

# FAIRE RECULER LE VIH AU BURKINA FASO, AU CAMEROUN, EN GAMBIE ET AU NIGER DANS LE CONTEXTE DE LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE

WORKING PAPER



DIVISION OF  
POLICY AND PLANNING  
APRIL 2007



**DIVISION OF  
POLICY AND  
PLANNING**

**WORKING PAPERS**

**FAIRE RECULER LE VIH AU  
BURKINA FASO, AU  
CAMEROUN, EN GAMBIE ET  
AU NIGER DANS LE  
CONTEXTE DE LA LUTTE  
CONTRE LA PAUVRETE**

BARBARA BENTEIN  
SIDYA OULD EL HAJ  
CHERYL FAYE  
ERIC MERCIER  
DOMINIQUE TALLET-BRASSEUR  
EDELE THEBAUD  
YVES WILLEMOT

**April 2007**

**FAIRE RECULER LE VIH AU BURKINA FASO, AU CAMEROUN, EN GAMBIE ET AU NIGER DANS  
LE CONTEXTE DE LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE**  
© United Nations Children's Fund (UNICEF), New York, 2007

**UNICEF**  
3 UN Plaza, NY, NY 10017  
April, 2007

**This is a working document. It has been prepared to facilitate the exchange of knowledge and to stimulate discussion, and has benefited from the support and comments of the Maastricht Graduate School of Governance at Maastricht University, in particular Chris de Neubourg, Academic Director of the School, and Franziska Gassmann, Senior Researcher.**

**The findings, interpretations and conclusions expressed in this paper are entirely those of the author(s) and do not necessarily reflect the policies or the views of UNICEF.**

**The text has not been edited to official publication standards and UNICEF accepts no responsibility for errors.**

**The designations in this publication do not imply an opinion on legal status of any country or territory, or of its authorities, or the delimitation of frontiers.**

# Contents

	<u>Page</u>
Résumé Analytique.....	i
Executive Summary.....	ii
Resumen Ejecutivo.....	ii
<b>1. Engagement des pays pour lutter contre le SIDA.....</b>	<b>1</b>
1.1. Les objectifs du millénaire pour le développement.....	1
1.2. Engagement particulier des pays en ce qui concerne les enfants.....	1
1.3. La question de recherche abordée par ce document.....	2
1.4. Plan du document.....	2
<b>2. Contexte de la lutte contre le VIH SIDA dans les quatre pays.....</b>	<b>3</b>
2.1. Brève description de la situation économique et sociale.....	3
2.2. La situation macroéconomique des quatre pays.....	4
2.3. La performance en termes d'objectifs du millénaire.....	6
<b>3. La situation du VIH SIDA dans les quatre pays.....</b>	<b>8</b>
3.1. Contexte africain.....	8
3.2. Quelques données pour les quatre pays objets de l'étude.....	10
3.3. VIH-SIDA et Vulnérabilité.....	15
3.3.1. La pauvreté.....	15
Evolution de la pauvreté.....	16
3.3.2. Les autres aspects de la vulnérabilité.....	17
<b>4. La réponse des pays dans les DSRP et les plans nationaux VIH SIDA.....</b>	<b>21</b>
4.1. Dans ce contexte de vulnérabilité, qu'en est-il de l'efficacité des interventions dans le monde ?.....	21
4.2. Les DSRP et Plans sectoriels se réfèrent-ils à la vulnérabilité ?.....	22
4.3. La réponse des gouvernements à l'épidémie est-elle adéquate ?.....	27
<b>5. Conclusions.....</b>	<b>33</b>
<b>6. Recommandations.....</b>	<b>34</b>
<b>7. Liste des acronymes.....</b>	<b>36</b>
<b>8. Bibliographie.....</b>	<b>37</b>



## Résumé Analytique

Ce document examine les Documents de Stratégies de Réduction de Pauvreté (DSRP), les plans sectoriels et rapports de mise en œuvre de quatre pays – Burkina Faso, Cameroun, Gambie et Niger – sur la question du VIH/SIDA. L'objectif est de vérifier qu'une réponse adéquate y est donnée pour atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement 6 (OMD 6) et pour les groupes les plus vulnérables.

Le document rappelle l'engagement des pays par rapport à la lutte contre le fléau et situe la lutte contre le VIH/SIDA de ces pays dans leur contexte économique et social. Il examine brièvement les dimensions de la pauvreté et les autres aspects de la vulnérabilité au VIH/SIDA. Pour mieux répondre à la question de recherche, le document passe brièvement en revue la littérature sur l'efficacité des interventions en Afrique.

Un seul gouvernement sur quatre a manifesté fortement sa volonté de placer la question du VIH/SIDA parmi ses priorités nationales de réduction de la pauvreté. Les autres gouvernements certes mentionnent la question dans leurs DRSP mais ils ne la positionnent pas comme hautement prioritaire ; ils ne développent pas d'articulations concrètes avec les plans sectoriels, ni ne prévoient les ressources suffisantes. La question des groupes vulnérables n'est pas vraiment développée et celle de l'efficacité est juste implicite. Enfin ce document recommande d'approfondir l'étude des interventions les plus efficaces pour faciliter le plaidoyer pour la mise en priorité de la question du VIH/SIDA dans les DRSP et plans nationaux.

## **Executive Summary**

This document examines the PRSPs, sectoral plans and implementation reports of four countries on the issue of prevention against HIV/AIDS for Burkina Faso, Cameroun, Gamabia and Niger. The objective is to check if the adequate answer is given in respect to the MDG6 and for the most vulnerable groups.

The document reminds the comitments of the countries to face the plague and put the efforts in the context of their economic and social situation.

It takes a brief glance on the different dimensions of poverty and on the other aspects of vulnerability relatively to HIV/AIDS.

For a best answer to the research question, the document makes a breif review of the litterature on efficency of the interventions in Africa.

Only one of four governements shows a strong willingness and put the issue of HIV/AIDS as a national priority for poverty reduction. The other governments mention the issue in their PRSP but do not stress it as a high priority; they neither develop concrete links with sectoral plans nor allow sufficient resources. The issue of the most vulnerable groups is not really developed and the efficiency issue is only implicit. Finally, this document recommends deepening the study of the most efficient interventions to facilitate advocacy for the prioritization of the issue of VIH/SIDA in PRSP and national plans.

## **Resumen Ejecutivo**

Este documento hace el examen de los documentos de estrategia de reduccion de la pobreza, de los planos sectorales y informes de ejecucion de cuatros paises- Burkina Faso, Cameroun, Gambia y Niger- sobre el problema del VIH/SIDA. El objetivo es de verificar la adecuacion de la repuesta al ODM6, especialmente para los grupos mas vulnerables.

Este documento recuerda los compromisos de los paises sobre la lucha contre la enferma, y situa la lucha de estos paises en sus contextos economico y social. Este documento hace un breve examen de las dimensiones de la pobreza y otros aspectos de la vulnerabilidad al VIH/SIDA.

Para una mejor repuesta a la cuestion de investigation, el documento hace una breva revista de la literatura sobre la eficiencia de las intevecciones en Africa.

Unos de los cuatros gobiernos ha manifestado fuertamente su voluntad para ubicar el problema del VIH/SIDA entre las prioridades de la reduccion de la pobreza. Los otros gobiernos hacen mencion del problema en sus documentos de Estrategia de reduccion de la pobreza, pero no lo ponen como una grande prioridad ; no desarrollan articulaciones claras con los planes sectorales y no preven necesarios recursos. El problema de los grupos mas vulnerables no esta realmente desarrollado y lo de la eficiencia queda implicito. Por ultimo, este documento recomienda un estudio mas profundo de las intervenciones mas efficientes para facilitar la defensa en favor de la priorizacion de la lucha contre el VIH/SIDA en los documentos de Estrategia de reduccion de la pobreza y en los planos sectorales.



# **1. Engagement des pays pour lutter contre le SIDA**

## **1.1. Les objectifs du millénaire pour le développement**

Lors de l'Assemblée du millénaire, le 6, 7 et 8 septembre 2000, 147 Chefs d'Etats et de Gouvernements ont adopté la Déclaration du millénaire qui comprend un engagement global pour l'atteinte des huit objectifs du millénaire pour le développement (OMD). L'OMD 6 stipule que « d'ici 2015 nous aurons arrêté la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle »<sup>1</sup>.

En vue de réaliser ces objectifs, la Déclaration d'engagement de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH et le SIDA (l'UNGASS) préconise que « d'ici 2003, la prévention, les soins, le traitement, le soutien et la mitigation de l'impact du VIH/SIDA seront intégrés dans les exercices de planification nationaux, y compris les stratégies d'éradication de la pauvreté, les budgets nationaux et les plans de développement sectoriels ».

Plusieurs autres fora qui ont suivi ces deux événements clés ont renforcé l'idée de la nécessité de mettre la lutte contre le VIH et le SIDA parmi les priorités politiques globales et locales, tout en soulignant l'indispensable intégration transversale de la lutte contre le VIH et le SIDA dans les plans nationaux de développement faute de quoi « l'épidémie peut ralentir voire inverser les progrès accomplis en matière de développement et ainsi devenir un obstacle majeur à l'atteinte des OMD »<sup>2</sup>.

## **1.2. Engagement particulier des pays en ce qui concerne les enfants**

Les enfants et les adolescents, particulièrement les filles sont vulnérables au VIH/SIDA. L'OMS<sup>3</sup> estimait qu'en 2005, 660 000 enfants avaient besoin d'un traitement aux anti-rétroviraux et que 4 millions d'enfants avaient besoin d'une prophylaxie à base de cotrimoxazole.

Le risque qu'une mère transmette le VIH à son enfant durant la grossesse, l'accouchement ou à travers l'allaitement maternel est de 30 à 45 pourcent. Ce risque a pu être réduit à moins de un pourcent dans les pays riches. Il peut également être réduit dans les pays pauvres : les traitements courts aux anti-rétroviraux autour de l'accouchement permettent de réduire les risques à 15-23 pourcent. L'alimentation artificielle exclusive ou l'allaitement maternel exclusif<sup>4</sup> pendant les premiers six mois, contribue également à faire baisser le risque de transmission.

---

<sup>1</sup> Les indicateurs sont: taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans ; taux d'utilisation du préservatif sur le taux de prévalence de contraception ; utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque ; population âgée de 15 à 24 ans ayant une bonne connaissance générale ; taux d'utilisation de la contraception ; taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des non orphelins âgés de 10 à 14 ans).

<sup>2</sup> Mainstreaming AIDS in Development instruments and processes at the national level, a review of experiences, UNAIDS, World Bank and UNDP, September 2005

<sup>3</sup> Health related millennium development goals: an update, WHO's contribution to implementation of the strategy for child and adolescent health and development, with particular emphasis on attainment of internationally agreed child-health and development goals, December 2005.

<sup>4</sup> Le débat continue autour de l'allaitement exclusif versus les aliments de substitution à l'allaitement maternel. Dans les pays où les conditions d'hygiène et les ressources le permettent l'utilisation de lait de substitution au lait maternel réduit la transmission post-natale du VIH. Cependant dans les contextes où les conditions d'hygiène sont mauvaises et où les ressources ne permettent pas de substituer de façon durable et suffisante le lait maternel, les risques de voir mourir les nourrissons de diarrhées, de pneumonies, de septicémies et de malnutrition sont très importants. Une nouvelle étude de l'OMS dans plusieurs pays confirme que les nourrissons qui ne sont pas allaités exclusivement au sein ont 10 fois plus de risque de mourir

Pour des raisons biologiques, sociales et économiques, les adolescents et les jeunes adultes, en particulier les jeunes filles, portent le plus lourd fardeau de l'infection par VIH.

Plus de 11.2 millions d'orphelins ayant perdu un ou deux parents au VIH/SIDA vivent en Afrique. Dans les régions les plus touchées, les enfants orphelins ou affectés par le VIH/SIDA vivent des situations dramatiques. Ils perdent la famille qui les élève, les nourrit, leur donne l'affection et l'attention dont ils ont besoin. Quand les personnes qui soutiennent économiquement la famille disparaissent, les enfants doivent compenser, sont souvent amenés à quitter l'école, sont exposés aux risques de l'exploitation et d'abus pouvant entraîner l'infection par le VIH, la malnutrition, la maladie, le stigma et l'isolement. En Afrique de l'Ouest et du Centre on tend à sous-estimer la question des orphelins et enfants vulnérables du VIH alors que cette région compte aujourd'hui 30 pourcent des orphelins du monde.<sup>5</sup>

Vue cette vulnérabilité particulière des enfants et adolescents, la déclaration d'engagement de l'UNGASS identifie 4 domaines comme étant prioritaires par rapport au VIH/SIDA pour les enfants et les jeunes : la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, la prévention parmi les jeunes, les soins et le soutien aux enfants et familles qui vivent avec le VIH/SIDA et les soins, la protection et le soutien aux orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA<sup>6</sup>.

### **1.3. La question de recherche abordée par ce document**

Ce document examine quatre Documents de Stratégies de Réduction de Pauvreté (DSRP) – du Burkina Faso, du Cameroun, de la Gambie et du Niger –, ainsi que les plans nationaux sectoriels de lutte contre le VIH et les rapports de mise en œuvre afin de vérifier si les Stratégies et Plans nationaux fournissent une réponse adéquate pour relever le défi de l'Objectif du Millénaire pour le Développement 6 (OMD 6) et de l'UNGASS en ce qui concerne les plus vulnérables. Le choix des quatre pays est entièrement dicté par les connaissances et les intérêts des auteurs du document et n'a aucune prétention de représentativité. Le Burkina Faso, le Niger, le Cameroun et la Gambie sont des pays pauvres qui ont des taux de prévalence du VIH/SIDA variés. A l'instar de la communauté internationale, ces quatre pays se sont engagés à atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, y compris celui concernant le VIH/SIDA, ainsi que la déclaration de l'UNGASS sur le VIH/SIDA.

### **1.4. Plan du document**

Ce document commence par une revue du contexte économique et social des quatre pays, continue ensuite par un état de leur situation quant à la pandémie du SIDA. Il examine les réponses des pays face au fléau, tente de répondre à la question de recherche mentionnée ci-dessus et termine par un certain nombre de recommandations.

---

que ceux qui bénéficient de 6 mois d'allaitement exclusif (CAH, reaching out, Issue No1, September 2005). Par ailleurs, le coût de soutenir un allaitement de substitution – dans certains pays pour pratiquement 1/3 des femmes nouvellement accouchées – est énorme.

<sup>5</sup> UNICEF, WCARO, documents de travail interne.

<sup>6</sup> Poverty Reduction Strategy Papers, Do they matter for Children and Young People made vulnerable by HIV/AIDS, Results of a Joint UNICEF and World Bank Review, December 2004.

## 2. Contexte de la lutte contre le VIH SIDA dans les quatre pays

### 2.1. Brève description de la situation économique et sociale

Les quatre pays sous étude – deux sahéliens enclavés, le Burkina Faso et le Niger, et deux côtiers, la Gambie et le Cameroun - sont forts différents de la plupart des points de vue.

Tableau 1

Année	Population (millions de personnes)		PNB/cap (US dollars)		Croissance PNB/cap (%)		Valeur Indice de pauvreté humaine <sup>7</sup>		Prévalence HIV chez femmes enceintes (% des femmes enceintes)		Dépenses publiques secteur Santé/cap (US dollars)		Taux alphabétisation des femmes (pourcentage des femmes de > 15 ans)		Espérance de vie à la naissance (nombre d'années)		Taux de Mortalité Infantile juvénile (décès par mille naissances vivantes)		Population urbaine (% de la population totale)	
	1990	2004	97-01	'04	'90	'04	'90	'04	'90	'04	'90	'04	'90	'04	'90	'04	'90	'04	'90	'04
Burkina	8,5	12,4	229	269	-4	0,9		64,2		2		32		15	48	48	210	192	14	18
Cameroun	11,6	16	646	677	-9	0,9		36,2		6		19	48	60	52	46	139	149	41	54
Gambie	0,9	1,5	309	336	-2	2,4		44,7		2		38	20	43 <sup>a</sup>	50	56	154	122	38	53
Niger	8,5	13,5	173	177	-4	-3,6		64,4		1		16	5	15	40	45	320	259	15	17

Sources : PNUD, FMI et UNICEF<sup>8</sup>; <sup>a</sup> Femmes de 15-24 ans, MICS III, 2005

Il est frappant que les deux pays enclavés soient nettement plus pauvres que les pays côtiers. Ils ont une population beaucoup plus rurale, ont des taux de mortalité infantile nettement plus élevés et un taux alphabétisation des femmes dramatiquement bas. Cette pauvreté plus grande va de pair avec un taux de prévalence du VIH plus bas pour le Niger au moins. L'espérance de vie à la naissance était il y a 15 ans nettement plus basse dans les pays sahéliens. Aujourd'hui, elle est stagnante au Burkina Faso, s'améliore au Niger et en Gambie, mais se détériore au Cameroun. L'autre aspect marquant est une différence notable en ce qui concerne l'investissement de l'Etat dans la santé de la population. La dépense par habitant est nettement plus élevée en Gambie et

<sup>7</sup> indicateur indirect, qui mesure l'impact de la pauvreté sur la population, et qui sert à calculer des indicateurs composites de pauvreté des revenus des pays pauvres et des pays riches, IPH-1 et IPH-2 (indice de pauvreté humaine), ou HPI-1 et HPI-2 (*human poverty index*) : l'IPH-1, plutôt adapté au classement des pays pauvres, est calculé à partir des indicateurs suivants : indicateur de longévité ( $P_1$ ); indicateur d'instruction ( $P_2$ ); indicateur de conditions de vie ( $P_3$ ); l'IPH-2, plutôt adapté au classement des pays riches (il est utilisé pour la plupart des pays de l'OCDE), calculé à partir des indicateurs suivants : indicateur de longévité ( $P_1$ ); indicateur d'instruction ( $P_2$ ); indicateur de conditions de vie ( $P_3$ ); indicateur d'exclusion ( $P_4$ ).

L'unité des IPH est le pourcent (%), mais il ne s'agit pas d'un pourcentage de la population, il s'agit juste de l'homogénéité de la formule. Plus un IPH est élevé, plus un pays « est pauvre ».

<sup>8</sup> IMF, World Economic and Financial Surveys, Regional Economic Outlook, Sub-Saharan Africa, May 2006; UNDP, Human Development Report 2005, International Cooperation at a Cross Roads: aid trade and security in an unequal world; UNICEF, The State of the World's Children, annual publications.

au Burkina, elle est remarquablement basse au Niger et au Cameroun. La pauvreté du Niger pourrait être prise en compte à la décharge du gouvernement nigérien mais le bas niveau de dépenses du Cameroun est difficilement explicable et se répercute bien évidemment sur les indicateurs de santé. Il n'est donc pas étonnant que le Cameroun soit un pays où la mortalité des enfants de moins de 5 ans est en hausse.

## 2.2. La situation macroéconomique des quatre pays

Le tableau ci-dessous montre que dans les quatre pays les tendances sont préoccupantes.

Tableau 2

Année	Taux de croissance réelle (%)		Croissance PNB per capita (%)		Dette aux crédeturs officiels (%)		Inflation (% de changement annuel)		Balance fiscale globale, dons inclus (% du PNB)		Revenu du Gvt, dons exclus (% du PNB)	
	97-01	2004	97-01	2004	97-01	2004	97-01	2004	97-01	2004	97-01	2004
Burkina	5.9	4.0	3.3	0.9	51.9	34.6	2.1	-0.4	-3.1	-4.3	11.8	12.8
Cameroun	4.6	3.7	1.8	0.9	68.4	42.0	2.9	0.3	-0.2	-0.5	15.2	15.2
Gambie	6.0	5.1	2.4	2.4	107.8	131.6	2.6	14.2	-5.5	-5.7	17.2	20.9
Niger	3.7	-0.6	0.4	-3.6	85.7	55.5	2.4	0.4	-3.6	-3.5	8.9	11.1

Source : FMI<sup>9</sup>

*Au Burkina Faso*, l'évaluation des performances macroéconomiques montre que le gouvernement a poursuivi en 2005 une bonne gestion de l'économie en dépit de la persistance d'un climat peu favorable pour les exportations des matières premières de base (détérioration des termes de l'échange de 16,8 pourcent) et de fortes poussées inflationnistes des deuxième et troisième trimestres consécutives à la baisse de la production de la campagne agricole 2004/2005 et à la hausse du prix des produits pétroliers. En effet, la croissance du PIB réel qui était de 3,7 pourcent en 2004 a atteint 7,1 pourcent en 2005 grâce à une forte progression de la production céréalière (24,7 pourcent) et de coton (16,9 pourcent). Le PIB réel par habitant a, par conséquent, connu une amélioration de 2,4 points, passant de 2,2 pourcent<sup>10</sup> en 2004 à 4,6 pourcent en 2005. En comparaison aux pays de la zone UEMOA sur la période 2000-2005, le Burkina Faso, avec un taux de croissance moyen du PIB à prix constants de 6,2 pourcent, enregistre des performances macro-économiques au-dessus de la moyenne de l'ensemble de l'Union (2,8 pourcent).

*Le Cameroun* met actuellement en œuvre un programme lié à la Facilité de réduction de la pauvreté et la croissance (FRPC) qui le conduit à mener des politiques macroéconomiques prudentes. Ceci en vue de corriger les déséquilibres macroéconomiques du passé et atteindre et soutenir d'une manière durable des déficits budgétaires et des taux d'inflation bas. Le déficit semble avoir entamé une tendance à la baisse variant de 4,2 pourcent du PIB en 2002 à 0,9 pourcent en 2004. L'inflation a légèrement augmenté de 1,3 en 2001 à 2,8 pourcent en 2003

<sup>9</sup> IMF, World Economic and Financial Surveys, Regional Economic Outlook, Sub-Saharan Africa, May 2006.

<sup>10</sup> Ces chiffres sont tirés du CSPL et ne reflètent, comme c'est très souvent le cas, pas tout à fait la même valeur que celles qu'on retrouve dans les publications internationales, telles que celle mentionnée sous note de bas de page 8.

mais reste en deçà du critère de convergence de la CEMAC (3 pourcent). Les revenus de l'état ont augmenté de 1.279 milliards de FCFA en 2004 à 1.555 milliards en 2005, les dépenses ont diminué de 1.335 milliards en 2004 à 1.278 milliards en 2005, indication que la situation fiscale reste précaire et qu'elle a besoin d'être consolidée. Le Cameroun continue les réformes structurelles en engageant des processus de privatisation des sociétés d'état telles que la société de l'eau et celle des télécommunications.

Malgré cela, la croissance du PIB était de 2,6 pourcent en 2005, en nette diminution par rapport au taux de 3,7 pourcent atteint en 2004. Cette baisse est surtout due à la mauvaise performance du secteur secondaire principalement l'agro alimentaire et les industries manufacturières. Ce fléchissement de la croissance met en doute les projections de la croissance qui passerait de 4,5 pourcent en 2003 à 7 pourcent sur la période 2007-2010. L'implication en est que le taux de croissance de ce niveau n'aura pas d'impact appréciable sur la création d'emploi et la réduction de la pauvreté.

*En Gambie*, le revenu du gouvernement central était de 46,6 millions de dollars en 2005 et les dépenses estimées à 66.8 millions<sup>11</sup>. Le paiement de la dette externe, associé à la stagnation de l'aide externe, ont sévèrement limité l'accroissement annuel des investissements publics en infrastructure de base. Les dépenses de fonctionnement dans les secteurs de l'Education et de la Santé sont en baisse et la dépendance par rapport à l'aide externe semble devenir la norme pour les années à venir.

Au cours des cinq dernières années, l'économie gambienne a enregistré de faibles taux de croissance et des taux élevés d'inflation, culminant à une croissance négative en 2002. A cause d'un rétablissement important dans le secteur agricole, un redressement économique est survenu en 2003, exprimé par un taux de croissance de 7 pourcent<sup>12</sup>. Le fort déclin de la demande domestique a eu pour conséquence la réduction du déficit de la balance externe des paiements. L'augmentation du taux d'inflation a provoqué une augmentation des prix des produits alimentaires de base du fait de la dévalorisation du Dalasi par rapport aux devises internationales. Les ménages pauvres ont par conséquent réduit leur demande et maintenu un niveau minimal de consommation des produits de première nécessité, réduisant ainsi la demande interne<sup>13</sup>.

*Au Niger*, les recettes de 2005 se sont élevées à 189 Milliards de FCFA<sup>14</sup> (en hausse de 10 pourcent par rapport à 2004) et le taux de pression fiscale s'est établi à 10,6 pourcent (contre 11,4 en 2004). Ce dernier reste inférieur à la norme communautaire de l'UEMOA. Globalement les dépenses publiques ont été exécutées à hauteur de 51 pourcent en 2005 contre 75 pourcent en 2004 ; cette situation s'explique par les contraintes de trésorerie. Le Gouvernement vise à accroître le revenu du pays par son propre revenu au moyen de la croissance économique. Il en résulterait une progression de la consommation privée et publique.

La croissance réelle des quatre pays est faible, voire négative (pour le Niger), si on prend en compte le taux d'accroissement de la population. D'un autre côté les pays font des efforts

---

<sup>11</sup> The World Factbook, U.S. Central Intelligence Agency, Washington, October 2006

<sup>12</sup> Medium Term Plan Sectoral Study on PRSP and PRGF, Department of State for Finance and Economic Affairs, 2005

<sup>13</sup> Ibid

<sup>14</sup> Environ 360 millions de US\$.

considérables pour réduire leur dette (à l'exception de la Gambie) et pour maîtriser l'inflation. Les balances de paiements négatifs montrent que malgré cela, les pays ne sont pas excédentaires et génèrent des revenus très limités pour leur gouvernements (seule la Gambie réussit à mobiliser un revenu propre du Gouvernement dépassant 20 pourcent du PNB). Ceci limite grandement la possibilité des pays d'investir des ressources nécessaires dans la santé et la lutte contre le VIH/SIDA.

### 2.3. La performance en termes d'objectifs du millénaire

Pour atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement les efforts restent insuffisants comme le montrent les tendances ci-dessous.

Tableau 3

année	MDG 1 Malnutrition des enfants < 5 ans (poids/age)		MDG 2 Gender related development index (value/rank)	MDG 3 Taux de scolarisation net		MDG4 Taux de mortalité des enfants de < 5 ans		MDG5 Mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes	MDG 6 Prévalence VIH (% age 15-49)	Dépenses publiques Santé / Education (pourcent du PNB)
	1990	2003	2003	1990	2003	1990	2003	2000	2003	2002
<b>Burkina</b>	ND	38	0.311/138	29 <sup>a</sup>	38	210	192 <sup>a</sup>	1000	4.2	2/ ND
<b>Cameroun</b>	15 <sup>b</sup>	18 <sup>a</sup>	0.487/113	74 <sup>b</sup>	ND	139	149 <sup>a</sup>	730	6.9	1.2/3.8
<b>Gambia</b>	26 <sup>e</sup>	20 <sup>f</sup>	0.464/119	48 <sup>b</sup>	77	154	122 <sup>a</sup>	730 <sup>d</sup>	1.2	3.3/2.8
<b>Niger</b>	43 <sup>c</sup>	40	0.271/140	22 <sup>b</sup>	36	320	259 <sup>a</sup>	1600	1.2	2/2.3

<sup>a</sup> : 2004 ; <sup>b</sup> : 1991 ; <sup>c</sup> : 1992 ; <sup>d</sup> : 2001- Sources : Banque Mondiale et PNUD, ; <sup>e</sup> : SOWCR, 1999 ; <sup>f</sup> : MICS III, 2005, ND = non disponibles

**Au Burkina Faso**, 16 à 19 pourcent des ressources nationales et de l'aide publique au développement sont consacrées aux services sociaux. La promotion des secteurs sociaux de base (éducation de base, santé de base y compris la santé de la reproduction, eau potable, nutrition, hygiène et assainissement) a toujours constitué la pierre angulaire de la stratégie de développement du Burkina Faso. Les efforts engagés cependant ont permis d'atteindre des résultats qui restent mitigés dans certains secteurs. En effet, le taux brut de scolarisation au primaire n'a progressé que d'environ 1 pourcent par an depuis 2000. A ce rythme, les objectifs de l'éducation ne pourront être atteints à l'horizon 2015. Dans les domaines de la santé, de la nutrition et du VIH/SIDA, les indicateurs ont également connu une évolution lente et mitigée. L'examen des indicateurs de santé par niveau socio-économique montre des disparités significatives de l'état de santé entre les groupes les plus riches et les plus pauvres du Burkina Faso<sup>15</sup>.

**Au Cameroun**, les services sociaux ont enregistré des progrès mais sont encore sujets à beaucoup de problèmes dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'eau et de

<sup>15</sup> Un fossé existe entre le groupe des 20 % les plus riches où les indicateurs sont significativement meilleurs et le groupe des 80 % les plus pauvres qui présentent des taux de mortalité et de malnutrition encore très élevés. Cette différence paraît être liée en partie au différentiel urbain-rural. Il est, par exemple, observé en milieu urbain une chute de la fertilité qui ne se retrouve pas en zones rurales (EDS 1998/99). Cependant, dans les groupes les plus riches, l'utilisation des services de santé est plus élevée et la malnutrition plus basse ; ceci confirme que l'état nutritionnel et l'accès aux services de base sont des cofacteurs importants de la mortalité des enfants et de la morbidité chez les adultes.

l'assainissement etc. Pour ce qui est de l'éducation, il y a eu une légère amélioration avec l'augmentation du taux net de scolarisation de 76,3 pourcent en 1995/96 à 78,8 pourcent en 2000/2001. Le budget de l'éducation a diminué de 300 milliards en 2004 à 264 milliards en 2005 mais des activités ont eu lieu visant à renforcer le secteur (construction d'écoles, recrutement d'enseignants, renforcement de capacités institutionnelles etc.). Pour la santé, il y a eu une dégradation substantielle caractérisée par une hausse de la mortalité infantile de 85 pour mille en 1990 à 95 pour mille en 2003<sup>16</sup>. L'accès à l'eau potable s'est généralement amélioré, augmentant en zone urbaine de 73,6 pourcent à 86,2 pourcent et en zone rurale de 25,5 pourcent à 31,3pourcent. Les disparités quant à cet accès restent cependant importantes entre les communautés rurales et urbaines.

**En Gambie**, la performance dans les secteurs sociaux est étroitement liée à la disponibilité de ressources et à leur attribution aux priorités. Les performances enregistrées dans le secteur de l'éducation depuis 1990/91 sont très satisfaisantes, avec un taux moyen d'accroissement annuel du taux de scolarisation de 8pourcent<sup>17</sup>. La chute remarquable des dépenses publiques totales en éducation, passant de 6.8 pourcent du PIB en 2001 à 3.6 pourcent en 2004<sup>18</sup>, n'est pas encourageante. Ces contraintes fiscales pourraient occasionner le report de l'adoption de solutions à des problèmes structurels du secteur liés à la qualité. La poursuite de la tendance actuelle n'élèverait que de 60 pourcent (2000-2001) à 80 pourcent (2015) le taux net de scolarisation, manquant ainsi la cible de l'OMD pour l'éducation primaire universelle<sup>19</sup>. La parité entre les sexes pour l'éducation primaire a été atteinte, bien que la rétention et les «performances» des filles demeurent encore des défis.

Le Ministère de la Santé a le second budget des secteurs sociaux par ordre d'importance. Comme pour l'Education, la dépense récurrente a diminué depuis 1990 et chuté de manière significative en 2002. En même temps, le taux de mortalité chez les moins de cinq ans a stagné entre 1993 et 2001, de 129 à 122 par 1.000 naissances vivantes<sup>20</sup>, et le taux de mortalité maternelle demeure élevé. L'accès géographique aux services de santé est généralement bon, mais avec des poches sans accès, principalement dans les districts du Haut Fleuve et de Rive Nord.

**Au Niger**, la part du budget alloué aux secteurs prioritaires est passée de 49 à 51 pourcent. Les secteurs de l'éducation, de la santé et du développement rural ont bénéficié respectivement de 18 pourcent, 7 pourcent et 17 pourcent des crédits en 2005. Les différents allègements de la dette ont permis une augmentation progressive des ressources mobilisées dans le cadre de l'Initiative PPTE. L'affectation des ressources à l'exécution du Programme Spécial du Président de la République (PS/PR) s'est poursuivie. Ainsi en 2005, la somme de 24,1 milliards de FCFA a été utilisée dans les secteurs prioritaires contre 14,31 milliards en 2004. Le secteur de l'éducation s'est vu allouer plus de 52 pourcent des ressources, tandis que le secteur équipement et transport qui n'était pas bénéficiaire en 2004, a obtenu 3,5 milliards de FCFA.

Les indicateurs sociaux attestent de quelques progrès les dernières années. Ils restent cependant à des niveaux très problématiques. Le taux de mortalité des moins de cinq ans a diminué entre

---

<sup>16</sup> UNICEF, La Situation des Enfants dans le Monde, 2005

<sup>17</sup> Medium Term Plan Sectoral Study on PRSP and PRGF, Department of State for Finance and Economic Affairs, 2005

<sup>18</sup> Ibid

<sup>19</sup> Draft Country Programme Document The Gambia, United Nations, New York, July 2006

<sup>20</sup> Draft Country Programme Document: The Gambia, United Nations, New York, July 2006

1999 et 2004 de 275 pour mille naissances vivantes à 259, un taux parmi les plus hauts du monde. Le taux d'accès à l'eau potable a stagné entre 1999 et 2004 autour des 50 pourcent. Au niveau de l'éducation, le taux brut de scolarisation primaire a augmenté de 37,8 pourcent en 2000 à 52 pourcent en 2005 et les disparités entre zones rurales et urbaines se sont quelque peu atténuées (de 10 à 6 points d'écart) de 2003 à 2005. Par contre, les disparités selon le genre persistent (environ 20 points d'écart sur toute la période).

En conclusion, et comme l'indique également la Commission Economique pour L'Afrique<sup>21</sup>, si les tendances se poursuivent, aucun des quatre pays ne pourra atteindre les Objectifs du millénaire. La Gambie est la mieux placée, notamment concernant certaines cibles en santé et nutrition des enfants et des femmes. Le Cameroun pourrait également atteindre deux cibles (concernant la pauvreté monétaire et la malaria). Mais ni le Burkina, ni le Niger sont en voie pour atteindre ne fut ce qu'un des objectifs.

### **3. La situation du VIH SIDA dans les quatre pays**

#### **3.1. Contexte africain**

Quelques statistiques éloquentes décrivent l'histoire du VIH et du SIDA<sup>22</sup>: «une maladie qui est apparue comme mystérieuse et fatale chez 5 hommes américains en 1981 est, en 2002, devenue la première cause de mortalité des hommes et des femmes de 15 à 59 ans et responsable de 1 mort sur 7 dans ce groupe d'âge». Le VIH/SIDA n'est pas seulement une crise de santé publique, c'est «une des forces de ce siècle qui peut faire tout basculer». Le Rapport sur le Développement humain 2005 indique que «la pandémie du VIH/SIDA a infligé le plus important revers au développement humain». L'épidémie est surtout exceptionnelle par la menace qu'elle représente et continuera à représenter pendant encore plusieurs générations si la réponse n'est pas à la hauteur du problème. Même s'il est difficile de prévoir la durée de l'épidémie, il convient de rappeler que le VIH et le SIDA ont toujours dépassé les scénarios les plus pessimistes, que les taux de prévalence se sont élevés à des niveaux qui n'avaient jamais été soupçonnés possibles et que nous assistons aujourd'hui à des vagues successives d'expansion du VIH, même dans les pays où l'incidence avait atteint des pics, particulièrement là où les programmes de prévention n'ont pas été maintenus au niveau requis<sup>23</sup>.

Le VIH/SIDA est responsable pour 20 pourcent de la mortalité et des DALY (disability-adjusted-life-years) perdues en Afrique ce qui en fait la composante la plus importante du poids des maladies du continent. L'épidémie a réduit de 10 années l'espérance de vie dans les pays les plus affectés et les conséquences économiques sont dévastatrices<sup>24</sup>. Pour ce que est des tendances en Afrique<sup>25</sup>, une baisse de prévalence du VIH chez l'adulte à échelle nationale semble se produire dans seulement 3 pays d'Afrique Sub-saharienne (Kenya, Ouganda, Zimbabwe). Les pays qui ont vu le VIH régresser sont ceux où il y a eu des changements

---

<sup>21</sup> Economic Commission for Africa, The Millennium Development Goals in Africa : Progress and Challenges, August 2005, pp 12-13.

<sup>22</sup> Peter Piot, AIDS: from crisis management to sustained strategic response, in The Lancet, Vol. 368, August 2006.

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Andrew Creese, Katherine Floyd, Anita Alban, Lorna Guinness, Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa : a systematic overview, in The Lancet , Vol. 359, May 2002.

<sup>25</sup> Le Point sur l'Epidémie du SIDA, OMS et ONUSIDA, décembre 2005.



importants dans le comportement des jeunes. A l'exception du Zimbabwe, les pays d'Afrique australe ne montrent guère de signes de déclin dans leurs épidémies. L'Afrique de l'Ouest et du Centre (où la prévalence nationale estimée du VIH est considérablement moins élevée que dans les pays du sud de la Région) ne montre pas non plus de signes de changement dans les niveaux d'infection à VIH, sauf dans les zones urbaines du Burkina Faso où la prévalence semble en baisse.

Le point sur l'épidémie du SIDA 2005<sup>26</sup> précise qu'en 2005 2,3 millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH dans le monde. 700 000 enfants ont été nouvellement infectés pendant l'année 2005 et 570 000 enfants sont décédés. En 2005, 14 millions d'enfants de moins de 15 ans avaient perdu un ou deux parents au SIDA. 11,2 millions d'entre eux vivent en Afrique. D'ici 2010, 25 millions d'enfants pourraient être orphelins à cause du SIDA. En Afrique de l'Ouest et du Centre, on comptait plus de 645 000 enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le virus et 170 000 décès d'enfants dus au SIDA en 2005. Il y avait également plus de 20 millions d'enfants orphelins dont 4,2 millions (soit 21 pourcent) devenus des orphelins à cause du SIDA.<sup>27</sup>

Les filles sont beaucoup plus affectées que les garçons : en Afrique au sud du Sahara deux filles de 15 à 24 ans sont infectées pour chaque garçon du même groupe d'âge. Parmi les adolescentes de 15 à 19 ans des zones les plus affectées, cinq ou six filles sont infectées pour un garçon. Les filles, physiologiquement plus vulnérables, sont infectées à un âge plus jeune. L'inégalité des sexes, la violence sexuelle, la pauvreté et les conflits jouent un rôle dans ce phénomène. L'épidémie aggrave les disparités de genre. Si avant la pandémie les filles étaient déjà moins nombreuses à aller à l'école, le VIH et le SIDA les obligent à quitter prématurément les écoles pour prendre soin des malades et des plus jeunes. Et une fois sorties de l'école, leur vulnérabilité augmente. Il est bien connu que les filles qui restent plus longtemps à l'école reportent leur activité sexuelle, elles connaissent mieux et sont mieux outillées pour faire face au VIH et au SIDA.

Par ailleurs dans beaucoup de pays en développement la majorité des adolescentes sexuellement actives sont mariées. On tend à croire qu'elles courent peu de risque. Or, les données des EDS<sup>28</sup> de 29 pays d'Afrique et d'Amérique latine montrent qu'il y a plusieurs facteurs sociaux et comportementaux qui augmentent la vulnérabilité des adolescentes mariées : elles ont de fréquents rapports sexuels non protégés (dans la plupart des pays plus de 80 pourcent des adolescentes ayant déclaré avoir eu un rapport sexuel non protégé la semaine avant l'interview étaient mariées), elles ont des époux beaucoup plus âgés (différences d'âge médiane de 5-14 ans) et, dans les sociétés polygames, elles sont souvent la troisième ou quatrième épouse. Elles ont peu d'accès à l'information et les stratégies ABC<sup>29</sup> ne sont pas un choix possible pour elles.

Sur le milliard de jeunes que compte le monde, très peu ont les connaissances et compétences nécessaires pour prévenir une infection au VIH ou reconnaître les risques qu'ils courent. R.

---

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> UNICEF, WCARO.

<sup>28</sup> Revue des Enquêtes Démographie et Santé par Clarks S., Bruce J. et Dude A. dans Int. Family Planning Perspectives, Volume 32, Issue 2, Juin 2006.

<sup>29</sup> Abstinence, fidélité et utilisation consistante du condom.

Monash et M. Mahy<sup>30</sup> ont examiné les données sur les connaissances, le comportement, les compétences, l'accès aux services et la prévalence parmi les jeunes dans des enquêtes sur les ménages et autres données représentatives des pays. Ils observent que dans les pays de concentration du VIH de larges proportions des populations à risque sont jeunes. Dans les pays à épidémie généralisée, elle affecte également fortement les jeunes. La moitié des nouvelles infections en Afrique au Sud du Sahara concernent les jeunes. Les jeunes n'ont pas les connaissances ni les compétences de base pour se protéger. Dans des pays d'épidémie généralisée tels le Cameroun et la Centrafrique, plus de 80 pourcent des jeunes femmes de 15 à 24 ans n'ont pas suffisamment d'information sur le VIH et le SIDA.

### 3.2. Quelques données pour les quatre pays objets de l'étude<sup>31</sup>

Les quatre pays présentent des situations et tendances très variées en ce qui concerne le VIH/SIDA.

Tableau 4

	Adult (15-49) Hiv prevalence Rate		Prevalence among 15-24 years old - 2005		Proportion of young 15-24 who correctly identify 2 ways of preventing and reject 3 misconceptions - 2003		Proportion of young 15-24 reporting use of condom during high risk sex - 2003		Taux net de scolarisation des filles au primaire -2002/03	Dépense publique en Education, pourcent du PNB - 2002	Dépense publique en Santé, pourcent du PNB- 2000-02	% urban population 2005
	03	05	M	F	M	F	M	F				
<b>Burkina</b>	2.1 <sup>b</sup>	2.0	0.5	1.4	ND	24 <sup>a</sup>	48 <sup>d</sup>	42 <sup>d</sup>	31	ND	2	18.6
<b>Cameroun</b>	5.5	5.4	1.4	4.9	ND	ND	ND	44	ND	2.8	1.2	52.9
<b>Gambie</b>	2.2	2.4	0.6	1.7	ND	39 <sup>e</sup>	32 <sup>e</sup>	17 <sup>e</sup>	78	2.8	3.3	26.1
<b>Niger</b>	1.1	1.1	0.2	0.8	21	18	46	24	31	2.3	2	23.3

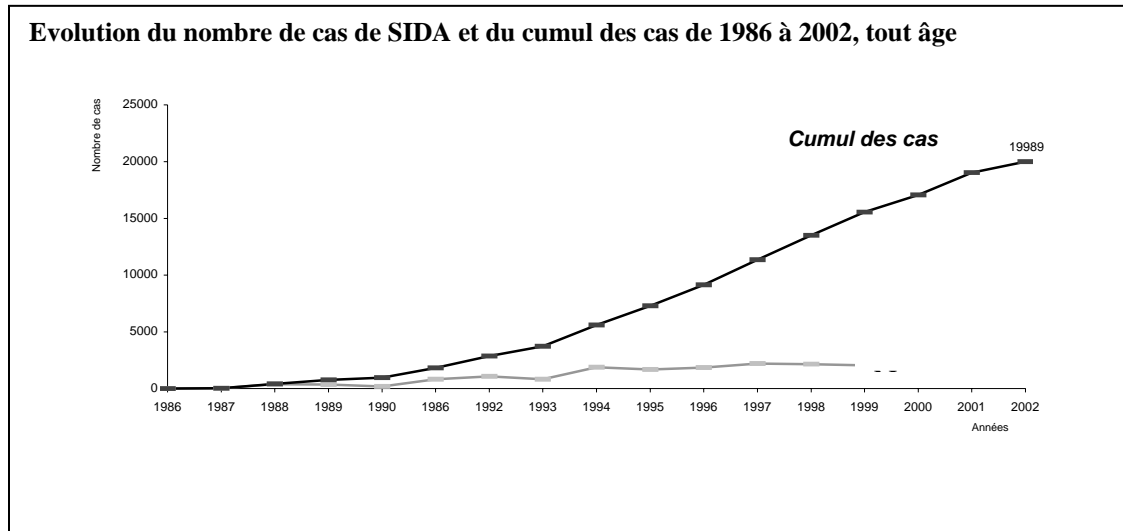
<sup>a</sup>: 2000 ; <sup>b</sup>: le PNUD donne 4.2 pourcent ; <sup>c</sup>: 1999 ; <sup>d</sup>: 2004 ; <sup>e</sup>: MICS III, 2005, ND : non disponible

<sup>30</sup> R. Monash in WHO Tech Rep Ser, Vol 938, Jan 2006.

<sup>31</sup> Cette valeur est donnée par le CSLP pour 2002. L'OMS et l'ONUSIDA, dans Le Point sur l'Epidémie du SIDA, de décembre 2005, pp. 18-19, rappellent la difficulté méthodologique de connaître la prévalence du VIH: «Il n'existe aucun moyen [...] de déterminer exactement combien de personnes sont infectées [...]». On [...] recueille les données pertinentes, affine diverses hypothèses concernant les voies et le rythme de transmission du VIH et étalonne des modèles mathématiques permettant de se rapprocher du nombre de personnes qui contractent le VIH et décèdent des suites du SIDA. Dans des épidémies [...] essentiellement hétérosexuelles, telles que celles [...] en Afrique subsaharienne, les données les plus couramment utilisées [...] sont recueillies dans des centres de consultations prénatales [...]. Mais par définition ces données ne reflètent que prévalence du VIH chez des femmes qui ont eu des rapports sexuels non protégés. De ce fait, elles tendent à surestimer la prévalence du VIH chez les jeunes femmes (15-24 ans), dont une proportion importante n'est pas encore sexuellement active. Les données ne fournissent pas non plus de preuve directe de la prévalence parmi les hommes, parmi les femmes avant ou après l'âge de procréer, ni parmi les femmes qui n'ont pas de rapports sexuels non protégés. Souvent, les centres choisis sont urbains ou périurbains. Ces facteurs peuvent conduire à une surestimation des infections à VIH. Par ailleurs, étant donnée que le VIH réduit la fécondité, les données recueillies par le dépistage des femmes enceintes pourraient ne pas tenir compte du grand nombre de femmes qui sont infectées [...] et ne peuvent avoir d'enfant. Une fois ajustées en fonctions d'autres information pertinentes et d'hypothèses fondées sur le concret, les données constituent une base permettant des estimations assez précises, qui sont présentées dans des limites de «plausibilité» ou des «fourchettes d'incertitudes». Donc en fonction de cela, l'OMS et l'ONUSIDA ont revu les estimations de prévalence fin 2005.

*Au Burkina Faso*, la prévalence du VIH est en recul, surtout dans les zones urbaines. Depuis l'apparition des premiers cas de SIDA en 1986, le nombre a cru de manière exponentielle pour atteindre 20 000 environ en 2002.

Graphique 1



Source : DMP/SPCNLS-IST

Le Burkina Faso enregistre un recul du taux de prévalence estimé à 4,2 pourcent en 2002 contre 6,5 pourcent en 2001 et 7,2 pourcent en 1997, soit une baisse de près de 3 points en cinq ans. Malgré tout, il reste parmi les pays les plus touchés de la sous région. La baisse du taux traduit une tendance à la stabilisation de la prévalence du VIH, surtout si l'on considère l'évolution de la prévalence du VIH à partir des tests effectués dans le groupe cible des femmes en consultation prénatale.

Tableau 5

**Taux de prévalence moyenne du VIH chez les femmes enceintes selon le site**

Sites sentinelles	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Bobo-Dioulasso	7,58	8,4	5,7	6,2	5,7	6,2
Ouagadougou	6,74	8	7,7	6,3	4,8	4,7
Ouahigouya	6,5	7	6		5,1	4,2
Gaoua		4	6,04	5,4	5,9	4,6
Tenkodogo		4,3	3,78	2,8	2,2	2,3

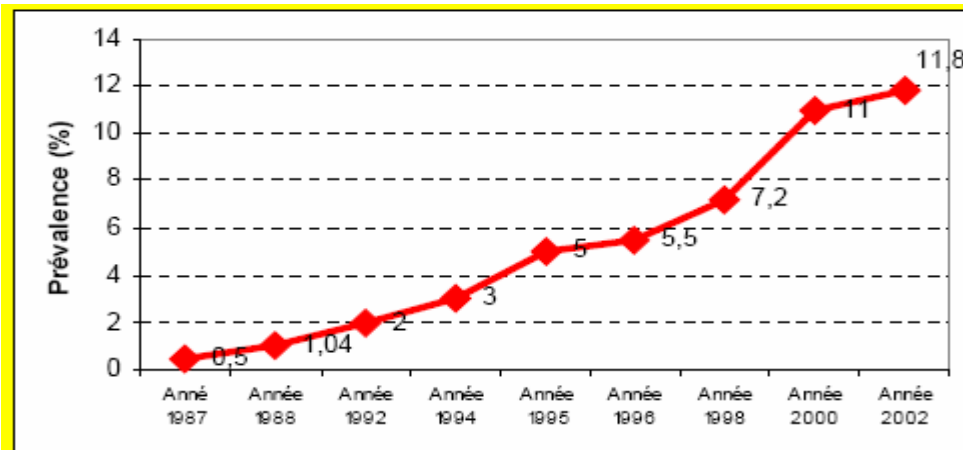
Source : SP/CNLS

Les explications probables de cette tendance à la stabilisation de l'infection à VIH tiennent aux nombreuses réponses apportées à la lutte contre le VIH/SIDA depuis l'exécution des plans à court et moyen termes et à la mise en œuvre de l'approche multisectorielle de la lutte. Parmi ces réponses on peut citer entre autres: i) les nombreuses campagnes d'information, d'éducation et de communication soutenues par la promotion de la communication pour le changement de comportement dans toutes les provinces du Burkina Faso; ii) les campagnes de dépistage volontaire et confidentiel avec une propension des jeunes à se faire dépister en vue de connaître leur statut sérologique; iii) l'amélioration de la prise en charge des malades par les ARV et surtout le traitement des infections opportunistes; iv) la promotion des moyens de prévention parmi lesquels l'utilisation des préservatifs, l'abstinence et la fidélité; v) la prise en charge des infections sexuellement transmissibles dans toutes les structures sanitaires, traduisant une prévention de l'infection à VIH; vi) la garantie d'une sécurité transfusionnelle dans les hôpitaux et dans les autres structures sanitaires où sont menées des transfusions sanguines.

*Au Cameroun* par contre, l'évolution du VIH est rapide. La prévalence a progressé de 0,5 pourcent en 1982 à 2 pourcent en 1992 et 11 pourcent en 2002 (DSRP Cameroun 2003).

*Graphique 2*

**Evolution de la prévalence (population âgée de 15 à 49 ans) du VIH/SIDA**



Source : MINSANTE

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans est de 3,2 pourcent (4,8 pourcent chez les femmes et 1,4 pourcent chez les hommes). Il est estimé que le Cameroun compte environ 122 670 orphelins du SIDA<sup>32</sup>. L'infection varie chez les femmes selon les provinces comme le montre le tableau 9.

<sup>32</sup> (UNAIDS/WHO, 2006)

Tableau 9

**Disparités régionales dans la prévalence du VIH/SIDA chez les 15-49 ans, 2000**

Region	
National	11,8
Nord Ouest	11,9
Sud Ouest	11
Nord	1,7
Extreme Nord	2,2
Yaoundé	10,9

Ces taux élevés de prévalence placent le Cameroun parmi les pays les plus touchés par la pandémie. Ils peuvent avoir un impact négatif important sur les activités économiques du pays, la productivité, le PIB et sa croissance. Il a été estimé que le VIH/SIDA diminuerait le PIB du Cameroun de 0,5 à 1,2 pourcent<sup>33</sup>.

Au Cameroun, le VIH SIDA a par ailleurs tendance à créer une demande plus grande pour les services de santé publique. Les malades du SIDA utilisent plus les formations sanitaires publiques que les adultes victimes d'autres maladies.<sup>34</sup> Le système de santé, déjà faible, n'est pas en mesure de répondre à une demande de services supplémentaires des malades du VIH d'autant plus que les travailleurs de la santé sont eux-mêmes victimes de la pandémie.

**La Gambie** a un taux faible de séroprévalence du VIH, estimé en 2003 à 2,2 pourcent parmi la population de 15-49 ans<sup>35</sup>, et en 2005 à 2,4 pourcent. Le premier cas de SIDA a été diagnostiqué en 1986. Depuis lors, plusieurs enquêtes ont été menées pour estimer la séroprévalence des différents types de virus VIH, le VIH-1 aussi bien que le VIH-2, dans la population sexuellement active ou des femmes enceintes. Le profil épidémiologique du VIH/SIDA en Gambie reflète les caractéristiques suivantes: les relations sexuelles sont le principal mode de transmission et les taux de prévalence les plus élevés sont enregistrés, pour les deux sexes, dans la tranche d'âge des 20-25 ans<sup>36</sup>. Les rapports sexuels non-protégés induisent 90 pourcent des cas de SIDA enregistrés en Gambie. Les autres causes sont la transmission de la mère à l'enfant et le partage de seringues infectées.

Très peu de données existent sur les infections pédiatriques par le VIH. Les cas d'infection dans la tranche d'âge des 0-14 ans sont peu nombreux mais existent néanmoins. La transmission de la mère à l'enfant est le mécanisme principal des infections enregistrées chez les moins de 5 ans<sup>37</sup>.

Aucune évaluation formelle de l'impact du VIH/SIDA n'a été conduite jusqu'à présent en Gambie. Il est par ailleurs évident que le VIH/SIDA crée une demande additionnelle sur le faible système de santé existant. La dépistage volontaire et le test, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et les services offrant les traitements aux anti-rétroviraux, exigent des

<sup>33</sup> Kambou, Deverajan and Over, 1991

<sup>34</sup> (Ainsworth and Over 1999).

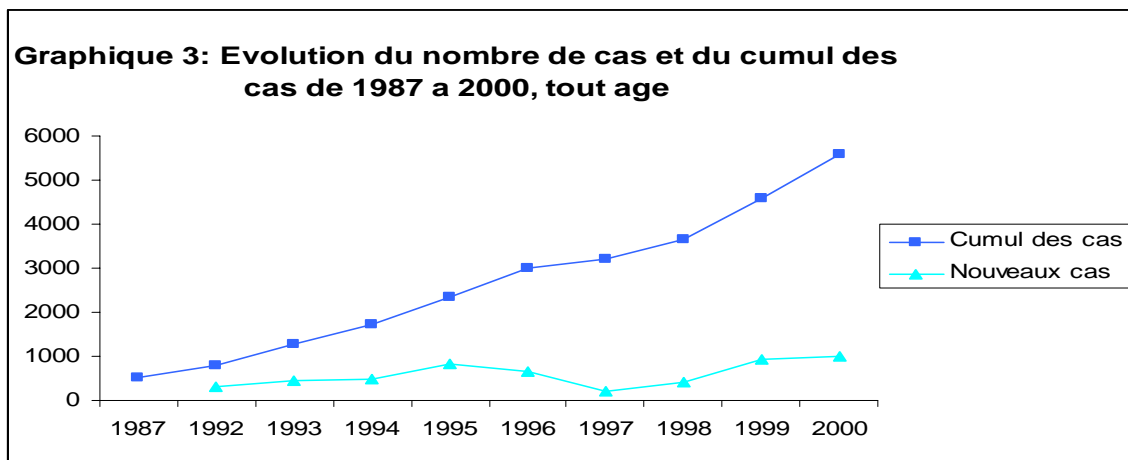
<sup>35</sup> Epidemiological Fact sheet on HIV/AIDS and Sexually transmitted infections, WHO, UNICEF, UNAIDS, European Union

<sup>36</sup> Common Country Assessment, UN System, Banjul, November 2005

<sup>37</sup> National AIDS Secretariat, 2003, HIV/AIDS Strategic Framework 2003 – 2008

ressources additionnelles en personnel, en produits de laboratoire, en équipement et autres matériels. Les services fournissant le traitement anti-rétroviral sont limités et doivent couvrir un nombre croissant de personnes infectées par le VIH<sup>38</sup>.

*Au Niger*, le premier cas de SIDA a été notifié en 1987 dans la région d'Agadez dans le nord du pays. Treize ans après, 5 598 cas de VIH/SIDA cumulés ont été notifiés<sup>39</sup>. Malgré les insuffisances du système de notification des cas de VIH/SIDA et les défaillances du système de séro surveillance sentinelle chez les femmes enceintes, on note une rapide expansion de l'épidémie dans la frange la plus productive de la population : 18 cas en 1987, 1 014 nouveaux cas d'infections à VIH pour l'année 2000. Parmi ces cas, 66 pourcent des personnes ont entre 20 et 49 ans. Le ratio homme/femme est de 1,85. Toutefois, ce ratio est de 0,25 pour les personnes de la tranche d'âge de 15 à 19 ans (soit un garçon pour quatre filles).



Malgré le peu d'information disponible, l'ONUSIDA estime le nombre d'enfants nouvellement infectés à 8.000 par an. L'absence d'études et de données fiables ne permet pas de déterminer le nombre d'orphelins, veufs, et veuves du SIDA. Toutefois si l'on observe certaines régions du pays, comme dans le Centre Hospitalier Régional de Tahoua, la demande en assistance sociale concerne les orphelins et veuves du SIDA. Le nombre d'enfants de la rue a augmenté même s'il est difficile de déterminer la part liée au VIH/SIDA. Les attitudes de la société vis-à-vis du VIH sont la compassion pour beaucoup, la méfiance et la crainte d'être contaminés pour d'autres. La solidarité familiale existe toujours mais l'épuisement de la prise en charge matérielle liée à la chronicité de la maladie explique parfois les abandons. Les groupes stigmatisés sont surtout les personnes en situation d'exode et les prostituées. Dans certaines régions, les veuves et les étrangers ont été cités.

En conclusion, le VIH et SIDA frappent le plus celui des quatre pays au revenu national le plus élevé. Le Cameroun est également le pays le plus urbanisé. Il a un taux de scolarisation relativement élevé, mais n'a pas un investissement public dans les secteurs sociaux très élevé. La Gambie, deuxième pays le moins pauvre des quatre et deuxième plus urbanisé, avec des taux de scolarisation comparables à celui du Cameroun, investit un peu plus dans la santé et a un taux

<sup>38</sup> Common Country Assessment, UN System, Banjul, November 2005

<sup>39</sup> République du Niger, Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST, 2002, p.18

de prévalence du VIH qui se situe à la moitié de celui du Cameroun. Autre caractéristique qui différencie le Cameroun des quatre autres pays est que le pays compte beaucoup plus de chrétiens, les trois autres pays étant à prédominance musulmane. Le Burkina Faso et le Niger sont deux pays sahéliens parmi les plus pauvres. Ils ont des taux de scolarisation et un taux d'urbanisation bas. Aucun des deux n'investit de façon importante dans les services sociaux de base. Le taux de prévalence est le plus bas au Niger. Il est un peu plus élevé au Burkina, mais fait marquant, au Burkina Faso la prévalence du VIH serait en diminution, surtout en zones urbaines. Un autre fait marquant est que le Burkina Faso semble mettre plus de volonté politique au service de la lutte contre le VIH/SIDA que les trois autres pays. Aussi bien au Cameroun qu'en Gambie, les deux pays où les systèmes de santé fonctionnent relativement bien, il est signalé que la charge que font peser les malades du SIDA sur le système de santé est considérable. Malgré plus de 20 ans de lutte contre le VIH, les pays manquent encore de données et d'analyses épidémiologiques et sociologiques fines permettant de bien comprendre le comportement du VIH et de son impact.

### 3.3. VIH-SIDA et Vulnérabilité

#### 3.3.1. La pauvreté

Les quatre pays sont pauvres mais les pays sahéliens le sont de façon plus marquée.

*Tableau 5*

	HDI rank	HDI value	Human Poverty Index rank	Human Poverty Index value	Population living with < 1\$/day	Population living with < 2\$/day
Burkina	175	0.317	102	64.2	44.9	81.
Cameroun	148	0.497	67	36.2	17.1	50.6
Gambia	155	0.470	88	44.7	59.3	82.9
Niger	177	0.281	103	64.4	61.4	85.3

Source: Human Development Report 2005<sup>40</sup>

***Au Burkina Faso***, les résultats des trois enquêtes prioritaires effectuées par le Gouvernement en 1994, 1998 et 2003 décrivent une stagnation de l'incidence de la pauvreté. La profondeur de la pauvreté a légèrement augmenté, indiquant que les pauvres se sont davantage éloignés du seuil de pauvreté. Par contre, la sévérité est restée stable au cours de la période.

<sup>40</sup> The Human Development Index (HDI) is a composite index that measures average achievements in a country in 3 basic dimension of human development: a long and healthy life (as measured by life expectancy at birth), knowledge (as measured by adult literacy rate and combined gross enrolment rates for primary, secondary and tertiary schools), and a decent standard of living (measured by GDP per capita in purchasing power parity US dollars). The Human Poverty Index (HPI) is a composite index measuring the deprivations in these three basic dimensions captured in the HDI, and also capturing social exclusion for the developed countries (HPI-1 for poor countries and HPI-2 for rich countries). The UNDP Human Development Report ranks all countries according to the HDI and to the HPI-1 and HPI-2;

Tableau 6

**Evolution de la pauvreté**

	1994	1998	2003
Incidence de la pauvreté (%)	44,5	46,4	45,3
Profondeur de la pauvreté (%)	13,9	13,7	15,5
Severite de la pauvreté (%)	6	5,9	5,9

La pauvreté en milieu urbain s'est accentuée tant du point de vue de l'incidence que de la profondeur. Tous les indices relatifs au milieu urbain ont pratiquement doublé entre 1994 et 2003<sup>41</sup>. En dépit de l'aggravation sensible en milieu urbain, la pauvreté au Burkina Faso demeure un phénomène essentiellement rural. L'enquête burkinabé sur les conditions de vie des ménages qui indique le niveau de discrimination entre les femmes et les hommes et que l'on peut exprimer par l'écart des incidences de pauvreté, est de 1,4 point au profit des hommes. Les femmes contribuent également plus que les hommes à l'incidence globale de la pauvreté au niveau national (52 pourcent contre 48 pourcent) et la sévérité de la pauvreté chez les femmes est légèrement supérieure à son niveau chez les hommes.

*Au Cameroun*, l'incidence et la profondeur de la pauvreté sont reflétées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 8

**Evolution du taux de pauvreté au Cameroun**

	1996	2001	Variation en %
Incidence (P0)			
Rural	59,6	49,9	-16,3
Urbain	41,4	22,1	-46,6
total	53,3	40,2	-24,6
Profondeur (P1)			
Rural	21,5	18,3	-14,9
Urbain	14,7	6,3	-57,1
Total	19,1	14,1	- 26,2

Source: DSCN, Rapports ECAM I et II

On constate, ici aussi, que la pauvreté est un phénomène doublement plus important en milieu rural qu'en milieu urbain. Elle est plus prononcée dans la zone forestière et dans les hauts plateaux. Bien qu'elle ait connu un recul récent dans ces deux zones, elle a augmenté dans la zone de savane notamment dans la zone du nord et de l'extrême nord. Les inégalités sont restées constantes depuis 1995 (G = 0,406 en 1995 et 0,408 en 2001).

<sup>41</sup> Le tableau 1, en annexe, donne les indices de pauvreté selon le milieu de résidence de 1994 à 2003.



*En Gambie*, la profondeur et la sévérité de la pauvreté s'élèvent à respectivement 25,9 et 14,3 pourcent. Bien qu'en Gambie la pauvreté soit généralement un phénomène rural, on constate aussi une augmentation de la pauvreté urbaine. La comparaison de ces données avec des données antérieures démontre une stagnation des niveaux de pauvreté : de 60 pourcent en 1992, à 63 pourcent en 1998 et 61 pourcent en 2003. Les ménages pauvres sont plutôt ruraux, ont un niveau d'éducation bas, sont polygames ou ont une femme ou une veuve comme chef de ménage, et sont des familles nombreuses de plus de 7 personnes.

*Au Niger*, le pays le plus pauvre du monde, une étude menée pour évaluer la pauvreté selon la perception des personnes<sup>42</sup>, montre que la pauvreté touche en moyenne 70 pourcent des ménages et qu'elle est plus élevée en milieu rural (75 pourcent) qu'en milieu urbain (48 pourcent). De même, l'incidence de la pauvreté varie d'une région à l'autre. Elle est la plus élevée dans les régions de Dosso, Diffa et Tillabéri où elle dépasse la moyenne nationale : 85, 81 et 80 pourcent respectivement. Les résultats de l'étude montrent aussi que les ménages de petite taille (1 à 3 personnes) sont moins touchés par la pauvreté que ceux de taille moyenne ou grande (4 à 12 personnes) et que les ménages dont le chef a un certain niveau d'instruction sont en général moins pauvres que ceux dont le chef n'a aucune instruction.

En conclusion, les deux pays enclavés ont un Indice de pauvreté humaine<sup>43</sup> significativement plus élevé que les deux pays côtiers. Cependant, en examinant la distribution du revenu, on constate que près de 60 pourcent de la population en Gambie vit avec moins d'un dollar par jour, alors qu'au Burkina Faso, pays beaucoup plus pauvre, la proportion de personnes vivant avec moins d'un dollar par jour est d'environ 45 pourcent. Par rapport aux mesures nationales de pauvreté, les pays côtiers s'évaluent avec un nombre de personnes vivant en pauvreté relativement important. En comparaison, le Burkina Faso, qui dispose de moins de ressources, évalue sa proportion de personnes vivant en pauvreté à peine à 5 points de pourcentage de plus que le Cameroun. En ce qui concerne les différentes facettes de la pauvreté, les chiffres sont peu comparables d'un pays à l'autre et pas toujours disponibles ou actuels. Il n'a pas été possible dans le cadre de cette étude de vérifier si les populations pauvres sont plus affectées par le VIH.

### **3.3.2. Les autres aspects de la vulnérabilité**

Une revue assez exhaustive des facteurs de vulnérabilité<sup>44</sup> au niveau individuel, du ménage, de la communauté, de l'environnement et des institutions, a été publiée par *The Lancet* en 2004<sup>45</sup>. Elle examine cette vulnérabilité face aux trois grands fléaux visés par l'OMD 6 – le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose - et en souligne la complexité. Elle rappelle que les approches initiales, mises en œuvre dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, ciblaient des «groupes à haut risque», comme les travailleurs du sexe, les camionneurs, les militaires. Cette approche attribuait la responsabilité du changement nécessaire aux individus. Elle a été critiquée parce

---

<sup>42</sup> ...selon une approche relativement nouvelle, qui ne comporte aucune définition prédéterminée de la pauvreté et selon laquelle les personnes interrogées définissent elles-mêmes la pauvreté

<sup>43</sup> Un indicateur composite qui mesure les privations et santé, en éducation et en revenu, développé par le PNUD.

<sup>44</sup> UNAIDS in its 2006 Report on the Global Aids Epidemic, defines HIV Risk and vulnerability as follows: "HIV risk can be defined as the probability of an individual becoming infected by HIV either through his or her own actions, knowingly or not, or via another person's actions. Vulnerability to HIV reflects and individual's or community's inability to control their risk of HIV infection. Poverty, gender inequality and displacement as a result of conflict of natural disasters are all examples of social and economic factors that can enhance people's vulnerability to HIV infection.

<sup>45</sup> I. Bates, C. Fenton, J. Gruber, D. Laloo, A. Medina Lara, S. Squire, S. Theobald, R. Thomson and R. Tolhurst, Vulnerability to malaria, tuberculosis and HIV/AIDS infection and disease. Part I and II, *The Lancet Infectious Diseases* – Vol 4, Issues 5 and 6, May and June 2004.

qu'elle ignorait les facteurs économiques et sociaux qui empêchent les personnes de changer. Plus récemment, l'attention s'est plutôt portée sur une meilleure compréhension des processus nombreux et complexes qui interagissent pour rendre les personnes et les communautés vulnérables à l'infection du VIH/SIDA. La revue conclut que les jeunes, en particuliers les filles et jeunes femmes restent parmi les populations les plus vulnérables. Certains contextes de travail et de migration augmentent aussi la vulnérabilité. Comme le VIH et le SIDA sont des révélateurs, des amplificateurs des problèmes dans les sociétés, ils augmentent la pauvreté et la vulnérabilité des personnes et des communautés<sup>46</sup>.

Une autre revue<sup>47</sup>, également parue dans *The Lancet*, rappelle qu'en Afrique au Sud du Sahara, certaines traditions et développements socio-économiques ont contribué à la progression rapide de l'infection au VIH. Des aspects tels la position subordonnée des femmes, l'appauvrissement et le déclin des services sociaux, l'urbanisation et la modernisation rapides, les guerres et les conflits ont un impact sur la vulnérabilité. Dans nombre de pays d'Afrique, les communautés sont prisonnières d'un cercle vicieux de l'épidémie au VIH qui entraîne une mortalité élevée des jeunes et des personnes économiquement productives et mène ainsi à plus de pauvreté. La maladie et la charge des malades et tous les coûts qui les accompagnent, affectent plus les femmes. Pour ce qui est du contexte, l'accès à l'information, - non seulement pour les personnes vulnérables elles-mêmes, mais également pour ceux qui les entourent (personnel des services et leaders communautaires et politiques) -, les politiques de développement et la qualité des services sont des facteurs importants qui touchent à la vulnérabilité des personnes et des communautés. Bates et al.<sup>48</sup> concluent que beaucoup de facteurs de vulnérabilité ont un rapport avec le manque de pouvoir. Aussi proposent-ils de mettre l'emphase sur les facteurs de résilience (qui augmentent le bien-être), plutôt que sur les aspects négatifs associés à la vulnérabilité.

Comment se présente alors l'analyse de la vulnérabilité dans les quatre pays sous étude ?

**Au Burkina** : l'analyse de la pauvreté – dans le CSLP – nous montre l'aggravation de la pauvreté dans les zones urbaines ainsi que la plus grande vulnérabilité des femmes, mais ne montre pas de lien éventuel avec l'infection VIH qui, dans la littérature est par ailleurs souvent associé avec ces deux facteurs. Aussi bien dans l'analyse que dans la réponse, le VIH est mentionné régulièrement, des programmes spécifiques sont mis en place, mais les études montrant l'impact ou le lien entre VIH et pauvreté restent basées sur des données anciennes ou non spécifiques. Il serait important de mieux quantifier l'impact de l'épidémie sur le développement du pays en analysant les coûts ainsi que la perte de productivité.

**En Gambie**, des différences dans le taux d'infection sont enregistrées entre les secteurs urbains et ruraux, avec une incidence plus élevée en milieu rural. Sibanor, une petite ville du district occidental (Western Division), présente, de manière constante, au cours des 5 dernières années,

---

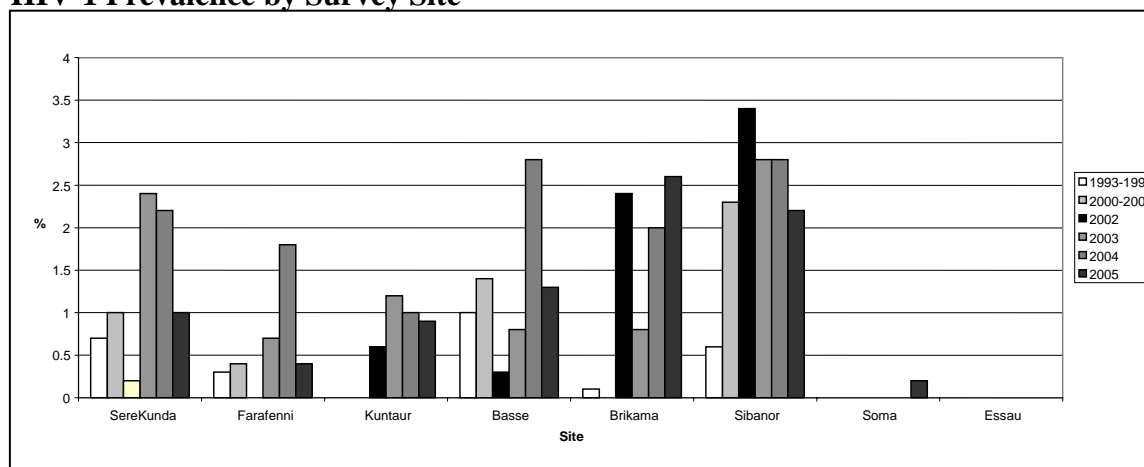
<sup>46</sup> Victor Ukpoko précise : "our study results show a significantly negative relationship between AIDS and growth. ....the link between AIDS and growth in Africa.....The results support the existence of bi-directional causal relationship between AIDS and growth in Africa for the period studied"

<sup>47</sup> Anne Buvé, Kizito Bishikwabo-Nsarhaza et Gladys Mutangadura, The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa, *The Lancet* 2002; 359:2011-2017,

<sup>48</sup> I. Bates, C. Fenton, J. Gruber, D. Laloo, A. Medina Lara, S. Squire, S. Theobald, R. Thomson and R. Tolhurst, *ibidem*.

la plus forte prévalence de VIH-1, avec un pic de 3,4 pourcent en 2002<sup>49</sup>, comparée à 0,2 pourcent dans le centre urbain densément peuplé de SereKunda<sup>50</sup>.

*Graphique 3*  
**HIV-1 Prevalence by Survey Site**



Source: NAS, National Sentinel Surveillance Survey Report 2005

Sibamor et Basse, où les taux les plus élevés de VIH/SIDA ont été enregistrés en 2004, sont situées dans des districts ruraux, le district occidental (WD) et le district du Haut-Fleuve (URD) qui accusent des niveaux élevés de pauvreté<sup>51</sup>.

Les activités sexuelles commencent très tôt, dès la puberté parfois, chez les femmes gambiennes. Ceci est lié aux mariages précoces avec des hommes beaucoup plus âgés et à risque élevé d'être déjà infectés. Les pratiques culturelles, telles la mutilation génitale, augmentent les risques d'infection chez les jeunes filles. La stigmatisation des personnes séropositives contribue aussi à l'expansion de la maladie, vu qu'elle provoque chez les personnes infectées la crainte de révéler leur statut à leurs partenaires sexuels. Le Bilan Commun de Pays du SNU, en 2005, conclut qu'en plus des pratiques traditionnelles telles que l'héritage des épouses et l'information insatisfaisante et inadéquate sur le VIH/SIDA, les causes structurelles du HIV/SIDA incluent la pauvreté.

La vulnérabilité associée à la pauvreté peut aider à expliquer les forts taux de prévalence du VIH chez les jeunes femmes, en particulier les travailleuses sexuelles, qui souffrent, d'une façon disproportionnée, du manque d'opportunités économiques et éducationnelles. Des études indiquent qu'elles s'engagent dans le commerce sexuel en guise de stratégie de survie ou d'allègement de la pauvreté<sup>52</sup>.

**Au Niger** - Le taux de séroprévalence varie en fonction des groupes cibles et des localités. Toutefois il est plus élevé chez les prostituées où il a atteint jusqu'à 27,90 pourcent à Dirkou

<sup>49</sup> National AIDS Secretariat, 2005, National Sentinel Surveillance Survey Report 2005

<sup>50</sup> National AIDS Secretariat, 2003, HIV/AIDS Strategic Framework 2003 – 2008

<sup>51</sup> Une étude entreprise pour passer en revue les progrès de la Gambie vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire au niveau local a indiqué qu'en 1998 des niveaux très élevés de pauvreté ont été enregistrés dans les secteurs ruraux, notamment dans l'URD.

<sup>52</sup> National AIDS Secretariat, 2003, HIV/AIDS Strategic Framework 2003 – 2008

(département d'Agadez) en 1995, à Firji (département de Maradi, village frontière avec le Nigeria), 35 pourcent en 2000 et 50 pourcent à Komabangou (site aurifère dans le département de Tillabéry) en 2001. Une seule étude de séroprévalence du VIH a été faite chez les routiers en 1993 révélant 3,4 pourcent de prévalence. Parmi les malades tuberculeux, la séroprévalence du VIH était de 7,1 pourcent à Niamey en 1991, 11,6 pourcent à Diffa en 1994 et de 22,4 pourcent dans le département de Tahoua en 2001.

Une diminution du revenu du ménage a été constatée lorsque l'un ou les deux conjoints sont malades. Dans les entreprises et sociétés, il existe des personnes infectées dont la plupart sont au stade de Sida. L'impact sur la production n'est pas encore évalué. Les frais de prise en charge médicale au niveau des entreprises, remboursés par paiement direct de 80 à 100 pourcent selon les structures, ont connu une augmentation non chiffrée.

Selon une étude de la FAO, les impacts du SIDA sont multiples et multiformes, notamment en milieu rural. L'étude révèle que l'impact de la maladie sur l'exploitation de la terre n'est ressenti que lorsque la personne infectée est elle-même chef de famille exploitant le(es) champ(s) ou alors lorsqu'il s'agit d'un migrant résidant ailleurs et qui est le soutien de la famille. Quand le chef de famille meurt, le champ est cultivé par les enfants et leur mère, et les conséquences se traduisent par une baisse de la production. Dans ce cas de figure, d'autres conséquences à long terme seront que les enfants non encadrés, abandonnés à eux-mêmes ne pourront acquérir le savoir faire que leurs parents leur auraient transmis. Il convient de noter que l'avènement du VIH/SIDA, dans les villages notamment, n'est pas sans provoquer des perturbations sociales tant du point de vue de l'organisation que dans les logiques culturelles des communautés en présence (dissémination et rejet des personnes vivant avec le VIH/SIDA, abandons des veuves et orphelins, dislocation des ménages, changement des schémas culturels).

**Au Cameroun**, les jeunes de 15 à 24 ans constituent une population vulnérable dans la mesure où à cette période de la vie les relations sexuelles sont généralement instables et le multi partenariat fréquent. L'EDS III révèle une situation préoccupante chez les jeunes et plus particulièrement les jeunes femmes. La prévalence du VIH chez les femmes présente de très fortes variations selon l'état matrimonial. Les femmes en rupture d'union ont une prévalence trois fois plus élevée que celles en union (18,5 pourcent contre 6,2 pourcent). Le taux de prévalence est plus élevé parmi les veuves (26,4 pourcent). Les femmes en union monogame ont une prévalence plus élevée que celles en union polygame (6,6 pourcent contre 5,5 pourcent)<sup>53</sup>.

En conclusion, dans les quatre pays sous étude, il y a un manque singulier d'information détaillée et d'analyse fine au sujet du lien entre la pauvreté, la vulnérabilité et le VIH/SIDA. Il y a quelques analyses sur les disparités régionales et parfois selon les sexes. Les plans et stratégies sont cependant condamnés à se contenter des données éparées, peu comparables, parfois anciennes et non spécifiques.

---

<sup>53</sup> Cameroun: plan de lutte contre le VIH/SIDA, 2006-2010).

## **4. La réponse des pays dans les DSRP et les plans nationaux VIH SIDA**

### **4.1. Dans ce contexte de vulnérabilité, qu'en est-il de l'efficacité des interventions dans le monde ?**

Examinons rapidement cette question en arrière plan des réponses données par chaque pays. The Lancet<sup>54</sup> a récemment publié une étude sur le rapport coût/efficacité des interventions de lutte contre le VIH et le SIDA en Afrique. Constatant la rareté de bonnes études sur l'efficacité et l'efficience des interventions et reconnaissant du coup la limite de leur analyse, les auteurs en arrivent néanmoins à des conclusions assez intéressantes. Tout d'abord les rapports coût/efficacité des interventions varient beaucoup. Un cas de VIH/SIDA peut être prévenu à 11 \$ et un DALY gagné à 1 \$ par des mesures de sécurité sanguine et par la distribution ciblée de préservatifs combinées au traitement des maladies sexuellement transmissibles. Une dose unique de niverapine combinée à un traitement court à la zidovudine pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant ou le conseil et le dépistage volontaires ou encore le traitement pour la tuberculose, coûtent moins de 75 \$ par DALY gagné. D'autres interventions, tel le lait artificiel pour les nourrissons, les programmes de soins à domicile, les traitements des adultes aux anti rétroviraux, coûtent plusieurs milliers<sup>55</sup> de dollars par infection prévenue et plusieurs centaines de dollars par DALY gagné.

L'étude reconnaît cependant qu'en pratique d'autres considérations que le coût efficacité doivent être prises en compte. La faisabilité économique est une dimension importante. Le coût de ne rien faire doit également être pris en compte et est parfois bien supérieur au coût d'une intervention. Il y a beaucoup de pression sur les gouvernements pour financer des interventions moins coût efficaces. Le coût très élevé des programmes de soins et de soutien aux Personnes vivant avec le VIH doit être évalué à la lumière de l'importance de ce type de programme pour la création d'un environnement qui habilite les personnes à contribuer à la résolution de leurs propres problèmes.

Dans un autre article paru dans The Lancet<sup>56</sup>, Kevin De Cock et al. plaident pour un investissement plus important dans le dépistage systématique étant donné la menace que constitue le VIH/SIDA pour les sociétés en Afrique. Ils regrettent que la maladie ne soit pas traitée comme d'autres crises sanitaires et trop entourée «d'exceptionnalisme» qui, d'après les auteurs, a peut-être contribué à ralentir ou rendre plus difficile une réponse effective.

Les jeunes à risque, quant à eux, ne sont pas organisés et ne peuvent pas aussi bien plaider leur cause. Pourtant la prévention est plus coût/efficace. Une estimation faite par l'OMS a démontré

---

<sup>54</sup> Andrew Creese, Katehrine FLoyd, Anita Alban et Lorna Guinness, Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa : a systematic review of the evidence, The Lancet 2002; 359:1635-1642.

<sup>55</sup> Depuis la date de cette revue il est à noter le coût pour une traitement par ARV est devenu beaucoup moins cher pour tomber aujourd'hui à 140 US dollars par an.

<sup>56</sup> Kevin De Cock, Dorothy Mbori-Ngacha, Elizabeth Marum, Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century, the Lancet 2002, 360 :67-72.

par exemple qu'avec 400 millions de dollars de plus par an on pouvait chaque année soit traiter 750.000 personnes supplémentaires soit prévenir 1 million de nouvelles infections.

### **Vulnérabilité et efficacité – quelles pistes pour l'action future ?**

Peter Piot<sup>57</sup>, se référant à la Rencontre de Haut Niveau dans le cadre l'Assemblée Générale des Nations unies de juillet 2006, énumère les ingrédients du succès de la lutte future contre le VIH/SIDA : 1) maintenir le VIH et le SIDA comme une priorité pour l'agenda d'action publique au niveau global comme au niveau local, 2) assurer un financement pérenne et prédictible (estimé à 20-23 milliards de US\$ par an pour les pays à revenu bas et moyen en 2010), 3) s'assurer que les ressources soient utilisées de façon efficace et efficiente dans le cadre d'une mise à échelle de la prévention et du traitement d'ici 2010<sup>58</sup>, tenant compte des réalités locales, investissant dans les capacités (ressources humaines, gestion, achats) et promouvant les « 3 Principes »<sup>59</sup>, 4) s'attaquer aux causes structurelles de l'épidémie (inégalité des sexes, stigma et discrimination autour de l'homosexualité et de la sexualité en général, pauvreté), 5) accélérer les recherches autour des innovations. Peter Piot finit par plaider pour le maintien de l'exceptionnalité du VIH/SIDA dans l'agenda de développement, mais intégré au centre des plans de développement, sans en faire seulement une cible parmi tant d'autres.

## **4.2. Les DSRP et Plans sectoriels se réfèrent-ils à la vulnérabilité ?**

*Au Burkina Faso*, l'importance et la complexité des problèmes posés par la progression du VIH/SIDA ont conduit le gouvernement à considérer l'épidémie non seulement comme un problème de santé publique mais aussi comme un problème de développement. Les conséquences du VIH/SIDA sur l'ensemble des secteurs économiques et sociaux sont décrites à plusieurs endroits dans le DRSP<sup>60</sup>. Sur la base de ces éléments, la lutte contre le VIH/SIDA a été identifiée par le Gouvernement du Burkina comme une des huit priorités de développement dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP).

Elle est intégrée dans l'axe 2 du DSRP, qui cible l'amélioration de l'accès des pauvres aux services sociaux de base et de protection sociale à travers la mise en œuvre de programmes favorisant l'accès à l'éducation, à la santé/nutrition (y compris la lutte contre le VIH/SIDA), à l'eau potable et l'assainissement (y compris la lutte contre la pollution), à l'habitat et la protection. Il faut noter que dans ce deuxième axe, le volet éducation ne mentionne à aucun moment ni le VIH, ni les programmes d'acquisition de compétence de la vie courante. La

---

<sup>57</sup> Peter Piot, AIDS: from crisis management to sustained strategic response, in *The Lancet*, Vol. 368, August 2006.

<sup>58</sup> Dans *Intensifying HIV prevention, UNAIDS policy position paper*, 2005, p. 14, il est dit que : "mathematical modeling by Salomon et al., comparing a range of scenarios shows that in the scenario in which effective HIV prevention and treatment are scaled up jointly, the benefits both in terms of new HIV infections and deaths averted are greatest."

<sup>59</sup> *One* strategic framework, *one* coordinating body and *one* monitoring and evaluation framework

<sup>60</sup> Le DSRP mentionne une série d'effets qu'entraîne l'épidémie du VIH i) il se réfère à une étude ancienne réalisée par la Banque Mondiale en 1994 établissant le coût total du VIH/SIDA à 8,5 millions de dollars par an pour un niveau de séroprévalence de 3 % ; ii) les impacts du manque d'action - une réduction de 5 ans de l'espérance de vie à la naissance (soit 1/5 des progrès réalisés depuis 1950) ; - des effets sur plusieurs secteurs importants de l'économie ; - une augmentation des dépenses de santé pour l'Etat entre 33 et 43 % ; - le doublement ou triplement de la mortalité des travailleurs actifs, cadres et ouvriers des services publics et du privé, ce qui contribuerait à accroître le coût du travail et diminuer la qualité et la quantité des services ; ii) dans le secteur rural, les exploitations agricoles se trouvent de plus en plus vulnérables du fait d'une réduction de la main d'œuvre ainsi que d'une diminution des ressources financières des ménages ;iii) il se réfère à des études faites par la FAO en 1997 montrant que près de 20 % des familles rurales au Burkina Faso réduisent ou abandonnent leurs exploitations à cause du SIDA. Ceci accroît l'insécurité alimentaire et la pauvreté des ménages. Sur les exploitations agricoles, elles se manifestent sous forme de chaîne de répercussions successives : l'affaiblissement et la réduction de la main d'œuvre agricole et la réduction des ressources financières ; iv) les transferts des migrants ( qui sont très importants pour le pays - 40 à 45 milliards de FCFA en moyenne par an de 1990 à 1999 -) enregistrent une contraction du fait du SIDA et cela n'est pas sans répercussions au niveau du milieu rural ; vi) l'impact du VIH/SIDA est de plus en plus visible sur la force de travail, le niveau de revenu et de bien-être des ménages et sur la structure de production de l'économie.

problématique liée au VIH est relativement bien couverte, y inclus 3 domaines prioritaires pour l'UNICEF (PTME, SIDA Pédiatrique, Protection des orphelins et des enfants vulnérables). La prévention du VIH chez les jeunes est moins développée.

Le VIH se retrouve dans le secteur santé mais il a un volet spécifique qui lui est consacré ainsi qu'une ligne budgétaire. La situation des orphelins est prise en compte dans le volet protection sociale et une allocation budgétaire substantielle lui est allouée.

Le plan d'action national VIH/SIDA 2006-2010 s'est développé sur la base du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) de 2000 révisé en 2003. La santé et la lutte contre le VIH/SIDA font partie des domaines prioritaires de cette stratégie nationale. Par ailleurs pour plus de synergie dans les actions, le Gouvernement a adopté en 2000 une Politique sanitaire nationale (PSN) et en 2001 un Plan national de développement sanitaire (PNDS). Les références au CSLP sont très fréquentes, mais les modalités d'engagement entre les deux cadres ne sont ni décrites, ni claires.

*Le Cameroun* fait des efforts pour lutter contre le VIH SIDA. Il y a eu la préparation du plan de lutte contre la pandémie depuis 1986. Les premiers cas de SIDA ont été signalés en 1986. La mise en place d'un comité de lutte contre le SIDA aussi en 1986. Les plans 2000-2005 et celui 2006-2010 sont beaucoup plus détaillés que leurs prédécesseurs. Ils contiennent des cibles chiffrées pour chacune des priorités. Ils ont une estimation des coûts et tentent de préciser davantage les rôles des différents acteurs dans la lutte contre la pandémie.

Le plan 2000-2005 avait pour domaines prioritaires la prévention de la transmission du VIH/SIDA, la prévention de la transmission par voie sanguine, la prise en charge des cas de VIH SIDA, la protection et la promotion des droits des PVVIH, la promotion de la recherche et la coordination du programme.

Le nouveau Plan National de lutte contre le VIH 2006-2010 a pour principaux axes stratégiques: 1) vers l'accès universel à la prévention en faveur des groupes cibles prioritaires, 2) vers l'accès universel aux traitements et soins en faveur des enfants et des adultes vivant avec le VIH/SIDA, 3) protection et soutien aux OEV, 4) appropriation de la lutte par les acteurs, 5) promotion de la recherche et de la surveillance épidémiologique et 6) renforcement de la coordination, de la gestion, du partenariat et du suivi/évaluation. Les aspects concernant les enfants et le VIH semblent être mieux pris en compte dans le plan 2006-2010. Les financements de ce plan ne sont cependant pas bouclés et une proportion beaucoup trop importante devait être couverte par les donateurs (80 pourcent parfois). Il n'est pas clair que le plan cible le profil épidémiologique des différentes régions du pays. Il n'y a pas de plans régionaux de lutte contre le VIH.

Le VIH n'est pas identifié comme étant une cause de la pauvreté dans le DSRP. Sur l'axe du renforcement des institutions pour le succès de la lutte contre la pauvreté, le DSRP ne traite pas de la nécessité de renforcement des capacités institutionnelles, de planification et de coordination de la lutte contre le VIH SIDA. La pandémie n'est pas considérée dans ses aspects multisectoriels. Les objectifs chiffrés du plan national ne sont pas repris dans le DSRP, même pas en partie. Il n'y a pas de plan à court terme de lutte contre le VIH avec des cibles et

indicateurs dans la SRP, même si un indicateur du VIH a été retenu parmi les indicateurs clés de réduction de la pauvreté.

En ce qui concerne le financement de la lutte contre le VIH SIDA : le cadre de dépenses à moyen terme (CMDT) de la stratégie sectorielle santé du Cameroun inclut le VIH avec des montants relativement importants (35 milliards FCFA en 2005 et 32 milliards FCFA en 2006), même s'ils sont en diminution. Comme le budget global montre un manque de financement important, il n'est pas sûr que ces montants soient effectivement disponibles. Les contributions financières autres que celles du budget de l'état sont regroupées (ressources PPTE, banque mondiale etc.). Il est nécessaire de chercher d'autres documents qui contiennent ces données et surtout des documents qui pourraient donner une idée des dépenses réellement effectuées.

*En Gambie*, les actions visant à lutter contre la pauvreté ont débuté en 1994, avec la première stratégie nationale de réduction de la pauvreté SRP I. Après 5 ans d'exécution, le gouvernement a conçu la SRP II comme un instrument intersectoriel de planification à moyen terme. La SRP II est intégrée dans les cycles normaux de planification et d'exécution et précise les priorités de la lutte contre la pauvreté telles établies dans le programme de gouvernement 2002 – 2005<sup>61</sup>.

La SRP II propose une stratégie de réponse basée sur un cadre macro-économique à moyen terme, liant la croissance économique à la réduction de pauvreté. L'objectif ultime de la stratégie est de favoriser la croissance économique et de réduire les disparités dans l'accès aux services sociaux et aux opportunités économiques. Le cadre macro-économique met l'emphase sur cinq objectifs : i) renforcer les finances publiques en vue de réduire le déficit budgétaire et de diminuer le niveau élevé de la dette interne; ii) continuer et approfondir les réformes structurelles pour stimuler l'activité et la croissance de secteur privé; iii) développer les capacités du secteur public en ressources humaines afin d'améliorer la qualité des services offerts, iv) mettre en œuvre un programme intégral pour le secteur social, particulièrement pour la santé, l'éducation et l'agriculture, complété par un secteur transversal se focalisant sur les problématiques de « Nutrition / Population / VIH SIDA » et 5) améliorer les bases de données macro-économiques et sociales, en vue de faciliter une meilleure formulation de politique qui relie les politiques aux résultats de réduction de la pauvreté et à de meilleurs produits socio-économiques.

Pour compléter ces objectifs à long terme, le plan d'action 2003 - 2005 a retenu les activités essentielles suivantes : i) signature avec le FMI d'un mémorandum sur les politiques économiques et financières, ii) un programme basé sur l'approche sectorielle globale pour le financement de la composante sociale du DSRP, iii) des investissements sectoriels spécifiques, élaborés avec leurs stratégies et accords de financement en vue d'atteindre les objectifs fixés pour les secteurs sociaux, iv) la mise en place d'un organisme multisectoriel de régulation pour accompagner le programme de désengagement et de privatisation des entreprises publiques, v) l'établissement d'un mécanisme de financement des initiatives communautaires au sein des communautés pauvres, vi) un programme d'investissement dans les infrastructures publiques en vue d'étendre les services publics (routes, électricité, eau, télécommunication...) aux communautés pauvres, vii) l'implication de la société civile dans le processus de dialogue sur la

---

<sup>61</sup> PRSP/SPA II Annual Progress Report 2002 – 2003, Department of State for Finance and Economic Affairs



réduction de la pauvreté, viii) mise en place d'un observatoire de la Pauvreté pour la production de rapports réguliers et l'information des supporters.

Le gouvernement a répondu dès 1995 à la pandémie en publiant les grandes lignes d'une politique articulée autour de quatre objectifs : i) réduire l'impact de la morbidité et de la mortalité dues au VIH/SIDA, ii) assurer les droits humains fondamentaux, iii) fournir des soins médicaux et une assistance sociale appropriés, incluant la consultation, aux individus séropositifs du VIH/SIDA, et iv) maintenir les opportunités économiques et sociales disponibles pour les individus infectés ou affectés par le VIH/SIDA.

La politique nationale sur le VIH/SIDA est en train d'être révisée et sera mise à jour en 2006. Un cadre stratégique national pour la lutte contre le VIH/SIDA a été élaboré pour la période 2003 – 2008, tout en reprenant et renforçant les grands objectifs du cadre politique. En outre, un cadre de politique pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH/SIDA a été défini et est actuellement mis à l'essai dans 10 établissements. Diverses directives et protocoles ont été également développés, tels que les directives nationales pour les soins familiaux et communautaires. L'orientation stratégique est d'établir et d'imposer en Gambie les «3 Principes»<sup>62</sup>. Le Conseil national du SIDA (NAC) et le Secrétariat National du SIDA (NAS), établis sous la direction du Bureau de la Présidence, sont responsables de la planification, de la coordination et du suivi de la mise en œuvre de la réponse nationale<sup>63</sup>.

Une ébauche du DSRP II, couvrant la période 2007-2011 et attendant l'approbation du Cabinet, a été élaborée. Elle tient compte de leçons de l'expérience passée et renouvelle l'engagement du gouvernement à réduire la pauvreté. Le DSRP II identifie l'accès aux services sociaux de base comme pilier fondamental et considère le VIH/SIDA comme une thématique transversale, avec le genre et l'environnement. L'ébauche du DSRP II reprend le but du DSRP I d'arrêter et de renverser l'évolution de la maladie et de fournir le traitement, les soins et le support nécessaires aux gens vivant avec le VIH SIDA. Contrairement au premier document, le DSRP II reconnaît le lien entre la réponse au VIH SIDA et les nombreux défis auxquels est confronté le secteur de santé et promet de traiter ces problèmes. Cependant, le document sous sa forme actuelle n'explique pas comment ceci sera fait.

***Au Niger***, l'attention accordée au VIH/SIDA dans les documents de lutte contre la pauvreté est très limitée. Dans le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) de 2000, la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA est mentionné par le biais de trois courts paragraphes d'une demie page chacun<sup>64</sup>.

Le document de suivi de 2005 ne consacre pas plus d'attention à la lutte contre le VIH et le SIDA. Il se limite au constat, en un paragraphe, de la disponibilité de : i) d'une Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA avec l'appui de ses partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale, ii) d'un Cadre Stratégique National qui met l'accent sur le caractère multisectoriel et décentralisé des activités de lutte contre le SIDA, iii) de la mise en place des 24 Comités sectoriels de lutte contre les IST/VIH/SIDA, 8 Coordinations régionales de

---

<sup>62</sup> **One** strategic framework, **one** coordinating body and **one** monitoring and evaluation framework

<sup>63</sup> Common Country Assessment, UN System, Banjul, November 2005

<sup>64</sup> République du Niger, Stratégie de réduction de la pauvreté. Le Niger contre la pauvreté, 2002, p. 26, 74 et 85.

lutte contre les IST/VIH/SIDA, 1 Coordination nationale intersectorielle de lutte contre les IST/VIH/SIDA, iv) des documents de politique sur l'accès aux traitements anti-rétroviraux (ARV), sur la lutte contre le SIDA auprès des populations mobiles (migrants, professionnelles du sexe, routiers, porteurs de tenues...), sur la stratégie de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, sur les normes et directives de conseil de dépistage volontaire du VIH, sur le guide et manuel de formation en matière de conseil dépistage volontaire et confidentiel, v) la formation de 30 922 personnes, vi) la sensibilisation de 1 400 288 personnes et vii) des activités de soutien socioéconomique financées au profit des groupes vulnérables, notamment le soutien à 304 orphelins et 815 jeunes filles vulnérables.

L'analyse qualitative des liens entre pauvreté et pandémie du VIH/SIDA dans les documents stratégiques de réduction de la pauvreté et dans le cadre stratégique national de lutte contre la pauvreté est décevante. En aucune manière les mentions faites dans les documents de lutte contre la pauvreté, ne font le lien entre lutte contre pauvreté et lutte contre le VIH. Le lien fait est donc uniquement implicite ; il n'y a pas d'analyse, de mesure quant à l'impact de l'épidémie sur la pauvreté, ou dans le sens inverse de l'apport que représente le programme de lutte contre le HIV à la lutte contre la pauvreté.

Le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA quant à lui est un peu plus explicite, dans la mesure où il analyse, bien que très brièvement, l'impact de la pandémie sur la pauvreté dans le pays. Mais là aussi l'analyse de ce que peut apporter la campagne de lutte contre le VIH sur la réduction de la pauvreté reste absente.

C'est dès 1987 que le Gouvernement nigérien a mis en place un cadre institutionnel et des structures chargées de développer et d'appliquer une politique de lutte contre le VIH/SIDA/IST : le Programme National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Les enseignements tirés des dix premières années de réponse à l'épidémie sont que des modifications de comportements peuvent se produire et se produisent effectivement pour ralentir et stabiliser la transmission du VIH. Cependant, ces modifications exigent un engagement politique affirmé, l'appui de la communauté au sens large, l'amélioration du statut social et économique des femmes, la valorisation des actions en matière de santé de la reproduction, un environnement propice et un cadre légal favorable. Ce processus doit être intégré, dynamique et multidimensionnel. Il exige des modifications dans les normes et valeurs, l'existence de services de conseil et de dépistages volontaires et confidentiels, ainsi qu'une mobilisation forte des énergies et un appui substantiel en ressources financières.

Le nouveau Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, intitulé Plan à Moyen Terme Multisectoriel de troisième génération (PMT III 2003-2005) de lutte contre les IST/VIH/SIDA, a tenu compte de la nécessité de passer de la phase de programme vertical, essentiellement sanitaire, à la phase horizontale multisectorielle et décentralisée. Il se base sur le nouveau concept de développement qui se focalise sur les individus et leur environnement, sur la base d'une approche holistique de résolution des problèmes.

Les ressources financières disponibles pour la lutte contre le VIH SIDA s'élevaient à près de 4,5 millions de US\$ en 2001, et étaient supérieures à 16 millions de US\$ en 2002 et 2003. Ces fonds provenaient à plus de 99 pour cent de l'aide extérieure.

Trois des quatre pays, l'exception étant la Gambie ont des plans nationaux multisectoriels de lutte contre le VIH et le SIDA, qui sont reflétés de manière variable dans les DSRP. C'est surtout au Burkina Faso que la lutte contre le VIH et le SIDA est érigée, dans le DSRP, comme une des grandes priorités nationale de lutte contre le VIH étant donné les conséquences que le VIH et le SIDA peuvent avoir sur la santé des personnes ainsi que sur la croissance et le développement du pays. Au Cameroun, le DSRP mentionne la lutte contre le VIH et le SIDA et retient pour son suivi un indicateur relatif à la lutte contre le VIH, mais il ne fait pas de lien entre VIH et pauvreté, à fortiori il n'y a pas d'analyse de vulnérabilité ou d'effectivité. La Gambie n'a qu'une ébauche de DSRP et sa lutte contre le VIH se trouve consignée dans plusieurs documents de politique qui sont seulement aujourd'hui en voie de consolidation en tenant compte des «3 Principes» Au Niger, l'attention accordée au VIH/SIDA dans les documents de lutte contre la pauvreté est très limitée. Aucun des plans ne mentionne le rôle du système éducatif dans la lutte contre le VIH et le SIDA. Par ailleurs, dans les quatre pays, les financements des interventions de prévention et prise en charge dépendent dans une large mesure de l'assistance extérieure.

### **4.3. La réponse des gouvernements à l'épidémie est-elle adéquate ?**

Les questions de recherche posée par ce document sont les suivantes. Dans les quatre pays, la volonté politique est-elle affirmée ? Cette volonté politique est-elle adéquatement reflétée dans les politiques nationales et les instruments de politique nationale, tels le DSRP et les plans stratégiques sectoriels ? Y a-t-il suffisamment de ressources allouées pour la réalisation des plans opérationnels ? Y a-t-il un souci de coût efficacité, assurant notamment que les plus vulnérables et spécifiquement les enfants puissent être couverts par une réponse adéquate ? Les plans sont-ils attentifs aux causes sous-jacentes et structurelles ? Le lien avec la réduction de la pauvreté est-il explicite ?

*Au Burkina*, le rapport de mise en œuvre 2005 du deuxième CLSP montre une nette amélioration. Notamment en ce qui concerne l'accès des pauvres aux services sociaux de base et de protection sociale. Le montant programmé était de 128,8 milliards de FCFA et la mobilisation a atteint un niveau de 100,2 milliards de FCFA, soit un taux de mobilisation de 77,8pourcent. Le Burkina Faso a réalisé en 2005 de bonnes performances. On remarque surtout une tendance à l'accélération de la croissance réelle et une réduction de l'incidence globale de la pauvreté. Les effets cumulés de la croissance économique observée en 2003 (8 pourcent), 2004 (4,6 pourcent) et 2005 (7,1 pourcent) auraient contribué à une réduction de l'incidence globale de la pauvreté qui passe 46,4 pourcent en 2003 à 42,4 pourcent en 2005. On observerait également une tendance à la baisse de l'incidence de la pauvreté rurale et urbaine de l'ordre de 3,7 points et de 4,7 points respectivement entre 2003 et 2005. La profondeur de la pauvreté a enregistré un recul de 1,4 point et la sévérité de 0,5 point.

Toutefois, le rapport de mise en œuvre identifie des faiblesses concernant le dispositif institutionnel de suivi du CSLP. Ces critiques relèvent que ce dispositif n'a pas véritablement

fonctionné. Il souffre de dysfonctionnements pour sept raisons principales : i) la faible implication des premiers responsables des ministères sectoriels, ii) l'absence d'un dispositif réglementaire formalisant l'existence de ces groupes et précisant leurs attributions, composition et mode de fonctionnement, iii) le cloisonnement des groupes de travail sectoriel dans les analyses des politiques publiques, iv) l'absence de procédures et méthode avérées de travail (TDR, canevas des rapports), v) la non prise en compte de la dimension régionale dans le dispositif de suivi de la pauvreté, vi) la non clarification du rôle des partenaires au développement dans le processus, vii) la faible appropriation/internalisation du document de base par les différents acteurs du processus.

En ce qui concerne le VIH, les efforts déployés par le gouvernement avec l'appui de ses partenaires ont contribué à atteindre des résultats encourageants. Les principaux acquis sont les suivants : i) la prévalence est stabilisée à 2 pourcent en 2005 ; ii) le cadre stratégique de lutte contre le SIDA 2006-2010 est adopté ; iii) le nombre total de PVVIH sous ARV est passé de 3867 en 2004 à 8136 en 2005, soit une progression de 110,4 ; iv) 33,9 pourcent de personnes atteintes de SIDA sont sous ARV en 2005 contre 7,1 pourcent en 2004 et 2,5 pourcent en 2003 ; v) le nombre total de centres de prise en charge ARV est passé de trois en 2003 à 24 en 2004 puis à 45 en 2005, soit une progression de 87,5 pourcent entre 2004 et 2005 ; vi) la proportion des districts sanitaires avec au moins un centre de prise en charge ARV est passé de 20 pourcent en 2004 à 38 pourcent en 2005 ; vii) le nombre total de centres de conseil dépistage volontaire est passé de 56 en 2004 à 85 en 2005 ; viii) la proportion des districts avec au moins un centre de conseil dépistage volontaire est passé de 40 pourcent en 2004 à 55 pourcent en 2005 ; ix) le nombre total de centres PTME est passé de 31 en 2004 à 135 en 2005, soit une progression de 335,5 pourcent ; x) la proportion des districts avec au moins un centre PTME est passé de 9 pourcent en 2004 à 69 pourcent en 2005 ; xi) le nombre de laboratoires avec un compteur CD4 (Fonds mondial et TAP) est passé de 5 en 2004 à 22 en 2005, soit un accroissement de 340 pourcent ; xii) le coût moyen pour le traitement mensuel est de 10 dollars US, soit environ 5000 FCFA en 2005 contre 77 dollars (environ 38500 FCFA) en 2003.

Un programme national est en cours de validation et devra contribuer à une meilleure prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables (OEV).

Actuellement les fonds gouvernementaux y inclus les fonds PPTE représentent seulement 5 pourcent des fonds mobilisés en 2005 (2 pourcent sans PPTE). La majorité des fonds pour le VIH se trouve donc en dehors du CLSP, ce qui est un problème majeur en ce qui concerne l'appropriation et la pérennité des activités VIH.

Il est difficile d'apprécier les résultats réels de mise en œuvre du programme VIH, car les informations fournies sont rarement qualitatives et ne sont pas reliées à des budgets. Certains secteurs, comme l'éducation, n'ont pas intégré la dimension VIH dans leur PRSP. Les mécanismes d'interactions entre les 2 processus (CLSP-PAN) semblent mal définis. Les faiblesses mises en évidence dans le cadre du suivi s'appliquent à tous les secteurs dont celui du VIH

**En Gambie**, une des stratégies les plus importantes adoptées par le gouvernement pour réduire le taux d'infection par le VIH est la promotion de connaissances précises sur le mode de transmission de la maladie et sur les méthodes de prévention, en vue d'empêcher la transmission

en influençant le comportement des ménages. L'efficacité de cette stratégie est mesurée par un ensemble d'indicateurs désagrégés par âge, secteurs géographiques, niveau d'éducation, et par tranche de revenus économiques (wealth Index quintiles). Parmi ces indicateurs on compte: la proportion de femmes ayant une connaissance suffisante des modes de transmission du VIH/SIDA et la proportion de femmes sachant où se faire dépister et ayant été dépistées.

Selon le MICS II de 2000, seulement une proportion faible des femmes âgées de 15 à 49 ans, 12 pourcent, avait une connaissance suffisante sur les modes de transmission du VIH/SIDA. Les ménages plus pauvres ont moins d'accès à l'information en matière de santé, étant donné que seulement 3 pourcent de ménages appartenant au quintile de la population la plus pauvre avaient une connaissance suffisante, par rapport à 19 pourcent des ménages dans le quintile le plus riche. L'éducation des femmes joue un rôle significatif dans l'acquisition de connaissances et dans l'adoption de mesures appropriées de prévention du SIDA. Un niveau suffisant de connaissances de la maladie a été noté parmi seulement 7 pourcent des ménages illettrés, comparativement à 26 pourcent des ménages dont le chef avait un niveau d'éducation secondaire<sup>65</sup>.

*Tableau 8*

Proportion de femmes âgées de 15 a 49 ans ayant une connaissance suffisante des modes de transmission du VIH SIDA, Gambie 2000

	Know 3 ways to prevent HIV transmission	Correctly identify 3 misconceptions about HIV transmission	Have Sufficient knowledge
Urban	41.4	25.0	16.0
Rural	28.0	15.2	8.0
Education level			
None	27.2	13.5	6.7
Primary	44.1	21.9	17.0
Secondary+	52.9	40.0	26.2
Wealth Index Quintiles			
Poorest	20.6	8.6	3.4
Second	35.8	18.8	12.2
Middle	29.7	17.2	8.1
Fourth	33.5	22.4	13.2
Richest	47.0	28.3	19.0
Not stated	14.6	6.7	1.4
Total	33.9	19.6	11.6

Source: Report of the Multiple Indicator Cluster (MICS II) Survey, Government of the Gambia-UNICEF, 2000

<sup>65</sup> "Health and Poverty in the Gambia: Background Report to National Poverty Reduction Strategy Paper," Africa Region Human Development Working Paper Series, No. 42, World Bank, Africa Region, November 2005

Concernant les comportements envers les services médicaux, en 2000 les ménages pauvres et moins instruits ayant été examinés pour le VIH/SIDA étaient peu nombreux par rapport aux ménages aux revenus plus élevés et plus instruits<sup>66</sup>. Seulement 20 pourcent des femmes illettrées savaient où se faire dépister, comparé à 28 pourcent des femmes ayant atteint le niveau d'éducation primaire, et à 44 pourcent de femmes ayant l'éducation secondaire ou plus élevée. De façon générale, environ 7 pourcent de femmes ont été dépistées pour le VIH. Ce pourcentage était estimé au plus bas dans la région la plus pauvre (URD/Basse), à 2 pourcent, et se situait entre 4 et 10 pourcent dans les autres régions. Les femmes de Basse étaient les moins susceptibles d'avoir été informées des résultats de leurs examens. La proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans, qui ont su où obtenir un test VIH et qui avaient été dépistées, était plus élevée parmi les groupes sociaux les plus riches et moins élevée chez les plus pauvres. Cette tendance s'est répliquée pour la réalisation et l'information sur les examens médicaux<sup>67</sup>.

En se référant aux indicateurs retenus par l'UNGASS pour les pays avec de faibles épidémies, il a été estimé à 48,8 pourcent de femmes et à 50,7 pourcent d'hommes le pourcentage de la population gambienne qui à la fois peut correctement identifier les manières d'empêcher la transmission sexuelle du VIH et qui rejette les idées fausses au sujet des modes de transmission du virus. Ces tendances positives semblent être confirmées par les résultats préliminaires de MICS III conduit en 2005.

*Tableau 9*

**MICS III - Résultats préliminaires des indicateurs sur le VIH SIDA.**

HIV/AIDS Indicators	2000	2005
% of women 15-49 years who correctly state the 3 main ways of avoiding HIV infection	33.9 %	64.8 %
% of women 15-49 years who correctly identify 3 misconceptions about HIV/AIDS	19.6 %	44.8 %
% of women 15-49 years who correctly identify means of transmission of HIV from mother-to-child	37.7 %	66.5 %
% of women 15-49 years expressing a discriminatory attitude towards people with HIV/AIDS	24.2 %	16.4 %
% of women 15-49 years who know where to get HIV test	25.2 %	54.2 %
% of women 15-49 years who have been tested for HIV	7.2 %	13.5 %

Source: Preliminary Report of the Multiple Indicator Cluster Survey, Government of the Gambia-UNICEF, 2005

La mise en œuvre des activités a été entravée par l'inadéquation des mécanismes de coordination et par l'absence d'un cadre de politique nationale mis à jour en vue de répondre aux nouveaux défis et enjeux de la lutte contre le VIH/SIDA<sup>68</sup>. En dépit des efforts considérables pour informer

<sup>66</sup> "Health and Poverty in the Gambia: Background Report to National Poverty Reduction Strategy Paper," Africa Region Human Development Working Paper Series, No. 42, World Bank, Africa Region, November 2005

<sup>67</sup> MICS II Report - table 35, Government of the Gambia-UNICEF, 2000

<sup>68</sup> "Operationalizing Vision 2020 Medium-Term Plan", Health Nutrition Population & Social Welfare Cluster Study, Department of State for Finance and Economic Affairs, 2006

et sensibiliser la population et pour contrôler la pandémie, les perspectives de stopper et de renverser, d'ici 2015, la propagation du VIH/SIDA en Gambie semblent incertaines.

La mobilisation de ressources et la stimulation de nouveaux partenariats pour combattre le VIH/SIDA ont été satisfaisantes. Plusieurs des partenaires bilatéraux et multilatéraux opérant dans le secteur santé fonctionnent principalement avec le Ministère de la Santé et y canalisent leurs fonds. D'autres interviennent avec de plus petits financements à travers les organisations non gouvernementales et communautaires. En 2002, huit donateurs étaient activement impliqués dans la mise en oeuvre du programme national de réponse au VIH/SIDA. Les huit ont contribué pour un montant estimé à 16,7 millions de dollars ou environ 4,53 millions annuellement, de 1999 à 2006<sup>69</sup>. Le Projet de Réponse Rapide au VIH/SIDA (HARRP) financé par la Banque Mondiale à partir d'un accord de prêt signé avec le Gouvernement en 2001, aurait contribué à lui seul pour un montant de 15 millions de dollars. La contrepartie financière du gouvernement au projet est de 1.6 millions de dollars (NAS, 2003). En 2003, le gouvernement a assuré 14 millions de dollars additionnels des fonds globaux pour le VIH/SIDA, et un financement supplémentaire a été rendu disponible dans les années suivantes.

Un forum des partenaires sur le VIH/SIDA a été établi pour stimuler la collaboration parmi tous les opérateurs du secteur. Certaines agences du SNU soutiennent des programmes spécifiques en rapport avec leur mandat d'agence, là où elles ont un avantage comparatif. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont établi des groupes de soutien et sont soutenus par le gouvernement et le SNU, à travers des programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, de soutien aux orphelins et enfants vulnérables, des programmes de prévention chez les adolescents, et un nombre limité d'interventions sur les soins aux infections pédiatriques.

Le secteur privé en Gambie a commencé à travailler, en association avec le gouvernement, dans la prévention du VIH/SIDA. A l'avant-garde de l'initiative du secteur privé sont les banques (Standard Chartered Bank, Trust Bank Limited) et les compagnies pétrolières (Shell). Les investissements financiers directs du gouvernement dans les interventions sur le VIH/SIDA semblent être limités au paiement de quelques salaires.

***Au Niger***, la persistance de la discrimination et du rejet des Personnes vivant avec le VIH/Sida, l'insuffisance et l'inadéquation de leur prise en charge médicale, la faible couverture et l'insuffisance de la qualité de leur prise en charge communautaire, la faible implication des tradipraticiens dans la lutte contre le VIH/SIDA sont autant de causes de l'élévation de la mortalité des malades du SIDA. Cette mortalité élevée est également imputable au non recours à des soins appropriés et au recours tardif à ces soins.

Notons parmi les principaux acquis du programme de lutte contre le sida : (a) les ARV sont intégrés depuis 1998 dans la liste des médicaments essentiels ; (b) les activités de prise en charge se font au niveau des structures décentralisées des services publics de santé ; (c) certaines entreprises apportent de l'intérêt à la prise en charge des IO (ENITEX, COMINAK, BRANIGER etc.) ; (d) le personnel de santé accepte de prendre en charge sans crainte les Personnes vivant avec le VIH. Parmi les faiblesses on note : (a) pas de notification des décès liés au VIH/SIDA,

---

<sup>69</sup> "Operationalizing Vision 2020 Medium-Term Plan", Health Nutrition Population & Social Welfare Cluster Study, Department of State for Finance and Economic Affairs, 2006

(b) insuffisance de la prise en charge par les formations sanitaires, (c) insuffisance de prise en charge et coût élevé de la prise en charge, (d) difficulté d'annonce du statut sérologique positif à certains patients par certains praticiens, et (e) la faible disponibilité des ARV.

Le taux de prévalence chez les adultes stagne autour des 1 pourcent (2003). Malgré les efforts, le niveau de connaissances du VIH/SIDA et des moyens de protection contre l'infection reste très faible. Moins d'une femme sur trois sait que les préservatifs peuvent prévenir le VIH ; moins de 10 pourcent d'entre elles utilisent les préservatifs.

**Au Cameroun**, la lutte contre le VIH/SIDA a eu comme résultats : i) l'augmentation des connaissances sur le VIH et les moyens de prévention – plus de 70 pourcent des jeunes de 15 à 24 ans connaissent au moins un des moyens principaux de prévention ; ii) l'existence de 426 sites PTME en 2005 comparée à zéro en 2000 ; iii) bien qu'il y ait eu une avancée notoire dans le domaine de l'accès aux anti-rétroviraux, la couverture n'est que de 18 pourcent des malades éligibles et la couverture des enfants n'est que de 3 pourcent ; iv) la décentralisation des structures de lutte contre la pandémie ; v) les coûts des anti-rétroviraux ont diminué et sont de 3.000 FCFA et 7.000 FCFA par mois ; vi) les coûts des analyses de laboratoire ont été ramenés de 16.000 FCFA à 3.000 FCFA.

En conclusion, c'est au Burkina Faso qu'il semble y avoir de réels progrès dans la lutte contre la pauvreté aussi bien que dans la lutte contre le VIH, et ce malgré le constat de faiblesses dans le dispositif de suivi du CLSP. Toutefois, il est actuellement impossible avec l'information disponible de tirer des conclusions quant à l'impact de la réduction de la pauvreté sur le VIH et le SIDA, ni de l'impact d'une lutte contre le VIH et le SIDA sur la pauvreté. La réduction de la pauvreté est surtout attribuée à la croissance économique soutenue. La réduction du taux de prévalence du VIH semble surtout pouvoir être attribuée à une volonté politique importante qui met une forte emphase sur une lutte multisectorielle à échelle croissante. En Gambie, le gouvernement semble surtout avoir misé sur une large diffusion de l'information pour lutter contre le VIH/SIDA. Les autres interventions ne sont pas encore centralement intégrées dans la lutte. Au Niger il y a un très faible niveau d'appropriation par le gouvernement à travers son DSRP de la lutte contre le VIH/SIDA, qui reste aujourd'hui quasi exclusivement financé par les partenaires extérieurs. Au Cameroun, malgré l'existence d'un plan national de lutte contre le VIH/SIDA les efforts consentis ne semblent pas avoir eu une envergure suffisante pour faire reculer la pandémie. La couverture des enfants par les quatre interventions préconisées (prévention de la transmission de la mère à l'enfant, prévention auprès des adolescents, prise en charge du SIDA pédiatrique, protection des orphelins et enfants vulnérables) n'est clairement pas suffisante car il y a des nouvelles infections d'enfants.



## 5. Conclusions

Les quatre pays sous étude – deux sahéliens enclavés, le Burkina Faso et le Niger, et deux côtiers, la Gambie et le Cameroun - sont forts différents de la plupart des points de vue.

Les deux pays enclavés sont nettement plus pauvres que les pays côtiers. Ils ont une population plus rurale, des taux de mortalité infantile plus élevés et un taux alphabétisation des femmes très bas. Cette pauvreté plus grande va de pair avec un taux de prévalence du VIH plus bas pour le Niger au moins. L'espérance de vie à la naissance était il y a 15 ans nettement plus basse dans les pays sahéliens. Aujourd'hui, elle est stagnante au Burkina, s'améliore au Niger et en Gambie, mais se détériore au Cameroun. L'autre aspect marquant de cette comparaison : la dépense par habitant est nettement plus élevée en Gambie et au Burkina, elle est remarquablement basse au Niger et au Cameroun. Le bas niveau de dépenses du Cameroun se répercute bien évidemment sur les indicateurs de santé. Il n'est donc pas étonnant qu'au Cameroun la mortalité des enfants de moins de 5 ans soit en hausse.

La croissance réelle des quatre pays est faible, voire négative (pour le Niger), si on prend en compte le taux d'accroissement de la population. D'un autre côté les pays font des efforts considérables pour réduire leur dette (à l'exception de la Gambie) et pour maîtriser l'inflation. Les balances de paiements négatifs montrent que malgré cela, les pays ne sont pas excédentaires et génèrent des revenus très limités pour leur gouvernements (seule la Gambie réussit à mobiliser un revenu propre du Gouvernement dépassant 20 pourcent du PNB). Ceci limite grandement la possibilité des pays d'investir des ressources nécessaires dans la santé et la lutte contre le VIH/SIDA.

Les deux pays enclavés ont un Indice de pauvreté humaine significativement plus élevé que les deux pays côtiers. Cependant, en examinant la distribution du revenu, on constate que près de 60 pourcent de la population en Gambie vit avec moins d'un dollar par jour, alors qu'au Burkina Faso, pays beaucoup plus pauvre, la proportion de personnes vivant avec moins d'un dollar par jour est d'environ 45 pourcent. Par rapport aux mesures nationales de pauvreté, les pays côtiers s'évaluent avec un nombre de personnes vivant en pauvreté relativement important. En comparaison, le Burkina Faso, qui dispose de moins de ressources, évalue sa proportion de personnes vivant en pauvreté à peine à 5 points de pourcentage de plus que le Cameroun. En ce qui concerne les différentes facettes de la pauvreté, les chiffres sont peu comparables d'un pays à l'autre et pas toujours disponibles ou actuels. Il n'a pas été possible dans le cadre de cette étude de vérifier si les populations pauvres sont plus affectées par le VIH.

Dans ce contexte, et si les tendances se maintiennent, aucun des quatre pays ne pourra atteindre les Objectifs du millénaire. La Gambie est la mieux placée, notamment concernant certaines cibles en santé et nutrition des enfants et des femmes. Le Cameroun pourrait également atteindre deux cibles (concernant la pauvreté monétaire et la malaria). Mais ni le Burkina, ni le Niger sont en voie pour atteindre ne fut ce qu'un des objectifs. Les objectifs concernant le VIH ne seront atteints par aucun des pays.

Le VIH et SIDA frappent le plus celui des quatre pays au revenu national le plus élevé. Le Cameroun est également le pays le plus urbanisé. Il a un taux de scolarisation relativement élevé, mais n'a pas un investissement public dans les secteurs sociaux très élevé. La Gambie,

deuxième pays le moins pauvre des quatre et deuxième plus urbanisé, avec des taux de scolarisation comparables au Cameroun, investit un peu plus dans la santé et a un taux de prévalence du VIH qui se situe à la moitié de celui du Cameroun. Autre caractéristique qui différencie le Cameroun des quatre autres pays est que le pays compte beaucoup plus de chrétiens, les trois autres pays étant à prédominance musulmane. Le Burkina Faso et le Niger sont deux pays sahéliens parmi les plus pauvres. Ils ont des taux de scolarisation et d'urbanisation bas. Aucun des deux n'investit de façon importante dans les services sociaux de base. Le taux de prévalence est le plus bas au Niger. Il est un peu plus élevé au Burkina, mais fait marquant, au Burkina Faso la prévalence du VIH serait en diminution, surtout en zones urbaines. Ce qui semble distinguer le Burkina Faso des autres pays est une volonté politique au service de la lutte contre le VIH/SIDA nettement plus marquée.

Trois des quatre pays, l'exception étant la Gambie, ont des plans nationaux multisectoriels de lutte contre le VIH et le SIDA, qui sont reflétés de manière variable dans les DSRP. C'est surtout au Burkina Faso que la lutte contre le VIH et le SIDA est érigée, dans le DSRP, comme une des grandes priorités nationales, étant donné la reconnaissance des conséquences que le VIH et le SIDA peuvent avoir sur la santé des personnes ainsi que sur la croissance et le développement du pays. Au Cameroun, le DSRP mentionne la lutte contre le VIH et le SIDA et retient pour son suivi un indicateur relatif à la lutte contre le VIH, mais il ne fait pas de lien entre VIH et pauvreté, à fortiori il n'y a pas d'analyse de vulnérabilité ou d'effectivité. La Gambie n'a qu'une ébauche de DSRP et sa lutte contre le VIH se trouve consignée dans plusieurs documents de politique qui sont seulement aujourd'hui en voie de consolidation en tenant compte des «3 Principes» Au Niger, l'attention accordée au VIH/SIDA dans les documents de lutte contre la pauvreté est très limitée. Aucun des plans ne mentionne le rôle du système éducatif dans la lutte contre le VIH et le SIDA. Par ailleurs, dans les quatre pays, les financements des interventions de prévention et prise en charge dépendent dans une large mesure de l'assistance extérieure.

Dans les quatre pays sous étude, il y a un manque singulier d'information détaillée et d'analyse fine au sujet du lien entre la pauvreté, la vulnérabilité et le VIH/SIDA. Il y a quelques analyses sur les disparités régionales et parfois selon les sexes. Les plans et stratégies restent cependant condamnés à se contenter de données éparses, peu comparables, parfois anciennes et non spécifiques. Malgré plus de 20 ans de lutte contre le VIH, les pays manquent encore de données et d'analyses épidémiologiques et sociologiques fines permettant de bien comprendre le comportement du VIH et de son impact.

## **6. Recommandations**

1. Le VIH SIDA devrait être inclus dans les DSRP comme l'une des causes de la pauvreté.
2. La lutte contre le VIH/SIDA devrait apparaître dans les DSRP comme axe prioritaire de réduction de la pauvreté en reprenant les principaux objectifs et stratégies des plans nationaux VIH.
3. Il faudrait développer des plans sectoriels ou multisectoriels de lutte contre le VIH/SIDA chiffrés pour que les coûts de la lutte contre le fléau puissent être introduits dans le DSRP.

4. Les indicateurs du VIH (OMD 6) devraient figurer parmi les indicateurs clés de réduction de la pauvreté.
5. Il faudrait assurer une participation des acteurs pertinents de la lutte contre le VIH/SIDA non seulement dans la formulation, mais également dans le suivi de la mise en œuvre du DSRP.
6. Les DSRP devraient inclure les institutions de planification et de coordination de la lutte contre le VIH parmi les programmes de renforcement institutionnel des pays.
7. Une plus grande part des budgets des états devrait être allouée à la lutte contre le VIH pour assurer une action soutenue et durable contre la pandémie.
8. La lutte contre le VIH devrait accorder la priorité aux enfants et aux femmes compte tenu de leur plus grande vulnérabilité.
9. D'une façon générale il convient d'étudier plus attentivement les questions de vulnérabilité et l'efficacité des interventions dans chacun des pays pour affiner et mettre en priorité les stratégies d'intervention.
10. Au Niger et surtout au Cameroun, il convient de plaider pour une beaucoup plus forte attention dans les priorités du pays de la lutte contre le VIH et le SIDA.
11. Au Sahel et en Gambie, l'accent doit être mis sur la prévention (y compris à travers la PTME) et les activités réussies diffusées à plus grande échelle. Dans ce contexte le dépistage de routine (avec la possibilité de «opt out») devrait faciliter l'expansion rapide du dépistage quasi systématique.
12. Il est intéressant de noter que c'est dans les pays qui ont des systèmes de santé les plus fonctionnels (Gambie et Cameroun) que l'on signale le poids de la prise en charge des malades du VIH/SIDA sur le système de santé. Il serait important de le documenter (à l'instar de ce qui a été fait en Zambie, Malawi et Zimbabwe)
13. Il serait judicieux de faire une étude du coût de la non action dans ces pays. En même temps il serait bon d'aider les pays à faire un chiffrage précis de leur lutte contre le VIH – en focalisant l'attention sur ceux qui sont véritablement vulnérables. La disponibilité de l'espace fiscal devrait également être abordée.
14. Le Burkina Faso semble présenter un cas intéressant d'une approche multisectorielle qui porte ses fruits. Il serait intéressant de l'étudier de le documenter davantage et d'en tirer des leçons pour répliquer ailleurs dans des contextes similaires. L'expérience Gambienne semble intéressante de son côté pour l'effort dans l'éducation des personnes à la prévention. Cette dimension pourrait être probablement aussi davantage documentée.
15. Le système éducatif semble trop absent de la lutte dans les quatre pays et si le rôle du secteur de la santé est important, celui du secteur éducatif est clairement sous valorisé.

## 7. Liste des acronymes

ABC	: abstention, fidélité, utilisation consistante des condoms
ARV	: anti-rétroviraux
CAH	: Child and Adolescent Health
CEMAC	: Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale
CNLS	: Commission nationale de lutte contre le SIDA
CSLP	: Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
DALY	: Disability-adjusted Life Year
DHS	: Demography and Health Survey (voir EDS)
DSRP	: Document sur la stratégie de réduction de la pauvreté (voir PRSP)
EDS	: Enquête démographie et santé (voir DHS)
FCFA	: unité monétaire pour l'Afrique de l'ouest et centrale
FMI	: Fonds monétaire international (voir IMF)
FRPC	: Faculté pour la réduction de la pauvreté
HARRP	: HIV/AIDS Rapid Response Project
HIV/AIDS	: Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (voir VIH/SIDA)
HDI	: Human Development Index
IMF	: International Monetary Fund (voir FMI)
IST	: Infections sexuellement transmissibles
MDG	: Millennium Development Goals (voir OMD)
MICS	: Multiple Indicator Cluster Survey
NAC	: National Aids Commission
NAS	: National Aids Secretariat
OEV	: Orphelins et enfants vulnérables
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement (voir MDG)
OMS	: Organisation mondiale de la santé (voir WHO)
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (voir UNAIDS)
PIB	: Produit intérieur brut
PNB	: Produit national brut
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le développement (voir UNDP)
PPTE	: Pays pauvre très endetté
PRSP	: Poverty Reduction Strategy Paper (voir DSRP)
PSN	: Politique de santé nationale
PTME	: Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
SOWCR	: State of the World's Children Report
TDR	: Termes de référence
UEMOA	: Union économique et monétaire Ouest Africaine
UNAIDS	: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (voir ONUSIDA)
UNDP	: United Nations Development Programme (voir PNUD)
UNGASS	: United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'enfance/United Nations Children's Fund
VIH/SIDA	: Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise (voir HIV/AIDS)
WCARO	: UNICEF West and Central Africa Regional Office
WHO	: World Health Organization (voir OMS)

## 8. Bibliographie

Ainsworth M., Fransen L. and Over M., *Confronting Aids: evidence from the developing world*, World Bank, 1999.

Clarks S., Bruce J. et Dude A., *Revue des Enquêtes Démographie et Santé*, dans *Int. Family Planning Perspectives*, Volume 32, Issue 2, Juin 2006.

Creese A., Floyd K., Alban A., Guinness L., *Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa : a systematic overview*, in *The Lancet* , Vol. 359, May 2002.

De Cock K., Mbori-Ngacha D., Marum E., *Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century*, *the Lancet* 2002, 360 :67-72.

Economic Commission for Africa, *The Millennium Development Goals in Africa : Progress and Challenges*, August 2005, pp 12-13.

IMF, *World Economic and Financial Surveys, Regional Economic Outlook, Sub-Saharan Africa*, May 2006;

Kambou G., Devarajan S., and Over M., *The Economic Impact of the AIDS Crisis in Sub-Saharan Africa: Simulations with a Computable General Equilibrium Model*, *Journal of African Economies*, vol. 1, No 1, 1992.

Monash R., in *WHO Tech Rep Ser*, Vol 938, Jan 2006.

OMS, ONUSIDA, *Le Point sur l'Epidémie du SIDA*, décembre 2005 et 2006.

Peter Piot, *AIDS: from crisis management to sustained strategic response*, in *The Lancet*, Vol. 368, August 2006.

PNUD, page web sur les Statistiques relatives au Rapport sur le Développement Humain.

Republic of the Gambia, *Common Country Assessment*, UN System, Banjul, November 2005

Republic of the Gambia, *Draft Country Programme Document: The Gambia*, United Nations, New York, July 2006

Republic of the Gambia, *Medium Term Plan Sectoral Study on PRSP and PRGF*, Department of State for Finance and Economic Affairs, 2005

Republic of the Gambia, *National AIDS Secretariat, 2003, HIV/AIDS Strategic Framework 2003 – 2008*

Republic of the Gambia, *National AIDS Secretariat, 2005, National Sentinel Surveillance Survey Report 2005*

Republic of the Gambia, Operationalizing Vision 2020 Medium-Term Plan, Health Nutrition Population & Social Welfare Cluster Study, Department of State for Finance and Economic Affairs, 2006

Republic of the Gambia, PRSP/SPA II Annual Progress Report 2002 – 2003, Department of State for Finance and Economic Affairs

Republic of the Gambia, Report of the Multiple Indicator Cluster (MICS II) Survey, Government of the Gambia-UNICEF, 2000

Republic of the Gambia, Preliminary Report of the Multiple Indicator Cluster Survey, Government of the Gambia-UNICEF, 2005

République du Burkina Faso, Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté.

République du Burkina Faso, Enquête Démographie et Santé 1998/99

République du Cameroun, Plan de lutte contre le VIH/SIDA, 2006-2010.

République du Niger, Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST, 2002.

The Lancet, The fundamental challenge we face is to sustain a full-scale AIDS response over at least another generation, Volume 368, August 2006.

Ukpolo V., AIDS Epidemic and Economic Growth: Testing for Causality, Journal of Asian and African Studies, Vol. 39, No. 3, 169-178 (2004)

UNAIDS, Intensifying HIV prevention, UNAIDS policy position paper, 2005.

UNAIDS, UNICEF, WHO and the European Union, Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and STI, 2006.

UNAIDS, World Bank and UNDP, Mainstreaming AIDS in Development instruments and processes at the national level, a review of experiences, September 2005

UNDP, Human Development Report 2005, International Cooperation at a Cross Roads: aid trade and security in an unequal world.

UNICEF, The State of the World's Children, annual publications.

UNICEF, Child Protection and Children Affected by AIDS, A companion Paper to the Framework for Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS, August 2006.

UNICEF, WCARO, documents de travail interne.

UNICEF and World Bank, Poverty Reduction Strategy Papers, Do they matter for Children and Young People made vulnerable by HIV/AIDS, Results of a Joint UNICEF and World Bank Review, December 2004.

US CIA, The World Factbook, Washington, October 2006

WHO, CAH, Reaching out, Issue No1, September 2005.

WHO, Health related millennium development goals: an update, WHO's contribution to implementation of the strategy for child and adolescent health and development, with particular emphasis on attainment of internationally agreed child-health and development goals, December 2005.

World Bank, Health and Poverty in the Gambia: Background Report to National Poverty Reduction Strategy Paper," Africa Region Human Development Working Paper Series, No. 42, World Bank, Africa Region, November 2005











For more information, please contact:

**The United Nations Children's Fund (UNICEF)**

3 United Nations Plaza, Global Policy Section  
New York, NY 10017, USA

E-mail: [globalpolicy@unicef.org](mailto:globalpolicy@unicef.org)

Website: [www.unicef.org/policyanalysis](http://www.unicef.org/policyanalysis)