l'annexe 2). De fait, le VIH/SIDA impose une lourde charge sur les systèmes nationaux de santé, qui ont du mal à retenir les agents de santé, même ceux qui ont reçu une formation, à moins qu'on ne leur fournisse les moyens de se protéger et de se traiter eux-mêmes.

Problème qui se pose. Alors que le système de santé souffre d'une pléthore de problèmes qu'il faut traiter, du point de vue du VIH/SIDA, les domaines cruciaux sont les ressources humaines, les capacités des laboratoires et de l'industrie pharmaceutique, et les systèmes de soutien efficaces tels que la gestion de la chaîne de l'offre, la gestion fiduciaire et le système de suivi et de l'évaluation. Les systèmes nationaux de santé et les stratégies et interventions concernant le VIH/SIDA doivent être coordonnés, se compléter et être soutenus par les autorités nationales et les partenaires extérieurs.



CHAPITRE 5

Le programme d'action 2007–2011

Le VIH/SIDA demeure une gageure fondamentale pour le développement dans de nombreux pays d'Afrique, une gageure qui compromet la croissance, les moyens d'existence des populations et les capacités humaines et qui sème la tragédie dans des millions de foyers.

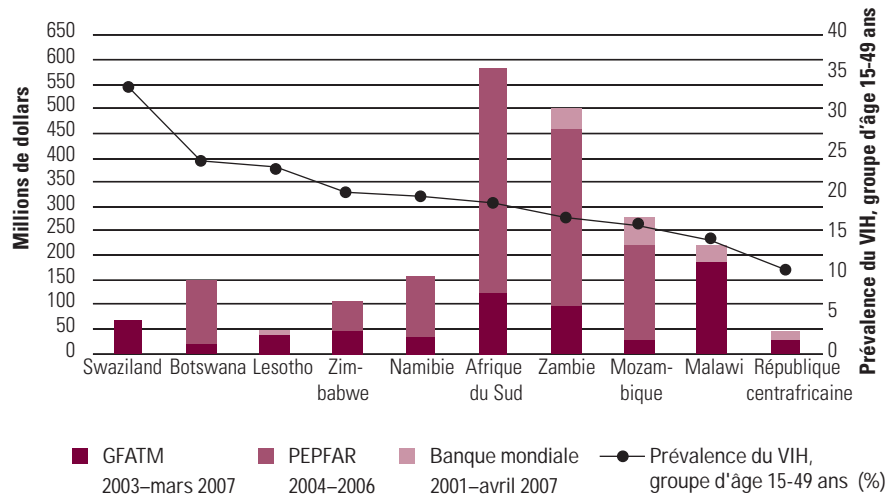
Depuis la formulation de la première stratégie de la Banque pour le VIH/SIDA en Afrique, en 1999, le contexte dans lequel s'inscrit la lutte contre le VIH/SIDA a changé de façon spectaculaire, avec l'arrivée de nouveaux bailleurs de fonds, des flux de financements plus importants, des traitements plus abordables, une meilleure connaissance de la maladie et de sa transmission et une nouvelle appréciation de l'inégalité entre les sexes dans la féminisation de la maladie en Afrique.

Malgré l'intensification des interventions nationales et internationales, il reste beaucoup à faire pour affiner les stratégies et mobiliser les ressources nécessaires pour mettre en œuvre une stratégie cohérente assortie de moyens financiers, humains et institutionnels suffisants, sans négliger la prévention. La nécessité d'un engagement continu de la Banque s'inscrit dans cette toile de fonds et cet engagement prend appui sur les enseignements tirés de l'expérience pendant sept années d'investissements considérables sur le front du VIH/SIDA, son aptitude à s'adapter à un environnement épidémiologique en mutation et son intention d'aller jusqu'au bout avec les autres partenaires pour enrayer la propagation de la maladie.

L'un des problèmes les plus préoccupants est l'absence de soutien international en faveur du VIH/SIDA dans les pays les plus gravement affectés par l'épidémie, et l'Afrique australe en particulier, comme le montre la figure 5.1 (voir aussi l'annexe 6).

Le rôle de la Banque mondiale a aussi changé au cours des sept dernières années, passant de celui de bailleur de fonds de première importance pour les programmes VIH/SIDA en Afrique à celui d'un partenaire du développement et d'un pourvoyeur de fonds complémentaires, ce qui est à de nombreux égards un rôle plus large et plus complexe. Le rôle financier de la Banque a diminué en termes relatifs, en partie en raison de l'absence de fonds IDA sous forme de dons pour le VIH/SIDA depuis IDA-13 et en

Figure 5.1 : Financements internationaux pour le VIH/SIDA dans les 10 pays où la prévalence est la plus élevée

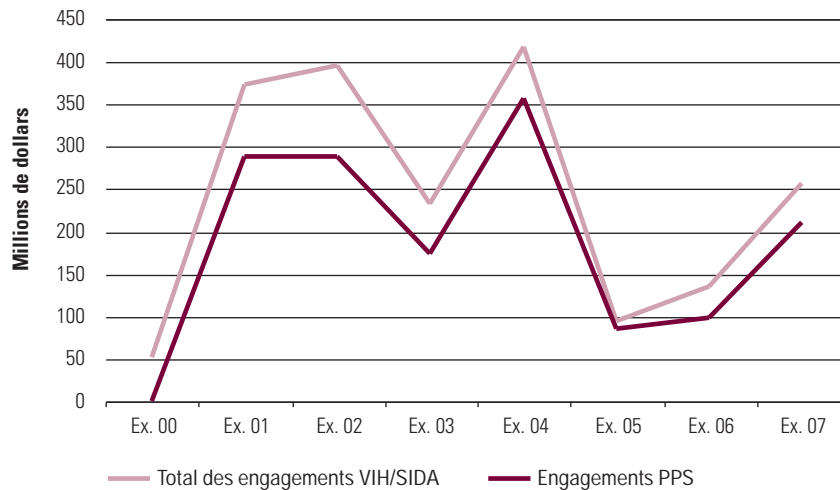


Sources : ONUSIDA 2006; Haacker 2007 ; www.theglobalfund.org; <http://www.pepfar.gov/press/c19558.htm> et Business Warehouse (Banque mondiale). Financements du GFATM entre 2003 et novembre 2007 inclus. Financements du PEPFAR entre 2004 et 2007 inclus. Projets PPS de la Banque mondiale approuvés entre 2001 et novembre 2007.

partie en raison des importantes injections de fonds du GFATM, du PEPFAR et d'autres entités. La baisse des nouveaux engagements de la Banque, qui sont passés d'environ 250 millions de dollars par an à approximativement 80 millions de dollars par an est prononcée après l'exercice 04 (figure 5.2).

Dans d'autres domaines, la demande d'interventions de la Banque demeure très forte. Les coparrainants d'ONUSIDA ont indiqué que la Banque mondiale joue un rôle de premier plan s'agissant du soutien aux programmes stratégiques nationaux qui hiérarchisent les priorités et contiennent des estimations de coûts, ainsi que dans les domaines de la gestion financière, des ressources humaines, du renforcement des capacités et du développement des infrastructures, de l'atténuation de l'impact de l'épidémie et des études sectorielles (voir annexe 9). D'autres partenaires se tournent vers la Banque pour qu'elle les aide à faire travailler leurs financements de façon plus efficace en renforçant les systèmes et les capacités. La Banque est aussi l'un des principaux partenaires du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) pour les programmes d'action plus vastes qui concernent le développement, la gouvernance, l'intégration aux opérations courantes et la parité des sexes ; c'est aussi un partenaire important du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) pour la passation des marchés et la régulation de l'offre, et un partenaire important du Secrétariat de l'ONUSIDA pour ce qui concerne le suivi et l'évaluation, l'information stratégique, le partage des connaissances et l'obligation de rendre des comptes.

Les parties prenantes consultées au sujet de ce programme d'action — en particulier les autorités nationales, les partenaires du développement, les

Figure 5.2 : Prêts de la Banque pour le VIH/SIDA^a en Afrique Ex. 00-Ex. 07^b

Source : Business Warehouse (Banque mondiale)

a. Les données incluent le total des montants engagés pour les projets PPS et le montant des prêts accordés pour le volet VIH/SIDA dans les projets qui ont des composantes VIH/SIDA.

b. Données de fin juillet 2007

baillleurs de fonds et les organisations de la société civile — ont décrit les rôles que la Banque est particulièrement apte à assumer, notamment :

- l'analyse macroéconomique et financière ;
- l'engagement plurisectoriel, le travail dans l'éducation, les transports, l'agriculture et d'autres secteurs, ainsi qu'une action en liaison étroite avec la santé ;
- le renforcement des capacités institutionnelles et humaines pour les systèmes de santé, la gestion financière et la passation des marchés ;
- l'influence et le rôle de catalyseur pour l'innovation, par exemple dans les pays qui sortent d'un conflit, ainsi que pour l'intégration sous-régionale ;
- le travail en partenariat avec les communautés et le secteur privé ; et
- en tant que source de soutien financier à long terme.

Objectifs stratégiques

L'objectif du programme d'action est de soutenir les pays subsahariens dans les efforts qu'ils déploient afin d'atteindre le sixième objectif de développement pour le Millénaire (ODM) lié au VIH/SIDA — qui est de stopper la propagation du VIH/SIDA et de commencer à inverser la tendance.

Le principe qui sous-tend le Programme d'action est que les obstacles fondamentaux qui empêchent de stopper la propagation de la maladie et de commencer à inverser la tendance tiennent essentiellement aux capacités

institutionnelles et aux capacités de mise en œuvre, ainsi qu'aux ressources humaines et financières. Certes, les financements à mobiliser pour atteindre l'objectif de l'accès universel et intensifier des actions menées dans certains pays demeurent très insuffisants, mais les objectifs stratégiques essentiels dans les cinq années à venir sont les suivants :

- *Renforcer les interventions viables à long terme qui établissent la hiérarchie des priorités* en incorporant de façon plus explicite le VIH/SIDA dans les programmes de développement nationaux, en ciblant les interventions, en formulant des stratégies réalistes fondées sur les faits concrets fournis par des systèmes de suivi et d'évaluation de qualité, et en intégrant les efforts déployés sur le front du VIH/SIDA avec l'action menée pour combattre d'autres maladies.
- *Intensifier et accélérer l'action plurisectorielle ciblée* en programmant des interventions dans les secteurs de l'éducation, des transports, de l'agriculture et de la santé, et en travaillant avec le secteur privé, les organisations de la société civile et les administrations locales.
- *Renforcer les systèmes nationaux pour gérer les interventions de façon efficace et efficiente* dans les domaines de l'organisation des services de santé, de la gestion financière et de la passation des marchés, de la gestion des chaînes de l'offre, des ressources humaines et des services sociaux.
- *Renforcer la coordination des bailleurs de fonds* en veillant à l'application des « Trois Principes » et en travaillant efficacement pour rationaliser l'architecture mondiale de l'aide pour la santé.

Les grands axes d'action

Pour atteindre ces objectifs, le Programme d'action repose sur quatre piliers stratégiques :

- *Premier pilier*: Cibler les interventions en prenant appui sur des stratégies VIH/SIDA fondées sur l'observation des faits concrets et la hiérarchie des priorités, et intégrées dans la planification du développement national.
- *Deuxième pilier*: Transposer à plus grande échelle les interventions plurisectorielles ciblées et les interventions de la société civile.
- *Troisième pilier*: Obtenir des résultats plus efficaces en renforçant les capacités de suivi et d'évaluation des pays.
- *Quatrième pilier*: Améliorer l'harmonisation et la coordination des bailleurs de fonds.

La pierre angulaire du Programme d'action

La détermination de la Banque de poursuivre activement son engagement dans la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique sous-tendra les dispositions prises dans le cadre du Programme d'action. Du fait des restrictions qui pèsent sur les budgets-pays de l'IDA, de la demande croissante d'équipements d'infrastructure et d'autres investissements et de la

possibilité de plusieurs pays de disposer des ressources sous forme de dons fournies par d'autres donateurs, certains partenaires du développement ont l'impression que la Banque se désengage, voire qu'elle renonce à son action de soutien à la lutte contre le VIH/SIDA. L'objectif du Programme d'action est d'administrer la preuve de la détermination de la Banque à continuer à jouer un rôle efficace dans le combat mené contre le VIH/SIDA en Afrique, soit par ses propres interventions, soit en soutenant l'action engagée aux niveaux national et régional.

Cadre conceptuel général

La cadre conceptuel du Programme d'action peut être visualisé dans la figure 5.3.

Les objectifs spécifiques, les mesures envisagées, les indicateurs et les objectifs intermédiaires, les hypothèses fondamentales, les échéances et les responsabilités pour le Programme d'action sont décrits dans le Cadre des résultats et le plan de mise en œuvre de l'annexe 10. La section qui suit récapitule les principaux éléments qui forment la base du Programme d'action, à savoir le renouvellement de l'engagement, les mesures à prendre, les actions et les résultats escomptés pour chacun des quatre grands axes.

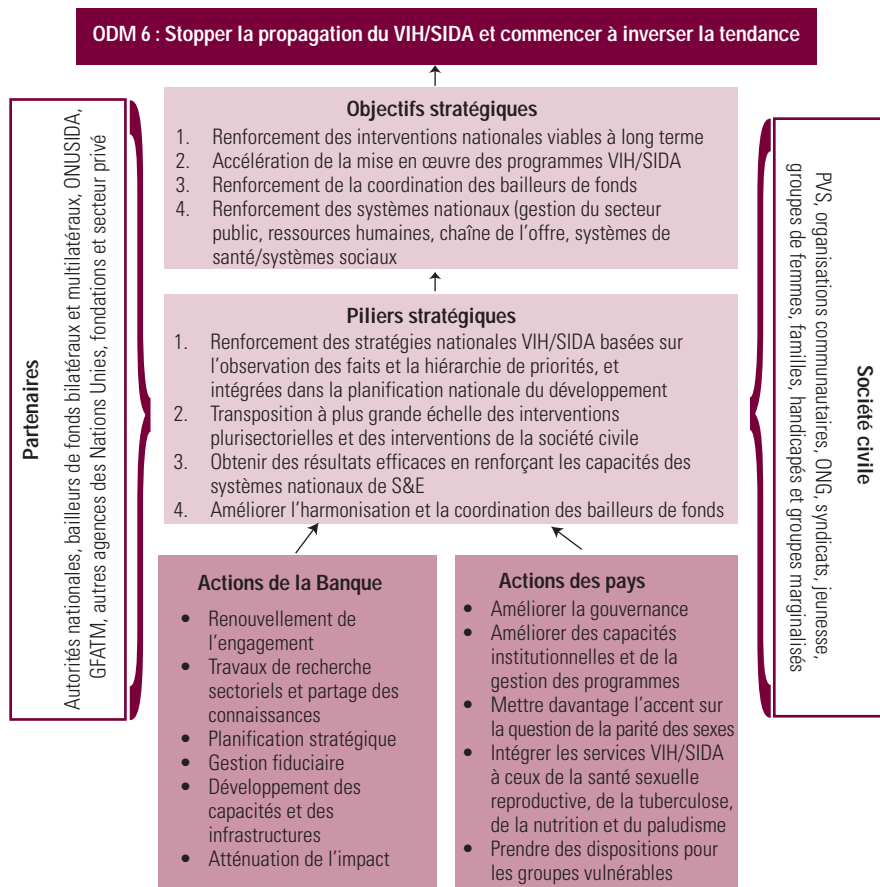
Les fondements du programme d'action : le renouvellement de l'engagement pris

Le premier objectif du Programme d'action est une réaffirmation de l'engagement à long terme de la Banque d'aider à combattre le sida, engagement pris la première fois en 1999. Le déroulement du Programme d'action sous la houlette de la direction et des Administrateurs confirmera cette détermination.

La preuve tangible du renouvellement de l'engagement sera notamment apportée par les mesures suivantes :

- ***Prendre l'engagement de rester une source de financement prévisible, souple et durable.*** La Banque se prépare à fournir, à la demande des pays membres, au moins 250 millions de dollars par an pour des investissements liés au VIH/SIDA au cours des cinq années à venir. Cet engagement est une sorte de filet de protection et d'assurance pour les emprunteurs confrontés aux incertitudes de l'espace budgétaire disponible et de la volatilité potentielle des flux financiers. Les fonds pourront soutenir des projets purement axés sur le VIH/SIDA, des projets « hybrides » intégrés dans des opérations du secteur de la santé, ou des prêts en faveur de réformes centrées sur les dépenses de santé. Ils soutiendront des études sur les déficits financiers et les lacunes des programmes, ainsi que l'élaboration de plans de financement quinquennaux et des études de faisabilité financière qui incorporent les engagements des bailleurs de fonds et les engagements nationaux, ainsi que les engagements à long terme pour le traitement des patients. Cela impliquera de dégager des

Figure 5.3 : Cadre conceptuel du Programme d'action VIH/SIDA de la Banque en Afrique



Source : Les auteurs.

Note : ONG = organisation non gouvernementale ; PVS = personne vivant avec le VIH/SIDA.

moyens de financement novateurs pour répondre aux besoins de l'Afrique subsaharienne dans le domaine du VIH/SIDA.

- ***Prouver l'engagement renouvelé de la Banque de combattre le sida en Afrique en participant à toutes les filières permettant d'établir un dialogue sur l'action à mener.*** La Direction mobilisera des décideurs de haut niveau pour défendre la cause du VIH/SIDA. Les activités de sensibilisation menées par les services de la Banque réaffirmeront avec force cette position.
- ***Créer un fonds d'incitation VIH/SIDA afin de renforcer la base des données concrètes, de promouvoir les interventions plurisectorielles et d'apporter un appui technique et de conduire des travaux d'analyse et des activités de conseil pour aider les pays.*** Le « fonds d'incitation » sera doté d'un budget annuel de 5 millions de dollars pendant cinq ans afin de promouvoir l'analyse des interventions VIH/SIDA et leur intégration dans les opérations

courantes. Il permettra de : i) combler les principales lacunes dans la connaissance du VIH dans des régions déterminées ; et ii) d'aider les chefs de projet à élaborer des interventions VIH/SIDA dans des projets d'investissement sectoriels concernant l'éducation, les transports, le développement rural et d'autres secteurs clés. Il financera des travaux d'analyse essentiels, des activités de conseil sur les politiques et les programmes, des opérations de renforcement des capacités et la préparation de projets et de programmes conformément aux objectifs du PAA et du CDMAP. Le fonds sera à la disposition des bénéficiaires potentiels tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la Banque.

- *Promouvoir les travaux sur les biens publics régionaux et les questions transnationales telles que les réfugiés.* Les interventions régionales sont un complément important des programmes VIH/SIDA et font partie intégrante des priorités stratégiques de la Banque. Mais, dans certains cas, les pays hésitent à contracter des emprunts pour ces interventions, ou ne sont pas en mesure de le faire. Les situations de conflit ou post-conflit sont courantes dans de nombreuses sous-régions, ce qui interdit toute opération de crédit classique. Les dons pour traiter le problème des réfugiés et des populations déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les corridors de transports et d'autres problèmes du genre sont pratiquement la seule option disponible face à des situations critiques de ce genre. La Banque a une expérience plus large et plus diversifiée des méthodes d'approche sous-régionales pour le VIH/SIDA que d'autres partenaires.
- *Accroître l'engagement de la Banque dans l'épicentre de l'épidémie — en Afrique australe.* La Région Afrique doit trouver des instruments pour soutenir les programmes VIH/SIDA dans des pays tels que le Botswana, la Namibie, le Swaziland et l'Afrique du Sud, qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier des concours de l'IDA. Elle peut soit apporter une forme de collaboration permettant de convertir les crédits de la BIRD en dons, soit organiser des programmes d'assistance technique sous-régionaux financés par des dons de la BIRD, ou d'autres mécanismes. La Banque pourrait soutenir des activités d'appui technique et des instruments novateurs pour aider les pays à revenu intermédiaire de l'Afrique australe à travers les financements du FDI, des travaux d'analyse et le dialogue avec les autorités nationales¹.

Premier pilier : Cibler les interventions en prenant appui sur des stratégies VIH/SIDA fondées sur l'observation de faits concrets et la hiérarchie des priorités

La Banque peut apporter une contribution unique aux interventions VIH/SIDA en aidant à intégrer le programme sida dans un programme de développement national, une stratégie de réduction de la pauvreté et un CDMT. L'élaboration d'une stratégie VIH/SIDA hiérarchisant les priorités et fournissant des estimations de coûts, couplée avec un programme de travail annuel réaliste est un instrument indispensable pour l'efficacité des

interventions visant l'épidémie. Le premier pilier permettra de s'assurer qu'une attention appropriée est portée au programme national VIH/SIDA et que ses objectifs sont bien définis. Les principales lignes d'action sont les suivantes :

- *Intégrer le VIH/SIDA dans les stratégies nationales de développement, les CDMT et les programmes de réduction de la pauvreté.* Avec l'engagement renouvelé de la direction de la Banque et de la Région en faveur du VIH/SIDA, 6 DSRP et 10 stratégies d'aide-pays (CAS) et notes stratégiques intérimaires devraient être examinées chaque année pour s'assurer qu'il est bien tenu compte du VIH/SIDA dans les plans d'activité du pays et de la Banque. Auparavant, les instruments conçus pour aider à élaborer les CDMT et les DSRP prenant le VIH/SIDA en ligne de compte étaient mis au point en fonction des circonstances, mais ils devraient dorénavant être systématiquement appliqués.
- *Tenir compte des spécificités des épidémies au niveau national.* La Banque doit être prête à aider les pays en leur apportant un soutien financier, technique et analytique adapté à leur situation particulière ; elle doit comprendre les spécificités de l'épidémie au niveau national ; et elle doit instaurer des systèmes de surveillance. Les tableaux 5.1 et 5.2 présentent une typologie possible des interventions sur la base de la différenciation des épidémies.
- *Soutenir et renforcer les capacités en matière d'élaboration de stratégies VIH/SIDA nationales qui hiérarchisent les priorités et fournissent des estimations de coût.* Les travaux du Groupe ASAP seront axés sur une vingtaine de pays subsahariens au cours des trois années à venir.
- *Intégrer plus pleinement le VIH/SIDA dans les programmes axés sur le renforcement des systèmes de santé, la santé reproductive, le paludisme, la tuberculose et la nutrition.* L'expérience montre qu'il y a des programmes et des maladies qui doivent être plus étroitement traités dans le contexte des interventions VIH/SIDA nationales. Ayant l'expérience des interventions plurisectorielles, la Banque cherchera plus activement à déterminer comment le faire, que ce soit dans le cadre de programmes VIH/SIDA, ou des investissements qui s'y rapportent.
- *Partager les pratiques optimales pour ce qui marche et ce qui ne marche pas dans les programmes VIH/SIDA.* La recherche opérationnelle portera à la fois sur les programmes VIH/SIDA qui ont donné des résultats et ceux qui ont échoué afin de mieux identifier les pratiques optimales et de les partager.

Deuxième pilier : Transposer à plus grande échelle les interventions plurisectorielles ciblées et les interventions de la société civile

Le Programme d'action soutiendra une approche plurisectorielle au niveau des pays et intégrera systématiquement la lutte contre le VIH dans les

Tableau 5.1 : Types de pays et typologie du VIH/SIDA

TYPES DE PAYS	ÉPIDÉMIE PEU IMPORTANTE		ÉPIDÉMIE CONCENTRÉE		ÉPIDÉMIE GÉNÉRALISÉE	
	PRÉVALENCE INFÉRIEURE À 1 % PARMIS LES JEUNES FEMMES DE 15-24 ANS		PRÉVALENCE SITUÉE ENTRE 1 ET 5 % PARMIS LES JEUNES FEMMES DE 15-24 ANS		PRÉVALENCE SUPÉRIEURE À 5 % PARMIS LES JEUNES FEMMES DE 15-24 ANS	
	PAYS	PRÉVALENCE (%)	PAYS	PRÉVALENCE (%)	PAYS	PRÉVALENCE (%)
IDA	Madagascar	0,3	Cameroun	4,9	Lesotho	14,1
	Mauritanie	0,5	Tanzanie	3,8	Zambie	12,7
	Sénégal	0,6	Congo, Rép. du	3,7	Mozambique	10,7
	Niger	0,8	Angola	2,8	Malawi	9,6
			Nigeria	2,7	République centrafricaine	7,3
			Angola	2,5	Kenya	5,2
			Guinée-Bissau	2,5	Ouganda	5,0
			Burundi	2,3		
			Congo, Rép. dém. du	2,2		
			Tchad	2,2		
			Rwanda	1,9		
			Gambie	1,7		
			Érythrée	1,6		
			Burkina Faso	1,4		
			Guinée	1,4		
			Ghana	1,3		
			Mali	1,2		
		Bénin	1,1			
		Sierra Leone	1,1			
		Liberia	n.d.			
		Éthiopie	0,8			
		Soudan	n.d.			
IDA (Pays en conflit et dont les prêts sont improductifs)	Somalie	0,6	Togo	2,2	Zimbabwe	14,7
					Côte d'Ivoire	5,1
BIRD					Swaziland	22,7
					Botswana	15,3
					Afrique du Sud	14,8
					Namibie	13,4
					Gabon	5,4

Source : ONUSIDA 2006 et extrapolation des données de la Central Statistical Agency [Éthiopie] et de l'enquête démographique et de santé sur l'Éthiopie d'ORC Macro, 2005.

Note : n.d. = non disponible. Ce tableau ne présente qu'une large typologie, basée sur les données nationales. Les variations de l'épidémiologie au sein de certains pays d'Afrique de l'Ouest et dans certaines parties de l'Afrique de l'Est peuvent être importantes (comme au Kenya, en Ouganda et au Ghana par exemple) et il doit en être tenu compte lors de la mise au point des interventions adaptées aux réalités locales.

Tableau 5.2 : Interventions différenciées possibles

FACTEUR	ÉPIDÉMIE CONCENTRÉE	ÉPIDÉMIE MIXTE	ÉPIDÉMIE GÉNÉRALISÉE
Aire géographique	Certaines parties de l'Afrique de l'Ouest	Afrique de l'Ouest et parties de l'Afrique de l'Est	Afrique australe
Instruments de prêt	Projets de prévention ciblés et éléments de projets dans d'autres secteurs	Projet hybrides VIH – santé ^a	Prêts-programmes (SWAp)
Cible de l'investissement	S&E, diminution de la stigmatisation, groupes vulnérables	Interventions ciblées sur les sources de transmission	Changements des comportements Initiatives axées sur le traitement
Objet de l'analyse	Localisation du VIH, interactions entre groupes à haut risque et population en général	Dynamique de la transmission	Mentalités et types de comportements Ressources humaines pour la santé
Cibles de la surveillance	Professionnels du sexe Hommes ayant des rapports avec des hommes	Groupes vulnérables et interaction	Surveillance basée sur la population

Source : Wilson 2006.

Note : SWAp = approche sectorielle.

a. Les projets hybrides incluent des projets tels que ceux du Burkina Faso (sida et santé) et ceux de l'Érythrée, qui couvrent le VIH/SIDA/IST, la TB, le paludisme et la santé reproductive et qui sont transposés dans d'autres pays.

principaux secteurs d'intervention de la Banque. L'objectif est d'établir les priorités pour tenir compte de la complexité du VIH en tant que problème majeur du développement et de centrer les interventions sur les secteurs qui pourraient avoir le plus d'impact (selon le contexte national) en partenariat avec les organisations de la société civile et les entités du secteur privé. Pour atteindre cet objectif, le Programme d'action soutiendra l'intégration du VIH/SIDA dans le programme de développement général et de réduction de la pauvreté et il identifiera pour chaque secteur les points d'entrée pour intégrer le VIH/SIDA. Plus précisément, la Banque s'efforcera de :

- **Encourager la lutte contre le VIH/SIDA dans les secteurs clés.** La Banque poursuivra et élargira ses travaux d'analyse et ses opérations d'investissement destinées à intégrer la stratégie, les programmes et les services VIH/SIDA dans les secteurs prioritaires. Cela impliquera non seulement un renforcement des capacités institutionnelles sectorielles pour développer et superviser les activités, mais aussi travaux de recherche sur la prévention multisectorielle, l'expérimentation des approches prometteuses et la prestation de services. Cela impliquera peut-être d'intégrer le VIH dans de nouveaux produits ou d'aménager les opérations existantes.
- **Aider les organisations de la société civile à fournir des services de prévention, de soins et d'atténuation de l'impact de la maladie.** L'expérience acquise dans le cadre du PPS avec les dispositions prises pour accroître la participation et l'adhésion des organisations de la société civile et développer leurs activités en tant que prestataires de services de prévention, de soins et d'atténuation de l'impact montre que la société civile est un acteur crucial

dans les interventions VIH/SIDA. Les organisations de la société civile continueront d'être le pilier des activités futures dans la Région Afrique, avec les nouveaux produits destinés à soutenir ces organisations, ou tenant compte de la nécessité de les associer largement à l'action engagée en tant qu'acteurs à part entière d'une solution nationale. Les organisations de la société civile seront aussi associées à la méthode de suivi et d'évaluation retenue afin d'introduire à la fois du réalisme et le principe de responsabilité.

- **Traiter les problèmes liés à l'inégalité entre les sexes.** Une assistance directe et indirecte sera nécessaire pour traiter ces problèmes. Les travaux d'analyse qui permettent de mieux connaître les effets différents du VIH sur les femmes et de concevoir sur cette base des mesures précises pour modifier les comportements à risque des deux sexes seront un élément important des activités futures. La Banque soutiendra l'organisation d'ateliers pour exploiter ces conclusions et former des décideurs. Ces résultats seront en outre intégrés dans les secteurs clés et des produits appropriés seront mis au point avec les équipes chargées des pays, les chefs d'équipe des projets et les homologues nationaux.
- **Intensifier les programmes de prévention et de soutien concernant les jeunes, les orphelins et d'autres enfants vulnérables.** À chaque nouvelle génération, les jeunes femmes et les jeunes hommes doivent être sensibilisés aux risques liés au VIH/SIDA et apprendre à affronter ces risques. La multiplication rapide du nombre des orphelins et des enfants vulnérables affectés ou infectés par la maladie pose un problème social et financier important pour les sociétés. La Banque s'associera aux interventions des bailleurs de fonds nationaux et extérieurs, conjointement avec d'autres donateurs importants et des partenaires techniques de premier plan, notamment le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) dans le contexte de la répartition des tâches convenue entre les organisations coparrainantes de l'ONUSIDA.
- **Renforcer les systèmes de santé.** En tenant compte des conclusions de la stratégie élaborée par la Banque (2007) pour améliorer les résultats dans les domaines de la santé, de la nutrition et de la population (*Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Results*), de la stratégie HNP de la Région Afrique et des projets en cours ou sous dossier du portefeuille du secteur de la santé de la Région Afrique, des mesures de soutien seront prises de concert avec les spécialistes du secteur de la santé de la Banque pour renforcer les éléments du système de santé qui présentent des problèmes spécifiques pour les programmes VIH/SIDA, améliorer la prestation des services, les ressources humaines et la viabilité financière. Une attention particulière sera apportée aux dispositions permettant de multiplier les résultats par le biais des liens qui existent avec la tuberculose, le paludisme, la santé reproductive et la nutrition.

Troisième pilier : Obtenir des résultats plus efficaces en renforçant les capacités de suivi et d'évaluation des pays

Dans l'appui qu'elle fournit, la Banque appliquera des normes rigoureuses pour les activités fondées sur les données d'observation, l'intégrité et la transparence, afin d'améliorer l'efficacité, l'efficacéité et la viabilité des opérations. Plus précisément, la Banque soutiendra les pays pour :

- *Continuer à renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation au niveau national et à adapter les interventions.* La Banque renforcera le suivi et l'appui technique fournis pour mettre en place ces systèmes et les rendre opérationnels, notamment en adoptant une « fiche de performance VIH/SIDA » (voir annexe 11) pour tous les projets, la mise au point de systèmes de l'évaluation de l'impact et l'installation d'un système d'alerte précoce pour la performance des projets. Avec des systèmes efficaces de suivi et de l'évaluation, il est possible de déterminer le profil des épidémies, leur évolution tendancielle et les domaines contextuels (notamment les déterminants socioéconomiques), et d'élaborer des interventions adaptées aux besoins. Le GAMET, programme de l'ONUSIDA hébergé dans les locaux de la Banque, est chargé d'aider à améliorer la qualité des systèmes nationaux de suivi et de l'évaluation. Des travaux d'analyse doivent aussi être lancés le plus rapidement possible pour identifier les interventions de prévention spécifiques qui permettront de traiter le problème de la féminisation de l'épidémie et aideront les femmes et les jeunes filles à mieux se protéger.
- *Améliorer les structures de gouvernance existantes, la gestion du secteur public et les mécanismes de transparence, et susciter au niveau des communautés une demande pour renforcer l'obligation de rendre des comptes.* L'un des avantages les plus importants de la Banque réside dans le fait qu'elle peut aider à renforcer les capacités nationales de supervision et de gestion fiduciaire — améliorer la passation des marchés, la transmission des rapports financiers et de suivi. Que son action soit associée ou non à des financements de la Banque mondiale, la Banque a un rôle à jouer en aidant à assurer l'intégrité des programmes VIH/SIDA, à évaluer les méthodes utilisées pour lutter contre la corruption à tous les niveaux, à élaborer des principes directeurs et à renforcer les capacités.
- *Soutenir la production et le partage des connaissances afin d'améliorer l'établissement des priorités, les prises de décision et le contenu des programmes.* Dans bien des cas, les connaissances acquises grâce aux travaux d'analyse ne sont pas utilisées pour améliorer les prises de décisions et la conception des programmes. La Banque soutiendra les évaluations d'impact et les évaluations de projets. La Région Afrique prévoit d'accorder une attention plus importante à ce lien entre le savoir et l'action.
- *Effectuer les études de cas sur les bonnes pratiques et les utiliser afin de soutenir l'apprentissage et le partage des connaissances entre les pays.* Avec son imposant portefeuille de projets et de programmes divers, la Banque est bien placée

pour identifier les bonnes pratiques et les partager avec tous les pays de la Région.

Quatrième pilier : Harmoniser la collaboration entre les bailleurs de fonds

Les pays rencontrent d'énormes difficultés pour transposer les programmes à plus grande échelle. Ils ont besoin d'un appui technique qui permette de renforcer l'adhésion nationale, de traiter les besoins immédiats et d'accroître durablement les capacités. La planification stratégique, l'intégration et les systèmes de suivi et de l'évaluation sont autant d'éléments déterminants pour « faire travailler l'argent », autrement dit pour accroître l'efficacité, l'efficacéité et la pérennité des interventions nationales axées sur le VIH/SIDA.

La Banque travaillera avec les gouvernements et d'autres partenaires du développement pour faire appliquer le concept des «Trois Principes» et honorer les engagements de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Dans cette optique,

- *Elle travaillera avec ses partenaires clés pour harmoniser et renforcer les systèmes nationaux de suivi et de l'évaluation, les capacités des ressources humaines, la passation des marchés et les chaînes de l'offre.* La Banque continuera d'héberger l'action concertée de divers donneurs pour renforcer les systèmes de suivi et de l'évaluation avec le soutien du GAMET. Elle travaillera aussi avec des organisations de premier plan, comme l'indique la matrice de la répartition des tâches en matière d'appui technique des Nations Unies afin de traiter les problèmes qui font du VIH/SIDA une véritable gageure : l'insuffisance des capacités des ressources humaines, la passation des marchés et la gestion des chaînes de l'offre. Un soutien sera apporté aux pays et aux équipes chargées des projets pour améliorer l'harmonisation au niveau de la planification, de la conception des programmes, de la gestion financière, ainsi que la rapidité et l'efficacité des décaissements, la passation des marchés et le suivi des dépenses.
- *Elle effectuera des travaux conjoints de planification et d'analyse avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires.* Tenant compte du mandat des ASAP, la Banque assumera ses responsabilités d'organisation chef de file, conformément à la matrice de la répartition des tâches en matière d'appui technique des Nations Unies concernant la planification stratégique, la gestion financière, les ressources humaines, le renforcement des capacités et des infrastructures, l'évaluation de l'impact et les activités sectorielles.
- *Elle participera à des réunions conjointes annuelles avec les partenaires.* La Banque s'emploiera à harmoniser et aligner ses activités avec d'autres partenaires dans un souci d'accroître l'efficacité de l'aide. Elle participera à des manifestations axées sur le partage de l'information et de l'action, ou organisera ce genre de manifestations en partenariat avec d'autres acteurs.

- *Elle renforcera et harmonisera les institutions nationales de coordination.* La Banque procèdera à des évaluations des institutions afin d'identifier les contraintes clés et fournir les instruments et la formation nécessaires pour traiter efficacement le problème de la multiplicité des parties prenantes qui interviennent dans les opérations VIH.

Résultats escomptés

Le Programme d'action aidera à élaborer un cadre plus solide de politique générale, de structures institutionnelles et de renforcement des capacités humaines, ce qui permettra ensuite de renforcer les interventions VIH/SIDA. Au fil du temps, cela permettra de limiter les nouvelles infections, de réduire la prévalence et d'améliorer l'espérance de vie. En l'espace de 10 ans, il aura aidé à atteindre l'ODM qui consiste à stopper la propagation du VIH/SIDA et de commencer à inverser la tendance.

Les principales réalisations du programme d'action au cours des cinq prochaines années sont décrites dans les tableaux 5.3 à 5.7 inclus.

L'impact potentiel et les conséquences de l'inaction

Si l'accès universel aux traitements et à la prévention devient réalité d'ici à 2011 comme le prévoient les pays du G-8, l'impact sur l'Afrique sera important. Selon l'analyse détaillée présentée à l'annexe 4, l'accès universel aux services de prévention permettra de ramener le nombre des nouvelles infections de 3,5 millions par an à 1,25 million à un coût situé entre 2 000 et 3 000 dollars par infection évitée. En outre, les interventions de prévention permettront de réaliser une économie d'environ 6 570 dollars

Tableau 5.3 : Fondements

OBJECTIF	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	PAR QUI	D'ICI À QUELLE DATE
Répondre aux demandes de financements IDA prévisibles, flexibles et durables formulées par les pays pour le VIH/SIDA.	Accès des pays à des financements prévisibles, flexibles et durables pour le VIH/SIDA.	AFRRMT.	Ex. 08 – Ex. 11
Fourniture d'un soutien en faveur d'initiatives sous-régionales et transnationales.	Poursuite de l'appui fourni pour des opérations régionales afin de traiter des problèmes transnationaux. Au moins deux nouvelles opérations sous-régionales.	AFRRMT AFTHV AFTHD.	Ex. 08 – Ex. 11
Création du fonds d'incitation VIH Afrique (afin d'apporter un appui à l'élaboration de projets et de programmes et à des activités de conseil et de renforcement des capacités).	Le fonds d'incitation finance cinq produits d'appui technique par an.	CDPPLS AFTHV.	Ex. 08 – Ex. 10

Source : Les auteurs.

Note : AFRRMT = Équipe de direction de la Région Afrique ; AFTHD = Département du développement humain, Région Afrique ; AFTHV = ACTAfrica.

Tableau 5.4 : Premier pilier : Cibler les interventions en prenant appui sur des stratégies VIH/SIDA fondées sur l'observation des faits et la hiérarchie des priorités

OBJECTIF	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	PAR QUI	D'ICI À QUELLE DATE
Activités VIH/SIDA appropriées intégrées dans les programmes de développement des pays et les instruments de la Banque (procédures administratives).	Problème du VIH/SIDA traité de façon appropriée dans le cadre des programmes de développement des pays et de la Banque.	AFTHV, AFRRMT, PREM, WBI, HDNGA, PNUD, FMI.	Ex. 08 – Ex. 11
Soutien de la Banque pour le renforcement des capacités afin d'élaborer des stratégies nationales précisant les priorités et les estimations de coûts, et plans d'action fournis.	Capacités renforcées pour mettre au point des plans d'action précisant les priorités et les estimations de coûts dans 20 pays.	HDNGA, ASAP, ONUSIDA, AFTHV.	Ex. 08 – Ex. 11
Intégration assurée de la TB, du paludisme, de la santé reproductive et de la nutrition dans les produits VIH/SIDA de la Banque.	Les projets de la Banque axés sur le VIH/SIDA intègrent la TB, le paludisme, la santé reproductive et la nutrition si le contexte épidémiologique le justifie.	HDNGA, AFTHV, AFTHD, OMS, FNUAP, UNICEF.	Ex. 08 – Ex. 11

Source : Les auteurs

Note : HDNGA = Programme mondial de lutte contre le sida ; FMI = Fonds monétaire international ; PREM = Réseau pour la lutte contre la pauvreté et pour la gestion économique ; WBI = Institut de la Banque mondiale ; OMS = Organisation mondiale de la santé.

Tableau 5.5 : Deuxième pilier : Transposer à plus grande échelle les interventions plurisectorielles ciblées et les interventions de la société civile

OBJECTIF	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	PAR QUI	D'ICI À QUELLE DATE
Politiques, programmes et services VIH/SIDA intégrés dans les secteurs prioritaires (selon le contexte du pays concerné).	Renforcement des capacités des pays dans les secteurs clés pour la mise en œuvre des interventions plurisectorielles. Augmentation des engagements dans les secteurs clés de la Banque pour inclure un élément ou des sous-éléments dans les activités de prêts et les activités hors prêt, avec ces ressources suffisantes.	HDN, AFTHD PREM, IFC, AFTHV, AFTPS, AFTEG, AFTTR, AFTU, AFTRL.	Ex. 08 – Ex. 11
Soutien pour renforcer les éléments du système de santé qui compromettent la bonne exécution des programmes VIH/SIDA .	Renforcement des synergies entre les opérations HNP et les opérations VIH/SIDA.	HDNHE, AFTHD, AFTHV, OMS, FNUAP, UNICEF.	Ex. 08 – Ex. 11

Source : Les auteurs.

Note : AFTEG = Unité énergie, Région Afrique ; AFTPS = Département du secteur privé, Région Afrique ; AFTTR = Division du commerce et des transports, Région Afrique ; AFTU = Département Eau & Aménagement urbain, Région Afrique ; HDN = Réseau du développement humain ; HDNHE = Santé, nutrition et population ; IFC = Société financière internationale ; JFC = Comité de facilitation conjoint.

par infection évitée sur la seule base du coût des traitements évités. Avec l'élargissement continu de l'accès aux traitements, plus d'un million de décès annuels pourront être évités d'ici à 2011. À l'inverse, les conséquences

L'engagement de la Banque mondiale face au VIH/SIDA en Afrique

Tableau 5.6 : Troisième pilier : Obtenir des résultats plus efficaces en renforçant les capacités de suivi et d'évaluation des pays

OBJECTIF	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	PAR QUI	D'ICI À QUELLE DATE
Harmonisation et renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation.	La Banque continue de jouer un rôle de premier plan (par le biais du GAMET) en matière de soutien aux pays. Tous les pays sont dotés d'un système de suivi et d'évaluation fonctionnel et harmonisé, qui fournit et utilise des données.	HDNGA, AFTHV, GAMET, ONUSIDA.	Ex. 08 – Ex. 11
Soutien à la production et au partage des connaissances pour améliorer l'établissement des priorités, les prises de décision et la conception des programmes.	Conception et impact des investissements VIH/SIDA basés sur le partage des connaissances. Pays et partenaires pleinement associés à la production et au partage des connaissances.	HDNGA, AFTHV, GAMET, AFTQK, DEC.	Ex. 08 – Ex. 11

Source : Les auteurs.

Note : AFTQK = Département Qualité opérationnelle et services intellectuels, Région Afrique ; DEC = Vice-présidence, Économie du développement.

Tableau 5.7 : Quatrième pilier : Harmoniser la collaboration des bailleurs de fonds

OBJECTIF	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	PAR QUI	D'ICI À QUELLE DATE
Renforcement de la collaboration avec les partenaires clés pour harmoniser et renforcer les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation, les capacités des ressources humaines, la passation des marchés et les chaînes de l'offre.	Le GAMET continue à aider les pays à renforcer leurs systèmes de suivi et d'évaluation en étroite collaboration avec d'autres partenaires. Amélioration de la répartition internationale des tâches.	HDNGA, AFTHV, PREM, GAMET, AFTQK, ONUSIDA, GFATM, PEPFAR.	Ex. 08 – Ex. 11
Augmentation des activités de planification et des travaux d'analyse avec les autres partenaires d'ONUSIDA.	Allocation des ressources VIH/SIDA plus efficace, plus efficace et plus durable.	HDNGA, WBI, AFTQK, AFTHV, ONUSIDA, GFATM, PEPFAR.	Ex. 08 – Ex. 11

Source : Les auteurs.

de l'inaction sont effrayantes : les nouvelles infections continueront de progresser, ainsi que les décès imputables au VIH/SIDA — leur nombre était de 1,9 million en 2005. L'effet cumulatif en l'absence de déploiement des activités à plus grande échelle au cours des cinq années à venir portera le bilan de l'épidémie à près de 10 millions de morts et 14 millions de personnes supplémentaires vivant avec le VIH (soit une augmentation de 50 % par rapport à 2006).

Note

1. La Banque finance actuellement des activités d'analyse et de conseil et octroie des dons FDI pour le renforcement des capacités au Swaziland et en Namibie.



CHAPITRE 6

Conséquences à tirer au plan opérationnel pour la Banque

Le rôle que jouera la Banque dans les cinq années à venir sur le front de la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique ne sera pas moins difficile qu'il ne l'était dans les cinq dernières années. Du fait de l'absence de financements IDA sous forme de dons pour le VIH/SIDA, la demande de crédits IDA va probablement diminuer, de sorte que le mécanisme classique d'intervention — les projets d'investissement PPS — sera moins accessible. La principale responsabilité pour l'intégration du VIH/SIDA dans le plan d'action pour le développement et la gestion des interventions plurisectorielles dans l'éducation, les transports et d'autres secteurs ne repose pas sur ACT[africa](#) ou l'équipe HNP, mais sur d'autres unités de la Banque. Et il se pourrait que le rôle le plus important de l'Institution ne soit plus celui d'un bailleur de fonds, mais celui d'un facilitateur dans certains des pays qui ne bénéficient pas de financements d'autres donateurs, avec ce que cela implique au plan de la budgétisation, des accords sur les programmes de travail et des incitations internes.

Comme indiqué au chapitre 5, d'autres parties prenantes consultées pour le Programme d'action jugent que ce rôle « non directif » n'est pas moins important que le rôle de bailleur de fonds pour assurer l'efficacité des interventions VIH/SIDA. Elles ont indiqué les qualités qu'elles considéraient dans certains cas comme des particularités uniques à la Banque :

- *Une source potentielle de financements à long terme stables et prévisibles.* Par rapport à d'autres partenaires financiers internationaux, la présence de la Banque en Afrique depuis plus de 50 ans montre que c'est une source de financements stables et prévisibles. Dans un sens, elle fournit une « police d'assurance » garantissant que les programmes de traitements, de soins, de prévention et d'atténuation de l'impact, une fois transposés à grande échelle, ne pâtiront pas de la volatilité et de l'imprévisibilité des financements extérieurs, en particulier avec les conséquences morales et sanitaires qu'implique un régime de traitements pour les patients qui passe par des alternances de relance et d'arrêt.

- *Un rôle de catalyseur pour les éléments fondamentaux de la politique économique et budgétaire et le traitement du VIH/SIDA en tant que problème de développement et de problème de santé.* La Banque est particulièrement bien placée pour inscrire l'épidémie du VIH/SIDA dans un cadre macroéconomique, ainsi que dans les DSRP, les CDMT et d'autres mécanismes de politique économique et budgétaire.
- *L'habitude de traiter avec les communautés et le secteur privé.* Une bonne partie du travail lié aux activités de prévention, de traitement, de soins et d'atténuation de l'impact peut être plus efficacement gérée par les employeurs et les travailleurs du secteur privé, ou par les organisations de type communautaire. La Banque a l'habitude de travailler auprès de ces groupes, et elle a une expérience unique dans ce domaine.
- *Le rôle plurisectoriel.* La Banque est active dans les secteurs qui jouent un rôle déterminant dans la gestion de l'épidémie du VIH/SIDA, en particulier les secteurs de l'éducation, des transports, du développement rural, de la défense et de la santé, et le secteur privé.
- *Les compétences en matière d'analyse.* La Banque dispose des capacités d'analyse nécessaires — l'une de ses compétences fondamentales — pour appuyer les travaux de recherche et d'analyse permettant de mieux comprendre l'épidémie et d'identifier les moyens les plus efficaces de modifier les mentalités et les comportements.
- *L'expérience en matière de développement des capacités institutionnelles.* Le soutien qu'apporte la Banque aux institutions VIH/SIDA nationales et décentralisées a été important et continuera de l'être. Les connaissances et la réputation de la Banque en matière de renforcement de la gestion fiduciaire sont généralement considérées comme un atout déterminant pour la mise en œuvre des programmes plurisectoriels.
- *Rôle de rassembleur et de catalyseur.* Compte tenu de la complexité de l'architecture mondiale de l'aide pour le VIH/SIDA, le rôle traditionnel de la Banque en tant que rassembleur de partenaires pour traiter des problèmes communs tant au niveau national qu'au niveau international est particulièrement précieux.

Dans le même temps, le processus de consultation a permis d'identifier les domaines où, de l'avis des partenaires du développement, la Banque a été moins efficace. Un certain nombre de parties prenantes et de partenaires jugent que l'engagement de l'Institution de lutter contre le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne n'est plus à la hauteur de ce qu'il était. Ils estiment aussi que la présence réduite de la Banque dans les pays limite sa capacité à harmoniser les interventions VIH/SIDA et les opérations de santé plus larges au niveau local. Un autre point faible tient au fait que la Banque dispose de moyens limités pour opérer à l'épicentre de l'épidémie, dans les pays à revenu intermédiaire de l'Afrique australe. Enfin, certains estiment

que la Banque a été lente à tirer parti des enseignements tirés du PPS, à mesurer l'impact du programme et à appliquer ces enseignements à la nouvelle génération d'interventions sur le front de l'épidémie.

Implications du programme de travail pour la Région Afrique

Les quatre piliers du Programme d'action impliquent que la Région Afrique et ACT[africa](#) élaborent un programme de travail très différent de celui qui a sous-tendu la première phase du PPS. Il faudra de nouvelles compétences, des efforts plus importants pour nouer et maintenir des relations à l'intérieur et à l'extérieur de la Banque, de nouvelles incitations et de nouvelles récompenses pour reconnaître la valeur des partenariats, ainsi qu'une nouvelle résolution de mener une action concertée qui transcende les frontières institutionnelles si besoin est. La Banque devra en particulier :

- *Centrer les stratégies nationales de développement sur le rôle du VIH/SIDA en tant que problème de développement et problème de pauvreté.* La Banque peut jouer un rôle majeur en incorporant le VIH/SIDA dans les DSRP et les crédits à l'appui de la réduction de la pauvreté (PRSC), et en aidant à élaborer des stratégies VIH/SIDA qui établissent la hiérarchie des priorités et incluent des estimations de coûts.
- *Veiller à ce que les CAS tiennent suffisamment compte du problème du VIH/SIDA.* Il ressort de l'examen de 34 CAS en cours pour les pays IDA en Afrique que 24 % seulement ont fait du VIH/SIDA une priorité stratégique. Rares sont les stratégies qui analysent la nature de l'épidémie ou évaluent la stratégie des pouvoirs publics. Presque aucune ne précise ce que font les autres partenaires ou la façon dont les initiatives de la Banque s'inscrivent dans les interventions internationales.
- *Aider à élaborer une nouvelle génération de stratégies et de plans d'action VIH/SIDA basés sur des données concrètes et centrés sur des interventions efficaces par rapport aux coûts, et financer ces interventions lorsque la demande existe.* De nouveaux projets ont été approuvés dans sept des neuf pays où des projets PPS ont été menés à terme. La Banque prévoit de financer, au titre du Programme d'action, au moins 250 millions de dollars de financements par an pour des projets de la Région.
- *Soutenir l'inclusion et la mise au point de composantes axées sur le VIH/SIDA dans d'autres projets sectoriels, d'autres opérations sectorielles (SWAp) et d'autres prêts à l'appui des politiques.* La prochaine génération de projets VIH/SIDA intéressera sans doute surtout des secteurs tels que l'éducation, la protection sociale, les transports, l'infrastructure, l'agriculture et le renforcement des capacités pour les systèmes de santé et les systèmes fiduciaires. ACT[africa](#) peut fournir un concours technique et un appui opérationnel si la demande en est faite tant pour les nouveaux projets que pour les projets à remanier. Le fonds d'incitation envisagé

fournira des financements pour élaborer les composantes VIH/SIDA des projets sectoriels, ainsi qu'un soutien sous forme de travaux d'analyse sur l'épidémie pour les SWAp et les prêts à l'appui des politiques.

- *Intensifier le soutien apporté au niveau de la mise en œuvre.* Parmi les projets courants du portefeuille VIH/SIDA, beaucoup font l'objet d'un examen et, le cas échéant, un programme intensif de refonte des projets et de renforcement de la supervision afin d'obtenir de meilleurs résultats est mis en place en collaboration avec nos pays partenaires. L'équipe mondiale d'appui à la mise en œuvre continuera de promouvoir l'analyse des problèmes parmi les partenaires du développement.
- *Continuer à soutenir le renforcement des capacités de gestion du VIH/SIDA, en particulier au niveau local, pour les systèmes de suivi et d'évaluation et pour la bonne gouvernance.* Des unités spécialisées telles que le GAMET pour le suivi et l'évaluation et l'ASAP pour la planification stratégique seront éventuellement étoffées afin de servir particulièrement l'Afrique subsaharienne.
- *Promouvoir l'harmonisation parmi les partenaires du développement.* En raison de l'engagement pris par la Banque devant l'ONUSIDA d'appliquer les « Trois Principes », les travaux dans le domaine du VIH/SIDA représentent un modèle de l'engagement pris en faveur de l'harmonisation aux termes de la Déclaration de Paris.

Les principaux domaines d'activité — analyse, développement stratégie, conception des projets, conception des éléments de projets, soutien à la mise en œuvre, renforcement des capacités, et gestion des partenariats — sont définis dans le Cadre de résultats envisagé et le Plan de mise en œuvre présenté à l'annexe 10.

Un programme de soutien VIH/SIDA pour la période couvrant les Ex. 07 – 11

Bien qu'il soit difficile de prévoir de quelles sources proviendra la demande future, les demandeurs les plus probables de financements de la Banque seront les pays relativement mal servis de l'Afrique centrale et de l'Afrique de l'Ouest (qui ne bénéficient d'aucun financement ou de financements limités seulement du PEPFAR et d'un soutien relativement modeste du GFATM), ainsi que les pays à faible revenu en difficulté et les pays sortant d'un conflit qui accueillent d'importantes populations de réfugiés. Les pays de l'épicentre de l'épidémie, tels que le Botswana, la Namibie, l'Afrique du Sud et le Swaziland peuvent aussi envisager de solliciter un financement de la BIRD. De son côté, la Banque étudie des instruments novateurs dans cette optique.

Conséquences au niveau des dotations en personnel et de la budgétisation

La mise en œuvre du Programme d'action exigera à la fois des ressources humaines et des ressources financières de la Région Afrique pour soutenir l'équipe spécialisée VIH/SIDA, des contributions de la part des unités sous-régionales et des unités sectorielles, ainsi que des spécialistes qui assumeront leur part de responsabilités pour l'intégration du VIH/SIDA dans les opérations courantes.

Compte tenu des attributions qui lui sont confiées, l'équipe multisectorielle spécialisée d'ACT*africa*, devra assumer un nouveau rôle, qui ne sera plus celui d'une équipe d'intervention d'urgence chargée de toute la gamme des activités de sensibilisation, de conception des projets nationaux et de supervision de mise en œuvre, mais celui d'une équipe privilégiant la planification stratégique ; le financement et l'analyse des lacunes des programmes et de la viabilité financière à long terme ; l'analyse macroéconomique et sociale ; le renforcement des systèmes fiduciaires ; le suivi et l'évaluation des résultats ; la production et le partage des connaissances ; la facilitation de l'appui opérationnel et technique aux équipes de la Banque, aux pays et aux partenaires ; la coordination des partenariats ; et les interventions régionales et transnationales. Compte tenu de ces attributions et des demandes qui apparaissent, nous prévoyons en outre une évolution progressive des besoins en personnels qualifiés.

L'équipe spécialisée continuera de fournir aux différents secteurs un soutien spécialisé et un appui en matière d'assurance de la qualité, mais elle devra compter sur d'autres agents de la Région Afrique de la Banque, les partenaires extérieurs de l'Institution et les opérations coparrainées telles que le GAMET de l'ASAP afin de consacrer un temps important au renforcement des interventions sectorielles clés. L'équipe spécialisée prendra appui sur les compétences spécialisées d'autres entités de la Banque telles que le DEC, le WBI et l'IFC. Le Programme mondial de lutte contre le sida de la Banque mondiale fournira des compétences techniques supplémentaires, ainsi qu'un appui.

Compte tenu du coût de l'unité, il faudra étoffer un peu le budget de base actuel d'ACT*africa*. Cette modeste augmentation permettra à l'unité de remanier progressivement son équipe, de prendre des initiatives importantes le cas échéant et de fournir une assistance technique directe et indirecte, de jouer un rôle de facilitateur au plan technique, ou d'apporter un soutien d'appoint pour d'autres entités de la Région qui travaillent sur le VIH/SIDA. L'équipe servira de point focal et de centre d'échange d'informations sur le sida et continuera de renforcer les capacités internes, mais la plupart de ses interventions seront impulsées par la demande et financées par les budgets nationaux.



CHAPITRE 7

Conclusion

Nous avons cherché à présenter des arguments convaincants qui plaident en faveur de la poursuite de l'engagement de la Banque aux côtés de l'Afrique afin de l'aider à vaincre le VIH et à soulager les souffrances des populations. Nous avons fourni les meilleurs éléments d'information possibles sur l'épidémiologie, l'impact de l'épidémie, l'action menée jusqu'à ce jour par la Banque et le rôle qu'elle devra jouer à l'avenir.

En tant que spécialistes du développement, nous savons que le VIH/SIDA compromet la réalisation des ODM et qu'il aura un impact économique et humain durable dans la région. L'évolution de contexte dans lequel s'inscrit le VIH/SIDA — caractérisé en particulier par notre meilleure connaissance de la diversité de l'épidémie, des vecteurs de la transmission et des coûts-efficacité relatifs de différentes interventions, ainsi que par l'augmentation des financements — engendre de nouveaux défis pour les pays africains et pour la Banque mondiale. Le Programme d'action a pour but de relever ces défis et de répondre aux priorités de la Banque mondiale en Afrique subsaharienne par le biais du Plan d'action pour l'Afrique, du Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale, du CDMAP et de la stratégie HNP de la Banque mondiale.

Fondé sur les acquis de l'expérience, le Programme d'action sera impulsé par la demande, basé sur l'observation des faits concrets et axé sur les résultats. Il prévoit de renforcer les capacités de suivi et d'évaluation, ainsi que la surveillance épidémiologique et de poursuivre le processus d'apprentissage par l'action, ainsi que la production et le partage des connaissances. Pour la Région Afrique de la Banque, ce Programme d'action donnera une nouvelle vigueur à l'engagement de lutter contre le VIH/SIDA.

Le rôle de bailleur de fonds de la Banque sera sans doute modeste en valeur relative, mais ses investissements demeureront substantiels en ce qu'elle sera le prêteur en dernier ressort — et parfois en premier ressort. Sa

contribution sera importante dans plusieurs domaines : pour l'analyse, la production et la diffusion d'éléments d'appréciation ; la poursuite du processus d'apprentissage par l'action ; le renforcement des capacités pour la conduite d'interventions nationales efficaces et durables sur le front du VIH/SIDA ; le renforcement des systèmes de santé et des systèmes fiduciaires ; l'élaboration de programmes et de plans d'action stratégiques de haute qualité établissant la hiérarchie des priorités au niveau national ; et l'harmonisation des interventions internationales. Et surtout, la Banque mondiale fournira un filet de protection crucial pour un programme durable de prévention, de traitement, de soins et d'atténuation de l'impact, ainsi qu'un appui à l'ensemble du continent pour amortir les conséquences possibles de la variabilité des financements dans le temps.

Le Programme d'action sera mis en œuvre en partenariat avec les différentes unités de la Banque et d'autres secteurs qui travaillent en étroite liaison avec les pays partenaires. Il collaborera avec l'ONUSIDA et ses coparrainants, le GFATM et d'autres partenaires et complètera leur action pour transposer les interventions plurisectorielles à plus grande échelle, intégrer le VIH/SIDA dans les programmes de développement, renforcer les capacités, et il travaillera en liaison avec le FMI pour traiter les questions d'espace fiscal et de viabilité des opérations à long terme.

En 2000, la Banque mondiale a pris l'engagement de s'impliquer activement pendant une génération dans la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Le Programme d'action définit les axes stratégiques à suivre et les interventions à entreprendre pour honorer cette promesse. Cet engagement a été réitéré à maintes reprises par les dirigeants et les agents de la Banque dans de nombreuses enceintes. En tenant son engagement d'aider les pays partenaires face aux vicissitudes et aux tribulations imprévues qu'ils doivent affronter, la Banque gagnera en crédibilité en tant que partenaire fiable, mais chose plus importante encore, elle servira sa mission, qui est d'atténuer la pauvreté.



Annexes



ANNEXE 1

Consultations relatives au Programme d'action

Tableau A1.1 : Consultations relatives au Programme d'action

ÉVÈNEMENT	CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	DOMAINES PRIORITAIRES GÉNÉRAUX	AVANTAGE COMPARATIF DE LA BANQUE
Consultation des parties prenantes, avec des panélistes, Toronto (13 août 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • VIH/SIDA, problème de développement et priorité. • Responsabilités concernant les ODM. • Mobilisation plurisectorielle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Appui à l'application des « Trois Principes ». • Alignement et harmonisation avec les autres partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Financements pluriannuels durables.
Consultations ASAP avec ONUSIDA (17 août 2006)		<ul style="list-style-type: none"> • Alignement et harmonisation avec les autres partenaires. 	
Consultations avec les chefs d'équipe de projet (18 septembre 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilités concernant les ODM. • Mobilisation plurisectorielle. • Gestion des connaissances et capacités d'analyse. • Influence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alignement et harmonisation avec les autres partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience du PPS dans l'ensemble du continent africain. • Approche multisectorielle. • Expérience en matière de renforcement des capacités nationales.
ONUSIDA/Afrique de l'Est et australe (23 septembre, 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Macroéconomie : accès et dialogue. • Gestion des connaissances et capacités d'analyse. • Influence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement à appliquer les « Trois Principes ». • Alignement et harmonisation avec les autres partenaires. • Agir en donneur de dernier ressort pour les questions insuffisamment traitées et/ou sensibles et pour les groupes marginalisés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Financements pluriannuels durables. • Expérience en matière de renforcement des capacités nationales.

THÈMES SPÉCIFIQUES POUR LA BANQUE	RESSOURCES ET STRUCTURE INSTITUTIONNELLES DE LA BANQUE	POINTS FAIBLES DE LA BANQUE
<ul style="list-style-type: none"> • Interventions locales et expérience en matière de prévention. • Gestion intégrée du secteur de la santé. • Renforcement des capacités nationales. • Programmes régionaux et interventions d'urgence. • Capacités d'analyse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourvoyeur de fonds pour combler les « besoins de financement non couverts », qui utilise ses divers instruments de financement. • Présence au Siège et sur le terrain pour appuyer les réflexions et les interventions nationales sur le VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation apparente insuffisante de la Banque et priorité insuffisante donnée à un programme d'action à long terme pour le VIH/SIDA. • Coordination insuffisante avec la santé et d'autres secteurs. • Ni l'intégration dans les opérations courantes ni le soutien budgétaire ne permettent de dégager des ressources pour le VIH/SIDA.
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités nationales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence au Siège et sur le terrain pour appuyer les réflexions et les interventions nationales sur le VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de présence active sur le terrain, de compétences techniques.
<ul style="list-style-type: none"> • Expérience en matière d'interventions et de prévention au niveau local. • Engagement intégré dans le secteur de la santé. • Application des bonnes pratiques à plus grande échelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourvoyeur de fonds pour combler les « besoins de financement non couverts », qui utilise ses divers instruments de financement. • Présence au Siège et sur le terrain pour appuyer les réflexions et les interventions nationales sur le VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation apparente insuffisante et priorité insuffisante donnée par la Banque à une action sur le long terme pour le VIH/SIDA. • Absence de présence active sur le terrain, de compétences techniques. • Incitations insuffisantes offertes aux agents de la Banque pour suivre la trajectoire du VIH/SIDA. • Ni l'intégration dans les opérations courantes ni le soutien budgétaire ne permettent de dégager des ressources pour le VIH/SIDA. • L'absence de financements « réservés » et le soutien budgétaire de la Banque se traduisent par une réduction du soutien de la Banque aux interventions VIH/SIDA. • Sensibilité insuffisante aux risques de réputation et aux considérations de gouvernance.
<ul style="list-style-type: none"> • Expérience en matière d'interventions et de prévention au niveau local. • Programmes régionaux et interventions d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourvoyeur de fonds pour combler les « besoins de financement non couverts », qui utilise ses divers instruments de financement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de présence active sur le terrain, de compétences techniques. • Rigidité des règles fiduciaires. • Nécessité d'une présence substantielle en Afrique australe.

(suite page suivante)

Tableau A1.1 : Consultations relatives au Programme d'action (suite)

EVÈNEMENT	CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	DOMAINES PRIORITAIRES GÉNÉRAUX	AVANTAGE COMPARATIF DE LA BANQUE
Agences des Nations Unies ayant leur siège à New York (28 septembre 2006)	<ul style="list-style-type: none"> Responsabilités concernant les ODM. Macroéconomie : accès et dialogue. Influence. 	<ul style="list-style-type: none"> Agir en donneur de dernier ressort pour les questions insuffisamment traitées et/ou sensibles et pour les groupes marginalisés. 	<ul style="list-style-type: none"> Expérience du PPS dans l'ensemble du continent africain. Expérience en matière de renforcement des capacités nationales.
GFATM (Genève, 2 octobre 2006)	<ul style="list-style-type: none"> Responsabilités concernant les ODM. Macroéconomie : accès et dialogue. Gestion des connaissances et capacités d'analyse. 	<ul style="list-style-type: none"> Alignement et harmonisation avec les autres partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Compétences fiduciaires. Expérience en matière de renforcement des capacités nationales. Appui aux institutions nationales du sida, en particulier pour l'estimation des coûts, le système fiduciaire et le S&E.
ONUSIDA (Genève, 2 octobre 2006)	<ul style="list-style-type: none"> Macroéconomie : accès et dialogue. Engagement plurisectoriel Influence. 	<ul style="list-style-type: none"> Alignement et harmonisation avec les autres partenaires (contribuer à en faire une réalité à travers l'appui au suivi indépendant du comportement des organisations). 	<ul style="list-style-type: none"> Compétences fiduciaires. Financements pluriannuels durables.
OMS (Genève, 3 octobre 2006)	<ul style="list-style-type: none"> Macroéconomie : accès et dialogue. Dimension plurisectorielle de la mobilisation. Responsabilités concernant les ODM (couplées avec le souci d'équité pour l'accès et le traitement). 	<ul style="list-style-type: none"> Oublier la notion de dichotomie entre les programmes verticaux et horizontaux et investir dans les uns et les autres de façon à ce qu'ils se renforcent mutuellement. 	<ul style="list-style-type: none"> Expérience en matière de renforcement des capacités nationales. Financements pluriannuels durables. Compétences fiduciaires.
HCR (Genève, 3 octobre 2006)	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation plurisectorielle. Influence, en particulier dans les pays et les environnements à risque par nature. 	<ul style="list-style-type: none"> Alignement et harmonisation avec les autres partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Financements pluriannuels durables.
Consultations régionales de Nairobi sur les interventions de la société civile (8–11 mai 2006)	<ul style="list-style-type: none"> Dimension multisectorielle de la mobilisation. Macroéconomie : accès et dialogue. Capacité de gestion et d'analyse des connaissances. 	<ul style="list-style-type: none"> Alignement et harmonisation avec les autres partenaires, en particulier dans le secteur de la santé. Adhésion aux « Trois Principes » (mais adapter les activités de S&E aux réalités de chaque pays). 	<ul style="list-style-type: none"> Financements pluriannuels durables. Expérience en matière de renforcement des capacités nationales, notamment pour les plans stratégiques et les plans d'action.

THÈMES SPÉCIFIQUES POUR LA BANQUE	RESSOURCES ET STRUCTURE INSTITUTIONNELLES DE LA BANQUE	POINTS FAIBLES DE LA BANQUE
<ul style="list-style-type: none"> • Expérience en matière d'intervention et de prévention au niveau local. • Engagement intégré dans le secteur de la santé. • Programmes régionaux et interventions d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourvoyeur de fonds pour combler les besoins de financement non couverts, qui utilise ses divers instruments de financement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de présence active sur le terrain, de compétences techniques. • Rigidité des règles fiduciaires. • Nécessité d'une présence substantielle en Afrique australe.
<ul style="list-style-type: none"> • Expérience en matière d'intervention et de prévention au niveau local. • Engagement intégré dans le secteur de la santé. 		<ul style="list-style-type: none"> • Rigidité des règles fiduciaires.
<ul style="list-style-type: none"> • Travaux d'analyse (notamment sur les conséquences financières de « l'accès universel »). • Expérience en matière d'intervention et de prévention au niveau local, en particulier avec le secteur privé. • Renforcement des capacités nationales ; doit en faire davantage au niveau infranational. 		<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation apparente insuffisante et priorité insuffisante donnée par la Banque à une action sur le long terme pour le VIH/SIDA. • Absence de présence active sur le terrain, de compétences techniques et de continuité. • Manque de vision pour l'intégration du VIH/SIDA dans les systèmes de santé. • Nécessité d'une meilleure coordination des activités de S&E (GAMET et ONUSIDA).
<ul style="list-style-type: none"> • Engagement intégré dans le secteur de la santé. 		<ul style="list-style-type: none"> • Rigidité des règles fiduciaires. • Le PPS Afrique était isolé d'autres interventions des partenaires.
<ul style="list-style-type: none"> • Programmes régionaux et interventions d'urgence. • Expérience en matière d'interventions et de prévention au niveau local, en particulier pour les activités génératrices de revenus. 		<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation apparente insuffisante et priorité insuffisante donnée par la Banque à une action sur le long terme pour le VIH/SIDA dans les pays qui accueillent des réfugiés.
<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les bonnes pratiques à plus grande échelle. • Expérience en matière d'interventions et de prévention au niveau local. • Programmes régionaux et interventions d'urgence. • Engagement intégré dans le secteur de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourvoyeur de fonds pour combler les besoins de financement non couverts, qui utilise ses divers instruments de financement, en particulier pour la société civile. • Présence au Siège et sur le terrain pour soutenir les réflexions et les interventions axées sur le VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation apparente insuffisante et priorité insuffisante donnée par la Banque à une action sur le long terme pour le VIH/SIDA. • Rigidité des règles fiduciaires. • Absence de présence active sur le terrain, de compétences techniques et de continuité. • Nécessité d'une présence substantielle en Afrique australe.

(suite page suivante)

Tableau A1.1 : Consultations relatives au Programme d'action (suite)

EVÈNEMENT	CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	DOMAINES PRIORITAIRES GÉNÉRAUX	AVANTAGE COMPARATIF DE LA BANQUE
Consultations des donateurs (Londres, 23 octobre 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Influence. • Macroéconomie : accès et dialogue (DSRP, CDMT). • Capacité de gestion et d'analyse des connaissances. • Capacité d'analyser les dimensions plurisectorielles de la mobilisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alignement et harmonisation avec les autres partenaires, notamment avec le GFATM et en particulier dans le secteur de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience en matière de renforcement des capacités nationales, notamment par des programmes d'assistance technique et de formation, dans divers domaines, en particulier pour les plans stratégiques et les plans d'action. • Appui aux institutions nationales du sida, en particulier pour l'estimation des coûts, le système fiduciaire et les activités de S&E. • Approche multisectorielle via l'intégration du VIH/SIDA dans les politiques et les programmes sectoriels, et la mise au point de principes directeurs sectoriels ou applicables à un thème particulier.
Les pays et les jeunes (Johannesburg, février 2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Se pencher rapidement sur les activités concernant la jeunesse et accélérer la mise en œuvre de ces activités. • Améliorer l'intégration des services VIH pour les adolescents aux services de santé reproductive. • Mobilisation plurisectorielle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Approches et partenariats efficaces pour aider les jeunes. • Renforcement des liens entre la santé reproductive et les services VIH pour les adolescents. • Renforcer les activités de S&E et la base des données d'observation pour les services et les interventions conçus pour les jeunes. • Alignement et harmonisation avec les autres partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Préconiser l'intégration des services intéressant les jeunes dans les lignes de budget et les cadres nationaux. • Être une banque de connaissances. • User du pouvoir mobilisateur de la Banque pour engager le dialogue avec les partenaires du développement et les autorités nationales. • Travailler avec les institutions régionales.

THÈMES SPÉCIFIQUES POUR LA BANQUE	RESSOURCES ET STRUCTURE INSTITUTIONNELLES DE LA BANQUE	POINTS FAIBLES DE LA BANQUE
<ul style="list-style-type: none"> • Travaux d'analyse (notamment sur les conséquences financières de « l'accès universel »). • Application des bonnes pratiques à plus grande échelle. • Expérience en matière d'interventions et de prévention au niveau local (société civile, secteur privé et ONG). • Programmes et interventions d'urgence au niveau régional. • Engagement intégré dans le secteur de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • En tant que bailleur de fonds important, utilise ses différents instruments de financement pour le VIH/SIDA, en particulier pour la société civile. • IDA-15 offre l'occasion de revoir les moyens et les méthodes permettant de maintenir l'engagement et la dynamique de la Banque dans les interventions de lutte contre le VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation apparente insuffisante et priorité insuffisante donnée par la Banque à une action sur le long terme pour le VIH/SIDA, ajoutée à une absence de leadership de la part de la direction. • Absence de présence active sur le terrain, de compétences techniques et de continuité pour engager un dialogue avec le pays. • Difficile de déterminer dans quelle mesure les recommandations de la GTT ont été adoptées et intégrées dans l'approche de la Banque. • Nécessité d'une présence substantielle en Afrique australe. • Ni l'intégration dans les opérations courantes ni le soutien budgétaire ne permettent de dégager des ressources pour le VIH/SIDA. • L'absence de financements « réservés » et le soutien budgétaire de la Banque se traduisent par une réduction du soutien de la Banque aux interventions VIH/SIDA.
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités des jeunes en matière d'élaboration de concepts, de programmes et de cadres d'action, comme par exemple les DSRP, la budgétisation et l'obligation de rendre des comptes. • Préconiser la souplesse dans les mécanismes d'enregistrement pour l'accès des jeunes aux ressources. • Prendre l'initiative de réunir les principaux groupes de jeunes et de leur donner des moyens d'expression. • Intensifier les travaux d'analyse, collecter des données sur les pratiques optimales et les enseignements tirés, et les diffuser. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de ciblage particulier sur les jeunes pour les interventions VIH concernant la jeunesse. • Absence de segmentation pour servir les besoins différents des divers groupes de jeunes ; attention limitée à la jeunesse rurale et aux besoins différents des jeunes gens et des jeunes filles. • Prise en compte insuffisante des jeunes du groupe d'âge 10–14 ans. • Faible participation des jeunes aux décisions concernant les politiques et la programmation. 	



ANNEXE 2

Indicateurs du VIH pour l'Afrique subsaharienne

Tableau A2.1 : Prévalence du VIH, revenu, accès aux traitements et qualité des services de santé dans les pays subsahariens, 2006

PAYS	PIB PAR HABITANT (USD)	PREVALENCE DU VIH, GROUPE D'ÂGE 15-49 (%)	ACCÈS AUX TRAITEMENTS (%)	POPULATION PAR MÉDECIN (UNITÉS)	POPULATION PAR INFIRMIER (UNITÉS)	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA, PAR MÉDECIN (UNITÉS)	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA, PAR INFIRMIER (UNITÉS)
Afrique du Sud	5 100	18,8	21	1 298	245	158	30
Angola	1 873	3,7	6	12 993	871	363	24
Bénin	595	1,8	33	22 244	1 195	280	15
Botswana	5 829	24,1	85	2 510	378	378	57
Burkina Faso	438	2,0	24	16 975	2 427	190	27
Burundi	107	3,3	14	35 340	5 243	750	111
Cameroun	952	5,4	22	5 216	626	163	20
Congo, Rép. dém. du	119	3,2	4	9 339	1 890	172	35
Congo, Rép. du	1 751	5,3	17	5 050	1 040	159	33
Côte d'Ivoire	850	7,1	17	8 120	1 660	360	74
Érythrée	206	2,4	5	19 986	1 715	274	24
Éthiopie	153	0,9 – 3,5	7	36 507	4 746	n.d.	n.d.
Gabon	6 538	7,9	23	3 420	194	152	9
Gambie	304	2,4	10	9 141	830	128	12
Ghana	512	2,3	7	6 598	1 085	99	16
Guinée	355	1,5	9	8 734	1 812	86	18
Guinée équatoriale	5 934	3,2	0	3 314	2 224	58	39
Guinée-Bissau	181	3,8	1	8 181	1 483	170	31
Kenya	574	6,1	24	7 195	874	289	35
Lesotho	537	23,2	14	20 247	1 605	3 034	240
Madagascar	263	0,5	0	3 442	3 162	9	9
Malawi	161	14,1	20	46 380	1 698	3 534	129
Mali	421	1,7	32	12 734	2 051	123	20
Maurice	5 058	0,6	n.d.	946	271	3	1
Mozambique	346	16,1	9	37 319	4 851	3 502	455

(suite page suivante)

Tableau A2.1 : Prévalence du VIH, revenu, accès aux traitements et qualité des services de santé dans les pays subsahariens, 2006 (suite)

PAYS	PIB PAR HABITANT (USD)	PRÉVALENCE DU VIH, GROUPE D'ÂGE 15-49 (%)	ACCÈS AUX TRAITEMENTS (%)	POPULATION PAR MÉDECIN (UNITÉS)	POPULATION PAR INFIRMIER (UNITÉS)	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA, PAR MÉDECIN (UNITÉS)	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA, PAR INFIRMIER (UNITÉS)
Namibie	2 870	19,6	71	3 363	327	385	37
Niger	278	1,1	5	32 931	4 571	210	29
Nigeria	678	3,9	7	3 551	590	83	14
Ouganda	326	6,7	51	44 131	2 729	1 217	75
République centrafricaine	336	10,7	3	11 819	3 293	755	210
Rwanda	242	3,1	39	21 150	2 360	474	53
Sénégal	715	0,9	47	17 406	3 145	103	19
Sierra Leone	219	1,6	2	30 762	2 807	286	26
Soudan	783	1,6	1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Swaziland	2 323	33,4	31	6 333	159	1 287	32
Tanzanie, Rép. unie de la	324	6,5	7	22 298	2 343	6 222	654
Tchad	601	3,5	17	25 664	3 709	522	75
Togo	378	3,2	27	12 086	1 646	50	7
Zambie	609	17,0	27	8 642	575	870	58
Zimbabwe	383	20,1	8	6 199	1 382	815	182

Source : Haacker 2007.

Note : n.d = Non disponible. Les données relatives à la prévalence du VIH dans les pays étaient les dernières en date à la sortie de cette publication. La publication par ONUSIDA des estimations nationales pour 2007 est prévue pour juillet 2008.

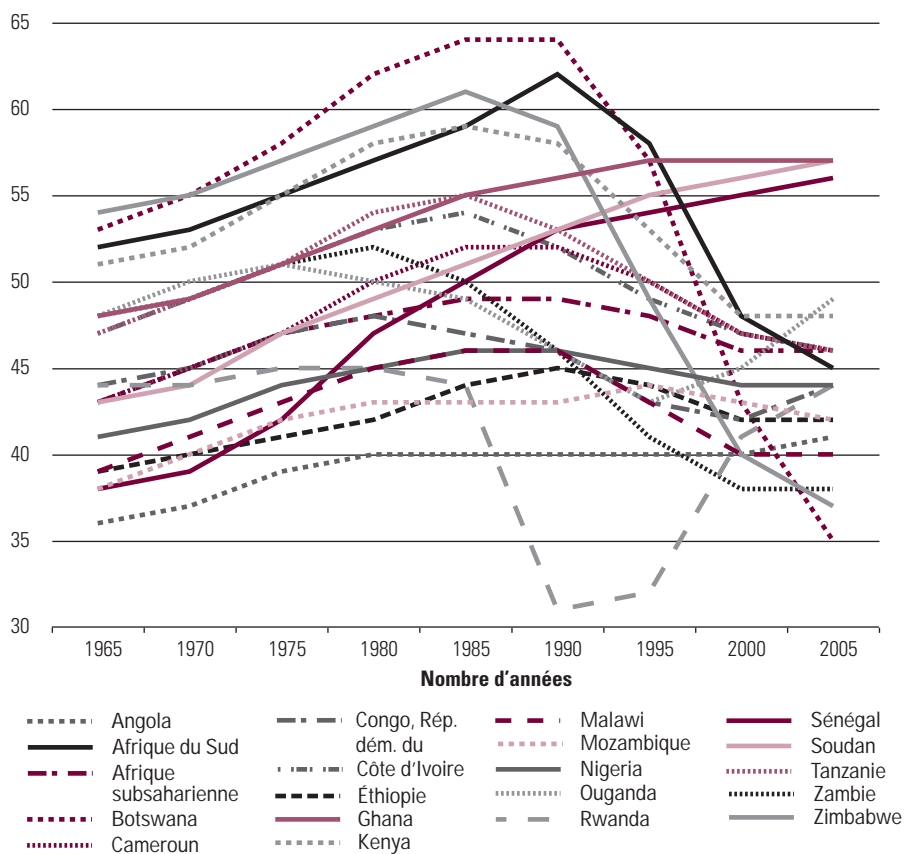
Tableau A2.2 : Espérance de vie à la naissance dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 1965–2005 (Années)

PAYS	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Afrique subsaharienne	43	45	47	48	49	49	48	46	46
Afrique du Sud	52	53	55	57	59	62	58	48	45
Angola	36	37	39	40	40	40	40	40	41
Botswana	53	55	58	62	64	64	57	43	35
Cameroun	43	45	47	50	52	52	50	47	46
Congo, Rép. dém. du	44	45	47	48	47	46	43	42	44
Côte d'Ivoire	47	49	51	53	54	52	49	47	46
Éthiopie	39	40	41	42	44	45	44	42	42
Ghana	48	49	51	53	55	56	57	57	57
Kenya	51	52	55	58	59	58	53	48	48
Malawi	39	41	43	45	46	46	43	40	40
Mozambique	38	40	42	43	43	43	44	43	42
Nigeria	41	42	44	45	46	46	45	44	44
Ouganda	48	50	51	50	49	46	43	45	49
Rwanda	44	44	45	45	44	31	32	41	44
Sénégal	38	39	42	47	50	53	54	55	56
Soudan	43	44	47	49	51	53	55	56	57
Tanzanie	47	49	51	54	55	53	50	47	46
Zambie	48	49	51	52	50	46	41	38	38
Zimbabwe	54	55	57	59	61	59	49	40	37

Source : Base de données *Development Data Platform* (DDP) de la Banque mondiale.

L'engagement de la Banque mondiale face au VIH/SIDA en Afrique

Figure A2.1 : Espérance de vie à la naissance dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 1965–2005



Source : Base de données *Development Data Platform* (DDP) de la Banque mondiale.



ANNEXE 3

Action de la Banque face au VIH/SIDA : Chronologie des évènements

Tableau A3.1 : Action de la Banque face au VIH/SIDA : Chronologie des évènements

TABLEAU CHRONOLOGIQUE	DISPOSITIONS PRISES
Avant-1997	L'action de la Banque est bridée tant au plan interne qu'au plan externe parce que les demandes d'assistance adressées à l'Institution sont faibles et parce que la Banque a centré son attention sur les réformes du secteur de la santé pendant cette période.
1997	La Stratégie HNP ne contient aucune analyse du sida, sauf dans une annexe accessoire dans le contexte des maladies émergentes. Un rapport de recherche sur les politiques, intitulé <i>Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic</i> , souligne l'impact économique du sida.
1998	Compte tenu des nouveaux éléments d'information concernant l'impact du sida sur le développement, la Vice-présidente de la Région préconise la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie régionale.
Juillet 1999	Création d'ACT africa pour soutenir et coordonner les interventions plurisectorielles de la Banque sur le front du VIH/SIDA. L'Unité est hébergée dans le bureau de la Vice-présidente régionale et dotée d'agents plurisectoriels. L'Équipe régionale d'animation examine les questions relatives au sida dans le cadre de réunions périodiques. Un dispositif spécial est institué pour que les directeurs-pays rendent régulièrement compte des activités axées sur le sida. Le sida est incorporé dans les instruments et procédures de la Banque tels que les principes de sauvegarde.
1999	La Banque adopte le rapport intitulé <i>Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa : Responding to a Development Crisis</i> pour s'attaquer au problème posé par la progression de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique.
1999	Des activités axées sur le sida sont incluses dans les projets existants des portefeuilles-pays et les projets concernant des secteurs autres que la santé, tels que l'éducation, les transports, le développement rural, la protection sociale. La restructuration des projets a eu des résultats inégaux parce que les montants engagés étaient souvent insuffisants pour avoir un impact sur la propagation de l'épidémie.
Janvier 2000	Prenant la parole devant le Conseil de Sécurité de l'ONU, le Président de la Banque mondiale demande de « déclarer la guerre au sida ».
Avril 2000	ACT africa publie une analyse sur l'impact de l'épidémie dans le monde, analyse reprise dans la rubrique « Economics Focus » de The Economist. Le sida est le principal point de l'ordre du jour des Réunions de printemps de la Banque.
Septembre 2000	Le Conseil de la Banque approuve le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (PPS), programme d'action d'une durée de 10 à 15 ans pour intensifier les interventions plurisectorielles contre le sida et rallier l'adhésion des dirigeants politiques. Le PPS définit les critères d'éligibilité afin de renforcer l'engagement politique et la mobilisation au niveau national.
Février 2002	Approbation du deuxième PPS, doté d'une enveloppe de 500 millions de dollars pour tester les thérapies antirétrovirales et soutenir des initiatives transnationales. Dons accordés au titre d'IDA-13 pour soutenir les interventions VIH/SIDA.

(suite page suivante)

Tableau A3.1 : Action de la Banque face au VIH/SIDA : Chronologie des événements

TABLEAU CHRONOLOGIQUE	DISPOSITIONS PRISES
Janvier 2003	Création d'une équipe chargée de l'exécution accélérée des mesures de lutte contre le VIH/SIDA pour activer la mise en œuvre des opérations, élargir leur champ d'action et renforcer les capacités institutionnelles, ainsi que pour faciliter l'apprentissage par l'expérience. Des budgets de supervision plus importants sont approuvés pour les projets PPS.
Octobre 2004	ACTafrica commande un Examen intérimaire du PPS, qui confirme fondamentalement la validité de l'approche PPS, souligne les progrès accomplis et la pertinence des interventions, et identifie les mesures à prendre pour améliorer les résultats.
Juillet 2004	ACTafrica s'installe dans les locaux d'AFTQK pour intégrer ses activités à l'assurance de la qualité des opérations VIH, et à la production et le partage des connaissances.
2005	L'OED évalue l'aide fournie au niveau mondial par la Banque pour le VIH/SIDA, et publie son rapport.
2005	AFTQK crée un compte bloqué pour soutenir les projets à problèmes et encourager tous les responsables de projets VIH à utiliser ce fonds pour trouver une solution aux problèmes qui se posent.
Avril 2006	La Région Afrique revoit tous les projets VIH actifs en collaboration avec HDNGA, AFTHD et LEGAF afin d'évaluer les risques de mise en œuvre et les possibilités d'appliquer les recommandations émises dans le cadre de l'examen intérimaire du PPS et de l'évaluation de l'OED.
Mai 2006	ACTafrica et HDNGA assurent la formation des chefs d'équipe des projets aux activités de S&E et produisent des indicateurs appropriés.
Août 2006	La Région crée une équipe de base pour examiner et diriger les travaux sur la restructuration (remaniement) des projets afin d'améliorer leurs résultats et d'incorporer les recommandations de l'examen intérimaire et de l'évaluation de l'OED. Sous la direction d'ACTafrica et de l'AFTHD, l'équipe de base inclut le LEGAF, le département des prêts (LOA), HDNGA (GAMET) et AFTRL.
Octobre 2006	La Région Afrique et HDNGA (GAMET) élaborent un cadre générique de résultats (GRF) et une fiche de résultats pour tous les projets VIH, avec les indicateurs de l'UNGASS et du PAA, ainsi que les indicateurs des programmes nationaux de plans S&E.
2006 – en cours	ACTafrica intensifie l'assistance technique aux opérations en apportant un appui pour la supervision des projets, le suivi des portefeuilles et les examens ISR et en fournissant un soutien financier et technique pour les projets à problèmes. HDNGA/ACTafrica intensifient encore l'assistance aux activités de S&E afin de soutenir l'harmonisation et l'alignement des activités des donateurs et le renforcement des stratégies nationales/plans nationaux de lutte contre le sida par le biais de l'ASAP.
2006 – jusqu'à présent	La Région Afrique entreprend d'actualiser sa stratégie VIH/SIDA de 1999 et de mettre au point un Programme d'action VIH/SIDA 2007–2011 pour l'Afrique. Des consultations ont été organisées avec la société civile, les donateurs, les parties prenantes et les pays, les syndicats, les agences de l'ONU, le secteur privé, les jeunes, les groupes de femmes et de partenaires mondiaux du secteur de la santé travaillant sur la santé sexuelle et reproductive, la tuberculose et le paludisme.
Février 2007	Une proposition générale de restructuration des projets PPS est présentée au Conseil des Administrateurs de la Banque. La restructuration envisagée tient compte des conclusions de l'examen intérimaire des PPS, de l'évaluation OED/IEG des projets VIH mondiaux, des données les plus récentes sur la prévalence, de l'évolution de l'architecture financière internationale, ainsi que de l'adoption par la communauté internationale du développement et les gouvernements des « Trois Principes » régissant les interventions VIH et SIDA.
Avril 2007	Les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Programme d'action VIH/SIDA 2007–2011 pour l'Afrique sont présentés dans le cadre de l'actualisation du PAA à l'occasion des réunions annuelles de printemps.
Novembre 2007	Le Programme d'action VIH/SIDA pour l'Afrique a été examiné et approuvé par le Conseil lors d'une réunion informelle.



ANNEXE 4

Impact potentiel des interventions VIH/SIDA : Méthodologie et simulations

Cette annexe examine les simulations de l'impact et des coûts des interventions axées sur la prévention, les soins et l'atténuation de l'impact du VIH/SIDA dans les pays subsahariens d'Afrique (Bollinger et Stover 2007). Les résultats présentés sont basés sur les modèles utilisés pour les simulations et publiés dans *Science* et par l'ONUSIDA.

Méthodologie et conséquences de l'inaction

Bollinger et Stover (2007) ont examiné les conséquences de trois scénarios différents concernant les politiques VIH/SIDA de la région : i) le « scénario de base », où les taux de couverture pour les interventions de prévention, de traitement et d'atténuation de l'impact restent à leur niveau actuel ; ii) le scénario de l'accès universel aux traitements (« scénario traitement »), où les services de traitement sont développés pour atteindre au moins 80 % de ceux qui en ont besoin d'ici à 2010, mais les autres interventions demeurent constantes ; et iii) un scénario d'accès universel aux traitements et à la prévention (« scénario prévention »), qui implique le développement des interventions de prévention.

Les résultats sont répartis en fonction de trois sous-régions différentes — l'Afrique de l'Est, L'Afrique australe, et l'Afrique centrale/Afrique de l'Ouest — afin de traduire les natures différentes de l'épidémie dans ces régions. Dans le scénario de base, les nouvelles infections continueront de progresser, de même que les décès causés par le VIH/SIDA, à partir du niveau de 2005, à savoir 1,9 million de morts. Si rien n'est fait par rapport à la situation actuelle, l'effet cumulatif pendant les cinq années à venir se soldera par 10 millions de décès supplémentaires et 14 millions d'infections nouvelles, soit une progression de 50 % par rapport à 2006.

Le deuxième cas de figure — le scénario traitement — consiste à élargir la couverture actuelle pour atteindre l'objectif de l'accès universel d'ici à 2010 (défini comme une couverture de 80 % des adultes et des enfants ayant

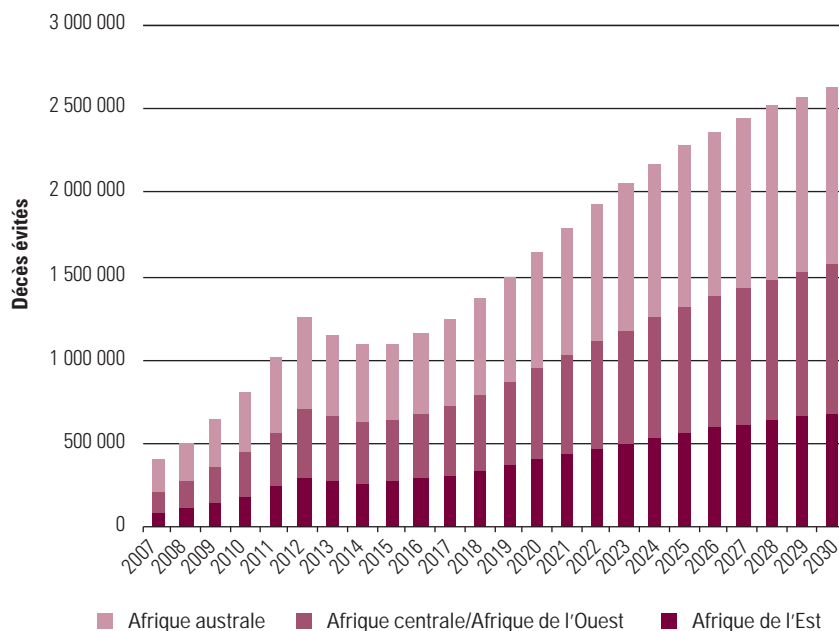
besoin d'une thérapie antirétrovirale (TAR). Le coût annuel des soins et des traitements est basé sur les données de Khayelitsha, Afrique du Sud, et il inclut les données sur les coûts des thérapies de première ligne et de deuxième ligne et leur progression, l'incidence et le traitement des infections opportunistes, et la configuration des soins palliatifs. Les coûts de la TAR sont basés sur l'hypothèse qu'une personne reçoit en moyenne 7,5 années de TAR.

Le troisième cas de figure — le scénario prévention — part du scénario traitement et admet par hypothèse que les interventions de prévention augmentent de façon linéaire à partir des niveaux de 2005 pour atteindre une couverture de 80 à 100 % d'ici à 2010. On détermine alors l'impact de cette amélioration de la couverture sur les infections VIH évitées i) en prévoyant une modification des comportements attribuable à l'augmentation de couverture ; ii) en estimant l'impact de ce changement de comportement sur l'incidence du VIH ; et iii) en examinant les conséquences de la variation de l'incidence.

Les changements de comportement sont prédits sur la base d'une matrice d'impact qui estime l'effet de diverses interventions de prévention sur des comportements spécifiques. Les valeurs de la matrice sont calculées à partir d'une étude couvrant approximativement une centaine d'études d'impact. Ces changements de comportement sont alors introduits dans une équation de transmission du VIH/IST pour calculer les nouvelles infections VIH. L'équation sert à calculer la probabilité de l'infection en fonction de divers facteurs : la prévalence dans la population des partenaires, la transmissibilité du VIH, l'impact d'une IST sur la transmissibilité du VIH, la proportion de la population ayant des IST, l'utilisation des préservatifs, le nombre de partenaires par an et le nombre de contacts sexuels avec chaque partenaire. Enfin, le modèle Spectrum est utilisé pour établir la relation entre les variations de l'incidence du VIH et d'autres variables présentant de l'intérêt.

Impact de l'accès universel aux traitements

Si le scénario traitement se concrétise, d'ici à 2010 plus de 5 millions de personnes seront traitées. L'impact de l'élargissement des programmes de traitement est immédiat et spectaculaire. Pour la seule année 2007, approximativement 400 000 décès seront évités et, d'ici à 2011, le nombre des décès évités chaque année passera à près d'un million (figure A4.1). Le coût global par décès du sida évité varie entre 2 500 et 3 500 dollars, selon la sous-région. L'élargissement des programmes de traitement a un certain nombre d'effets positifs et négatifs ; citons notamment le nombre d'années de vie d'orphelins évitées, l'apparition de souches du virus résistantes aux médicaments, la réduction de la transmission du VIH liée à la baisse des charges virales, ou l'augmentation de la transmission résultant de l'allongement de la durée d'infectivité (Revenga et al. 2006).

Figure A4.1 : Nombre de décès évités grâce à l'accès universel au traitement (2007-2030)

Source : Bollinger et Stover (2007)

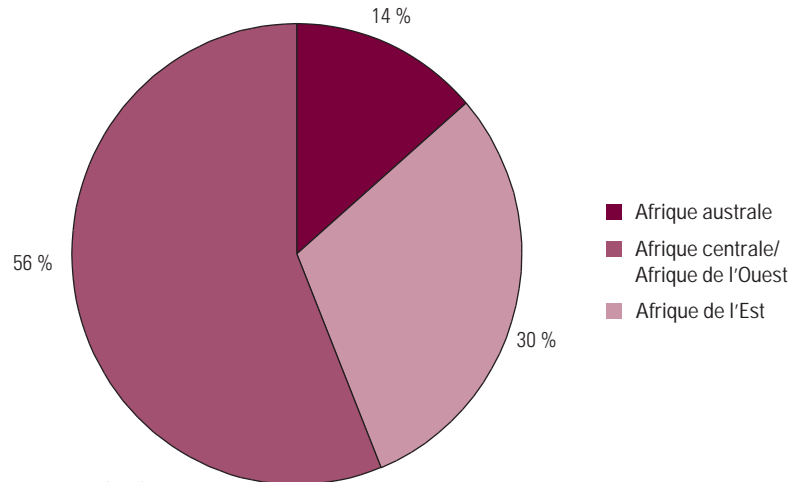
Une autre façon d'examiner l'impact de l'élargissement de l'accès aux traitements consiste à calculer le nombre d'années de vie gagnées par rapport au scénario de base. Au total, près de 14 millions d'années de vie seront gagnées par rapport au scénario de base (voir figure A4.2) à un coût de 1 400 dollars environ par année de vie en Afrique de l'Est et de 600 dollars à peu près par année de vie en Afrique australe et en Afrique centrale/Afrique de l'Ouest.

Impact de l'accès universel à la prévention

Le scénario prévention admet par hypothèse que les programmes de prévention atteindront les objectifs fixés par l'ONUSIDA d'ici à 2010. Le nombre de nouvelles infections annuelles sera ramené de plus de 3,5 millions à approximativement 1,25 million d'ici à 2011. Le nombre total de personnes séropositives au VIH tombera de 28 millions à 22 millions (voir figure A4.3). Le coût par infection évitée diminuera de façon substantielle entre 2007 et 2011. Globalement, le coût moyen par infection au VIH évitée dans les pays subsahariens chute de 3 000 dollars environ en 2007 à 2 000 dollars à peu près d'ici 2011. (Voir ci-après pour de plus amples détails sur le rapport coût-efficacité de différentes interventions de

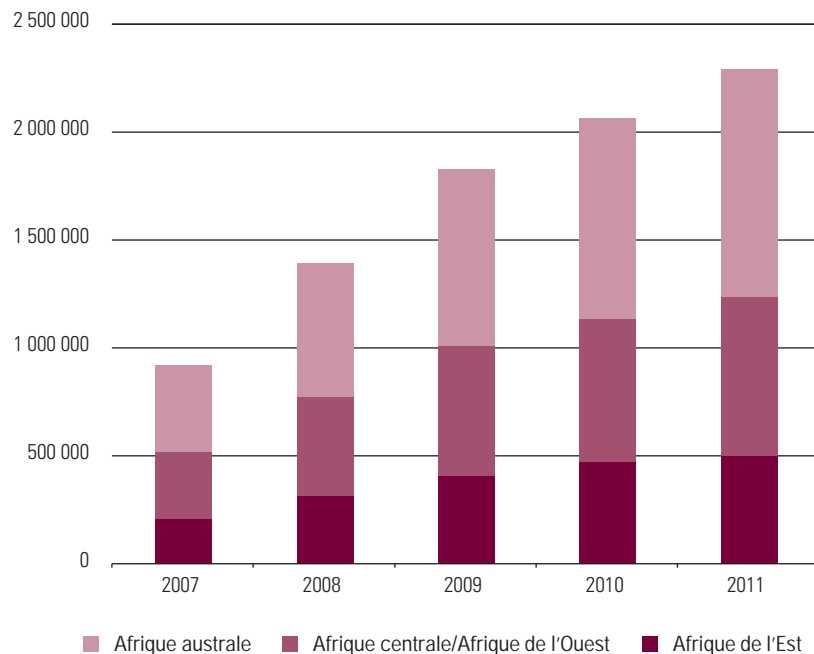
L'engagement de la Banque mondiale face au VIH/SIDA en Afrique

Figure A4.2 : Accès universel au traitement: Nombre cumulé d'années de vie gagnées en Afrique subsaharienne, 2007-2011



Source : Bollinger et Stover (2007)

Figure A4.3 : Infections évitées grâce aux programmes de prévention en Afrique subsaharienne 2007-2011



Source : Bollinger et Stover (2007)

prévention.) Il est important de noter que les interventions de prévention présentent en outre d'importants avantages sous l'angle du coût des traitements évités. De fait, Bollinger et Stover (2007) estiment les économies de coût globales à 6 570 dollars par infection au VIH évitée dans la région. Certains auteurs ont examiné la possibilité de comportements plus risqués consécutifs à « l'insouciance » induite par la disponibilité des traitements (Revenga et al. 2006).

Coût-efficacité des interventions de prévention

Les résultats de dix applications différentes propres aux pays du *Goals Model* (Futures Group 2005) ont été utilisés pour calculer l'impact moyen non pondéré de 11 interventions différentes : la mobilisation des communautés, les mass-médias, les conseils et tests volontaires (CTV), les interventions concernant les professionnels du sexe (PS), les interventions concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les programmes pour les jeunes dans le cadre de leur scolarité (Éducation), la sécurité transfusionnelle, la distribution de préservatifs, le traitement des IST, les programmes sur les lieux de travail et les programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Ces interventions ont été choisies car elles donnent les résultats les plus robustes lorsque l'on calcule leur coefficient d'impact. Pour chaque pays, la totalité du programme des interventions de prévention a été appliquée à plus grande échelle afin d'atteindre les objectifs d'accès universel d'ici à 2010, et le nombre total des infections au VIH évitées a été calculé. Ensuite, les financements alloués pour chacune des 10 interventions ont été supprimés les uns après les autres (puis rétablis) de façon à pouvoir déterminer l'impact marginal de l'intervention.

Le tableau A4.1 classe les interventions en fonction de leur rapport coût-efficacité relatif, et en fonction de leur impact relatif tel que mesuré par le pourcentage des infections évitées. Il y a trois catégories de coût par infection évitée : les coûts faibles (< 1 000 dollars), les coûts moyens (1 000 à 3 000 dollars) et les coûts élevés (> 3 000 dollars) ; et il y a trois catégories d'impact : l'impact faible (0–10 % d'infections évitées), l'impact moyen (10–20 % d'infections évitées) et l'impact élevé (> 20 % d'infections évitées). Ces estimations de coût-efficacité doivent aussi être analysées à la lumière des avantages monétaires associés aux coûts des traitements évités pendant des périodes prolongées.

Tableau A4.1 : Classification croisée des interventions en fonction du coût-efficacité et de l'impact

A. AFRIQUE DE L'EST/AFRIQUE AUSTRALE				B. AFRIQUE CENTRALE/AFRIQUE DE L'OUEST			
IMPACT (% D'INFECTIONS ÉVITÉES)				IMPACT (% D'INFECTIONS ÉVITÉES)			
Coût par infection évitée	Faible (0–10)	Moyen (10–20)	Élevé (> 20)	Coût par infection évitée	Faible (0–10)	Moyen (10–20)	Élevé (> 20)
Faible (< USD 1 000)	PS HSH	PTME	Sécurité transfusionnelle	Faible (< USD 1 000)	HSH	PS	
Moyen (USD 1 000 – 3 000)	Mobilisation des communautés CTV Éducation	Distribution de préservatifs		Moyen (USD 1 000 – 3 000)	Sécurité transfusionnelle Distribution de préservatifs	PTME Programmes sur les lieux de travail	
Élevé (> USD 3 000)	Mass-médias Traitement des IST Programmes sur les lieux de travail			Élevé (> USD 3 000)	Mobilisation des communautés Mass-médias Traitement des IST Éducation		

Source : Bollinger et Stover 2007.

Les deux tableaux indiquent que les interventions qui ciblent les professionnels du sexe (PS) dans tous les pays subsahariens sont très efficaces par rapport aux coûts, puisque le coût par infection évitée est inférieur à 1 000 dollars. Les interventions concernant les PS ciblent une population nettement moins importante, mais, comme le taux de prévalence du VIH dans ce groupe est en général assez élevé, un grand nombre d'infections peuvent être évitées.

Les programmes de PTME et de sécurité transfusionnelle sont aussi très efficaces par rapport aux coûts en Afrique de l'Est et en Afrique australe, où les taux de prévalence du VIH sont plus élevés, et ils ont un impact substantiel. En Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, ces deux interventions sont classées dans la catégorie coût moyen par infection évitée, et la PTME représente une proportion importante des infections évitées.

Finalement, les interventions dont le coût par infection évitée est le plus élevé en Afrique de l'Est et en Afrique australe sont celles qui concernent les mass-médias, le traitement des IST¹, et les programmes sur les lieux de travail, tandis que les interventions correspondantes en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest concernent la mobilisation des communautés, les mass-médias, le traitement des IST, et l'éducation pour la jeunesse. Il apparaît donc que quatre interventions sont particulièrement efficaces par rapport aux coûts pour les pays subsahariens : les programmes de PTME, les programmes de sécurité transfusionnelle et les programmes de vulgarisation pour les professionnels du sexe et pour les hommes ayant des

Tableau A4.2 : Études sur l'efficacité par rapport aux coûts des interventions VIH/SIDA en Afrique subsaharienne

INTERVENTION	COÛTEFFICACITÉ EN DOLLARS DE 2001	
	PAR INFECTION AU VIH	PAR AVCI
CTV (Kenya et Tanzanie)	270–376	14–19
CTV (Tchad)	891–5 213	45–261
Programmes basés sur les pairs (Cameroun)	67–137	3–7
Distribution de préservatifs et IEC (Afrique du Sud)	378–4 094	19–205
Marketing social des préservatifs (Tchad)	77	4
Traitement IST (Kenya)	11–16	1
Traitement IST (Tanzanie)	326	16
Traitement IST (Afrique du Sud)	2 093	105
Traitement IST (Tchad)	1 675	84
TAR pour la PTME : Névirapine (Afrique subsaharienne)	142–306	6–12
Sécurité transfusionnelle (Tchad)	75–151	4–8
Sécurité transfusionnelle (Zimbabwe)	166–1 010	8–51
Sécurité transfusionnelle (Zambie)	215–262	11–13
Injection stérile (Afrique)	—	91–230

Source : Bertozzi et al. 2006.

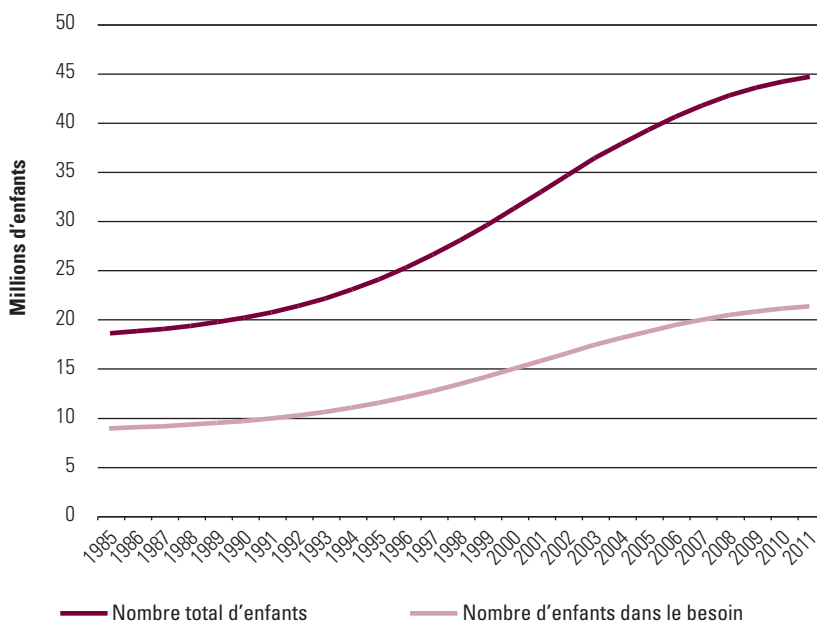
Note : — = non disponible ; AVCI = Années de vie corrigées du facteur invalidité ; IEC = Information, éducation et communication.

rapports sexuels avec des hommes (HSH). Le tableau A4.2 présente un récapitulatif d'autres études sur l'efficacité par rapport aux coûts d'interventions de prévention dans la région qui corroborent généralement les résultats décrits ici. Il convient d'analyser les résultats avec prudence étant donné que les interventions de prévention ne doivent pas être examinées isolément. Il est plus utile de penser en termes d'ensemble d'interventions, et en particulier en termes d'interventions complémentaires, qui se soutiennent mutuellement.

Atténuation de l'impact

Une proportion substantielle de l'augmentation du nombre des orphelins et des enfants vulnérables (OEV) dans les pays subsahariens est imputable au VIH/SIDA. Cette situation pèse lourdement sur les mécanismes traditionnels d'ajustement (tels que la famille élargie) et souligne la nécessité de fournir un soutien supplémentaire à ces groupes. Bollinger et Stover (2007) présentent des simulations de l'impact du VIH/SIDA sur le nombre des OEV pendant la période 2007-2011, ainsi que des projections sur le nombre de ceux qui ont besoin d'une assistance². Selon la figure A4.4, le nombre des OEV passera de 19 millions environ en 2006 à plus de 21 millions en 2011. Il est important de noter que nul dans la communauté internationale ne conteste la nécessité de soutenir tous les OEV et pas

Figure A4.4 : Nombre des OEV en Afrique subsaharienne



Source : Bollinger et Stover (2007)

seulement ceux dont les parents sont décédés du sida afin d'atténuer l'opprobre qui pourrait se manifester autrement.

Notes :

- 1 Il convient de noter que le coût du traitement des IST dont il est question ici ne correspond pas au coût du traitement en soi, mais plutôt au coût des activités de promotion.
- 2 La population dans le besoin est définie comme comprenant les doubles orphelins et les enfants vulnérables, ainsi que la moitié des orphelins ayant perdu un seul parent et qui sont dans des foyers vivant au-dessous du seuil de pauvreté.



ANNEXE 5

Portefeuille VIH/SIDA de la Banque pour l'Afrique, Ex. 89 – 07

Tableau A5.1 : Projets PPS et projets purement VIH/SIDA clos, et projets clos ayant une composante VIH/SIDA

PAYS	N° D'IDENTIFICATION DU PROJET	TITRE DU PROJET	EX. DE L'APPROBATION	EX. DE LA CLÔTURE	DATE DE CLÔTURE	MONTANT ENGAGÉ ^a
<i>PPS ET PROJETS PUREMENT VIH/SIDA</i>						
Congo, Rép. dém. du	P003116	Programme national de lutte contre le sida	1989	1995	31/12/1994	8,1
Zimbabwe	P003333	Infections sexuellement transmissibles	1993	2001	31/12/2000	64,5
Ouganda	P002963	Infections sexuellement transmissibles	1994	2003	31/12/2002	50,0
Kenya	P001333	Infections sexuellement transmissibles	1995	2001	30/6/2001	40,0
Érythrée	P065713	ER - Lutte contre le sida, paludisme, MST, TB - Prêt APL (Ex. 01)	2001	2006	31/3/2006	40,0
Éthiopie	P069886	ET - PPS (Ex. 01)	2001	2007	31/12/2006	59,7
Gambie	P060329	GM - Réponse rapide au VIH/SIDA (Ex. 01)	2001	2007	31/12/2006	15,0
Ghana	P071617	GH - Projet GARFUND de réponse au sida (Ex. 01)	2001	2006	31/12/2005	25,0
Kenya	P070920	KE - Réponse à la catastrophe du VIH/SIDA (Ex. 01)	2001	2006	31/12/2005	50,0
Ouganda	P072482	UG - Lutte contre le VIH/SIDA - Prêt SIL (Ex. 01)	2001	2007	31/12/2006	47,5
Cameroun	P073065	CM - Lutte contre VIH/SIDA - Prêt SIL plurisec (Ex. 01)	2001	2007	30/6/2007	50,0
Bénin	P073118	BJ - VIH/SIDA Prêt plurisect. APL (Ex. 02)	2002	2007	15/9/2006	23,0
Burkina Faso	P071433	BF - Réponse à la catastrophe du VIH/SIDA - Prêt APL (Ex. 02)	2002	2007	30/6/2007	27,0
Madagascar	P072987	MG - Pr. multisecc de prévention IST/VIH/SIDA - Prêt APL (Ex. 02)	2002	2008	31/12/2007	20,0
Sierra Leone	P073883	SL - Réponse au VIH/SIDA (Ex. 02)	2002	2008	31/12/2007	15,0
Sous-régional	P074850	3A - VIH/SIDA- Corridor transp. Abidjan Lagos (Ex. 04)	2004	2008	31/12/2007	16,6
Total partiel						551,4
<i>PROJETS CLOS AVEC UNE COMPOSANTE VIH/SIDA^b</i>						
Angola	P000048	Santé	1993	2000	31/12/1999	6,8
Burkina Faso	P000308	Régulation des naissances/lutte contre le sida	1994	2002	30/9/2001	8,2
Comores	P000596	Pop. & ressources humaines	1994	2000	30/6/2000	2,2
Tchad	P035601	Régulation des naissances/lutte contre le sida	1995	2002	31/12/2001	6,9
Côte d'Ivoire	P001214	Serv. de santé intégrés (Ex. 96)	1996	2005	31/12/2004	6,2
Érythrée	P043124	Devl. secteur santé nationale	1998	2005	31/12/2004	4,6
Gambie	P000825	GM - SIL HNP participatif (Ex. 98)	1998	2005	30/6/2005	3,1

(suite page suivante)

Tableau A5.1 : Projets PPS et projets purement VIH/SIDA clos, et projets clos ayant une composante VIH/SIDA (suite)

PAYS	N° D'IDENTIFICATION DU PROJET	TITRE DU PROJET	EX. DE L'APPROBATION	EX. DE LA CLÔTURE	DATE DE CLÔTURE	MONTANT ENGAGÉ ^a
Guinée-Bissau	P035688	Prog. Devl. secteur santé nationale	1998	2008	31/12/2007	2,2
Malawi	P001670	MW - Enseignement secondaire (Ex. 98)	1998	2006	31/12/2005	6,3
Guinée	P041568	Pop. & santé reprod.	1999	2004	31/12/2003	2,3
Lesotho	P056416	2 ^e projet de dévl. secteur éducation (Phase 1)	1999	2004	31/12/2003	2,7
Malawi	P036038	Pop./Planning familial	1999	2004	31/12/2003	1,0
Burundi	P064556	Crédit d'urgence pour le redressement économique	2000	2003	30/10/2002	6,0
Cameroun	P048204	CM - Renf. des capacités de gestion environnem. dans le sect. pétrolier (Ex. 00)	2000	2008	30/11/2007	0,8
Lesotho	P053200	Réforme du secteur de la santé	2000	2005	30/6/2005	2,1
Nigeria	P066571	2 ^e projet enseign. primaire	2000	2005	31/12/2004	9,4
Tanzanie	P058627	Programme devl. Secteur de la santé	2000	2004	31/12/2003	6,4
Zambie	P063584	ZM - ZAMSIF (Ex. 00)	2000	2006	31/12/2005	12,9
Zambie	P064064	ZM - Serv. municipalité minière - Prêt SIL (Ex. 00)	2000	2006	31/12/2005	4,9
Burundi	P064961	BI - TP & créat. d'emplois (Ex. 01)	2001	2008	31/12/2007	16,2
Mali	P040650	Programme d'expansion du secondaire APL (Ex. 01) - (PISE)	2001	2007	31/12/2006	6,3
Kenya	P066486	KE - Decentr Santé reprod. & VIH/SIDA (Ex. 01)	2001	2007	30/6/2007	37,1
Congo, Rép. du	P074006	CG - Crédit d'urgence pour la réhab. de l'infrastruct. & l'améliorat. des conditions de vie	2002	2007	31/1/2007	5,2
Mozambique	P001785	MZ - Gestion & entretien routes & ponts (Ex. 02)	2002	2007	30/6/2007	22,7
Ghana	P073649	GH - Pr. Secteur santé - Suppt 2 (Ex. 03)	2003	2007	30/6/2007	15,2
Nigeria	P071494	NG - Éducat. de base universelle (Ex. 03)	2003	2006	30/6/2006	10,0
Malawi	P072395	MW - Prog. de gestion budget. & d'accélération de la croissance - Prêt SAL (Ex. 04)	2004	2006	30/6/2006	7,0
Cameroun	P100965	CM - Allègement de la dette - DPL (Ex. 06)	2006	2007	30/12/2006	4,4
Total partiel						219,1
Projets clos, total						770,5

Source : Business Warehouse (Banque mondiale).

a. Les montants engagés sont exprimés en valeur dollar au moment de l'approbation.

b. Les montants engagés pour les projets ayant des composantes VIH/SIDA sont les montants engagés pour la composante VIH/SIDA et non pour la totalité du projet.

Tableau A5.2 : Projets PPS et projets purement VIH/SIDA actifs, et projets actifs ayant une composante VIH/SIDA

PAYS	N° D'IDENTIFICATION DU PROJET	TITRE DU PROJET	EX. DE L'APPROBATION	DATE DE L'APPROBATION	DATE DE CLÔTURE	MONTANT ENGAGÉ ^a
<i>PROJETS PPS ET PROJETS PUREMENT VIH/SIDA ACTIFS</i>						
Burundi	P071371	BI - Programme plurisector.VIH/SIDA & orph. - APL (Ex. 02)	2002	27/6/2002	30/11/2008	36,0
Cap-Vert	P074249	CV - VIH/SIDA - APL (Ex. 02)	2002	28/3/2002	31/12/2008	9,0
République centrafricaine	P073525	CF - VIH/SIDA (Ex. 02)	2002	14/12/2001	30/9/2010	17,0
Tchad	P072226	TD - Pop & sida 2 (Ex. 02)	2002	12/7/2001	31/1/2008	24,6
Nigeria	P070291	NG - Progr. VIH/SIDA (Ex. 02)	2002	6/7/2001	30/6/2009	90,3
Sénégal	P074059	SN - Prévent. & contrôle du VIH/SIDA - APL (Ex. 02)	2002	7/2/2002	30/9/2008	30,0
Guinée	P073378	GN - Pr. plurisect. sida - SIL (Ex. 03)	2003	13/12/2002	31/7/2008	20,3
Mozambique	P078053	MZ - Réponse au VIH/SIDA - SIL (Ex. 03)	2003	28/3/2003	31/12/2008	55,0
Niger	P071612	NE - Pr. plurisect. IST/VIH/SIDA 2 (Ex. 03)	2003	4/4/2003	30/6/2009	25,0
Rwanda	P071374	RW - Pr. plurisect. VIH/SIDA (Ex. 03)	2003	31/3/2003	30/10/2008	30,5

Tableau A5.2 : Projets PPS et projets purement VIH/SIDA actifs, et projets actifs ayant une composante VIH/SIDA (suite)

PAYS	N° D'IDENTIFICATION DU PROJET	TITRE DU PROJET	EX. DE L'APPROBATION	DATE DE L'APPROBATION	DATE DE CLÔTURE	MONTANT ENGAGÉ ^a
Zambie	P003248	ZM - Pr. Zanara VIH/SIDA - APL (Ex. 03)	2003	30/12/2002	28/2/2008	42,0
Congo, Rép. dém. du	P082516	ZR - Pr. plurisect. VIH/SIDA	2004	26/3/2004	31/1/2011	102,0
Congo, Rep. de	P077513	CG - VIH/SIDA & santé - SIL (Ex. 04)	2004	20/4/2004	30/6/2009	19,0
Guinée-Bissau	P073442	GW - Appui à la lutte mondiale contre le VIH/SIDA (Ex. 04)	2004	6/2/2004	31/12/2008	7,0
Malawi	P073821	MW - Projet plurisect. sida - PPS (Ex. 04)	2004	25/8/2003	31/12/2008	35,0
Mali	P082957	ML - VIH/SIDA - PPS (Ex. 04)	2004	17/6/2004	31/7/2009	25,5
Mauritanie	P078368	MR - Pr. plurisector. de lutte contre le VIH/SIDA (Ex. 04)- (PMLS)	2004	7/7/2003	31/3/2009	21,0
Sous-régional	P082613	3A - Pr. régional de traitement du VIH/SIDA (Ex. 04)	2004	17/6/2004	31/12/2008	59,8
Tanzanie	P071014	TZ - VIH/SIDA - APL (Ex. 04)	2004	7/7/2003	30/9/2009	70,0
Angola	P083180	AO - Pr. VIH/SIDA/palu/MST/TB - SIL (Ex. 05)	2005	21/12/2004	30/6/2010	21,0
Érythrée	P094694	ER - VIH/SIDA/IST/TB/Palu/Santé rurale - SIL (Ex. 05)	2005	30/6/2005	30/6/2010	24,0
Lesotho	P087843	LS - Renforcement des capacités et AT pour la lutte contre le VIH/SIDA (Ex. 05)	2005	6/7/2004	31/12/2008	5,0
Sous-régional	P080406	3A - Réseau régional du renforc. des capacités pour la prévention, les soins et le traitement du VIH/SIDA (ARCAN) (Ex. 05)	2005	22/9/2004	30/6/2009	10,0
Sous-régional	P080413	3A - Initiative des Grands Lacs contre le VIH/SIDA - APL (Ex. 05)	2005	15/3/2005	31/3/2009	20,0
Burkina Faso	P093987	BF - Proj. d'appui au secteur santé & sida (Ex. 06)	2006	27/4/2006	30/6/2010	47,7
Ghana	P088797	GH - Pr. plurisect. VIH/SIDA (M-SHAP) (Ex. 06)	2006	15/11/2005	30/6/2011	20,0
Madagascar	P090615	MG - Pr. plurisect. IST/VIH/SIDA 2 (Ex. 06)	2006	12/7/2005	31/12/2009	30,0
Bénin	P096056	BJ - VIH/SIDA SIL 2 (Ex. 07)	2007	5/4/2007	31/12/2011	35,0
Cap-Vert	P101950	CV - PPS VIH/SIDA - Financement supplémentaire (Ex. 07)	2007	19/12/2006	31/12/2008	5,0
Éthiopie	P098031	ET - 2 ^e pr. plurisect. VIH/SIDA (Ex. 07)	2007	8/3/2007	30/6/2010	30,0
Kenya	P081712	KE - Guerre totale contre le VIH/SIDA (TOWA)	2007	26/6/2007	31/12/2011	80,0
Nigeria	P105097	NG - VIH/SIDA - APL - Financement supplémentaire (Ex. 07)	2007	22/5/2007	30/6/2009	50,0
Rwanda	P104189	RW - Pr. plurisect. VIH/SIDA - Financement supplémentaire (Ex. 07)	2007	1/2/2007	30/10/2008	10,0
Total partiel						1 106,7
<i>PROJETS ACTIFS AYANT UNE COMPOSANTE VIH/SIDA^b</i>						
Rwanda	P045091	RW - Dévl. des ressources humaines (Ex. 00)	2000	6/6/2000	30/6/2008	8,0
Tchad	P035672	TD - Pr. national de transport -Supplément - SIL (Ex. 01)	2001	26/10/2000	31/1/2008	13,4
Zambie	P057167	ZM - Format. Profession. & formation à la création d'entreprise, prêt SIM (Ex. 01)	2001	14/6/2001	30/12/2008	3,5
Burkina Faso	P000309	BF - Sect. éducation de base - SIL (Ex. 02)	2002	22/1/2002	30/6/2008	4,2
Congo, Rép. du	P073507	CG - Renf. capacités Transp & Gouv (Ex. 02)	2002	7/2/2002	30/6/2010	1,0
Érythrée	P073604	ER - Prêt ERL d'urgence pour la démobilis. et la réinsertion (Ex. 02)	2002	16/5/2002	31/12/2008	7,8

(suite page suivante)

Tableau A5.2 : Projets PPS et projets purement VIH/SIDA actifs, et projets actifs ayant une composante VIH/SIDA (suite)

PAYS	N° D'IDENTIFICATION DU PROJET	TITRE DU PROJET	EX. DE L'APPROBATION	DATE DE L'APPROBATION	DATE DE CLÔTURE	MONTANT ENGAGÉ ^a
Guinée	P050046	GN - Éducation pour tous - APL (Ex. 02)	2002	24/7/2001	31/12/2008	15,4
Mozambique	P069824	MZ - Enseignement supérieur, prêt SIM (Ex. 02)	2002	7/3/2002	30/6/2009	8,4
Nigeria	P069901	NG - Pr. communaut. de dével. urbain (Ex. 02)	2002	6/6/2002	30/6/2009	14,3
Rwanda	P075129	RW - Prêt d'urgence pour la démobilis. & et la réinsertion (Ex. 02)	2002	25/4/2002	31/12/2008	3,3
Tanzanie	P047762	TZ - Adduction d'eau en milieu rural (Ex. 02)	2002	26/3/2002	30/6/2008	4,4
Angola	P078288	AO - Prêt ERL d'urgence pour démobilis. & la réinsertion (Ex. 03)	2003	27/3/2003	31/12/2008	4,6
Tchad	P000527	TD - Réf. du secteur de l'éduc. (Ex. 03)	2003	18/3/2003	30/6/2009	5,9
Éthiopie	P044613	ET - Pr. de dével. du secteur routier - Phase 2 (Ex. 03)	2003	17/6/2003	30/6/2009	17,8
Burundi	P064876	BI - Dévl. du secteur routier, prêt SIM (Ex. 04)	2004	18/3/2004	31/12/2009	7,2
Burundi	P081964	BI - Prêt pour la démobilis. & et la réinsertion (Ex. 04)	2004	18/3/2004	31/12/2008	4,6
Congo, Rép. dém. du	P078658	CD - Prêt d'urgence pour démobilis. & et la réinsertion, prêt ERL (Ex. 04)	2004	25/5/2004	31/3/2008	14,0
Ghana	P050620	GH - Secteur éduc., prêt SIL (Ex. 04)	2004	9/3/2004	31/10/2009	15,6
Lesotho	P081269	LS - 2 ^e Proj. devl. Sect. éduc. (Phase 2)	2004	17/7/2003	31/12/2007	4,2
São Tomé-et-Principe	P075979	ST - Appui au secteur social	2004	18/5/2004	30/6/2009	1,1
Zambie	P071985	ZM - Pr. de réhab. et d'entretien des routes (Ex. 04)	2004	9/3/2004	30/6/2010	6,5
Angola	P083333	AO - Pr. multisector. de redressement d'urgence - ERL (Ex. 05)	2005	17/2/2005	31/12/2009	8,6
Congo, Rép. dém. du	P088751	CD - Réhab. secteur santé, Supplément (Ex. 06)	2006	1/9/2005	30/6/2010	19,5
Éthiopie	P079275	ET - Renf. des capacités pour les serv. agricoles (Ex. 06)	2006	22/6/2006	31/10/2011	7,6
Lesotho	P076658	LS - Réforme du secteur santé, Phase 2 APL (Ex. 06)	2006	13/10/2005	31/3/2009	1,0
Mozambique	P087347	MZ - Ens. et formation techn. & profess. (Ex. 06)	2006	21/3/2006	31/10/2011	4,2
Mali	P090075	ML - Secteur transp. SIL 2 (Ex. 07)	2007	24/5/2007	31/12/2011	12,6
Kenya	P087479	KE - 2 ^e proj. soutien sect. éducation (Ex. 07)	2007	7/11/2006	31/12/2010	12,8
Namibie	P086875	NA - éduc. & formation - Prêt DPL (Ex. 07)	2007	24/5/2007	31/12/2008	1,3
Tanzanie	P102262	TZ - éducation de base Zanzibar SIL (Ex. 07)	2007	24/4/2007	31/7/2013	8,4
Total partiel						241,2
Projets VIH/SIDA actifs, total						1 347,9

Source : Business Warehouse (Banque mondiale).

a. Les montants engagés sont exprimés en valeur dollar au moment de l'approbation.

b. Les montants engagés pour les projets ayant des composantes VIH/SIDA sont les montants engagés pour la composante VIH/SIDA et non pour la totalité du projet.



ANNEXE 6

Bilan du PPS

Tableau A6.1 : Résultats dans les pays où il existe un PPS

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES	
Augmentation en pourcentage des financements des partenaires du développement	2 240 %
Gestion du PPS intégrée aux attributions des CNS	59 %
RÉSULTATS AUXQUELS LE PPS A CONTRIBUÉ	
Nombre de personnes formées avec les financements PPS	562 366 (23 pays)
Nombre de structures publiques décentralisées qui ont mis en œuvre des programmes de travail VIH	10 938 (25 pays)
Nombre de salariés atteints par les programmes VIH sur les lieux de travail	2 258 844 (23 pays)
Nombre d'organisations ayant bénéficié d'un appui technique	41 107 (25 pays)
Coordination du GFATM et du PPS sous la direction d'une unité	38 % des CNS
PRÉVENTION DU VIH	
Nombre de femmes inscrites dans les programmes de PTME depuis le début du PPS	1 546,388 (23 pays)
Nombre de sites CTV dans tous les pays PPS	8 812 (23 pays)
Nombre de nouveaux sites CTV que le PPS a aidé à créer	1 512 (17 pays)
Nombre de personnes qui ont reçu les résultats d'un test VIH	6 999 528 (25 pays)
Nombre de préservatifs masculins distribués	1 294 369 023 (25 pays)
Nombre de préservatifs féminins distribués	4 041 973 (15 pays)
Nombre de personnes atteintes par les programmes IEC/CCC	173 333 043 (21 pays)
Nombre d'événements IEC/CCC	726 876 (20 pays)
SOINS ET TRAITEMENTS DU VIH	
Nombre de sites proposant des TAR	3 012 (26 pays)
Nombre total de personnes bénéficiant d'une TAR (26 699 avec les financements PPS)	554 648 en tout (27 pays)
Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA traitées pour des infections opportunistes	287 805 (20 pays)
ATTÉNUATION DE L'IMPACT	
Nombre de personnes infectées ou affectées bénéficiant d'une aide	502 958 (21 pays)
Nombre d'enfants vulnérables bénéficiant d'une aide	1 779 872 (22 pays)
Nombre d'activités génératrices de revenus bénéficiant d'un soutien	32 854 (18 pays)
SUIVI ET ÉVALUATION (S&E)	
Nombre moyen d'enquêtes/d'activités de surveillance par pays avant le PPS	2
Nombre moyen d'enquêtes/d'activités de surveillance par pays actuellement	4

Source : Gorgens-Albino et al. 2007.

Note : CCC = Communication pour le changement de comportement.

Tableau A6.2 : Effets en partie attribuables au PPS

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES
<p>Le PPS a contribué à renforcer la mobilisation politique au plus haut niveau dans les sphères gouvernementales.</p> <p>Grâce au PPS, les pays ont bénéficié d'un avantage avec l'application des « Trois principes ».</p> <p>Le PPS a contribué au renforcement des institutions et des CNS.</p> <p>Les financements du PPS ont permis de mobiliser des ressources publiques supplémentaires pour le VIH.</p> <p>Le PPS a servi de catalyseur pour mobiliser des financements internationaux supplémentaires.</p> <p>Le PPS a permis d'accroître dans de très fortes proportions les efforts déployés par les pays pour lutter contre le VIH.</p> <p>Le PPS a contribué à améliorer la législation sur le VIH et le sida.</p> <p>Le PPS a permis de promouvoir et de faciliter des interventions plurisectorielles.</p> <p>Les financements du PPS ont soutenu la décentralisation des interventions VIH.</p> <p>Le PPS a soutenu le renforcement de la coordination des interventions VIH des CNS à des niveaux décentralisés.</p> <p>Le PPS a soutenu la mise en place de partenariats internationaux pour le VIH au niveau des pays.</p> <p>Le PPS a renforcé les capacités de planification, de coordination, de suivi, d'évaluation et d'organisation des services VIH.</p>
PRÉVENTION DU VIH
<p>Le PPS a permis d'accroître le nombre des femmes qui ont pu bénéficier des services de PTME.</p> <p>Le PPS soutient l'éducation axée sur le VIH dans les écoles et le dépistage du VIH parmi les personnels du secteur de l'éducation.</p> <p>Le PPS a contribué à accroître les connaissances sur les modes de transmission du VIH.</p> <p>Le PPS a contribué à réduire les pratiques sexuelles à risque particulièrement élevé dans certains pays.</p> <p>Il y a lieu de penser que le PPS centre son action sur les populations les plus vulnérables et les plus à risque.</p> <p>Le PPS a contribué à accroître l'utilisation des préservatifs.</p> <p>Le PPS veille à accroître le nombre de personnes qui connaissent leur état sérologique.</p> <p>Le PPS a contribué à prévenir la transmission du VIH dans les installations de soins de santé.</p>
SOINS ET TRAITEMENTS DU VIH/SIDA
<p>Les financements du PPS ont permis de créer des centres qui proposent des TAR et assurent un accès plus large aux TAR.</p> <p>Le PPS a renforcé l'infrastructure nécessaire à la création des services de santé.</p>
ATTENUATION DE L'IMPACT
<p>Le PPS a soutenu et encouragé la scolarisation des orphelins et des enfants vulnérables.</p> <p>Le PPS a permis d'élargir l'accès à des soins psychologiques de bonne qualité pour les ménages et les enfants affectés par l'épidémie.</p> <p>Le PPS a contribué à organiser des soins communautaires durables.</p>
SUIVI ET ÉVALUATION (S&E)
<p>Grâce au PPS, il existe dans la plupart des pays une unité de S&E dotée d'un budget approuvé.</p> <p>La plupart des pays ont aussi créé une équipe de S&E qui se réunit au moins une fois par trimestre.</p> <p>La plupart des pays ont élaboré des matériels de formation aux activités de S&E.</p> <p>La plupart des pays ont adopté un cadre ou une stratégie de S&E, avec des indicateurs acceptés par tous les partenaires.</p> <p>De nombreux pays ont élaboré un programme de S&E détaillé, mais les estimations de coûts n'ont été établies que pour certains d'entre eux.</p> <p>La plupart des pays ont entrepris de constituer une base de données VIH/SIDA, mais la collecte des données des ministères de la santé laisse encore à désirer.</p> <p>L'information stratégique circule mieux qu'auparavant.</p> <p>Certaines indications permettent de penser que les données sont utilisées.</p>



ANNEXE 7

Problèmes liés à la mise en œuvre du PPS, et amélioration des résultats du PPS en Afrique

Problèmes qui se posent

En 2004, ACT *africa* a entrepris d'effectuer un examen intérimaire du PPS pour faire le point sur la validité de l'approche du PPS, mettre en lumière les progrès accomplis, juger de la pertinence des interventions et identifier les enseignements tirés de l'expérience. L'examen a permis de conclure que les objectifs du PPS restaient valables, il a mis en évidence les problèmes posés par sa mise en œuvre et il a recommandé que le PPS devienne plus stratégique, mette davantage l'accent sur la collaboration et soit davantage fondé sur l'observation des faits concrets.

En 2005, l'OED (devenu par la suite l'IEG) a effectué une évaluation indépendante distincte de l'assistance apportée au plan international par la Banque dans le cadre de la lutte contre le VIH afin d'examiner les hypothèses, la conception et la mise en œuvre de 24 projets sida nationaux. Le Rapport de l'OED recommandait de faire une place plus importante au renforcement des capacités, de mettre en place des institutions nationales et infranationales solides, d'investir de façon stratégique dans les biens publics et les activités qui avaient le plus de chances d'avoir un impact maximum, d'instaurer un système d'incitations pour les activités de S&E et d'utiliser les données d'observation locales pour améliorer les résultats. Sur la base de ces évaluations, le Comité pour l'efficacité du développement (CODE) de la Banque mondiale a salué le bilan des programmes VIH/SIDA (PPS) et approuvé les principales recommandations formulées pour améliorer encore les résultats des futures opérations VIH. Le Comité a réaffirmé le rôle de la Banque, ainsi que celui d'autres partenaires du développement, dans le traitement des problèmes complexes et urgents du VIH/SIDA ; il a mis l'accent sur la nécessité d'interventions hardies, novatrices et flexibles ; et il a à nouveau confirmé la nécessité d'adopter une approche plurisectorielle pour relever ce défi du développement.

Le tableau A7.1 présente une vue d'ensemble des principales recommandations contenues dans le rapport d'examen intérimaire du PPS (Banque mondiale 2004), le rapport de l'OED (Banque mondiale 2005) et la réponse du CODE (annexe M, Banque mondiale 2005), ainsi que les mesures prises par la Région Afrique.

Tableau A7.1 : Vue d'ensemble des principales recommandations

RECOMMANDATIONS	MESURES PRISES PAR LA RÉGION AFRIQUE
i) Incorporer le VIH/SIDA dans la planification du développement, les stratégies pour la réduction de la pauvreté, les stratégies d'allocation des ressources budgétaires et intégrer le VIH/SIDA aux opérations courantes des CAS	La BIRD et le WBI en collaboration avec le PNUD ont organisé deux ateliers régionaux de formation des hauts fonctionnaires à l'intégration du VIH/SIDA aux DDSRP et aux CDMT. <i>ACTafrica</i> continuera aussi à veiller à que le VIH/SIDA occupe une place suffisante dans les CAS.
ii) Soutenir l'élaboration de stratégies qui établissent la hiérarchie des priorités et rallient l'adhésion des pays concernés, et qui reposent sur une connaissance nuancée de l'épidémie au niveau national, l'identification des facteurs culturels et sociaux qui favorisent la propagation de l'épidémie, et aider les gouvernements à être sélectifs et à établir l'ordre des priorités afin d'obtenir le maximum d'impact.	La Banque et d'autres partenaires (ONUSIDA et PNUD) ont introduit le programme ASAP ⁹ afin d'apporter un appui technique direct aux pays, à leur demande, pour l'élaboration de stratégies et de programmes annuels basés sur l'observation des faits, et indiquant la hiérarchie des priorités et l'estimation des coûts.
iii) Adopter une approche ciblée dans tous les projets de la prochaine génération dans les pays où la prévalence est faible.	Mesure adoptée en tant que critère pour tous les projets de la seconde génération. La Banque et l'ONUSIDA ont collaboré dans le cadre d'une conférence régionale sur le ciblage des groupes vulnérables. <i>ACTafrica</i> a aussi entrepris d'évaluer l'efficacité des bonnes pratiques ciblant les groupes vulnérables.
iv) Améliorer les mesures de gouvernance et les mesures axées sur l'obligation de rendre des comptes dans les projets afin de réduire les détournements de fonds affectés aux projets et de faire en sorte que les fonds soient bien utilisés pour les bénéficiaires prévus.	La Région continue de renforcer les capacités pour améliorer la gestion fiduciaire et elle a élaboré une note d'instruction sur le décaissement des fonds des projets VIH/SIDA afin d'aider à déterminer les mesures fiduciaires appropriées pour différents niveaux. <i>ACTafrica</i> a entrepris une étude sur la gouvernance et les pratiques de corruption au niveau des communautés en associant à cette entreprise des groupes de femmes issus des communautés de plusieurs pays, et prévoit d'élaborer, à l'intention des organisations de la société civile et des administrations locales, des principes directeurs pour le traitement des problèmes de gouvernance et de corruption.
v) En liaison avec d'autres partenaires, mettre au point un système commun de S&E qui fonctionne au niveau national, élaborer des critères et des indicateurs de résultats pour améliorer la collecte des données, et améliorer la base des faits concrets pour les décideurs en organisant des activités de renforcement des capacités et des travaux de recherche rigoureux.	Le GAMET fait des efforts nettement plus importants pour aider les pays à construire leurs indicateurs cliniques et non cliniques et instaurer des mécanismes de collecte de données, et toutes les opérations relais du PPS incluent des mesures et des financements plus importants pour développer les activités de S&E en partenariat avec ONUSIDA et d'autres donateurs. Les opérations PPS en cours comprennent aussi des financements plus importants pour les activités de S&E. Le GAMET et <i>ACTafrica</i> ont mis au point une fiche de résultats générique en octobre 2006.

Tableau A7.1 : Vue d'ensemble des principales recommandations (suite)

RECOMMANDATIONS	MESURES PRISES PAR LA RÉGION AFRIQUE
vi) Améliorer la coordination et l'harmonisation des activités des bailleurs de fonds afin d'éviter les doubles emplois que favorise la multitude des donateurs.	L'équipe spéciale internationale (GTT) composée des principales agences de l'ONU et des principaux partenaires du développement a adopté un système de répartition des tâches pour tous les organismes que les pays peuvent utiliser lors de l'identification des besoins d'assistance technique. Plusieurs pays ont adopté le principe des examens annuels conjoints pour faciliter une plus grande harmonisation des activités.
vii) Encourager les décaissements basés sur les résultats.	Discussions en cours avec les chefs d'équipe de projet sur les méthodes permettant d'incorporer cette pratique dans les projets VIH sans limiter l'accès aux services.
viii) Continuer à soutenir pleinement les interventions communautaires, qui sont des activités importantes des parties prenantes, en les associant à la conception des interventions et à l'amélioration des procédures concernant les financements, mais évaluer aussi l'efficacité des interventions communautaires.	Les organisations de la société civile sont plus activement associées qu'auparavant aux activités VIH. La Région Afrique prévoit d'effectuer une analyse de situation sur la participation de la société civile. ACT africa a accueilli une consultation avec les représentants de la société civile de tous les pays PPS afin d'étudier les rôles, les responsabilités et les partenariats des organisations de la société civile dans le cadre des interventions VIH. Ces recommandations sont incorporées dans la révision de la stratégie de la Banque relative à l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique (2007-2011).
ix) Adopter une approche plurisectorielle hiérarchisant les priorités pour tenir compte de la complexité du VIH en tant que problème général du développement et centrer l'attention sur les secteurs qui ont le plus grand impact potentiel, tels que la santé, l'éducation, les transports, l'armée et d'autres secteurs, selon le contexte national.	Les projets PPS continuent d'utiliser une approche plurisectorielle et de traiter le VIH/SIDA comme un problème général de développement. ACT africa s'assurera qu'il continuera d'en être ainsi dans les CAS. Les PPS de la seconde génération seront centrés sur les secteurs qui ont le plus grand impact potentiel dans chaque contexte national.
x) Clarifier le rôle du ministère de la Santé pour s'assurer qu'il joue un rôle de partenaire principal dans le cadre des interventions nationales et renforcer les capacités de ce ministère tout en continuant à travailler avec les responsables d'autres secteurs.	Le ministère de la Santé est associé à tous les projets PPS comme le montre le fait qu'il est le deuxième bénéficiaire par ordre d'importance des financements PPS, après la société civile. Tous les projets PPS de la prochaine génération clarifieront les rôles et responsabilités du ministère de la Santé et traiteront les questions de renforcement des systèmes de santé qui peuvent être incorporées dans les projets VIH.
xi) Veiller à assurer la cohérence avec les engagements de la Banque concernant d'autres initiatives et d'autres partenaires internationaux, et améliorer la collaboration des bailleurs de fonds.	La Banque est pleinement associée au travail de la GTT et continuera de travailler en partenariat étroit avec l'ONUSIDA. Elle a aussi montré la voie à suivre en collaborant avec le GFATM, le PEPFAR et d'autres partenaires du développement et elle a organisé une réunion en janvier 2006 pour améliorer la coordination.

Source : Compilation des auteurs.

a. ONUSIDA a levé 5 millions de dollars pour financer ces activités, qui incluent l'organisation d'ateliers et une assistance directe de la Banque et du PNUD.



ANNEXE 8

Prévalence du VIH et financements internationaux

Tableau A8.1 : Prévalence du VIH et financements par pays

PAYS	PRÉVALENCE DU VIH, GROUPE D'ÂGE 15-49 ANS (%)	GFATM 2003 – NOVEMBRE 2007 (USD MILLIONS)	PEPFAR 2004-2007 (USD MILLIONS)	BANQUE MONDIALE 2001 – DÉCEMBRE 2007 (USD MILLIONS)	VOLUME TOTAL DES FONDS DISPONIBLES (USD MILLIONS)
Comores	0,1	1,1	0,0	0,0	1,1
Madagascar	0,5	21,0	0,0	50,0	71,0
Mauritanie	0,5	6,6	0,0	21,0	27,6
Maurice	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Cap-Vert	0,8	0,0	0,0	14,0	14,0
Éthiopie	0,9-3,5	541,3	496,6	89,7	1 127,6
Sénégal	0,9	23,5	0,0	30,0	53,5
Niger	1,1	10,7	0,0	25,0	35,7
Guinée	1,5	14,2	0,0	20,3	34,5
Sierra Leone	1,6	18,2	0,0	15,0	33,2
Soudan	1,6	58,9	0,0	0,0	58,9
Mali	1,7	52,3	0,0	25,5	77,8
Bénin	1,8	40,7	0,0	58,0	98,7
Burkina Faso	2,0	47,1	0,0	74,7	121,8
Liberia	2,0-5,0	19,7	0,0	0,0	19,7
Ghana	2,3	45,8	0,0	45,0	90,8
Érythrée	2,4	30,5	0,0	64,0	94,5
Gambie	2,4	14,6	0,0	15,0	29,6
Rwanda	3,1	117,2	271,2	40,5	428,9
Congo, Rép. dém. du	3,2	48,7	0,0	102,0	150,7
Guinée équatoriale	3,2	4,4	0,0	0,0	4,4
Togo	3,2	44,7	0,0	0,0	44,7
Burundi	3,3	21,7	0,0	36,0	57,7
Tchad	3,5	7,4	0,0	24,6	31,9
Angola	3,7	27,7	0,0	21,0	48,7
Guinée-Bissau	2,8	3,4	0,0	7,0	10,4

(suite page suivante)

Tableau A8.1 : Prévalence du VIH et financements par pays (suite)

PAYS	PRÉVALENCE DU VIH, GROUPE D'ÂGE 15-49 ANS (%)	GFATM 2003 – NOVEMBRE 2007 (USD MILLIONS)	PEPFAR 2004-2007 (USD MILLIONS)	BANQUE MONDIALE 2001 – DÉCEMBRE 2007 (USD MILLIONS)	VOLUME TOTAL DES FONDS DISPONIBLES (USD MILLIONS)
Nigeria	3,9	74,4	649,7	140,3	864,4
Congo, Rép. du	5,3	12,0	0,0	19,0	31,0
Cameroun	5,4	76,0	0,0	50,0	126,0
Kenya	6,1	109,7	811,8	130,0	1 051,5
Tanzanie	6,5	192,1	515,0	70,0	777,1
Ouganda	6,7	106,7	645,7	47,5	799,9
Côte D'Ivoire	7,1	51,1	199,7	0,0	250,8
Gabon	7,9	5,2	0,0	0,0	5,2
République centrafricaine	10,7	29,6	0,0	17,0	46,6
Malawi	14,1	209,0	0,0	35,0	244,0
Mozambique	16,1	121,1	354,1	55,0	530,2
Zambie	17,0	117,1	576,8	42,0	735,9
Afrique du Sud	18,8	177,0	856,8	0,0	1033,8
Namibie	19,6	104,0	215,5	0,0	319,5
Zimbabwe	20,1	50,0	0,0	0,0	50,0
Lesotho	23,2	39,3	0,0	5,0	44,3
Botswana	24,1	18,6	207,3	0,0	225,9
Swaziland	33,4	68,9	0,0	0,0	68,9
Volume total des financements par donneur		2 783,2	5 800,2	1 389,1	9 972,5

Sources : Prévalence : ONUSIDA 2006 ; Haacker 2007. Financements : Financements du GFATM entre 2003 et novembre 2007 inclus, www.theglobalfund.org ; Financements du PEPFAR 2004-2007 <http://www.pepfar.gov/press/c19558.htm>. Les financements de la Banque mondiale incluent les projets PPS approuvés entre 2001 et décembre 2007, mais pas les engagements pour les projets sous-régionaux. Business Warehouse (Banque mondiale).

Note : Les données sur la prévalence du VIH dans les pays étaient les dernières en date au moment de cette publication. La publication des estimations nationales de l'ONUSIDA pour 2007 est prévue pour juillet 2008.



ANNEXE 9

Le rôle de la Banque dans la répartition des tâches de l'ONUSIDA

Tableau A9.1 : Rôle de la Banque mondiale dans la répartition des tâches en matière d'appui technique de l'ONUSIDA

DOMAINES D'APPUI TECHNIQUE	ORGANISATION CHEF DE FILE	PRINCIPAUX PARTENAIRES
1. Planification stratégique, gouvernance et gestion financière <ul style="list-style-type: none"> • Appui aux programmes stratégiques nationaux indiquant la hiérarchie des priorités et les estimations de coûts ; à la gestion financière et au développement des infrastructures ; à l'atténuation de l'impact et aux travaux sectoriels. • VIH/SIDA, développement, gouvernance et intégration aux opérations courantes, en particulier pour des instruments tels que le DSRP et la loi d'habilitation, les droits de l'homme et la parité des sexes. • Gestion des marchés et des approvisionnements, et formation en particulier. 	Banque mondiale PNUD UNICEF	OIT, ONUSIDA, PNUD, UNESCO, UNICEF, OMS OIT, ONUSIDA, UNESCO, UNICEF, PAM, Banque mondiale, FNUAP, HCR PNUD, FNUAP, OMS, Banque mondiale
2. Transposition des interventions à plus grande échelle <ul style="list-style-type: none"> • Politique globale, suivi, et coordination des activités de prévention. 	ONUSIDA	Tous les coparrainants
3. S&E, information stratégique, partage des connaissances, obligation de rendre des comptes. <ul style="list-style-type: none"> • Information stratégique, partage des connaissances, obligation de rendre des comptes, coordination des interventions nationales, création de partenariats, sensibilisation et S&E. 	ONUSIDA	Banque mondiale, OIT, PNUD, UNESCO, FNUAP, HCR, UNICEF, ONUDC, PAM, OMS

Source : Équipe spéciale mondiale 2005.



ANNEXE 10

Programme d'action : Plan d'exécution et Cadre de résultats

Tableau A10.1 : Fondements du programme d'action : renouveler l'engagement pris

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MESURES SPÉCIFIQUES
0.1. Répondre à la demande des pays qui sollicitent des concours financiers prévisibles, flexibles et durables de la part de l'IDA pour financer des opérations VIH/SIDA.	0.1.1 Appui durable pour les opérations de VIH/SIDA afin de combler les besoins de financements non couverts pour les cinq années à venir. 0.1.2 Fournir un filet de protection financier aux pays afin de leur permettre de dégager un espace budgétaire pour le VIH/SIDA.
0.2. Accès élargi des pays à revenu intermédiaire à charge virale élevée à une assistance technique ou financière ou aux deux formes d'assistance.	0.2.1 Fournir des financements novateurs, par exemple sous forme de crédits de la BIRD convertis en dons. 0.2.2 Financements du FDI sous forme de dons fournis pour le renforcement des capacités. 0.2.3 Travaux d'analyse sur l'impact macroéconomique et régional et les problèmes transnationaux. 0.2.4 Réalisation d'une analyse stratégique pour identifier de nouveaux instruments de prêt intéressants pour les pays BIRD et visant pour l'essentiel à accroître les financements pour le VIH/SIDA.

INDICATEURS	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	RISQUES CRITIQUES	RESPONSABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 250 millions de dollars engagés chaque année pendant les cinq ans à venir, fournis notamment par l'IDA, les CARP, l'ACGF et le FDI. • Études sur les besoins de financement non couverts achevées dans 10 pays au moins (IDA et non IDA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Financements IDA prévisibles, flexibles et durables fournis pour le VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des financements IDA. • Les financements des autres partenaires du développement restent imprévisibles et irréguliers. • Faible demande de financements IDA émanant des pays en raison de priorités concurrentes. 	AFRRMT, HDNGA, ACTAfrica PREM, FMI.
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays où la Banque répond aux demandes des pays et soutient les programmes VIH des pays à travers des dons, des prêts, des instruments mixtes, ou à travers le partage des connaissances, le dialogue sur les mesures à prendre et le renforcement des capacités. • Nombre des travaux d'analyse achevés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance technique et financière aux pays à revenu intermédiaire à charge virale élevée. • Dialogue efficace avec les autorités • Partenariats efficaces. • Apprentissage transrégional, transnational. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'instruments pour mobiliser les pays à revenu intermédiaire à charge virale élevée. • Peu d'empressement des donateurs à fournir des financements novateurs aux pays à revenu intermédiaire. • Financements toujours rares des autres donateurs en faveur des pays à revenu intermédiaire. 	AFRRMT, ACTAfrica.

(suite page suivante)

Tableau A10.1 : Fondements du programme d'action : renouveler l'engagement pris (suite)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MESURES SPÉCIFIQUES
0.3. Soutien aux initiatives sous-régionales et transnationales.	0.3.1 Fournir des financements aux pays, notamment à ceux qui sortent d'un conflit, pour des interventions VIH/SIDA régionales. 0.3.2 Élaborer des projets régionaux transnationaux qui ciblent les populations vulnérables, comme les réfugiés et les PDI.
0.4. Création du fonds d'incitation VIH Afrique pour appuyer l'élaboration de projets et de programmes, des activités de conseil et de renforcement des capacités.	0.4.1 Obtenir des financements pour le fonds d'incitation VIH/SIDA Afrique afin d'appuyer l'analyse, les activités de conseil et le renforcement des capacités pour la préparation des projets et des programmes. 0.4.2 Utiliser les fonds pour le dialogue avec les autorités, les travaux d'analyse et le renforcement des capacités dans la ligne du PAA et du CDMAP. 0.4.3 Aider les équipes à concevoir des interventions VIH/SIDA dans le cadre des investissements sectoriels.
0.5. Engagement de la direction de la Banque en faveur du VIH/SIDA renouvelé à travers la participation et l'action dans toutes les filières permettant d'établir le dialogue sur l'action à mener.	0.5.1 La direction de la Banque réitère son engagement dans les discours, les aide-mémoires et les discussions avec les partenaires. 0.5.2 Le VIH/SIDA reste un programme-phare du PAA. 0.5.3 Mobiliser des décideurs de haut niveau pour plaider en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA.

INDICATEURS	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	RISQUES CRITIQUES	RESPONSABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Au moins deux opérations sous-régionales approuvées au cours des cinq ans à venir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation plus grande au VIH/SIDA, et efforts de prévention plus importants dans le cadre d'initiatives sous-régionales et transnationales. • Réalisation d'externalités. • Retombées positives favorisant des procédures douanières et des formalités de douanes plus efficaces. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de financements sous forme de dons. • Faibles capacités institutionnelles au niveau régional • Manque d'intérêt pour les initiatives sous-régionales. 	AFRRMT, ACT <i>africa</i> , AFTHD, Intégration régionale, Région Afrique (AFCRI).
<ul style="list-style-type: none"> • Le fonds d'incitation finance cinq produits d'appui technique par an. • Principes directeurs de l'intégration aux opérations courantes élaborés pour différents secteurs. • Nombre de projets sectoriels avec des composantes VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse critique et lignes générales d'action terminées. • Transposition à plus grande échelle des interventions plurisectorielles dans les secteurs clés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de financements sous forme de dons • Manque d'empressement de la Banque • Manque d'intérêt pour une intervention plurisectorielle. 	ACT <i>africa</i> , CDMAP.
<ul style="list-style-type: none"> • thème du VIH/SIDA inclus dans les discours de la direction et les discussions avec les partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discours concernant l'engagement de la Banque en faveur de la lutte du VIH/SIDA repris dans les médias nationaux et internationaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorités concurrentes. • La direction ne tient pas l'engagement pris de communiquer régulièrement, à travers les unités de gestion-pays, des informations sur les dispositions prises pour lutter contre le VIH/SIDA et harmoniser les interventions VIH/SIDA. 	AFRRMT, Relations extérieures, WBI, PNUD, ONUSIDA.

Tableau A10.2 : Premier pilier : Renforcement des interventions viables à long terme

PILIER 1	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MESURES SPÉCIFIQUES
Cibler les interventions en élaborant des stratégies VIH/SIDA basées sur l'observation des faits et la hiérarchie des priorités.	1.1. Interventions VIH/SIDA appropriées intégrées aux programmes de développement des pays et aux instruments de la Banque (procédures relatives aux politiques de développement de la Banque).	<p>1.1.1 Examiner au moins 10 CAS et ISN et 6 DSRP pour s'assurer que la question du VIH/SIDA est traitée de façon appropriée.</p> <p>1.1.2 Veiller à accorder une priorité appropriée au VIH/SIDA dans les DSRP.</p> <p>1.1.3 Soutien de la Banque à l'incorporation du VIH/SIDA dans les directives et les processus d'élaboration des CDMT et des budgets annuels.</p>
	1.2. Fourniture d'un soutien de la Banque pour l'élaboration d'interventions hiérarchisant les priorités et adaptées aux diverses formes de l'épidémie.	<p>1.2.1 Aider les pays à analyser l'épidémie et à définir les interventions optimales</p> <p>1.2.2 Fournir un appui financier, technique et analytique pour permettre aux pays de comprendre les épidémies nationales, en particulier les vecteurs de la transmission, et d'instaurer des systèmes de surveillance</p> <p>1.2.3 Effectuer des études épidémiologiques sous-nationales.</p>
	1.3. Fourniture d'un soutien de la Banque pour le renforcement des capacités en matière d'élaboration des stratégies et des plans d'action nationaux hiérarchisant les priorités et comportant des estimations de coût.	<p>1.3.1 Soutenir et renforcer les capacités de 20 pays pour l'élaboration de stratégies et de plans d'actions annuels nationaux hiérarchisant les priorités et comportant des estimations de coût.</p> <p>1.3.2 Fournir un appui technique au pays pour les opérations de planification stratégique nationale.</p> <p>1.3.3 Fournir un appui technique, financier et analytique pour améliorer la planification des programmes VIH/SIDA adaptés aux pays concernés.</p>
Cibler les interventions en élaborant des stratégies VIH/SIDA fondées sur l'observation des faits et la hiérarchie des priorités.	1.4. Intégration assurée de la TB, du paludisme, de la santé reproductive et de la nutrition dans les produits VIH/SIDA de la Banque mondiale.	<p>1.4.1 Mener des travaux de recherche opérationnelle sur l'intégration des services dans le contexte épidémiologique.</p> <p>1.4.2 Veiller à ce que les produits de la Banque tiennent compte de l'intégration de la TB, du paludisme, de la santé reproductive et de la nutrition.</p> <p>1.4.3 Participer activement aux groupes de travail inter-institutions sur l'intégration du VIH et de la santé reproductive, et du VIH et de la TB.</p>
	1.5. Partage des bonnes pratiques des programmes VIH/SIDA basés sur la recherche opérationnelle.	1.5.1 Effectuer des travaux de recherche opérationnelle, et en particulier des analyses de coût-efficacité, sur les succès et les échecs des programmes VIH/SIDA.

INDICATEURS	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	RISQUES CRITIQUES	RESPONSABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> VIH/SIDA inclus dans tous les DSRP. VIH/SIDA intégré dans au moins 75 % des DSRP, des CAS et des ISN élaborés chaque année. Mettre au point des instruments adaptés pour l'élaboration des CDMT. 	<ul style="list-style-type: none"> Question du VIH/SIDA traitée de manière appropriée dans les programmes de développement des pays et de la Banque. 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de leadership de la direction. Affaiblissement de l'engagement politique. Problèmes d'espace budgétaire et de viabilité à long terme non traités de manière appropriée Coordination insuffisante entre l'IDA et le FMI. 	AFRRMT, ACT <i>africa</i> , WBI, PNUD, HDNGA, PREM, FMI.
<ul style="list-style-type: none"> Études épidémiologiques effectuées et interventions possibles définies dans cinq pays. 	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration des interventions nationales basées sur l'observation des faits face à des épidémies différentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de compétences techniques au niveau des pays et de la Banque pour appuyer les travaux d'analyse, et budget insuffisant. 	ACT <i>africa</i> , AFTHD, HDNGA.
<ul style="list-style-type: none"> 20 pays disposent des capacités nécessaires pour élaborer des stratégies établissant la hiérarchie des priorités et comportant des estimations de coût. 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des capacités de 20 pays pour l'élaboration de plans d'action nationaux établissant la hiérarchie des priorités et comportant des estimations de coût . 	<ul style="list-style-type: none"> Imprévisibilité des financements fournis par les donateurs pour soutenir les programmes nationaux. Manque de compétences techniques en matière de planification stratégique et d'estimation des coûts. Capacités insuffisantes pour la planification et la conception des programmes. 	HDNGA, ASAP, ONUSIDA, ACT <i>africa</i> .
<ul style="list-style-type: none"> Au moins 60 % des nouvelles opérations VIH/SIDA sont fondées sur une approche intégrée pour la SSR, la TB et le paludisme. Trois évaluations nationales seront effectuées et des plans d'action pour intégrer la TB, le paludisme et le VIH seront élaborés. Intensifier les efforts dans neuf pays à charge TB élevée, ainsi que dans les pays à charge VIH/SIDA élevée. Les bonnes pratiques sur l'intégration seront étudiées et diffusées. 	<ul style="list-style-type: none"> Les projets VIH/SIDA de la Banque mondiale intègrent la TB, le paludisme et la santé reproductive, ainsi que la nutrition si le contexte épidémiologique le justifie. 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de compétences techniques et d'incitations pour appliquer l'intégration. Structures institutionnelles avec des unités verticales différentes dans les ministères de la santé. Procédures des donateurs qui entravent l'intégration. 	HDNGA, ACT <i>africa</i> , AFTHD, OMS, FNUAP, UNICEF.
<ul style="list-style-type: none"> Au moins cinq études opérationnelles sur les cinq années à venir. 	<ul style="list-style-type: none"> Recherche opérationnelle et documentation sur les bonnes pratiques dans les programmes VIH/SIDA largement partagées avec les pays et les partenaires du développement. 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de financements pour la recherche opérationnelle. 	AFTHD, AFTQK, ACT <i>africa</i> , HDNGA.

Tableau A10.3 : Deuxième pilier: Mise en œuvre accélérée des programmes VIH/SIDA

PILIER 2	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MESURES SPÉCIFIQUES
Transposer à plus grande échelle les interventions plurisectorielles ciblées et les interventions de la société civile.	2.1 Politique, programmes et services VIH/SIDA intégrés dans les secteurs prioritaires (selon le contexte national).	<p>2.1.1 Renforcer les capacités institutionnelles pour élargir le champ des activités liées au VIH/SIDA et les superviser.</p> <p>2.1.2 Conduire des travaux de recherche opérationnelle sur la prévention plurisectorielle, et expérimenter en particulier les approches prometteuses.</p> <p>2.1.3 En collaboration avec l'IFC soutenir le renforcement des capacités dans le secteur privé pour lui permettre de transposer ses interventions à plus grande échelle.</p>
	2.2 L'appui apporté par la Banque aux services de soins et d'atténuation de l'impact se poursuit par l'intermédiaire des organisations de la société civile.	2.2.1 Appui aux prestataires de soins et d'atténuation de l'impact par l'intermédiaire des organisations de la société civile et renforcement des capacités des ONG.
	2.3 Appui de la Banque pour traiter le problème de l'inégalité entre les sexes dans le cadre des activités VIH.	<p>2.3.1 Soutien aux travaux d'analyse pour identifier les mesures spécifiques permettant de changer les réactions sexistes face à l'épidémie.</p> <p>2.3.2 Organiser des ateliers sur le partage des connaissances pour exploiter les conclusions des travaux d'analyse et renforcer les capacités des décideurs à traiter l'inégalité entre les sexes et les aspects juridiques du VIH/SIDA dans les milieux du droit, de la justice, de la médecine et de la santé.</p>
Transposition à plus grande échelle des interventions plurisectorielles et des interventions de la société civile.	2.4. Soutien de la Banque à la prévention, et intensification des programmes pour les jeunes et les OEV.	<p>2.4.1 Renforcer les programmes pour élargir l'accès des orphelins VIH/SIDA à l'école. Traiter le problème de la discrimination dans les programmes et les activités d'apprentissage scolaires ; diffuser des exemples de bonnes pratiques dans les programmes de prévention au niveau scolaire ; continuer de renforcer le rôle des enseignants dans la lutte contre le VIH/SIDA ; coordonner les actions avec les partenaires et les spécialistes locaux.</p> <p>2.4.2 Collaborer avec le secteur de la protection sociale de la Banque pour élargir le champ des mesures d'atténuation de l'impact et effectuer des travaux de recherche sur les orphelins et les familles affectées.</p>

INDICATEURS	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	RISQUES CRITIQUES	RESPONSABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays où la Banque soutient des activités de renforcement des capacités institutionnelles dans les secteurs prioritaires. • Au moins deux analyses opérationnelles fournissant des données d'informations sur les interventions de prévention plurisectorielles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des capacités des pays dans les secteurs clés pour mettre en œuvre les approches plurisectorielles. • Secteurs clés de la Banque plus disposés à inclure une composante ou des sous-éléments VIH/SIDA dans les activités de prêt et les activités hors prêt, et en particulier à y consacrer des ressources suffisantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les secteurs clés portent peu d'intérêt aux pays, et fournissent ressources insuffisantes. • Manque de clarté et d'instructions de la direction, et budget insuffisant pour intégrer le VIH dans les activités sectorielles. • Fonds restreints pour effectuer une supervision suffisante des composantes VIH/SIDA dans d'autres projets. 	HDN, AFTHD, PREM, IFC, ACTafrica, AFTPS, AFTEG, AFTR, AFTU, AFTRL.
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays où les services de soins et d'atténuation de l'impact du VIH/SIDA reçoivent un soutien de la société civile. 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités des ONG et des organisations communautaires. • La société civile reste une partie intégrante du programme d'action national pour lutter contre le VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les autorités nationales sont peu disposées à mobiliser la société civile. 	ACTafrica, unités de gestion-pays, AFTHD, autres donateurs.
<ul style="list-style-type: none"> • Cinq produits de travaux d'analyse • Organisation d'au moins deux événements axés sur le partage des connaissances pour traiter des questions d'inégalité des sexes devant le VIH/SIDA • Élaborer des indicateurs S&E appropriés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation accrue aux dispositions spécifiques à prévoir pour concevoir et mettre en œuvre des interventions VIH appropriées au plan de la parité des sexes. • Les travaux d'analyse dans les secteurs traitent du problème de l'inégalité des sexes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'empressement des pays à prendre des mesures spécifiques pour traiter le problème de l'inégalité des sexes dans le contexte du VIH. • Manque de soutien de la direction de la Banque, qui n'est pas prête à consacrer du temps et des ressources pour la recherche opérationnelle, ou la mise en œuvre de mesures spécifiques pour traiter le problème de l'inégalité des sexes. 	PREMGE, AFTPM, ACTafrica, AFTQK, HDNGA, AFTHD, WBI IFC, AFTPS, AFTEG, AFTR, AFTU, AFTRL.
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays où la Banque soutient les jeunes et les OEV. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les investissements des secteurs de l'éducation et de la protection sociale incluent des activités VIH/SIDA de prévention, d'atténuation de l'impact, de protection sociale et d'appui. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de leadership des pays dans le secteur de l'éducation. • La stigmatisation continue. 	HDNED, ACTafrica, AFTSP, HDNSP Children and Youth Group, FNUAP, UNESCO, UNICEF, ONUSIDA.

(suite page suivante)

Tableau A10.3 : Deuxième pilier: Mise en œuvre accélérée des programmes VIH/SIDA (suite)

PILIER 2	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MESURES SPÉCIFIQUES
	2.5 Soutenir et renforcer les éléments du système de santé qui compromettent les programmes VIH/SIDA.	2.5.1 À travers la mise en œuvre de la stratégie HNP 2007 axée sur le renforcement des systèmes de santé, soutenir l'organisation des services, le développement des ressources humaines et la viabilité financière.
Transposer à plus grande échelle les interventions plurisectorielles ciblées et les interventions de la société civile.	2.6 Augmentation du soutien apporté par la Banque aux méthodes d'approche et aux outils de prévention multisectorielle connus.	2.6.1 Soutenir l'inclusion de composantes VIH/SIDA dans les secteurs des transports et de l'infrastructure, et en particulier la préparation d'un projet VIH/SIDA de corridor de transports en Afrique australe. Exiger que les contrats de travaux publics incluent des activités de prévention du VIH/SIDA. 2.6.2 Opérations urbaines : poursuivre l'action engagée pour soutenir les interventions VIH/SIDA des administrations locales, et en particulier élaborer et actualiser des instruments de suivi et de formation et incorporer les composantes VIH/SIDA dans les opérations urbaines.
	2.7 Renforcer les interventions communautaires et évaluer leur efficacité.	2.7.1 Fournir un appui technique aux projets VIH/SIDA pour renforcer, simplifier et focaliser les interventions communautaires. 2.7.2 Effectuer des évaluations sociales et des études d'évaluation d'impact pour les interventions communautaires VIH/SIDA, et en particulier pour identifier les bonnes pratiques.

INDICATEURS	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	RISQUES CRITIQUES	RESPONSABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 50 % des nouvelles opérations VIH/SIDA traitent les problèmes de systèmes de santé face au VIH/SIDA et soutiennent les systèmes de santé. • 60 % des opérations HNP traitent les problèmes des systèmes de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleures synergies entre les opérations HNP et les opérations VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de collaboration entre les ministères de la santé et les CNS au niveau de l'allocation des ressources pour les systèmes de santé. • Accord sur une répartition claire des tâches au sein de la Banque et entre la Banque et ses partenaires. • Les systèmes de santé ne traitent pas de façon appropriée tous les problèmes de mise en œuvre, tels que la gestion fiduciaire et la gestion de la chaîne de l'offre par exemple. 	HDNHE, AFTHD, OMS, FNUAP, UNICEF, ACTAfrica.
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de projets dans les secteurs clés qui ont des composantes sida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien prioritaire aux entités clés du secteur public et du secteur non public qui ont un impact maximum sur le terrain. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de ressources techniques appropriées pour préparer et superviser les composantes sida. • Personnes focales sectorielles non identifiées. 	ACTAfrica, IFC, AFTPS, AFTEG, AFTTR, AFTU, AFTHD, AFTRL.
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays ayant des directives révisées et simplifiées pour les interventions communautaires VIH/SIDA, et des personnels qualifiés. • Nombre d'évaluations sociales/comportementales et d'évaluations d'impact concernant l'efficacité des interventions VIH/SIDA communautaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités en matière de conception et de mise en œuvre des interventions plurisectorielles décentralisées. • Interventions communautaires plus efficaces. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de capacité d'absorption au niveau communautaire. • Problèmes liés au niveau élevé des coûts budgétaires et à la viabilité incertaine des interventions. • Gouvernements nationaux peu disposés à financer directement les communautés. • Manque de capacités aux niveaux national et régional pour former et soutenir les communautés. 	ACTAfrica, HDNGA, DEC, Développement écologiquement et socialement durable en Afrique (AFTSD).

Tableau A10.4 : Troisième pilier : Renforcement des systèmes nationaux concernant la gestion financière, les ressources humaines, la passation des marchés, les chaînes de l'offre et les systèmes de santé/systèmes sociaux

PILIER 3	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MESURES SPÉCIFIQUES
Obtenir des résultats efficaces en renforçant les capacités de S&E des pays.	3.1. Projets VIH/SIDA en cours restructurés, avec des objectifs et des indicateurs réalistes.	3.1.1 Compléter la restructuration des objectifs de développement et des indicateurs de résultats des projets PPS. Équipes d'appui technique pour soutenir les équipes-projets au niveau des pays.
	3.2. Renforcement des systèmes de S&E harmonisés au niveau national.	3.2.1 Aider les pays à se doter de systèmes de suivi 3.2.2 Élaborer et appliquer un système d'alerte précoce pour la performance des projets 3.2.3 Institutionnaliser l'utilisation de la fiche de résultats VIH/SIDA. 3.2.4 Organiser des cours régionaux et nationaux de formation aux activités de S&E. 3.2.5 Former des spécialistes de S&E, renforcer les capacités nationales, réduire progressivement la nécessité d'un appui extérieur.
	3.3. Renforcement des systèmes de surveillance des pays et réalisation d'études épidémiologiques.	3.3.1 Effectuer des études épidémiologiques au niveau national.
	3.4. Réalisation d'études par la Banque sur les groupes vulnérables.	3.4.1 Conduite de travaux d'analyse et recherche opérationnelle sur les besoins des populations vulnérables afin de recueillir des données d'information pour le dialogue avec les autorités nationales. 3.4.2 Affiner le soutien VIH/SIDA pour que les groupes vulnérables soient correctement ciblés et que leurs réseaux soient renforcés.
Obtenir des résultats efficaces en augmentant les capacités de S&E des pays.	3.5. Amélioration des structures de gouvernance, de la gestion du secteur public et des mécanismes de transparence des pays, et demande en faveur de l'obligation de rendre des comptes suscitée au niveau des communautés.	3.5.1 Améliorer les structures de gouvernance existantes, la gestion du secteur public et les mécanismes de transparence, et susciter au niveau des communautés une demande en faveur du renforcement de l'obligation de rendre des comptes. 3.5.2 Aider les pays à renforcer les capacités fiduciaires 3.5.3 Aider les pays à rationaliser les structures administratives 3.5.4 Intégrer la gouvernance, l'obligation de rendre des comptes et la lutte contre la corruption dans toutes les nouvelles opérations de VIH/SIDA en collaboration avec le WBI.
	3.6. Soutien à la production et au partage des connaissances pour améliorer la hiérarchisation des priorités, les prises de décision et la conception des programmes.	3.6.1 Fournir un soutien institutionnel pour améliorer la conception et l'impact des interventions VIH/SIDA dans les investissements sectoriels. 3.6.2 Mobiliser les pays et les partenaires pour les activités de production et de partage des connaissances.
	3.7. Études de cas sur les bonnes pratiques pour soutenir l'apprentissage et le partage des connaissances au-delà des frontières.	3.7.1 Préparer des notes sur les bonnes pratiques qui mettent en lumière des exemples d'interventions prometteuses sur le front du VIH/SIDA. 3.7.2 Élaborer et promouvoir des principes directeurs pour les bonnes pratiques en utilisant des études de cas choisies qui illustrent les problèmes courants de mise en œuvre 3.7.3 Soutenir les réseaux de spécialistes de programmes pour échanger les données d'expérience, les connaissances et les conseils pratiques sur les problèmes opérationnels généraux.

INDICATEURS	RÉSULTATS ESCOMPTEÉS	RISQUES CRITIQUES	RESPONSABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> 13 projets en cours réexaminés et ajustés pour fixer des objectifs et des finalités réalistes. 	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration du portefeuille VIH/SIDA. Projets PPS évalués sur la base d'objectifs et d'indicateurs réalistes. 	<ul style="list-style-type: none"> Méthodologie retenue par l'IEG et la Région Afrique pour évaluer le succès des projets. Faible adhésion des pays aux opérations de restructuration. 	ACTAfrica, AFTQK
<ul style="list-style-type: none"> Huit pays de plus bénéficient d'un soutien dans une période de temps de cinq ans pour instaurer un système harmonisé de suivi du VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> Dans les cinq années à venir, tous les pays disposeront d'un système fonctionnel et harmonisé de S&E qui notifie et utilise les données. La Banque continue de jouer un rôle de premier plan (GAMET) dans l'appui apporté aux pays. 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des ressources pour l'appui technique. Réticence des pays et des partenaires à réduire le nombre des indicateurs et à mettre en application les « Trois Principes ». 	HDNGA, ACTAfrica, GAMET, ONUSIDA
<ul style="list-style-type: none"> Cinq études épidémiologiques nationales effectuées dans les cinq ans. 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des systèmes nationaux afin de mieux cerner les vecteurs de l'épidémie. 	<ul style="list-style-type: none"> Engagement des pays et demande de renforcement des capacités pour renforcer la surveillance. 	ACTAfrica, HDNGA
<ul style="list-style-type: none"> Achèvement de trois études analytiques ou opérations de recherche opérationnelle sur les pratiques optimales et les interventions efficace par rapport aux coûts. Soutenir trois réunions régionales avec des groupes travaillant avec des groupes vulnérables. Trois études de recherche opérationnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> Mise au point d'interventions basées sur les données d'observation. Diffusion des pratiques optimales. Renforcement des réseaux de groupes vulnérables. 	<ul style="list-style-type: none"> Peu d'empressement des pays à travailler avec les groupes vulnérables. Faiblesse des capacités. La stigmatisation des groupes vulnérables continue. 	ACTAfrica, HDNGA
<ul style="list-style-type: none"> Achèvement de l'évaluation de certains projets PPS sur la gouvernance et l'obligation des rendre des comptes Évaluations institutionnelles effectuées dans trois pays. Activités de formation en collaboration avec le WBI. 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la gouvernance et de l'obligation de rendre des comptes. Demande en faveur de l'obligation de rendre des comptes suscitée au niveau des communautés. Renforcement des capacités institutionnelles et des structures de gouvernance. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance des ressources financières et techniques. Pays peu disposés à lutter contre la corruption. 	PREM, AFTQK, HDNGA, ACTAfrica, WBI, OPCS, Service de déontologie institutionnelle (INT).
<ul style="list-style-type: none"> Organisation d'une consultation régionale par an pour encourager l'apprentissage transnational. Conduite de travaux de recherche macroéconomique et d'études de la viabilité financière. 	<ul style="list-style-type: none"> Conception et impact des investissements VIH/SIDA fondés sur le partage des connaissances. Pays et partenaires pleinement mobilisés pour la production et le partage des connaissances. 	<ul style="list-style-type: none"> Maintien des financements pour les événements annuels sur l'apprentissage des connaissances dans la région. Coordination avec les autres partenaires du développement. 	HDNGA, GAMET, ACTAfrica, AFTQK, DEC, WBI
<ul style="list-style-type: none"> Cinq notes de bonnes pratiques sur les interventions VIH/SIDA nationales. Organisation de deux ateliers pour partager les données d'expérience. 	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration des connaissances nationales et transnationales. 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des ressources pour identifier et diffuser les bonnes pratiques. 	GAMET, ACTAfrica, AFTQK, AFTHD, chefs d'équipe de projets, WBI

Tableau A10.5 : Quatrième pilier : Renforcement de la coordination des donateurs

PILIER 4	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MESURES SPÉCIFIQUES
Harmoniser la collaboration des donateurs	4.1. Renforcement de la collaboration avec les partenaires clés pour harmoniser et renforcer les systèmes nationaux de S&E, les ressources humaines, les capacités, la passation des marchés et les chaînes de l'offre.	4.1.1 Apporter un soutien massif aux pays des régions où la Banque est l'organisation technique chef de file désignée. 4.1.2 Travailler avec les partenaires clés pour harmoniser et renforcer les systèmes nationaux de S&E, la passation des marchés et les chaînes de l'offre 4.1.3 Travailler avec les pays et les équipes-projets de la Banque pour améliorer la budgétisation, la conception des programmes, les décaissements, la passation des marchés et le suivi des dépenses.
	4.2. Augmentation des activités conjointes de planification et d'analyse avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires.	4.2.1 Conduire des activités conjointes de planification et d'analyse avec ONUSIDA et d'autres partenaires. 4.2.2 Organisation de cours de formation à la planification stratégique pour former des homologues nationaux, des agents de la Banque, des partenaires du développement et des consultants en planification stratégique. 4.2.3 Soutenir les réseaux de spécialistes nationaux pour qu'ils participent aux activités de planification stratégique.
	4.3. Augmentation de la participation de la Banque aux activités annuelles de planification conjointe avec les partenaires.	4.3.1 Plaider en faveur des réseaux de spécialistes pour la planification stratégique, et aider ces réseaux. 4.3.2 Participer aux réunions annuelles conjointes des partenaires.

INDICATEURS	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	RISQUES CRITIQUES	RESPONSABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Se conformer aux indicateurs de la Déclaration de Paris et faire des rapports à ce sujet. • Nombre d'examens des dépenses publiques effectués qui incluent une composante VIH/SIDA • Étude effectuée sur la gestion du secteur public • Proportion de pays qui ont des procédures basées sur les résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure application de la répartition internationale des tâches. • Le GAMET continue à aider les pays à renforcer leurs systèmes de S&E en étroite collaboration avec d'autres partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires peu disposés à prendre des mesures pour aligner et harmoniser les méthodes de S&E. 	<p>HDNGA, ACT<i>africa</i>, GAMET, AFTQK, Réseau PREM, ONUSIDA, GFATM, PEPFAR</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tous les pays ont adopté le principe d'une planification et d'examens annuels conjoints des programmes nationaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Allocation des ressources VIH/SIDA plus efficiente, plus efficace et plus durable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pays peu enclins à contraindre les partenaires à adopter ce système. • Donneurs peu disposés à s'engager dans la voie de l'harmonisation. 	<p>HDNGA, ACT<i>africa</i>, WBI, AFTQK, ONUSIDA, GFATM, PEPFAR</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 10 missions conjointes au moins. • 8 pays au moins sont dotés d'un organe de coordination unique renforcé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Harmonisation de la planification et de la mise en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unités de la Banque peu disposées à participer aux activités. • Inaptitude des donateurs à programmer des activités conjointes. 	<p>WBI, HDNGA, ACT<i>africa</i>, GAMET, ONUSIDA, GFATM, PEPFAR</p>



La fiche de résultats VIH/SIDA

En collaboration avec le GAMET, La Région a mis au point un jeu d'outils pour aider les pays à préparer des cadres de résultats adaptés à chaque projet. Ce jeu d'outils, appelé Fiches de résultats VIH/SIDA, a été examiné et partagé avec les pays, d'autres partenaires du développement et les équipes chargées des projets. Les fiches sont basées sur i) des indicateurs sélectionnés à partir d'un ensemble d'indicateurs du VIH mondialement acceptés sur la prévention, les soins, les traitements et l'atténuation de l'impact prescrits par l'UNGASS, les ODM et l'IDA ; ii) le fait que plusieurs pays disposent des capacités nécessaires pour présenter des rapports sur les indicateurs ; et iii) la Déclaration de Paris sur l'harmonisation et la réduction des données demandées. Les fiches de résultats proposent des indicateurs pour des groupes de pays où l'épidémie touche l'ensemble de la population et pour les pays où elle demeure confinée à des populations concentrées. Tous les indicateurs ne sont pas obligatoires. Les fiches de résultats sont un outil qui permet aux équipes chargées des projets d'utiliser des données de base pour élaborer et actualiser un cadre de résultats pour un projet donné.

Un ensemble restreint d'indicateurs obligatoires a toutefois été sélectionné afin d'évaluer les progrès généraux des interventions VIH auxquelles la Banque s'est associée dans la région Afrique. Les fiches de résultats seront donc utilisées pour mesurer les progrès accomplis dans le cadre du PAA, ainsi que sur le plan des financements. Les fiches de résultats contiennent des indicateurs pour évaluer les résultats à long terme au niveau de la Région et des indicateurs pour mesurer les résultats des opérations auxquelles des projets spécifiques d'assistance VIH financés par la Banque ont contribué. Deux types de sources de données seront utilisées pour déterminer les valeurs des deux types d'indicateurs des fiches de résultats sur une base annuelle : i) les données au niveau régional seront extraites des rapports internationaux et de sources de données vérifiées avec le concours du GAMET et de l'ONUSIDA ; et ii) les données concernant les projets seront communiquées pour tous les projets VIH sur la base des ISR des

projets, ainsi que par ACT*africa* qui utilisera pour cela son questionnaire PPLS annuel.

L'adoption des fiches de résultats pour toutes les opérations VIH en cours et à venir permettra de réduire la charge qui pèse sur les pays et les équipes chargées des projets qui doivent faire le point sur les progrès accomplis. Elle permettra aussi à la Région de présenter des rapports sur le bilan global des opérations financées avec le concours de l'IDA. Lorsqu'ils auront été pleinement adoptés pour toutes les opérations en cours et futures, les indicateurs permettront de faire un grand pas dans la voie de l'harmonisation et de l'alignement des systèmes de S&E aux niveaux national, régional et mondial.

Les indicateurs des fiches de résultats ont été harmonisés, dans la mesure du possible, avec les séries d'indicateurs retenus par d'autres partenaires importants de la sphère VIH/SIDA (les indicateurs du PEPFAR et la liste des dix principaux indicateurs du GFTAM). Les indicateurs des fiches de résultats ne sont basés sur l'attribution, mais plutôt sur la contribution. Les fiches de résultats n'impliquent donc pas que la Banque doive instaurer un système S&E sida distinct pour un projet ; au contraire, elles supposent que les données relatives aux indicateurs du système national de S&E pour le sida soient régulièrement communiquées à la Banque.

Le tableau A11.1 présente la fiche de résultats VIH/SIDA pour la Région Afrique. Les indicateurs 4 à 13 de la fiche sont obligatoires pour tous les projets en cours ou à l'étude et pour les opérations VIH futures de la Région, afin de pouvoir les communiquer par le biais du système des rapports sur l'état d'avancement et les résultats des projets (ISR).

Les principaux avantages de la fiche de résultats sont notamment les suivants : i) la conformité à la Déclaration de Paris (alléger la charge qui pèse sur les pays) ; ii) l'harmonisation avec les indicateurs de l'ONUSIDA (UNGASS) et les indicateurs retenus par d'autres bailleurs de fonds importants (tels que GFATM et le PEPFAR) pour leurs rapports sur le VIH/SIDA ; iii) le soutien pour les financements régionaux IDA et le PAA ; et iv) l'utilisation des capacités des pays en matière de collecte des données et d'établissement de rapports.

Les données pour les fiches de résultats seront recueillies par les canaux suivants :

SOURCES DES DONNÉES	
A – Démographie	Indicateurs du développement dans le monde.
B – Indicateurs des problèmes de développement	Rapports mondiaux d'ONUSIDA et de l'OMS.
C – Indicateurs de résultats intermédiaires	Rapports mondiaux d'ONUSIDA et de l'OMS.
D – Indicateurs de produits	Questionnaire PPS annuel d'ACT <i>africa</i> et ISR.
E – Indicateurs de financement	Site Client Connection, sites Web des donateurs et leurs points focaux.

La répartition des responsabilités pour les fiches de résultats sera la suivante :

- Toutes les équipes de projets-pays.

- Le GAMET fournira une assistance technique aux équipes de projet.
- Le GAMET et ACT[africa](#) collecteront les données auprès des sources identifiées ci-dessus et auprès d'ONUSIDA, et ils actualiseront le système des rapports d'activité du PAA.
- Les chefs d'équipe de projet doivent s'assurer que la fiche de résultats reçoit l'assentiment de leurs homologues, avec l'appui d'ACT[africa](#) et du GAMET.

Le GAMET fournira un appui technique aux équipes chefs d'équipe des projets pour obtenir l'accord de leurs homologues, et ACT[africa](#) fournira un appui pour l'intégration des fiches de résultats dans le système de la Banque.

La fiche de résultats VIH/SIDA de la Région Afrique reproduite dans le tableau A11.1 reprend les nouveaux libellés UNGASS conformément aux nouvelles directives 2008 de l'UNGASS diffusées en avril 2007 (ONUSIDA 2007b).

Tableau A11.1 : Fiche de résultats VIH/SIDA

INDICATEUR	ORIGINE DE L'INDICATEUR	UNITÉ	SOURCE DES DONNÉES
A. Démographie			
1. Population totale (millions).	Banque mondiale	Nombre	Base de données WDI
B. Enjeux : Comprendre le problème général de développement posé par le VIH dans la région			
2. Nombre estimatif d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH.	ONUSIDA	Nombre	Rapport mondial ONUSIDA
3a. Femmes et hommes du groupe d'âge 15–24 ans qui vivent avec le VIH (le % devra peut-être être estimé à partir des données prénatales).	UNGASS, IDA-14, PAA	%	Rapport mondial ONUSIDA, estimation de l'OMS
3b. Populations les plus à risque qui vivent avec le VIH.	UNGASS	%	Rapport mondial ONUSIDA, estimation de l'OMS
C. Résultats intermédiaires : Afin de mesurer l'incidence des projets financés par la Banque sur les résultats			
4a. <i>Utilisation de préservatifs.</i> Hommes et femmes du groupe d'âge 15–49 ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport.	UNGASS, AAP	%	ISR (à partir des rapports-pays de l'UNGASS)
4b. <i>Utilisation de préservatifs.</i> Professionnels du sexe (féminins et masculins) déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client en date (parmi les enquêtes qui ont eu des rapports sexuels avec au moins un client au cours des douze derniers mois).	UNGASS, AAP	%	ISR (à partir des rapports-pays de l'UNGASS)
5. Hommes et femmes du groupe d'âge 15–24 ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.	UNGASS, PAA	%	ISR (à partir des rapports-pays de l'UNGASS)
6. Adultes et enfants dont l'infection au VIH a atteint un stade avancé et qui reçoivent une association d'antirétroviraux.	UNGASS	Nombre	ISR (à partir des rapports-pays de l'UNGASS)
		%	ISR (à partir des rapports-pays de l'UNGASS)

(suite page suivante)

Tableau A11.1 : Fiche de résultats VIH/SIDA (suite)

INDICATEUR	ORIGINE DE L'INDICATEUR	UNITÉ	SOURCE DES DONNÉES
7. Femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de la transmission de la mère à l'enfant.	UNGASS, AAP	Nombre	ISR (à partir des rapports-pays de l'UNGASS)
		%	ISR (à partir des rapports-pays de l'UNGASS)
8. Orphelins et enfants vulnérables du groupe d'âge 0–17 ans dont les foyers ont reçu une aide élémentaire de l'extérieur au cours des douze derniers mois pour prendre soin de leurs enfants .	UNGASS	Nombre	ISR (à partir des rapports-pays de l'UNGASS)
		%	ISR (à partir des rapports-pays de l'UNGASS)
D. Résultat final : Afin de mesurer l'incidence des projets financés par la Banque sur les résultats obtenus.			
9. Personnes de 15 ans et plus ayant eu recours à des services de conseil et dépistage, et qui ont obtenu les résultats de leurs tests.	Banque mondiale	Nombre	ISR (du système de S&E du pays)
		%	ISR (du système de S&E du pays)
10. Préservatifs masculins et féminins distribués.	Banque mondiale	Nombre	ISR (du système de S&E du pays)
11. Organisations de la société civile ayant reçu un appui pour des sous-projets (ONG, organisation de proximité, organisation confessionnelle).	Banque mondiale	Nombre	ISR (du système de S&E du pays)
		Montant	ISR (du système de S&E du pays)
12. Organisation du secteur public ayant reçu un appui.	Banque mondiale	Nombre	ISR (du système de S&E du pays)
		Montant	ISR (du système de S&E du pays)
13. Instances nationales de coordination sida qui notifient chaque année au moins 75% des indicateurs de leur système national de S&E du VIH, et qui diffusent ce rapport : aux responsables de niveau national d'au moins trois organisations du secteur public ; à des responsables de la société civile ; et à des leaders des milieux d'affaires privés.	Banque mondiale	%	ISR (du système de S&E du pays)
E. Financements : Afin de quantifier les financements fournis par la Banque, les pays et d'autres partenaires pour faire face à l'épidémie et obtenir les résultats tangibles et les résultats intermédiaires.			
14. Estimation des besoins d'investissement pour le VIH/SIDA (USD millions).	Banque mondiale	Montant	Données mondiales de l'ONUSIDA
15. Total des engagements financiers pour le VIH/SIDA (USD millions).			Calcul (15a + 15b + 15c)
15a. Engagements des pays pour le VIH/SIDA (USD millions).	Banque mondiale	Montant	ISR (à partir des rapports-pays de l'UNGASS)

INDICATEUR	ORIGINE DE L'INDICATEUR	UNITÉ	SOURCE DES DONNÉES
15b. <i>Engagements de la Banque pour le VIH/SIDA</i> (en millions de dollars).	Banque mondiale	Montant	Business Warehouse (Banque mondiale)
15c. <i>Engagements des autres partenaires du développement pour le VIH/SIDA</i> (en millions de dollars).	Banque mondiale	Montant	Sites Web des partenaires du développement
16. Besoins de financement non couverts pour atteindre les objectifs du VIH/SIDA (en millions de dollars).	Banque mondiale	Montant	Calcul (14 - 15)
17. Décaissements de la Banque mondiale au titre du VIH/SIDA (en millions de dollars).	Banque mondiale	Montant	Site Client Connection de la Banque mondiale

Note : Tous les indicateurs inclus dans la fiche de résultats sont basés sur les dernières réflexions en date de la communauté internationale concernant leur libellé. Un processus d'harmonisation indicateurs étant en cours, ceux de la fiche de résultats pourraient être légèrement modifiés en 2008, lorsque le travail d'harmonisation sera achevé. Les définitions détaillées des indicateurs seront diffusées lorsque le registre des indicateurs internationaux aura été mis en place. Pour les projets, seules les données concernant les indicateurs 9 à 13 doivent être communiquées.

Références et autres ressources

- Banque mondiale. 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Washington : Banque mondiale.
- . 1999. *Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa: Responding to a Development Crisis*. Washington : Banque mondiale.
- . 2004. « Interim Review of the Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa. » Washington.
- . 2005. *Committing to Results: Improving the Effectiveness of HIV/AIDS Assistance: An OED Evaluation of the World Bank's Assistance for HIV/AIDS Control*. Washington : Banque mondiale.
- . 2006. « Issues Paper on Improving Performance of the Multi-Country AIDS Program (MAP) in Africa. » Non publié, Washington.
- . 2007a. *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results*. Washington : Banque mondiale.
- . 2007b. *World Development Indicators*. Washington : Banque mondiale.
- Bell, C., R. Bruhns, et H. Gersbach. 2006. « Economic Growth, Education and AIDS in Kenya : A Long-Run Analysis. » Document de travail de recherche sur les politiques n° 4025, Banque mondiale, Washington.
- Bertozi, S., N. Padian, J. Wegbreit, L. DeMaria, B. Feldman, H. Gayle, J. Gold, R. Grant, et M. Isbell. 2006. « HIV/AIDS Prevention and Treatment. » Tiré de *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd edition, ed. D. Jamison, W. Mosley, A. Measham, et J. Bobadilla, 331–70. New York : Banque mondiale et Oxford University Press.
- Bollinger, L., et J. Stover. 2007. « The Potential Impact of HIV/AIDS Interventions on the Epidemic in Africa. » Document de référence pour « L'engagement de la Banque mondiale face au VIH/SIDA en Afrique — Notre programme d'action, 2007–2011. » Banque mondiale, Washington.
- Bollinger, L., K. Cooper-Arnold, et J. Stover. 2004. « Where Are the Gaps? » *Studies in Family Planning* 35: 27–38.
- Bloom, D., et A. Mahal. 1997. « Does the AIDS Epidemic Really Threaten Economic Growth? » *Journal of Econometrics* 77 (1): 105–24.
- Central Statistical Agency [Ethiopia] et ORC Macro. 2006. *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*. Addis Abeba, Éthiopie et Calverton, Maryland : Central Statistical Agency et ORC Macro.
- Cleary, S. M., D. McIntyre, et A. Boule. 2006. « The Cost-Effectiveness of Antiretroviral Treatment in Khayelitsha, South Africa: A Primary Data Analysis. » *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 4: 20.

- Corporate Council on Africa. 2007. « The Role of the World Bank in Strengthening the Private Sector Response to HIV/AIDS in Africa. » Note de référence pour « L'engagement de la Banque mondiale face au VIH/SIDA en Afrique — Notre programme d'action, 2007–2011. » Banque mondiale, Washington.
- Corrigan, P., G. Glomm, et F. Mendez. 2005. « AIDS Crisis and Growth. » *Journal of Development Economics* 77 (1): 107–24.
- David, A. C. 2007. « Fiscal Space and Fiscal Sustainability of HIV/AIDS Programs in Sub-Saharan Africa. » Non publié, ACT*frica*, Banque mondiale, Washington.
- Debrun, X., T. Thomas, T. Koranchelian, I. Adenauer, P. Heller, et M. Katz. 2006. « Making Fiscal Space Happen: Managing Fiscal Policy in a World of Scaled-up Aid. » Document de travail 06/270, Fonds monétaire international, Washington.
- Eifert, B., et A. Gelb. 2005. « Improving the Dynamics of Aid: Toward More Predictable Budget Support. » Document de travail de recherche sur les politiques n°. 3723, Banque mondiale, Washington.
- Evans, D., et E. Miguel. 2005. « Orphans and Schooling in Africa: A Longitudinal Analysis. » Center for International and Development Economics Research Paper No. C05-143, University of California Berkeley. <http://repositories.cdlib.org/iber/cider/C05-143>.
- Futures Group. 2005. « Goals Model for Estimating the Effects of Resource Allocation Decisions on the Achievement of the Goals of the HIV/AIDS Strategic Plan. » Futures Group, Washington.
- GTT (Équipe spéciale mondiale). 2005. « Global Task Team on Improving AIDS Coordination Among Multilateral Institutions and International Donors: Final Report. » GTT.
- Görgens-Albino, M., N. Mohammad, D. Blankhart, et O. Odotulo 2007. *The Africa Multi-Country AIDS Program 2000–2006: Results of the World Bank's Response to a Development Crisis*. Washington : Banque mondiale.
- Graff Zivin, J., H. Thirumurthy, et M. Goldstein. 2006. « AIDS Treatment and Intrahousehold Resource Allocation. » NBER Working Paper N° 12689, National Bureau for Economic Research, Cambridge, MA.
- Grassly, N. C., K. Desai, E. Pegurri, A. Sikazwe, I. Malambo, C. Siamatowe, et D. Bundy. 2003. « The Economic Impact of HIV/AIDS on the Education Sector in Zambia. » *AIDS* 17 (7): 1039–44.
- Haacker, M. 2004a. « HIV/AIDS: The Impact on the Social Fabric and the Economy. » Tiré de *The Macroeconomics of HIV/AIDS*, ed. M. Haacker, 198–258. Washington : Fonds monétaire international.
- . 2004b. « The Impact of HIV/AIDS on Government Finance and Public Services. » Tiré de *The Macroeconomics of HIV/AIDS*, ed. M. Haacker, 198–258. Washington : Fonds monétaire international.
- . 2007. « HIV/AIDS, Public Policy, and Development in the 'New Age' of Expanded Access to Treatment. » Non publié, Fonds monétaire international, Washington.

- HCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés). 2007. « HIV and Refugees. » UNHCR Policy Brief, Nations Unies, Genève.
- ICRW (International Center for Research on Women). 2006. « HIV/AIDS Stigma : Finding Solutions to Strengthen HIV/AIDS Programs. » International Center for Research on Women, Washington.
- Jamison, D., R. Feachem, M. Makgoba, E. Bos, F. Baingana, K. Hofman, et K. Rogo. 2006. *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*. Washington : Banque mondiale.
- Kalemli-Ozcan, S. 2006. « AIDS, Reversal of the Demographic Transition and Economic Development: Evidence for Africa. » NBER Working Paper N° 12181, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Lule, E. L. 2004. « Strengthening the Linkages between Reproductive Health and HIV/AIDS Programs. » Exposé, *UK All Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health*, Londres, 19–20 avril.
- Maddux, Catherine. 2006. « Quarter Million South Africans Getting Free AIDS Drugs » Voice of America News, novembre 13.
- Mathers, C., A. D. Lopez, et C. J. L. Murray. 2006. « The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data, Methods, and Results for 2001. » Tiré de *Global Burden of Disease and Risk Factors*, ed. A. D. Lopez, C. D. Mathers, M. Ezzati, D. T. Jamison, et C. J. L. Murray, 45–240. Washington : Banque mondiale et New York : Oxford University Press.
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA). 2005. « Resource Needs for an Expanded Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries. » Genève.
- . 2006. *Report on the Global AIDS Epidemic*. Genève : Programme commun des Nations Unies.
- . 2007a. *AIDS Epidemic Update*. Genève : Programme commun des Nations Unies. http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf.
- . 2007b. *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS : Guidelines on Construction of Core Indicators : 2008 Reporting*. Genève : Programme commun des Nations Unies.
- Reventa, A., M. Over, E. Masaki, W. Peerapatnapokin, J. Gold, V. Tangcharoensathien, et S. Thanprasertsuk. 2006. *The Economics of Effective AIDS Treatment: Evaluating Policy Options for Thailand*. Health, Nutrition and Population Series. Washington : Banque mondiale.
- Salinas, G., et M. Haacker. 2006. « HIV/AIDS: The Impact on Poverty and Inequality. » Document de travail 126, FMI, Washington.
- Stover, J., S. Bertozzi, J. P. Gutierrez, N. Walker, K. A. Stanecki, R. Greener, E. Gouws, C. Hankins, G. P. Garnett, J. A. Solomon, J. T. Boerma, P. De Lay, et P. D. Ghys. 2006. « The Global Impact of Scaling-Up HIV/AIDS Prevention Programs in Low- and Middle-Income Countries. » *Science* 311 (5766): 1474–6.
- Stover, J., et M. Fahnestock. 2006. « Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Treatment in Low- and Middle-Income Countries in 2005. » Constella Futures, Washington.

- Thirumurthy, H., J. Graff Zivin, et M. Goldstein. 2005. « The Economic Impact of AIDS Treatment: Labor Supply in Western Kenya. » NBER Working Paper N° 11871, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Tulenko, K. 2006. « Africa Health Worker Crisis: Options for Removing Bottlenecks to HIV/AIDS Prevention, Diagnosis, Treatment and Care. » Document de référence pour « L'engagement de la Banque mondiale face au VIH/SIDA en Afrique — Notre programme d'action, 2007–2011. » Banque mondiale, Washington.
- Wilson, D. 2006. « HIV Epidemiology: A Review of Recent Trends and Lessons. » Note de référence pour « L'engagement de la Banque mondiale face au VIH/SIDA en Afrique — Notre programme d'action, 2007–2011. » Banque mondiale, Washington.