



LE VIH/sida

et les stratégies de réduction de la pauvreté

Note d'orientation du PNUD

Août 2002

Résumé

Les notes d'orientation du PNUD ont pour objet d'informer et de renforcer l'appui du PNUD en matière de politiques et de programmes fournis aux pays. La présente Note contient des directives générales au sujet du problème de taille que constitue l'intégration des priorités concernant le VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté, notamment aux documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté.

Les stratégies de réduction de la pauvreté sont en train de devenir le principal outil de planification du développement dans de nombreux pays, permettant de déterminer les priorités nationales ainsi que l'affectation des ressources internes et externes. Dans le cas des pays pauvres très endettés (PPTÉ), les stratégies de réduction de la pauvreté déterminent le rythme de l'allègement de la dette ainsi que l'affectation des économies au titre de l'allègement de la dette. C'est pourquoi l'intégration du VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté contribue à créer le cadre directeur et le contexte de planification nécessaires si l'on veut réagir à l'épidémie de manière globale, multisectorielle tout en disposant de fonds suffisants.

On trouvera dans la Note une synthèse de la réflexion de pointe sur la liaison entre les stratégies de réduction de la pauvreté et l'action menée pour inverser la propagation du VIH/sida. Y sont proposés neuf domaines d'intervention qui doivent retenir toute l'attention du PNUD et de ses partenaires à titre prioritaire.

La Note d'orientation est centrée sur une liste récapitulative de directives précises concernant la manière d'intégrer le VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté, applicables à tous les pays quels que soient leurs taux actuels de prévalence du VIH. La Note se termine en élevant le débat au niveau mondial. Il y est recommandé que le PNUD – dans le contexte de la campagne des objectifs du Millénaire en matière de développement – renforce son action de sensibilisation afin de placer le VIH/sida au centre du programme international de développement, en faisant fond sur ses activités au niveau des pays.

Table des matières

Remerciements

Sigles

1. Introduction

2. La crise du VIH/sida : le point de la situation

3. Impact des actions menées pour réduire la pauvreté

4. Placer le VIH/sida au centre du Programme de développement

5. VIH/sida et stratégies de réduction de la pauvreté : neuf domaines d'intervention

5.1 Priorité à la prévention et au traitement du VIH/sida dans les stratégies de réduction de la pauvreté

5.2. Actions particulières dans les pays à prévalence faible

5.3. Le VIH/sida et les cadres macroéconomiques

5.4. Neutralisation de l'impact socioéconomique du VIH/sida au niveau des ménages

5.5. Atténuation de l'impact du sida sur les services publics de base

5.6. Atténuation du fardeau imposé aux femmes

5.7. Lutte contre la pauvreté, source de sensibilité au VIH et au sida

5.8. L'arrivée des médicaments antirétroviraux

5.9. Surveillance de la pauvreté et VIH/sida

6. Liste de contrôle pour l'intégration du VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté

7. La dimension universelle

Références

Annexe Tableau 1 : Prévalence du VIH et pauvreté

Annexe Tableau 2 : Objectifs de développement pour le Millénaire et effets du VIH/sida

Auteur

Remerciements

La présente Note d'orientation a été établie grâce à des consultations intensives, notamment sous forme de dialogue électronique au sujet de trois réseaux internes du PNUD concernant la pratique et le savoir : le réseau sur la pauvreté, qui compte 520 membres, le réseau sur le VIH/sida, qui en compte 252, et le réseau sur l'égalité entre les sexes, qui réunit 410 membres. Après avoir été examinée par l'équipe chargée du Programme sur la pauvreté, la Note a été examinée et approuvée par le Comité directeur du PNUD. L'auteur tient à remercier tout particulièrement les personnes ci-après pour leurs précieuses contributions et suggestions : Alexander Aboagye, Diana Alarcon, Natacha Amona, Aissatou Bah, Chandrika Bahadur, Barbara Barungi, Neera Burra, Judy Cheng-Hopkins, Patrice Chiwota, Zéphirin Diabré, Assane Diop, Georgina Fekete, Ankie Frantzen, Enrique Ganuza, Uffe Gartner, Moustapha Gueye, Linda Ghanime, Nicholas Gouede, Alejandro Grinspun, Lee Nah Hsu, Selim Jahan, Abdoulie Janneh, Marc Jacquand, Jafar Javan, Rosemary Kalapurakal, Annette Krauss, David Lockwood, Carlos Lopes, Kamal Malhotra, Soraya Mellali, Joana Merlin-Scholtes, Renaud Meyer, Nathalie Milbach Bouche, Viola Morgan, Roland Msiska, Simon Munzu, Subinay Nandy, Safiatou Ba-N'Daw, Lily Ohiorhenuan, Thord Palmlund, Kyoko Postill, Nadia Rasheed, Caty Sarr, Karin Santi, Anuradha Seth, Meera Shah, Monica Sharma, Norimasa Shimomura, Jan Vandemoortele, Claire Van Der Vaeren et Sonam Yangchen-Rana.

Sigles

APD	aide publique au développement
ARV	(médicaments) antirétroviraux
BPD	Bureau des politiques de développement
CEI	Communauté d'États indépendants
DSRD	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
FMI	Fonds monétaire international
MST	maladies sexuellement transmissibles
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONG	organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPTE	pays pauvres très endettés
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	virus d'immunodéficience humaine

1. Introduction

Le présent document a pour objet de fournir une orientation générale au sujet du problème redoutable que représente l'intégration des priorités en matière de VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté, notamment les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP). L'impact socioéconomique actuel et les répercussions prévues de l'épidémie sont tellement catastrophiques que la lutte contre le sida et la lutte contre la pauvreté se confondent en un combat unique. La réalisation des objectifs du Millénaire en matière de développement – de même que des objectifs fixés au niveau national pour ce qui est de la pauvreté – passe par une solution efficace face à la crise du sida.

Dans de nombreux pays, les stratégies de réduction de la pauvreté sont en train de devenir l'outil général de planification nationale, offrant la possibilité de mettre le sida au centre de la planification du développement national et des mécanismes d'affectation budgétaire, afin de faciliter la mise en place d'une politique générale et d'un cadre de ressources favorables à une intervention globale, multisectorielle et renforcée.

Le PNUD est on ne peut mieux placé pour aider les pays pour instaurer une synergie entre l'action menée pour inverser l'épidémie et les stratégies visant à réduire la pauvreté. La tâche est redoutable. Dans le cas des DSRP, une étude récente de la Banque mondiale et du FMI conclut que, d'une manière générale, les documents de stratégie n'ont guère accordé d'attention à la pandémie du VIH/sida. Selon le point de référence, seule une poignée de stratégies de réduction de la pauvreté intègre comme il convient le VIH/sida. Le Malawi, le Mozambique et l'Ouganda sont des exemples de pays où les priorités concernant le VIH/sida sont au moins en partie intégrées aux stratégies de réduction de la pauvreté. Toutefois, la grande majorité des stratégies ne mentionnent qu'en passant le VIH/sida, dans la section relative à la santé, passant sous silence son impact dans l'analyse des causes et des conséquences de la pauvreté, et laissant passer l'occasion de faire du VIH/sida une priorité absolue exigeant des mesures intersectorielles assorties de délais précis et disposant de ressources adéquates. Dans le cas de nombreux pays PPT-DSRP, il en résulte que peu de ressources, voire aucune, dégagées grâce aux économies au titre de l'allègement de la dette ne sont affectées précisément au VIH/sida. D'après une étude portant sur 10 pays où des ressources ont été allouées au titre de l'allègement de la dette, ces fonds ne représentent en moyenne que moins de 5 % du produit total de l'allègement de la dette.

Le PNUD est en train de renforcer son action pour faire en sorte que tant dans les pays faisant l'objet de DSRP que dans les autres, les stratégies de réduction de la pauvreté traduisent la réalité de l'épidémie et de ses répercussions socioéconomiques. La présente Note d'orientation constitue une étape fondamentale dans l'application de la stratégie globale du PNUD relative au VIH/sida, et plus précisément l'élément (rubrique) axé sur l'intégration du VIH/sida à la planification du développement. De plus, la Note part de la méthode globale du PNUD, adoptée pour appuyer les stratégies de réduction de la pauvreté et énoncée dans la Note d'orientation consacrée au rôle de la politique économique dans la réduction de la pauvreté (en anglais uniquement).

La tâche de l'intégration du VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté est mise en évidence grâce à la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée par les États Membres lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida; les États se sont engagés à « *d'ici à 2003, intégrer la prévention du VIH/sida, les soins, le traitement et l'appui, et des stratégies prioritaires d'atténuation des effets de l'infection dans la planification du*

développement, notamment dans les stratégies d'éradication de la pauvreté, les crédits budgétaires nationaux et les plans de développement sectoriels.» (par. 38) Étant donné le rôle et le mandat qui sont les siens pour ce qui est de la réduction de la pauvreté et du VIH/sida, le PNUD aura à répondre de la fourniture d'un appui efficace aux pays dans leur action visant à honorer cet engagement.

2. La crise du VIH/sida : le point de la situation

À la fin de 2001, selon les estimations, 40 millions de personnes vivaient avec le VIH/sida, la maladie ayant déjà coûté la vie à 28 millions de personnes. Le nombre de personnes infectées devrait atteindre au total 100 millions dans moins de 10 ans si une campagne massive n'est pas engagée immédiatement.

Le VIH/sida est la principale cause de décès en Afrique subsaharienne, où elle représente un quart de toutes les causes de décès, alors que le paludisme n'en est responsable que de moins d'un dixième. La région des Caraïbes et certains pays d'Amérique centrale connaissent une épidémie semblable par son ampleur à celle qui frappe l'Afrique. Toutefois, c'est en Asie, en Europe de l'Est et dans la CEI que la progression de l'infection par le VIH est la plus rapide. Du fait de toute une série de traits de société, ces régions sont particulièrement exposées à une épidémie généralisée. Même si les taux de prévalence sont relativement faibles, des millions de personnes sont infectées et frappées par le VIH/sida, étant donné que les populations sont très nombreuses. L'Inde se situe actuellement au deuxième rang, après l'Afrique du Sud, pour ce qui est du nombre de personnes vivant avec le VIH/sida.

On trouvera à l'**annexe tableau 1** l'ampleur statistique de l'épidémie. En voici une récapitulation :

- Dans le monde entier, 57 pays ont atteint un taux de séroprévalence de plus de 1 % parmi la population adulte, seuil à partir duquel on estime que l'épidémie s'implante et commence à gagner l'ensemble de la population.
- Vingt-huit autres pays ont atteint des taux de prévalence de plus de 4 %, soit, pense-t-on, le seuil à partir duquel l'épidémie échappe à tout contrôle.
- Treize pays ont un taux d'infection de la population adulte supérieur à 10 %.
- Sept pays ont franchi le cap des 20 %, le Botswana et le Zimbabwe dépassant les niveaux jugés possibles par les spécialistes, avec des taux de prévalence de 39 et 34 %, respectivement.
- L'Inde comptera bientôt le nombre le plus élevé de citoyens vivant avec le VIH, suivie de près par la Chine; ces deux pays compteront ensemble au moins 10 millions de séropositifs d'ici à 2005.
- L'Ukraine (1 %) et la Russie (0,9 %) connaissent l'épidémie à la croissance la plus rapide au monde; en Russie, selon la tendance actuelle, le nombre des cas recensés double chaque année. Selon les estimations du Ministère russe de la santé, parmi la population masculine, de 5 à 10 millions de personnes de la tranche d'âge de 15 à 20 ans seront infectées dans les cinq prochaines années.

Il ne faut pas oublier que ces taux ne tiennent pas compte des personnes qui sont déjà mortes du sida ni de celles qui seront infectées à l'avenir. De surcroît, étant donné le temps qui s'écoule entre l'infection par le VIH et l'apparition du sida, les taux de mortalité des jeunes adultes devraient continuer de progresser pendant pas mal de temps. Faute de progrès dans la prévention et le traitement, et à supposer que les taux de risque resteront constants, les risques de mourir du

sida, pour un garçon de 15 ans, sont de 50 % au Kenya, 60 % en Zambie, près de 70 % en Afrique du Sud et près de 90 % au Botswana¹

3. Impact des actions menées pour réduire la pauvreté

La crise du VIH/sida a de profondes répercussions sur la réalisation des objectifs du Millénaire et des objectifs correspondants en matière de pauvreté fixés au niveau des pays. L'un des objectifs est de réduire de 25 % la prévalence du VIH parmi la population de 14 à 24 ans d'ici à 2005 dans les pays les plus gravement touchés, et d'ici à 2010 dans le monde entier. Faire reculer le VIH/sida est ainsi un des principaux objectifs du Millénaire, compte tenu du caractère exceptionnellement dévastateur de l'épidémie. Si l'on ne progresse pas dans la lutte contre le VIH/sida, les chances de réaliser l'un quelconque des autres objectifs sont fortement compromises. L'**annexe tableau 2** contient une étude de l'impact du VIH/sida sur la réalisation des objectifs du Millénaire.

L'impact du VIH/sida est sans parallèle, étant donné que le sida tue les adultes à la fleur de l'âge, privant ainsi les familles, les communautés et des pays entiers de leur population jeune et la plus productive. Venant aggraver une charge de morbidité déjà lourde dans les pays pauvres, l'épidémie du VIH/sida a pour effet d'aggraver et de propager la pauvreté, d'inverser le développement humain, d'accentuer les inégalités entre les sexes, d'effriter la capacité des gouvernements d'assurer les services de base, de réduire la productivité et d'entraver une croissance favorable aux pauvres. Exemples :

- À cause du VIH/sida, la proportion de personnes vivant dans la pauvreté au Burkina Faso passera de 45 % à près de 60 % d'ici à 2010, selon le Rapport burkinabè du PNUD sur le développement humain, 2001.
- En Haïti, l'espérance de vie tombera de 60 ans à 50 ans en 2010 à cause du VIH/sida. D'après la Division de la population du Secrétariat de l'ONU, l'espérance de vie devrait passer sous la barre des 35 ans dans les pays les plus gravement touchés.
- En Afrique du Sud, la mortalité des moins de 5 ans passera à près de 150 pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2010, alors que, selon le Census Bureau des États-Unis, elle devrait baisser jusqu'aux environs de 50 en l'absence du VIH/sida.
- Selon des rapports des pouvoirs publics, le taux de scolarisation en République centrafricaine et au Swaziland a déjà baissé de 20 à 36 % étant donné que les orphelins du sida abandonnent l'école.
- D'après le Rapport du PNUD sur le développement humain en Trinité-et-Tobago, 2000, les taux d'infection par le VIH sont cinq fois plus élevés pour les filles de 15 à 19 ans que pour les garçons, ce qui témoigne de l'effet discriminatoire du sida sur les jeunes femmes.
- D'après le Rapport du Botswana sur le développement humain, 2000, les recettes publiques subiront une baisse de 20 % au Botswana, paralysant l'action menée pour réduire la pauvreté et réaliser les objectifs du Millénaire.

Ces statistiques effarantes montrent les effets dévastateurs de l'épidémie au niveau des ménages. Avec la disparition des soutiens de famille et des dispensateurs de soins, des recettes sont perdues, la production agricole baisse, la situation nutritionnelle se détériore, les dépenses de soins de santé augmentent, les frais d'enterrement montent en flèche, l'épargne se transforme en dette, les enfants abandonnent l'école, l'état de santé de la population se détériore, et ainsi de

¹ Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida, ONUSIDA, juin 2000.

suite. Des études portant sur des familles rurales de Thaïlande montrent que la production et les revenus de l'agriculture ont chuté de 52 à 67 % dans les ménages frappés par le sida. D'après une étude effectuée en Zambie, les deux tiers des ménages urbains dont le principal soutien de famille est mort du sida ont subi une perte de revenu de 80 %. La même étude a établi que 61 % de ces ménages s'étaient logés à meilleur marché, que 39 % n'avaient plus accès à l'eau courante et que 21 % des filles et 17 % des garçons avaient abandonné leurs études.²

Ce qui est d'une importance capitale, c'est que ce sont les femmes qui sont les plus affectées dans leurs rôles multiples de dispensatrice de soins, de chef de famille et d'exploitante pratiquant une agriculture de subsistance. Il apparaît que la pauvreté, le sexe et le VIH/sida sont étroitement et intimement liés. On a également observé que l'épidémiologie sociale du sida évolue avec le temps. Au début de la pandémie, c'est le groupe de population le plus éduqué et le plus nanti qui est le plus exposé à l'infection par le VIH, du fait essentiellement qu'il dispose de davantage de ressources et qu'il est plus mobile. Mais une fois que la maladie est mieux connue, on constate que ce groupe change de comportement et se protège contre le VIH, tandis que la population moins éduquée devient plus vulnérable à mesure que le virus se propage.³

4. Placer le VIH/sida au centre du Programme de développement

On a de plus en plus recours aux stratégies de réduction de la pauvreté. Elles sont le principal instrument de planification du développement dans de nombreux pays, fixant les priorités nationales et déterminant l'affectation des ressources à l'intérieur du pays et à l'extérieur; dans le cas des PPTT, le rythme de l'allègement de la dette et l'affectation des économies provenant de l'allègement de la dette. C'est ce qui explique essentiellement l'intégration du VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté : des ressources suffisantes sont affectées à des programmes visant à inverser l'épidémie et à en gérer les répercussions. À considérer la réponse au VIH/sida comme une intervention de santé publique isolée et ponctuelle, indépendamment des efforts globaux de développement, on aboutira à coup sûr à une réponse insuffisamment financée, parcellaire et inadéquate.

L'intégration des priorités liées au VIH aux stratégies de réduction de la pauvreté permettra de créer un environnement favorable, sur le plan des politiques et des ressources, à une réponse efficace à l'épidémie, garantie d'une synergie entre diverses interventions multisectorielles et d'un financement suffisant de la lutte contre le VIH/sida. Un tel environnement favorable sur le plan des politiques et des ressources est d'une importance capitale, comme le montre l'expérience des rares pays qui ont enregistré des résultats chiffrables dans l'inversion de l'épidémie : Ouganda, Sénégal, Thaïlande, Cambodge et Brésil.

Grâce à l'intégration des priorités en matière de VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté, on pourrait aboutir à des résultats déterminants, comme par exemple :

² Namposya Nampanya-Serpell, "Social and Economic Risk Factors for HIV/AIDS-Affected Families in Zambia", 2001.

³ Dans les pays les plus gravement touchés, le groupe de la population instruite suit un chemin correspondant à une courbe en U inversé suivant les progrès de l'épidémie, depuis les débuts jusqu'à la phase de concentration, puis à la phase de généralisation. Dans le cas des personnes non instruites, la courbe est plus progressive pendant les stades du début et de la concentration pour marquer une ascension exponentielle au cours du stade de la généralisation. Même dans les pays où la prévalence générale du VIH est élevée et en augmentation, le taux de séroprévalence parmi les groupes instruits a commencé à baisser au cours des années 90. Le "vaccin de l'instruction" contre le VIH paraît produire ses effets avec la sensibilisation à la pandémie. Les données disponibles montrent que l'infection par le VIH n'est pas aléatoire et que les nouveaux cas d'infection se concentrent de plus en plus parmi les analphabètes et les pauvres, en particulier parmi les femmes jeunes, pauvres et analphabètes.

- Les priorités relatives au VIH/sida font partie intégrante du programme de développement de l'État, l'épidémie prenant un plus grand relief politique et faisant l'objet de davantage d'interventions.
- Le VIH/sida a plus de chances de figurer en bonne place parmi les priorités des ministères des finances et du plan, préalable à la mobilisation des pouvoirs publics dans la lutte contre le VIH/sida et ses effets socioéconomiques.
- L'État prend résolument en charge le programme national de lutte contre le sida, qui est davantage maîtrisé au niveau national et fait l'objet de la surveillance nécessaire à la réalisation soutenue de résultats concrets.
- La réponse au VIH/sida est désormais institutionnalisée et intégrée à toutes les activités de l'État, dans tous les secteurs. Le VIH/sida cesse ainsi d'être la chasse gardée du ministère de la santé et des ONG caritatives. La réponse est véritablement multisectorielle, à de nombreux niveaux, avec une meilleure coordination entre les différents secteurs et acteurs, ainsi qu'entre les interventions nationales et locales, ce qui se traduit par une réponse nationale élargie et soutenue.
- Des ressources internes sont affectées au plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida, ce qui évite d'être trop tributaire de bailleurs de fonds pour ce qui est de la conception et du financement des programmes, sans toutefois ignorer que les donateurs devront intervenir bien davantage pour combler le déficit entre ressources disponibles et ressources nécessaires.
- Les économies réalisées grâce à l'allègement de la dette ont plus de chances d'être réservées à des interventions de lutte contre le VIH/sida, au titre de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté, ce qui permet d'augmenter le niveau des dépenses publiques consacrées au VIH/sida. (Sur les 42 pays pouvant prétendre à un allègement de la dette au titre de l'Initiative en faveur des PPT, 30 sont gravement touchés par le VIH/sida).
- Le programme national de lutte contre le sida a à gagner de l'élaboration de cadres d'obligation redditionnelle (de responsabilité) dans le contexte de la planification du budget et des stratégies de réduction de la pauvreté, ce qui conduit à une distribution claire des tâches entre les divers services publics et la transparence dans l'affectation et le décaissement des ressources.

5. VIH/sida et stratégies de réduction de la pauvreté : neuf domaines d'intervention

Étant donné les interactions entre VIH/sida, pauvreté et inégalité entre les sexes et compte tenu des ravages socioéconomiques que provoque l'épidémie, le PNUD doit désormais jouer un rôle clef en aidant les pays à placer le VIH/sida au centre des stratégies de réduction de la pauvreté. Pour ce faire, neuf domaines sont proposés à l'intervention et à l'appui du PNUD. Ces domaines peuvent également être considérés comme autant de points de départ de la constitution de réseaux Sud-Sud et de l'établissement de partenariats avec d'autres organismes des Nations Unies, des institutions multilatérales de prêt et des ONG.

5.1. Priorité à la prévention et au traitement du VIH/sida dans les stratégies de réduction de la pauvreté

L'épidémie devenant le principal obstacle à la réduction de la pauvreté, il faut placer la prévention et le traitement du VIH/sida au centre des stratégies de réduction de la pauvreté. Ces stratégies doivent comporter des engagements précis, des buts à moyen terme et des objectifs concrets à court terme liés à la prévention et au traitement du VIH ainsi qu'à la gestion de l'impact socioéconomique. L'intégration du VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté devient un moyen privilégié d'assurer une réponse multisectorielle et à intervenants multiples au VIH/sida comportant, en les dépassant toutefois largement, des interventions fondées sur le secteur de la santé. Le VIH/sida doit apparaître dans les stratégies de réduction de la pauvreté comme une préoccupation transsectorielle précisant les rôles et responsabilités respectifs de tous les secteurs et niveaux des pouvoirs publics, ainsi que des groupes de la société civile et du secteur privé.

Si l'on veut que les stratégies de réduction de la pauvreté traduisent les réalités de l'épidémie telles qu'elles sont vécues, il est indispensable d'instaurer des consultations dynamiques entre pouvoirs publics et société civile, en tenant compte en particulier du rôle moteur des communautés frappées par l'épidémie et des personnes vivant avec le VIH/sida. Ceci est également d'importance vitale pour faire face à l'ostracisme et au rejet généralement associés à l'épidémie de VIH/sida, qui contrecarrent les efforts tendant à classer le VIH/sida au centre des débats sur la réduction de la pauvreté et le développement. Dans les pays où les dirigeants politiques ne sont pas encore à même de regarder la réalité en face ou de considérer les risques que représente l'épidémie, la société civile et les médias jouent un rôle moteur en levant le voile sur le problème.

5.2. Actions particulières dans les pays à prévalence faible

L'intégration de la prévention et du traitement du VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté est tout aussi importante dans les pays à prévalence élevée que dans les pays à prévalence faible. Dans le cas des pays où les taux de prévalence de VIH sont faibles, il faut de toute urgence intégrer une réponse anticipative à l'épidémie à la planification du développement. De nombreux pays d'Asie et du Pacifique, d'Europe de l'Est et de la CEI, d'Amérique latine et de la région arabe disposent encore d'un créneau pour stopper l'épidémie avant qu'elle n'atteigne les taux qu'elle connaît en Afrique ou dans les Caraïbes, ce qui permettrait d'en éviter les conséquences socioéconomiques catastrophiques.

Placer le VIH/sida au centre du programme national de développement dans les pays qui ne connaissent pas encore les ravages de l'épidémie peut soulever des problèmes. Dans ce cas il faudra s'efforcer d'amener les responsables des pouvoirs publics et de la société civile à examiner ensemble les raisons pour lesquelles certains pays et communautés sont exposés à une véritable épidémie ainsi que l'importance d'une préparation et d'une réponse rapide. Il faut effectuer des études sérieuses et établir des scénarios d'évolution future qui aideront à prédire l'évolution et l'impact de l'épidémie afin de convaincre les décideurs que l'épidémie appelle une intervention immédiate et qu'il faut prévoir les ressources nécessaires et lui accorder la priorité voulue.

5.3. Le VIH/sida et les cadres macroéconomiques

L'intégration du VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté passe par l'établissement des coûts de plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida véritablement multisectoriels, qui devraient être au centre des décisions budgétaires et inscrits dans les cadres de dépenses à moyen terme. Une étude effectuée à la fin de 2000 a montré qu'aucun pays ne prend en compte dans ces cadres les dépenses à moyen terme liées au VIH/sida dans l'ensemble des secteurs concernés. C'est là une occasion perdue de suivre les dépenses liées au VIH et de montrer que l'État a vraiment à cœur d'engager une action multisectorielle et à de nombreux niveaux. Et dans presque tous les pays, il est actuellement impossible d'obtenir des données fiables au sujet des dépenses publiques consacrées au VIH/sida. C'est pourquoi de nombreux pays doivent se doter de capacités dans le domaine de la planification et de la budgétisation sectorielles, en particulier pour ce qui est des questions transsectorielles telles que le VIH/sida. Dans les pays faisant l'objet d'un DSRP, il est indispensable que les plans stratégiques nationaux relatifs au VIH/sida soient pris en compte dans le cadre macroéconomique des DSRP au lieu d'être comptabilisés ultérieurement en tant que dépenses exclues des projections concernant l'enveloppe budgétaire.

Dans les pays gravement touchés, le problème de l'intégration du VIH/sida aux cadres macroéconomiques va bien au-delà de la nécessité d'assurer le financement suffisant des stratégies nationales en matière de VIH/sida. Étant donné que les maladies liées au sida frappent une couche importante de la population adulte, la demande de services de soins de santé et de services sociaux monte en flèche, ce qui a des répercussions d'ordre budgétaire dont il faut tenir compte dans la planification macroéconomique, d'autant plus que le coût de plus en plus élevé des soins à donner aux personnes en phase terminale peut détourner des ressources d'autres priorités du développement humain. De surcroît, l'impact socioéconomique du VIH/sida est si lourd qu'il provoque un effritement de la base de recettes du secteur public. C'est ainsi qu'au Botswana, selon les estimations du PNUD, les recettes du secteur public baisseront de 20 % d'ici à 2010 sous l'effet direct du VIH/sida.

5.4. Neutralisation de l'impact socioéconomique du VIH/sida au niveau des ménages

Dans les pays gravement touchés, il faut redoubler d'efforts pour réduire la pauvreté afin de contrecarrer la paupérisation causée par l'épidémie, nonobstant des actions menées pour enrayer l'épidémie et soigner les personnes affectées. Il importe d'étalonner les stratégies de lutte contre la pauvreté pour répondre aux besoins particuliers des ménages et des communautés ravagées par le VIH/sida, leur donner un meilleur accès aux services sociaux de base, aux programmes de production de recettes et de création d'emplois et, au besoin, intervenir pour atténuer la faim et le dénuement extrême. Il faut accorder une attention particulière aux ménages pauvres déjà fragiles, aux besoins des femmes et au soutien des orphelins.

Dans les pays qui connaissent une hausse de la mortalité liée au VIH/sida parmi les jeunes adultes, l'élaboration et l'exécution de stratégies de réduction de la pauvreté doit aller de pair avec la recherche de réponses aux questions suivantes : comment cibler différemment les programmes de réduction de la pauvreté de façon qu'ils profitent aux ménages qui sont tombés en deçà du seuil de pauvreté du fait du VIH/sida? Comment adapter les programmes de production de revenu et de création d'emplois, les plans de crédit et les projets de développement rural aux besoins particuliers des ménages et communautés frappés par une mortalité élevée parmi les adultes? Comment étendre la portée de ces programmes compte tenu des contraintes financières? Quelles sont les politiques et ressources qui s'imposent pour garantir l'accès aux services sociaux de base

aux ménages frappés par le sida? Comment l'organisation de ces services peut-elle mieux répondre aux besoins particuliers des personnes vivant avec le VIH/sida et les communautés frappées?

Le PNUD a soutenu de nombreuses initiatives visant expressément à atténuer l'impact socioéconomique du VIH/sida sur les particuliers et les communautés. Toutefois, nombre de ces projets constituent des actions ponctuelles à couverture très limitée et ne s'inscrivent pas dans le cadre des stratégies nationales globales de réduction de la pauvreté. Il en est tout autrement en Ouganda, où le plan national d'élimination de la pauvreté (qui sert également de DSRP) s'attaque de manière plus systématique aux effets dévastateurs du VIH/sida sur les ménages et les communautés. Le Fonds d'intervention pour la lutte contre la pauvreté fournit des ressources jusqu'au niveau des districts et des villages pour aider les survivants de ménages frappés par l'épidémie grâce à des activités productrices de revenus, un appui nutritionnel, des activités de formation et un meilleur accès des orphelins à la scolarisation.

5.5. Atténuation de l'impact du sida sur les services publics de base

Dans le cadre des stratégies de réduction de la pauvreté, il faut agir concrètement et consacrer davantage de ressources à l'atténuation des effets dévastateurs sur le secteur public, afin en particulier d'assurer les services publics de base malgré la perte d'enseignants, d'infirmières et d'autres fonctionnaires, et pour affecter des ressources publiques à la lutte contre l'épidémie de sida. C'est ainsi qu'il faut affecter des ressources au recrutement et à la formation accélérée de prestataires de services et à la satisfaction de la demande croissante de soins de santé et de secours suscitée par des taux de morbidité et de mortalité élevés liés au sida.

Dans ce domaine, le PNUD mène des activités d'avant-garde au Malawi, où il finance une importante étude de l'impact du VIH/sida sur les ressources humaines du secteur public. Les pouvoirs publics mettent sur pied un mécanisme permettant de mieux suivre la morbidité, la mortalité et l'absentéisme dans la fonction publique, en accélérant la formation et le recrutement de remplaçants, en adaptant les politiques de gestion des ressources humaines et les activités de planification des successions afin d'assurer la continuité des services essentiels et de maintenir des taux de productivité acceptables. Les pouvoirs publics cherchent déjà à offrir un appui aux fonctionnaires frappés par l'épidémie et à renforcer les activités de prévention et les soins sur les lieux de travail.

5.6. Atténuation du fardeau imposé aux femmes

Il faudra impérativement adapter les stratégies de réduction de la pauvreté pour faire face aux besoins particuliers des femmes qui sont le plus frappées par le VIH/sida en tant que responsables, soutiens de famille et étant les plus exposées à l'infection. L'impact particulier sur les femmes est bien souvent mal compris et étudié et doit retenir particulièrement l'attention lors de la formulation et de l'application des stratégies de réduction de la pauvreté. Une combinaison de solidarité communautaire, de programmes d'appui et de services publics s'impose absolument étant donné que les femmes luttent pour subvenir aux besoins de leurs familles, se procurer des revenus, de produire des vivres et s'occuper des malades tout en étant elles-mêmes atteintes de maladies liées au VIH. Il importe d'assurer l'accès aux services sociaux, à la terre, au crédit, aux possibilités d'emploi, aux marchés et à de meilleures techniques agricoles. La pauvreté et le sentiment d'impuissance rendent les femmes particulièrement vulnérables face à l'infection. Étant marginalisées, il leur est plus difficile de se protéger contre l'infection par leurs partenaires; elles sont exposées aux sévices sexuels et au viol, elles ne savent guère comment se protéger et elles sont plus souvent atteintes d'autres maladies sexuellement transmissibles (MST) qui les rendent

encore plus vulnérables face à l'infection par le VIH. Ce cercle vicieux de l'inégalité entre les sexes, de la pauvreté et d'impuissance est à la base même de la propagation implacable de l'épidémie.

5.7. Lutte contre la pauvreté, source de vulnérabilité au VIH et au sida

Pour être efficace, la prévention du VIH et l'élargissement de l'accès aux soins passent par des progrès dans les domaines de la réduction de la pauvreté et de l'inégalité des revenus, de l'inégalité entre les sexes et de l'exclusion sociale, ainsi que de la fourniture de services essentiels, surtout l'enseignement de base et l'alphabétisation. Ces situations et d'autres sources de dénuement humain sont autant de facteurs connexes importants qui alimentent l'épidémie étant donné qu'elles rendent les populations plus vulnérables à l'infection et augmentent les risques des personnes défavorisées. À proprement parler, le VIH/sida n'est pas une maladie de la pauvreté étant donné qu'elle touche des personnes de tous les niveaux économiques, mais les données recueillies dans certains pays où l'épidémie est à un stade avancé montrent que les nouvelles infections par le VIH frappent de manière disproportionnée les pauvres, les travailleurs non qualifiés et les illettrés fonctionnels, en particulier les jeunes femmes de chacune de ces catégories. Les relations entre pauvreté, sexe et vulnérabilité au VIH/sida ont d'importantes répercussions sur le plan de l'action qui doivent retenir particulièrement l'attention dans le contexte de la réduction de la pauvreté et des programmes de lutte contre le VIH/sida. Les programmes de démarginalisation politique, sociale et économique dans le contexte des stratégies de réduction de la pauvreté contribuent fortement, cela va sans dire, à la réduction de la vulnérabilité au VIH/sida. Il faut donc rechercher plus avant les possibilités de combiner les outils et les méthodes qui encouragent des réponses communautaires tant au VIH/sida qu'à la pauvreté.

5.8. L'arrivée des médicaments antirétroviraux

Les effets discriminatoires de l'épidémie sur les personnes et les pays pauvres sont encore plus frappants si l'on considère la mortalité due au sida. L'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) est désormais universel dans la plupart des pays de l'OCDE. Bien que n'offrant pas de guérison, le traitement retarde l'apparition du sida et a entraîné une forte réduction de la mortalité due au sida dans les pays riches. Dans les pays en développement, les ARV sont de plus en plus accessibles aux groupes de population aux revenus les plus élevés. Toutefois, pour la grande majorité de la population, ces médicaments sont trop coûteux. Sur les 38 millions de personnes vivant avec le VIH/sida que comptent les pays en développement, 200 000 seulement ont accès aux ARV. En Afrique, selon les estimations, 30 000 de ces personnes, soit un infime 0,1 % des personnes vivant avec le VIH/sida, bénéficient de ces progrès de la médecine. Il faut de toute urgence améliorer l'accès à ces médicaments dans les pays en développement, ce qui ne manquera pas d'avoir de profondes incidences politiques et budgétaires auxquelles il faudra faire face, non seulement dans la planification du secteur de la santé, mais aussi dans le contexte des stratégies de réduction de la pauvreté, des cadres de dépenses à moyen terme et des budgets nationaux. Un véritable programme d'ARV constitue une opération multisectorielle faisant appel non seulement aux ministères de la santé, mais également aux ministères des finances (afin d'assurer un financement suffisant), aux pouvoirs locaux (afin d'assurer la fourniture effective des services aux particuliers), au secteur privé (afin de toucher les salariés) et aux organismes de la société civile (afin d'assurer la sensibilisation requise et de mobiliser les communautés en faveur des programmes).

5.9. Surveillance de la pauvreté et VIH/sida

La réalité du VIH/sida est telle qu'il est impératif d'accorder davantage d'attention au suivi de l'impact socioéconomique de l'épidémie, en particulier dans le contexte des objectifs du Millénaire et des objectifs en matière de pauvreté fixés au niveau national. Le PNUD aide d'ores et déjà les pays à se concentrer sur l'impact actuel et prévu du VIH/sida dans le contexte des rapports nationaux sur les objectifs du Millénaire ainsi que dans son appui au suivi de la pauvreté dans le contexte des stratégies de réduction de la pauvreté. En outre, le PNUD aide de plus en plus de pays à établir des rapports nationaux sur le développement humain qui accordent une large place au VIH/sida. Ces rapports contiennent une analyse utile aux décideurs des multiples aspects de l'impact sur le développement humain et permettent de suivre les tendances des indicateurs du développement humain dans la mesure où ils sont influencés par les fortes hausses de mortalité causées par l'épidémie. Le PNUD va à présent renforcer son action pour intégrer l'étude d'impact du VIH/sida à son appui au suivi national de la pauvreté, tout en suivant la réalisation des objectifs du Millénaire au niveau des pays.

6. Liste de contrôle pour l'intégration du VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté

On trouvera ci-après une liste de contrôle fournissant une orientation plus précise quant à la manière d'intégrer le VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté. Cette liste est loin d'être exhaustive mais elle présente des exemples des types de questions et de critères pouvant servir à déterminer dans quelle mesure le VIH/sida a été intégré à ces stratégies.

La liste comporte deux catégories: i) les mesures à prendre dans tous les pays, quelle que soit la prévalence du VIH. Cette catégorie couvre généralement les stratégies anticipatives de prévention de la propagation de l'épidémie, ii) les mesures supplémentaires à prendre dans les pays qui sont déjà sérieusement touchés par le VIH/sida. Cette catégorie englobe les pays à forte prévalence de VIH et où les taux de mortalité dus au sida sont élevés ainsi que les pays à faible taux de prévalence mais qui, du fait de la densité de la population, comptent un nombre absolu élevé de personnes vivant avec le VIH/sida.

Liste récapitulative pour l'intégration du VIH/sida aux stratégies de réduction de la pauvreté

<i>Tous les pays</i>	<i>Pays gravement touchés</i>
<input checked="" type="checkbox"/> L'impact du VIH/sida (actuel ou anticipé) sur les mesures de réduction de la pauvreté a-t-il été analysé, montrant le caractère central du VIH/sida dans la compréhension de la pauvreté ainsi que l'apport potentiel, en termes de lutte contre la pauvreté, d'une prévention et d'un traitement efficace du VIH?	<input checked="" type="checkbox"/> L'accélération de la mortalité due au VIH/sida parmi les jeunes adultes a-t-elle été prise en compte dans le calcul des objectifs en matière de réduction de la pauvreté et de croissance économique, et les projections concernant la réalisation des objectifs du Millénaire en matière de développement (proportion de personnes vivant en deçà du seuil de pauvreté, taux de scolarisation au niveau primaire, taux de mortalité infantile, niveaux de malnutrition, etc.)?
<input checked="" type="checkbox"/> La désagrégation et l'analyse selon le sexe ont-elles été intégrées pour tenir compte des sexospécificités et des incidences socioéconomiques et culturelles pour les femmes?	<input checked="" type="checkbox"/> La stratégie de réduction de la pauvreté a-t-elle été adaptée, accélérée et renforcée comme il convient pour tenir compte de l'impact généralisé du VIH/sida sur le développement humain?

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La stratégie de réduction de la pauvreté s'accompagne-t-elle d'engagements spécifiques, objectifs, buts à moyen terme, buts pratiques à court terme liés à la prévention, au traitement et à la réduction des effets du VIH? <input checked="" type="checkbox"/> Dans le cas des DSRP, le VIH/sida est-il pris en compte en tant que priorité transsectorielle, au niveau des objectifs? <input checked="" type="checkbox"/> Les stratégies relatives au VIH/sida figurent-elles uniquement dans la partie santé de la stratégie de réduction de la pauvreté ou sont-elles traitées comme une préoccupation transcendant les secteurs (comme c'est le cas en Ouganda)? <input checked="" type="checkbox"/> Les stratégies de réduction de la pauvreté et les plans stratégiques nationaux concernant le VIH/sida sont-ils correctement reliés entre eux et se complètent-ils, avec des objectifs et des priorités partagés, etc.? <input checked="" type="checkbox"/> Le plan stratégique national multisectoriel concernant le VIH/sida a-t-il fait l'objet d'une étude de coûts complète, figure-t-il dans le cadre de dépenses à moyen terme et est-il pris en compte dans le budget national? <input checked="" type="checkbox"/> Les cadres de dépenses à moyen terme contiennent-ils toutes les dépenses liées au VIH/sida, y compris les ressources utilisées par le groupe central de coordination nationale pour le sida, ainsi que les ministères techniques, les pouvoirs locaux et les organisations communautaires? <input checked="" type="checkbox"/> Les préoccupations liées au VIH/sida figurent-elles en bonne place dans les négociations relatives à l'allègement de la dette et les documents concernant les PPTE, et les économies réalisées au titre de l'allègement de la dette sont-elles réservées à des interventions dans la lutte contre le VIH? <input checked="" type="checkbox"/> Des fonds publics suffisants ont-ils été alloués (conformément au plan stratégique national multisectoriel concernant le VIH/sida) aux différents secteurs gouvernementaux, ou bien les ministères ont-ils été instruits de réserver un certain pourcentage de leur budget au VIH/sida? <input checked="" type="checkbox"/> Des fonds publics sont-ils mis à la disposition des provinces, des districts et des villages au titre d'activités de lutte contre le VIH/sida, ou bien les autorités provinciales, municipales et cantonales ont-elles été instruites de consacrer un certain pourcentage de leur budget à la lutte contre le VIH/sida? Quelle est la part de ces entités qui sont couvertes par des programmes effectifs? <input checked="" type="checkbox"/> Existe-t-il des liens institutionnels et une collaboration suffisante entre l'organe de coordination national du VIH/sida et le ministère des finances ou du plan afin de faciliter tous les éléments ci-dessus? | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La stratégie de réduction de la pauvreté a-t-elle été aménagée pour tenir compte des besoins plus spécifiques des personnes et des communautés particulièrement touchées par le VIH/sida, surtout pour ce qui est des besoins des orphelins et des personnes âgées, de la garantie de services sociaux maximaux, des possibilités d'activités rémunératrices, etc.? <input checked="" type="checkbox"/> La stratégie de réduction de la pauvreté a-t-elle été adaptée pour tenir compte des besoins spéciaux des femmes touchées par le VIH/sida en leur qualité de soignante et de chef de famille pour ce qui est de l'appui, des services sociaux, des possibilités d'activités rémunératrices, etc.? <input checked="" type="checkbox"/> L'impact de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida sur les recettes publiques a-t-il été dûment analysé et la planification macroéconomique a-t-elle été ajustée en conséquence? <input checked="" type="checkbox"/> L'impact sur tous les secteurs a-t-il été pris en compte dans les décisions d'ordre budgétaire, telles que la nécessité de recruter et de former des agents de la fonction publique pour remplacer ceux qui sont morts du VIH/sida, la solution au problème de la sollicitation accrue des programmes d'allègement de la pauvreté, le souci d'éviter l'effondrement du secteur de la santé débordé par les malades du sida, etc.? <input checked="" type="checkbox"/> Des fonds d'assistance à la pauvreté, fonds d'assistance sociale ou autres mécanismes de financement atteignant les districts et les organisations communautaires (sans passer par les administrations centrales) sont-ils utilisés pour financer la prévention du VIH/sida, les programmes de soins et d'atténuation de l'impact, dans le cadre des stratégies nationales de lutte contre la pauvreté et de développement social (comme c'est le cas en Ouganda et au Malawi)? |
|---|--|

7. La dimension universelle

Pour le PNUD, la campagne des objectifs du Millénaire constitue une occasion exceptionnelle de faire en sorte que le VIH/sida soit bien placé au centre des préoccupations mondiales en matière de développement. L'un des objectifs du Millénaire est d'inverser la propagation du VIH/sida d'ici à 2010 et, compte tenu de l'impact actuel et prévu de l'épidémie sur le développement, les progrès dans la réalisation de cet objectif particulier seront un préalable à la réalisation de tous les autres objectifs du Millénaire (voir **l'annexe tableau 2**). La campagne des objectifs du Millénaire deviendra le point de départ de la mobilisation de l'appui international aux pays qui sont aux prises avec l'impact socioéconomique du VIH/sida, et le PNUD est particulièrement bien placé pour jouer un rôle de chef de file à cet égard.

Il faudra que la communauté internationale intensifie encore son appui afin de permettre aux pays de faire face à la tâche redoutable que représente l'interruption de la propagation du VIH/sida en améliorant l'accès au traitement et en gérant les impacts socioéconomiques. Le VIH/sida et ses incidences doivent occuper le centre des débats mondiaux sur la réduction de la pauvreté, la réalisation des objectifs du Millénaire, le financement du développement, l'allègement de la dette et la négociation d'accords commerciaux et d'investissement afin d'assurer à tous l'accès aux médicaments. Le peu d'attention accordée au VIH/sida par la Conférence de Monterrey sur le financement du développement en 2002 et le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) est symptomatique de l'incapacité de prendre à bras le corps toutes les répercussions sur le développement de l'épidémie de l'histoire moderne.

Selon les estimations de l'ONU, d'ici à 2005, il faudra consacrer 10 milliards de dollars par an à la prévention et aux soins dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Dans les pays pauvres, près de 80 % de ces ressources devront provenir de sources extérieures. Or, ces estimations ne tiennent pas compte du coût de la gestion de l'impact socioéconomique de l'épidémie, alors que l'on s'efforce de juguler la propagation du sida et de maintenir en vie les personnes infectées grâce à un traitement médical. Alors que les pays subissent les ravages d'un accroissement rapide de la mortalité des jeunes adultes due au sida, la gestion des répercussions générales a de profondes incidences sur les plans de la coopération internationale et de l'aide financière aux efforts de développement et de réduction de la pauvreté.

Outre les ressources que requièrent la prévention et le traitement du VIH/sida, il faudra accroître sensiblement l'APD aux pays les plus gravement touchés pour financer des stratégies de réduction de la pauvreté prenant en compte les effets dévastateurs de l'épidémie. Les flux d'APD à destination des 28 pays les plus gravement touchés par le sida (c'est-à-dire les pays où la prévalence du VIH parmi la population adulte va de 4 à 39 %) ont chuté d'un tiers depuis 1992, tombant de 12,5 milliards de dollars à 7,8 milliards de dollars. Compte tenu de l'impact du VIH/sida sur le développement qui est défini dans la présente note, il faut inverser cette tendance. Plus que jamais, l'APD doit être affectée au secteur social et à la réalisation des objectifs nationaux de réduction de la pauvreté si l'on veut juguler les effets du VIH/sida, sources de pauvreté et de discrimination sexuelle.

On ne s'est guère préoccupé jusqu'ici de la nécessité d'accélérer l'allègement de la dette en faveur des pays gravement touchés par le VIH/sida. Or, 16 pays d'Afrique sont à la fois 'lourdement endettés' et 'fortement infectés', avec des fardeaux de la dette insoutenables et des taux de prévalence du VIH chez les adultes dépassant largement le seuil critique des 4 %. L'allègement accéléré de la dette concerne essentiellement des pays qui subissent des chocs extérieurs à court terme plus spectaculaires, tels qu'inondations et cyclones, mais les pays qui croulent sur le poids du VIH/sida, infiniment plus dévastateur que toute catastrophe naturelle, ne bénéficient pas de pareil traitement spécial. Au point d'achèvement en ce qui concerne les PPTE, l'étude de viabilité de la

dette doit prendre en compte l'impact du VIH/sida sur le développement, de même que les ressources nécessaires pour faire face à l'épidémie. Les organismes de prêt multilatéraux et les créanciers devront peut-être tenir compte de l'impact de l'épidémie sur la possibilité des pays de gérer leur dette et, au besoin, envisager la possibilité d'un allègement de la dette bien supérieur à ce que prévoit l'Initiative en faveur des PPTÉ dans le cadre des pays qui subissent une régression spectaculaire de leurs réalisations en matière de développement humain. Il faut également envisager un allègement de la dette pour les pays qui, sans réunir les conditions requises au titre de l'Initiative en faveur des PPTÉ, sont gravement touchés par l'épidémie de VIH/sida.

Dans le contexte de la campagne des objectifs du Millénaire, le PNUD va renforcer son action mondiale de sensibilisation pour placer le VIH/sida au centre des préoccupations de la communauté internationale pour le développement, en faisant fond sur la crédibilité que lui a valu l'action qu'il mène dans ce domaine au niveau des pays.

Références

Banque mondiale et Fonds monétaire international, *“Réexamen du dispositif des Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) : principaux constats”*, mars 2002. Consulter le site <http://www.worldbank.org/poverty/strategies/review/index.htm>.

Banque mondiale et ONUSIDA, *“AIDS, Poverty Reduction and Debt Relief; A Tool Kit for Mainstreaming HIV/AIDS Programmes into Development Instruments”*, 2001. Consulter le site www.unaids.org.

Nations Unies, *“Déclaration d’engagement sur le VIH/sida, 26e Session extraordinaire de l’Assemblée générale des Nations Unies”*, A/S-26/L.2, juin 2001.

ONUSIDA, *“Le rapport sur l’épidémie mondiale de VIH/sida”*, juillet 2002.

PNUD, *“Mainstreaming the Policy and Programming Response to the HIV Epidemic,”* Document de synthèse 33, 2000. Consulter le site www.undp.org/hiv (rubrique ‘Publications’).

PNUD, *“Placing HIV/AIDS at the Centre of the Human Development Agenda: Implications for National Development Plans and Budgets, Poverty Reduction Strategies, and Sector Plans,”* par Hakan Bjorkman, Conférence satellite ICASA, Ouagadougou (Burkina Faso), 2001. Consulter le site <http://intra.undp.org/bdp/service/hiv.htm>.

PNUD, *“UNDP’s Engagement in Poverty Reduction Strategy Papers”*. Note d’orientation, 2001.

PNUD, *“The Role of Economic Policy in Poverty Reduction”*, Note d’orientation, 2002.

PNUD, *“UNDP Corporate Strategy on HIV/AIDS”*, juin 2001. Consulter le site www.undp.org/hiv.

Université de Natal, Health, Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD), *“AIDS Sector Briefs and Toolkits”*, Durban (Afrique du Sud). Consulter le site <http://www.und.ac.za/und/heard/index.html>.

Zeitz, Paul, *“A Review of Experiences in Integrating an Expanded HIV/AIDS Response to the Debt Relief Process in Africa: 1999-2000”*, Lilongwe (Malawi), 2000.

Annexe Tableau 1: Prévalence du VIH et pauvreté

Classement selon la prévalence du VIH ¹	Pays	Adultes (15 à 49 ans) vivant avec le VIH/sida (en pourcentages) ²	Adultes et enfants vivant avec le VIH/sida ²	Femmes (15 à 49 ans) vivant avec le VIH/sida ²	Indice de pauvreté humaine	Population vivant en-dessous du seuil de pauvreté national (en pourcentages)	Pays DSRP
1	Botswana	38,8	330 000	170 000	...	...
2	Zimbabwe	33,7	2 300 000	1 200 000	36,1	25,5	
3	Swaziland	33,4	170 000	89 000	...	40	
4	Lesotho	31,0	360 000	180 000	25,7	49,2	✓
5	Namibie	22,5	230 000	110 000	34,5	...	
6	Zambie	21,5	1 200 000	590 000	40	86	✓
7	Afrique du Sud	20,1	5 000 000	2 700 000	...	...
8	Kenya	15,0	2 500 000	1 400 000	31,9	42	✓
9	Malawi	15,0	850 000	440 000	42,5	54	✓
10	Mozambique	13,0	1 100 000	630 000	47,9	...	✓
11	République centrafricaine	12,9	250 000	130 000	45,2	...	✓
12	Cameroun	11,8	920 000	500 000	30,7	40	✓
13	Djibouti	11,8 ³	37 000 ³	19 000 ³	34,3	45,1	✓
14	Côte d'Ivoire	9,7	770 000	400 000	42,3	36,8	✓
15	Rwanda	8,9	500 000	250 000	44,3	51,2	✓
16	Burundi	8,3	390 000	190 000	...	36,2	✓
17	Tanzanie, République-Unie de	7,8	1 500 000	750 000	32,7	41,6	✓
18	Congo	7,2	110 000	59 000	30	...	✓
19	Sierra Leone	7,0	170 000	90 000	...	68	✓
20	Burkina Faso	6,5	440 000	220 000	...	...	✓
21	Éthiopie	6,4	2 100 000	1 100 000	56,5	...	✓
22	Haïti	6,1	250 000	120 000	42,3	65	
23	Togo	6,0	150 000	76 000	37,9	32,3	✓
24	Nigéria	5,8	3 500 000	1 700 000	34,9	34,1	✓
25	Angola	5,5	350 000	190 000	...	...	✓
26	Ouganda	5,0	600 000	280 000	40,8	55	✓
27	Congo, République démocratique du	4,9	1 300 000	670 000	39,7	...	✓
28	Gabon	4,2 ³	23 000 ³	12 000 ³	...	...
29	Tchad	3,6	150 000	76 000	50,5	64	✓
30	Bénin	3,6	120 000	67 000	46,8	33	✓
31	Bahamas	3,5	6 200	2 700	...	...
32	Guinée équatoriale	3,4	5 900	3 000	...	...
33	Ghana	3,0	360 000	170 000	28,7	31,4	✓
34	Guinée-Bissau	2,8	17 000	9 300	49,3	48,7	✓
35	Érythrée	2,8	55 000	30 000	42,9	53	✓
36	Libéria	2,8 ³	39 000 ³	21 000 ³	...	...
37	Cambodge	2,7	170 000	74 000	43,3	36,1	✓
38	Guyana	2,7	18 000	8 500	11,4	43,2	✓
39	Soudan	2,6	450 000	230 000	32,7	...	
40	République dominicaine	2,5	130 000	61 000	14	20,6	
41	Trinité-et-Tobago	2,5	17 000	5 600	7,9	21	
42	Belize	2,0	2 500	1 000	11	...	
43	Myanmar	2,0 ³	530 000 ³	180 000 ³	27,2	...	
44	Thaïlande	1,8	670 000	220 000	14	13,1	
45	Mali	1,7	110 000	54 000	47,3	...	✓
46	Honduras	1,6	57 000	27 000	20,5	53	✓
47	Gambie	1,6	8 400	4 400	48,5	64	✓
48	Guinée	1,5 ³	55 000 ³	29 000 ³	...	40	✓

Classement selon la prévalence du VIH ¹	Pays	Adultes (15 à 49 ans) vivant avec le VIH/sida (en pourcentages) ²	Adultes et enfants vivant avec le VIH/sida ²	Femmes (15 à 49 ans) vivant avec le VIH/sida ²	Indice de pauvreté humaine	Population vivant en-dessous du seuil de pauvreté national (en pourcentages)	Pays DSRP
49	Panama	1,5	25 000	8 700	8,4	37,3	
50	Niger	1,4 ³	64 000 ³	34 000 ³	62,5	63	✓
51	Jamaïque	1,2	20 000	7 200	13,2	18,7	
52	Suriname	1,2	3 700	1 800	...	...
53	Barbade	1,2	...	...	...	...
54	Guatemala	1,0	67 000	27 000	23,5	57,9	
55	Somalie	1,0	43 000	...	...	...
56	Estonie	1,0	7 700	1 500	...	...
57	Ukraine	1,0	250 000	76 000	...	...
58	Fédération de Russie	0,9	700 000	180 000	...	...
59	Inde	0,8	3 970 000	1 500 000	33,1	35	
60	Argentine	0,7	130 000	30 000	...	17,6	
61	Brésil	0,7	610 000	220 000	12,2	17,4	
62	Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,7	17 000	4 100	37,5	...	
63	El Salvador	0,6	24 000	6 300	18,1	48,3	
64	Costa Rica	0,6	11 000	2 800	4	22	
65	Mauritanie	0,5 ³	6 600 ³	3 500 ³	47,9	57	✓
66	Sénégal	0,5	27 000	14 000	45,2	33,4	✓
67	Népal	0,5	58 000	14 000	43,4	42	
68	Venezuela	0,5	...	...	8,5	31,3	
69	Colombie	0,4	140 000	20 000	8,9	17,7	
70	Lettonie	0,4	5 000	1 000	...	...
71	Pérou	0,4	53 000	13 000	12,8	49	
72	Malaisie	0,4	42 000	11 000	...	15,5	
73	Viet Nam	0,3	130 000	35 000	27,1	50,9	✓
74	Chili	0,3	20 000	4 300	4,1	21,2	
75	Équateur	0,3	20 000	5 100	16,1	35	
76	Uruguay	0,3	6 300	1 400	3,9	...	
77	Madagascar	0,3	22 000	12 000	36,7	70	✓
78	Mexique	0,3	150 000	32 000	9,4	10,1	
79	Bélarus	0,3	15 000	3 700	...	...
80	Bahreïn	0,3	<1000	150	...	...
81	Chypre	0,3	<1000	150	...	...
82	Jamahiriya arabe libyenne	0,2	7 000	1 100	16,2	...	
83	Moldova, République de	0,2	5 500	1 200	...	...	✓
84	Brunéi Darussalam	0,2 ³	<100 ³	...	...	...
85	Nicaragua	0,2	5 800	1 500	24,4	50,3	✓
86	Singapour	0,2	3 400	860	6,5	...	
87	Yougoslavie	0,2	10 000	...	...	...
88	Émirats arabes unis	0,2 ³	...	...	...	...
89	Arménie	0,2	2 400	480	...	...	✓
90	Koweït	0,1 ³	...	...	...	...
91	Comores	0,1 ³	...	...	31,9	...	
92	Yémen	0,1	9 900	1 500	41,8	19,1	✓
93	Paraguay	0,1 ³	3 000 ³	520 ³	10,2	21,8	
94	Chine	0,1	850 000	220 000	14,9	4,6	
95	Pakistan	0,1	78 000	16 000	41	34	✓
96	Oman	0,1	1 300	200	32,1	...	
97	Indonésie	0,1	120 000	27 000	18,8	27,1	
98	Bolivie	0,1	4 600	1 200	16,3	...	✓
99	Maurice	0,1	700	350	11,3	10,6	
100	Maroc	0,1	13 000	2 000	35,8	19	
101	Hong Kong	0,1	2 600	660	...	...
102	Kazakhstan	0,1	6 000	1 200	...	...
103	Lituanie	0,1	1 300	260	...	...
104	Fidji	0,1	300	<100	21,3	...	

Classement selon la prévalence du VIH ¹	Pays	Adultes (15 à 49 ans) vivant avec le VIH/sida (en pourcentages) ²	Adultes et enfants vivant avec le VIH/sida ²	Femmes (15 à 49 ans) vivant avec le VIH/sida ²	Indice de pauvreté humaine	Population vivant en-dessous du seuil de pauvreté national (en pourcentages)	Pays DSRP
105	Maldives	0,1	<100	...	15,8	...	
106	Hongrie	0,1	2 800	300	...	...
107	Pologne	0,1	...	...	...	...
108	Algérie	0,1	...	....	23,4	22,6	
109	Iran, République islamique d'	<0,1	20 000	5 000	17	...	
110	Bangladesh	<0,1	13 000	3 100	42,4	35,6	
111	Philippines	<0,1	9 400	2 500	14,6	36,8	
112	Égypte	<0,1	8 000	780	31,2	22,9	
113	Roumanie	<0,1	6 500	...	...	...
114	Sri Lanka	<0,1	4 800	1 400	17,6	25	
115	République de Corée	<0,1	4 000	960	...	...
116	Cuba	<0,1	3 200	830	4,1	...	
117	République démocratique populaire lao	<0,1	1 400	350	39,1	46,1	✓
118	Azerbaïdjan	<0,1	1 400	280	...	...	✓
119	Iraq	<0,1	<1000	150	...	...
120	Jordanie	<0,1	<1000	150	8,2	11,7	
121	Géorgie	<0,1	900	180	...	...	✓
122	Ouzbékistan	<0,1	740	150	...	...
123	République tchèque	<0,1	500	<100	...	...
124	Kirghizistan	<0,1	500	<100	...	...	✓
125	Slovénie	<0,1	280	<100	...	...
126	Croatie	<0,1	200	<100	...	...
127	Tadjikistan	<0,1	200	<100	...	...	✓
128	Macédoine, ex-République yougoslave de	<0,1	<100	<100	...	...	✓
129	Slovaquie	<0,1	<100	<100	...	...
130	Turkménistan	<0,1	<100	<100	...	...
131	Bhoutan	<0,1	<100	....	...	...
132	Corée, République démocratique populaire de	<0,1 ³	<100 ³	...	...	...
133	Mongolie	<0,1	<100	....	19,4	36,3	✓
134	Afghanistan	<0,1 ³	...	...	...	...
135	Albanie	<0,1 ³	...	...	...	...	✓
136	Bosnie-Herzégovine	<0,1	...	...	...	...
137	Bulgarie	<0,1	...	...	...	...
138	Liban	<0,1 ³	...	...	9,9	...	
139	Qatar	<0,1 ³	...	...	...	...
140	Arabie saoudite	<0,1 ³	...	...	16,9	...	
141	République arabe syrienne	<0,1 ³	...	...	19,3	...	
142	Tunisie	<0,1 ³	...	...	...	14,1	
143	Turquie	<0,1	....	....	12,7	...	

¹ Les pays sont classés selon le taux de prévalence du VIH parmi la population adulte, puis par nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/sida.

² Sauf indication contraire, les données relatives au VIH correspondent à la fin 2001.

³ Les données correspondent à la fin 1999.

Annexe Tableau 2 : Objectifs de développement pour le Millénaire et effets du VIH/sida

Objectifs de développement du Millénaire	Effet du VIH/sida	Impact du sida sur la réalisation des objectifs du Millénaire et exemples
Réduire la pauvreté de revenu : Réduire de moitié d'ici à 2015 la proportion de personnes dont le revenu est inférieur à un dollar par jour.	Le sida accroît les besoins de consommation et réduit les avoirs des ménages. Les pertes de travail réduisent le revenu. <i>Peut réduire les revenus des ménages de 80 %</i> . Accroît la pauvreté des ménages. Fragilise l'infrastructure publique nécessaire à la réduction de la pauvreté.	Ralentira ou inversera les progrès vers la réalisation de l'objectif. Par exemple, au Burkina Faso, la proportion de personnes vivant dans la pauvreté devrait, selon les projections, passer de 45 % à près de 60 % d'ici à 2010, à cause du VIH/sida.
Réduire la faim : Réduire la proportion des personnes souffrant de la faim.	L'impact de la pauvreté peut se transmettre d'une génération à l'autre. La maladie, la baisse des revenus, la réduction de la productivité de l'agriculture de subsistance et le changement de culture augmentent l'insécurité alimentaire, surtout pour les femmes et les enfants. Un bon régime alimentaire favorise la survie, mais il est plus difficile à assurer du fait de la maladie.	La nécessité de survivre avec le VIH rend cet objectif critique, tandis qu'il est plus difficile à atteindre à cause du sida, en raison de la réduction des disponibilités, de l'accès, de l'apport et de l'absorption alimentaires. Des études effectuées en Thaïlande ont montré que la consommation alimentaire des ménages touchés baisse de 15 à 30 %.
Améliorer l'accès à l'eau salubre : D'ici à 2015, réduire de moitié la proportion de personnes qui n'ont pas la possibilité ou les moyens d'accéder à de l'eau potable salubre.	Du fait de la maladie, de l'augmentation du temps consacré aux soins et du travail perdu, les femmes en particulier ont moins de temps pour aller chercher de l'eau. Les pertes de ressources humaines et le coût des services d'approvisionnement en eau affectent la fourniture et augmentent le coût des services aux ménages.	Du fait des pertes de ressources des ménages et du temps de travail, un accès facile à de l'eau salubre revêt une importance vitale. L'épidémie ralentira ou inversera les progrès dans la réalisation de cet objectif.
Enseignement primaire universel : Possibilité pour les enfants des deux sexes d'accomplir un cycle complet d'enseignement primaire d'ici à 2015.	L'absentéisme et les décès des enseignants menacent les services d'éducation. Dans les familles subissant des pertes de revenu et devant faire face aux demandes de soins, les enfants abandonnent l'école. La situation se dégrade de plus en plus pour les ménages et les établissements scolaires. L'éducation, en particulier des filles, est d'une importance critique pour la prévention de l'infection et des activités sexuelles précoces.	Dans les pays les plus gravement touchés, on constate une baisse de la qualité de l'enseignement et des taux de scolarisation, surtout parmi les groupes les plus vulnérables. Par exemple, en République centrafricaine et au Swaziland, la scolarisation aurait déjà baissé de 20 à 36 % à cause du sida et du décès des parents.
Améliorer la santé infantile : Réduire des deux tiers, d'ici à 2015, les taux de mortalité des moins de cinq ans.	La mortalité infantile et postnatale continuera d'augmenter au cours de la prochaine décennie, voire plus longtemps, à cause de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de la généralisation de la paupérisation due à l'épidémie.	Si rien n'est fait, l'objectif ne sera pas atteint et certains pays connaîtront une détérioration au cours de la période considérée. Par exemple, la mortalité des moins de cinq ans en Afrique du Sud passera à 160 pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2010 au lieu de tomber à 44 pour 1 000 (selon l'objectif du Millénaire) d'ici à 2015.

<p>Réaliser l'égalité entre les sexes : Égalité d'accès à tous les niveaux de l'enseignement pour les garçons et les filles</p>	<p>Les filles risquent davantage d'être privées de scolarisation pour s'occuper d'autres membres de la famille ou lorsque les ressources sont limitées. Les femmes assurent davantage les soins et souffrent d'une plus grande insécurité économique en cas de maladie du chef de famille. L'égalité entre les sexes (sociale et économique) est un élément critique de la réduction des risques, mais le sida augmente considérablement la charge pour les femmes et accentue les inégalités entre les sexes.</p>	<p>L'objectif est impossible à atteindre dans les pays gravement touchés. Dans certains des pays les plus gravement touchés, près de 50 % des orphelins du sida abandonneront l'école, dont une majorité de filles.</p>
<p>Améliorer le sort des habitants des taudis : D'ici à 2020, améliorer sensiblement le sort d'au moins 100 millions d'habitants des taudis dans le cadre de l'Initiative des villes sans taudis.</p>	<p>Pour les pauvres, le sida empêche l'accès au logement même le plus rudimentaire. Il paupérise de nouveaux ménages et réduit la fourniture de services par les pouvoirs publics.</p>	<p>L'objectif ne pourra être atteint si l'on ne s'attaque pas à l'impact du VIH/sida. Une étude menée en Zambie a montré que les ménages urbains touchés par le VIH/sida perdaient 80 % de leurs revenus.</p>

Adapté de : PNUD, "HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction", 2001

Auteur :

Håkan Björkman
Conseiller principal, VIH/sida
Bureau des politiques de développement
PNUD
hakan.bjorkman@undp.org

Pour tout complément d'information concernant le PNUD, prière de consulter le site :
www.undp.org

Programme des Nations Unies pour le développement
One United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis d'Amérique