INTÉGRATION DU SIDA DANS LES INSTRUMENTS ET PROCESSUS NATIONAUX DE DÉVELOPPEMENT

Revue des Expériences

Septembre 2005

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

PNUD

ONUSIDA /PNUD/BM 2005
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)
Banque mondiale

UNAIDS/05.27F
Version française, décembre 2005

Version originale anglaise, UNAIDS/05.27E, décembre 2005
Mainstreaming AIDS in development instruments and processes at the national level: a review of experiences
Traduction - ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) 2005.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4187 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Intégration du SIDA dans les instruments et processus nationaux de développement : revue des expériences, septembre 2005.

1. SIDA - prévention et contrôle. 2. Développement. 3. Pays en développement. I. ONUSIDA II. Programme des Nations Unies pour le développement.

ISBN 92 9 173463 2 (Classification NLM: WC 503.6)

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland
Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
E-mail: unaids@unaids.org – Internet: http://www.unaids.org

Table des matieres

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS — 3
REMERCIEMENTS — 4
RÉSUMÉ ANALYTIQUE — 5

1. INTRODUCTION ET GÉNÉRALITÉS — 16
   1.1 Introduction — 16
   1.2 Généralités — 16
   1.3 But, portée et structure — 18
   1.4 Méthodologie — 18

2. INSTRUMENTS NATIONAUX DE DÉVELOPPEMENT ET SIDA — 20
   2.1 Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) — 20
   2.2 Définition de l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement — 21

3. PRINCIPALES CONCLUSIONS — 22
   3.1 Contenu du SIDA dans les instruments nationaux de développement — 22
   3.2 Processus d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement — 31

4. APPUI TECHNIQUE À L'INTÉGRATION DU SIDA DANS LES INSTRUMENTS NATIONAUX DE DÉVELOPPEMENT — 38
   4.1 Approches des agences en matière d'intégration du SIDA et fourniture d'appui technique — 38
   4.2 Orientation de l'appui technique à l'intégration du SIDA — 39
   4.3 Revue de l'appui technique à l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement — 42

5. CONCLUSIONS : RENFORCER LE PROCESSUS D'INTÉGRATION — 47
   5.1 Renforcer les liens entre le DSRP, le CDMT, le CNA et les plans — 47
   5.2 Tenir compte de la problématique du VIH et du SIDA dans les politiques économiques et sociales — 48
   5.3 Intégrer les questions liées aux genres dans le contenu VIH/SIDA des instruments nationaux de développement, leur processus et appui technique — 49
   5.4 Intégrer les maladies liées à la pauvreté et établir un lien avec les priorités des Objectifs du Millénaire pour le développement — 50
   5.5 Problèmes liés à la budgétisation — 50
   5.6 Appui technique durable à l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement — 51

6. RECOMMANDATIONS 53

RÉFÉRENCES 56

ANNEXES 61

Annexe 1 – Termes de référence 62

Annexe 2 – Introduction à l'étude 65

Annexe 3 – Personnes ressources consultées 67

Annexe 4 – Analyse préliminaire de l'intégration du sida dans les instruments de développement 68

Annexe 5 - Rapport des consultations dans les pays 101

Acronymes et abréviations

ANS	Autorité nationale chargée de la lutte contre le SIDA
BM	Banque mondiale
BCP	Bilan commun de pays
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CENUA	Commission Économique des Nations Unies pour l'Afrique
CNA	Cadre national d'action
CNUCED	Commission des Nations Unies pour le commerce et le développement
DRSP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
DSRP-I	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté-Intérimaire
DFID	Department for International Development
FMI	Fonds monétaire international
GTS	Groupe de travail sectoriel
GTZ	Agence de coopération allemande
IND	Instruments nationaux de développement
LMSCE	Line Ministries Self Coordinating Entity, Ouganda
MOF	Ministère des Finances
MOH	Ministère de la Santé
MST	Maladies sexuellement transmissibles
ONU	Organisation des Nations Unies
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
ONG	Organisation non gouvernementale
PAF	Poverty Action Fund, Ouganda
PEAP	Poverty Eradication Action Plan, Ouganda
PEPFAR	Plan d'urgence du président pour lutter contre le SIDA
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PND	Plan national de développement
PNUAD	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
PPTE	Pays pauvres très endettés
PRAF	Fonds d'action de lutte contre la pauvreté
PSIA	Analyse de la pauvreté et son impact social
PVV	Personnes vivant avec le VIH
S&E	Suivi et évaluation
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SRP	Stratégie pour la réduction de la pauvreté
TB	Tuberculose
UAC	Uganda AIDS Commission
UNGA	Assemblée générale des Nations Unies
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
USD	Dollar américain
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Ce rapport a été commandité et édité par Bob Verbruggen (Département d'Appui aux Pays et aux Régions, Secrétariat de l'ONUSIDA) et Joseph Annan (Groupe VIH/SIDA, Bureau des Politiques de Développement, PNUD).

Nous remercions l'équipe mise en place par l'Institut HLSP (www.hlspinstitute.org) pour mener cette étude : Daphne Topouzis, Chef d'équipe et principal auteur de ce rapport ; les membres du personnel de l'Institut HLSP, à savoir Clare Dickinson (Chef de projet), Nel Druce et Mark Pearson (Conseillers techniques), Claudia Sambo (Chargée de recherches) et Julia Delgado (Chargée de projet) ; Kate Richmond, Mercy Bannerman et Riona Govender, qui ont effectué les consultations au niveau des pays, respectivement au Cambodge, au Ghana et en Afrique du Sud.

Nous remercions également les informateurs clés interrogés par téléphone ou par e-mail (voir l'Annexe 3), sans les contributions desquels cette étude n'auraient pas pu être réalisée, ainsi que les participants à l'atelier de la revue qui s'est tenu à Londres les 12 et 13 mai 2005 : LeeNah Hsu (Consultante indépendante), Julia Katzan (GTZ), Nicole Kouassi et Benjamin Ofosu-Koranteng (PNUD) et Lars Bernd (Secrétariat de l'ONUSIDA). Nous remercions aussi Jose-Antonio Izazola (Secrétariat de l'ONUSIDA) and Geoff Manthey (Bureau du Groupe de Développement des Nations Unies) pour leurs commentaires et contributions précieux.

Enfin, nous tenons à remercier Debrework Zewdie, Directeur du Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale , pour sa coopération fructueuse dans le cadre de l'appui à l'intégration du SIDA dans les instruments et les processus de développement.

Résumé analytique

Introduction

Le présent document est le rapport final d'une étude conjointe de l'ONUSIDA et du PNUD sur les expériences en matière d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement, et d'appui technique aux partenaires nationaux dans ce domaine. Cette étude, menée par l'Institut HLSP, a porté essentiellement sur les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP), et, à un degré moindre, sur les Plans nationaux de développement (PND).

La présente étude constitue l'un des deux volets d'une évaluation globale des leçons tirées en matière d'appui à l'intégration du SIDA dans le processus de développement national. Le second, réalisé par JSI Europe, s'attache à l'intégration du SIDA aux niveaux local et régional (voir rapport séparé). L'objectif de l'évaluation globale vise à renforcer les éléments de preuve pour pouvoir intensifier l'appui technique aux processus d'intégration à l'échelon des pays. Les conclusions et les recommandations de l'étude éclaireront les consultations régionales et l'action nationale sur le renforcement des processus d'intégration visant à intensifier les ripostes multisectorielles nationales au SIDA. Dans le cadre de cet effort, le PNUD, l'ONUSIDA et la Banque mondiale ont déjà élaboré un module de formation intitulé « Mainstreaming HIV and AIDS in Sectors and Programmes : an Implementation Guide for National Responses (Intégration du SIDA dans les secteurs et les programmes : Guide de mise en œuvre des ripostes nationales) » pour soutenir les processus de planification et de mise en oeuvre au niveau national.

La méthodologie de cette étude a consisté en un examen préliminaire du contenu de 22 DSRP de pays d'Afrique et d'Asie-Pacifique, et d'une sélection de plans nationaux de développement (PND), de documents relatifs à l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) et de cadres de dépenses à moyen terme (CDMT), en un examen global des documents sur l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement, et en des consultations auprès d'informateurs clés à l'échelon international et dans trois pays (Afrique du Sud, Cambodge et Ghana). Les conclusions et les recommandations ont été examinées au cours d'un atelier conjoint auquel ont participé des représentants de l'ONUSIDA, du PNUD, les équipes de l'étude et autres spécialistes en matière d'intégration. Un résumé séparé des conclusions et des recommandations est en cours de préparation et sera diffusé à grande échelle *(voir Mainstreaming HIV and AIDS in Development : A call for joint Action, UNAIDS and UNDP, à paraître - Intégration du SIDA dans les plans de développement : plaidoyer pour une action concertée, ONUSIDA/PNUD, à paraître)*.

Outre le présent rapport, les résultats de l'étude comprennent :

- Un résumé de l'analyse des DSRP, des Plans nationaux de développement et des documents relatifs à l'Initiative en faveur des PPTE sélectionnés (voir en annexe 4) ;
- Des rapports sur les consultations menées dans les pays (Afrique du Sud, Cambodge et Ghana) sur l'expérience en matière d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement (voir en annexe 5) ;
- Une compilation de plus de 100 documents sur l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement (lesquels ont été incorporés à la compilation du second volet de l'étude en une seule base de données disponible sur CD-ROM et via l'Internet) ;

Les conclusions de cette étude complètent et renforcent celles d'une autre étude conduite par l'UNICEF et la Banque mondiale en 2004 : Poverty Reduction Strategy Papers : do they matter for children and young

people made vulnerable by HIV/AIDS (Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté : prennent-ils en considération les enfants et les jeunes rendus vulnérables par le VIH/SIDA), qui fait une évaluation de la manière dont le VIH/SIDA est pris en compte dans les DSRP, à l'aide d'un système de notation se fondant sur quatre critères relatifs à ce groupe. Cette étude, elle, est davantage axée sur le contenu du SIDA des instruments nationaux de développement, ainsi que sur le processus et la mise en œuvre de l'intégration de ces questions. Par ailleurs, elle fait état des progrès accomplis à ce jour, et identifie les approches et les lacunes en matière de soutien technique au renforcement de l'intégration en la matière.

Instruments nationaux de développement et intégration du SIDA

Les stratégies de réduction de la pauvreté et de croissance – essentiellement sous forme de DSRP – sont en passe de devenir l'instrument majeur pour la planification nationale dans les pays à faible revenu et dans certains pays à revenu intermédiaire, ainsi qu'une condition nécessaire à l'octroi de prêts préférentiels par la Banque mondiale. Les DSRP reconnaissent l'importance de l'appropriation et du leadership par les pays, et ont pour objectif d'élaborer une approche plus cohérente et plus stratégique de la lutte contre la pauvreté, que les donateurs peuvent appuyer de manière cordonnée. De plus en plus, les partenaires et les donateurs des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire oeuvrent par le bais des DSRP. Si les approches des processus coordonnés de planification et de budgétisation au plan national évoluent dans la plupart des pays à faible revenu, l'un des sujets de préoccupation reconnus est la manière dont les questions sectorielles et transversales, ainsi que les stratégies, les plans et les budgets existants, dont le processus du CDMT, sont liés aux processus des DSRP et pris en compte dans ces derniers.

En théorie, les DSRP offrent un mécanisme clair pour placer le SIDA au cœur des processus nationaux de planification du développement et d'allocation budgétaire. Ils constituent, par ailleurs, un mécanisme important pour faire face aux contraintes de haut niveau et transversales qui entravent une réponse efficace au VIH (telles que les reformes macroéconomiques, les problèmes liés aux ressources humaines, et la corruption) et le cadre pour coordonner les actions des donateurs. Certains pays, dont plusieurs pays à revenu élevé et à revenu faible en Afrique subsaharienne, disposent de plans nationaux de développement dans lesquels il est possible d'inclure le SIDA, à la fois dans l'analyse des questions et dans les stratégies requises pour lutter contre l'épidémie.

Principales conclusions

Contenu du SIDA des instruments nationaux de développement

Prise en compte de la lutte contre le SIDA dans les instruments nationaux de développement : l'analyse de 15 DSRP de pays d'Afrique subsaharienne (trois DSRP intérimaires et 12 DSRP finaux) et de sept DSRP de pays asiatiques (deux DSRP intérimaires et cinq DSRP finaux) fait apparaître que l'expérience en matière d'intégration du SIDA a été mitigée.

- Malgré les progrès réalisés par un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne pour intégrer la lutte contre le VIH/SIDA dans les DSRP, le contenu du SIDA de la plupart de ces documents reste pauvre. La corrélation entre VIH/SIDA et pauvreté est généralement abordée brièvement dans les analyses. Le SIDA peuvent être abordées dans un autre chapitre (Ethiopie), ou dans un paragraphe de la partie consacrée aux Ressources humaines ou au Développement humain (Ghana, Kenya et Ouganda), ou encore, être intégrées à l'analyse des questions transversales (Rwanda) ; dans d'autres cas, ces questions sont toujours examinées dans la partie sur la santé (Mozambique). Ces constats corroborent les conclusions de l'étude conjointe UNICEF/Banque mondiale.

- Le SIDA dans les DSRP des pays asiatiques examinés était pris en compte de façon moindre, et se limitait généralement à la section sur la santé. Cela peut être dû en partie à la faible prévalence de la pandémie dans ces pays, d'où le peu d'importance accordée aux activités d'intégration.

- D'autres plans nationaux de développement passés en revue démontraient peu d'efforts pour intégrer le SIDA. Par exemple, les plans sectoriels d'Afrique du Sud n'ont pas établi de lien entre VIH et pauvreté. Le Plan national de développement de la Thaïlande, qui prévoit des stratégies d'intégration, fait figure d'exception parmi les pays qui ne disposent pas de DSRP.

Cette évaluation a également montré que les quatre critères définis dans le Module de formation de l'ONUSIDA/ Banque mondiale relatifs au« contenu essentiel du SIDA» n'indiquent pas toujours clairement la mesure dans laquelle le SIDA doit être intégré dans les DSRP. Par exemple, six DSRP, dont cinq pays d'Afrique et un pays d'Asie, ont observé les quatre critères de l'ONUSIDA/Banque mondiale. Cependant, même les pays qui ont mis en œuvre ces critères n'ont pas été forcément « forts » sur le contenu de l'intégration du SIDA. Ainsi, l'application des quatre critères est peut-être nécessaire mais non suffisante pour démonter une intégration efficace.

Le VIH/SIDA et les questions liées à la différence entre les genres dans les instruments nationaux de développement : les liens fondamentaux existant entre inégalités des genres et vulnérabilité à la propagation et à l'impact du VIH/SIDA sont rarement pris en compte dans les sections des DSRP consacrées à l'analyse de la pauvreté. Les données sur les causes et les déterminants de l'épidémie ne sont pas ventilées par genre, et il n'y a pas d'objectifs ni d'indicateurs spécifiques au genre. Etant donné l'absence d'analyse et de stratégies tenant compte de la spécificité de chaque genre, les réponses ne sont peut-être pas adaptées à la situation différente que rencontrent les hommes et les femmes en termes d'exposition et d'expérience face à l'épidémie.

Le VIH/SIDA et les politiques macroéconomiques : il a été reproché aux DSRP de ne pas répondre systématiquement à l'impact économique, sectoriel et autres de l'épidémie. Par exemple, les DSRP prennent rarement en compte l'impact que le VIH/SIDA peut avoir sur la réalisation des objectifs de croissance ou de développement social. Par ailleurs, ils ne prennent pas non plus en compte les répercussions, pour la croissance économique et la réduction de la pauvreté, des changements existants ou prévisibles liés au SIDA au sein de la population ou de la structure de la population active, et des contraintes associées en termes de capacité.

Harmonisation du contenu du SIDA avec les instruments nationaux de développement : Les DSRP ont souvent été élaborés parallèlement à d'autres processus nationaux de formulation de politiques et de planification. La cohérence entre les DSRP et les CNA en ce qui concerne le contenu du SIDA est limitée. L'enquête conjointe UNICEF/Banque mondiale a montré que 38 % des 19 DSRP examinés étaient parfaitement cohérents avec les CNA et environ 42 % modérément cohérents. Le manque d'harmonisation entre le contenu du SIDA des différents instruments nationaux de développement constitue un obstacle majeur à l'intégration efficace de ces questions.

Etablissement de budgets pour les ripostes au VIH/SIDA : alors que certains DSRP (notamment ceux du Cambodge, d'Ethiopie, du Ghana, du Malawi et de la Zambie) présentent une liste globale des besoins pour les éléments clés de la ripostes, dans la majorité des cas, les ressources nécessaires ne sont pas mentionnées ou bien, une seule ligne budgétaire concerne le VIH/SIDA qui ne mentionne pas la source des chiffres. Cela pourrait être le signe que bien des pays ne disposent pas d'un CNA correctement chiffré, ce qui entrave l'intégration des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA dans les DSRP.

Processus d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement

Les documents attestant les processus d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement sont très limités. Bien que des exemples des meilleures pratiques en matière de documentation existent (comme dans le cas de l'Ouganda, du Ghana et de la Zambie), l'analyse approfondie du processus d'intégration du SIDA figure rarement, par exemple, en ce qui concerne les voies d'influence qui facilitent ou entravent l'intégration.

En dépit des éléments susmentionnés, la présente étude a permis d'identifier les problèmes suivants :

Absence de compréhension partagée : l'étude a révélé l'absence de consensus sur la signification de l'expression « intégration du SIDA» et en quoi consiste l'intégration en termes de stratégies de réduction de la pauvreté et de croissance économique aux niveaux central et sectoriel. L'intégration est interprétée différemment par les différents acteurs de développement et ce terme est souvent utilisé de façon interchangeable avec « intégration », et approches « multisectorielles ».

Faible engagement à intégrer le SIDA : ce fait a été évoqué comme un facteur clé dans les trois consultations menées dans les pays dans le cadre de cette étude, ainsi que d'autres études telles que celle du Programme/ Projet multi-pays de lutte contre le SIDA de la Banque mondiale. Les parties prenantes dans les pays ont tendance à considérer que la prise en compte du SIDA relève du secteur de la santé, et non de l'adoption d'une réponse multisectorielle et intégrée.

Etablissement de priorités en matière de lutte contre le VIH/SIDA limité dans les processus de consultation et d'élaboration : le niveau de participation, y compris celui de la société civile, aux processus globaux du DSRP a varié de manière significative d'un pays à l'autre. Cependant, on note l'absence quasi totale des réseaux des personnes vivant avec le VIH dans les processus de consultation.

Dans les pays où les consultations ont été menées, les communautés n'ont pas considéré que le VIH était forcément une priorité pour les stratégies de réduction de la pauvreté. C'est pourquoi, étant donné leur perception des priorités, par exemple, l'offre inadéquate de nourriture et d'emploi, il faut établir d'autant un lien entre VIH et défis de développement et de planification aux niveaux local et national.

On a également observé une participation limitée des personnes ayant des compétences en matière d'intégration du SIDA au niveau sectoriel et de questions transversales, telles que les questions liées aux genres, dans l'élaboration des processus de DSRP. La participation s'est souvent limitée à des mesures de dernière minute pour inclure dans le document une section consacrée spécifiquement au VIH.

Rôle des autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA (ANS) : si les autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA reconnaissent l'importance de l'intégration de telles questions, les consultations dans les pays et les réalisations attestées ont montré que leur capacité et leur crédibilité pour ce qui est de prendre en charge l'appui à l'intégration dans les DSRP sont limitées. Ceci est dû en partie aux faiblesses des autorités nationales de lutte contre le SIDA elles-mêmes (par exemple, bon nombre d'entre elles ne disposent pas de personnel approprié), mais aussi au peu de communication entre les secteurs et le ministère des Finances.

Participation limitée des acteurs clés : on s'est insuffisamment attaché à élaborer des dispositions institutionnelles appropriées visant à impliquer les acteurs clés dans le processus d'intégration du SIDA aux instruments nationaux de développement. Souvent, aucun processus n'a été conduit pour intégrer ces questions aux et

établir un lien avec les CDMT préexistants, les politiques sectorielles et les plans stratégiques nationaux ou les cadres d'action nationale pour intégrer le SIDA dans les DSRP. Cela a contribué au faible contenu du SIDA dans les DSRP. Ce facteur a également limité la mise sur pied de l'appropriation et la mise en oeuvre de l'intégration. Les processus efficaces adoptés pour élaborer le Plan national de développement de la Thaïlande actuel montrent les avantages d'harmoniser le contenu du SIDA des principaux instruments et stratégies nationaux de développement pour intégrer le SIDA. Le processus d'intégration a consisté à intégrer la stratégie nationale de lutte contre le SIDA dans le Plan de développement national, notamment en ce qui concerne les dispositions institutionnelles, et les besoins en matière de planification et de ressources. Ce processus a permis d'accroître la participation et la coordination des programmes hautement complémentaires qui s'attaquent au SIDA et à la pauvreté en tant que défis interdépendants.

Manque d'harmonisation au niveau des processus de budgétisation : le manque d'harmonisation entre DSRP et cycles budgétaires a constitué un problème majeur, et provient en grande partie du fait que ces processus relèvent souvent de la responsabilité de différentes institutions. Si l'on s'attend à ce que les DSRP exposent les besoins généraux de la riposte au VIH/SIDA, le degré auquel il est appuyé par un CDMT bien élaboré varie considérablement. Presque tous les DSRP se réfèrent aux CDMT qui existent déjà ou sont en cours de préparation. Toutefois, comme indiqué plus haut, la plupart des DSRP ne fournissent pas assez d'informations sur les besoins financiers pour justifier une allocation appropriée de ressources par le biais du CMDT et du budget annuel.

Mesures d'incitation budgétaires limitées : les récentes augmentations du financement en faveur de la lutte contre le SIDA ont souvent été des ressources extrabudgétaires et sont restées largement limitées au secteur de la santé. Cela n'a pas encouragé l'intégration des ripostes au SIDA dans les instruments nationaux de développement et les secteurs non sanitaires.

Suivi des ressources en faveur des ripostes au SIDA : les pays et les donateurs aimeraient savoir si les récentes tendances du soutien à la lutte contre le SIDA ont conduit véritablement à augmenter les ressources disponibles dans le pays ou si elles ont servi aux dépenses existantes. Par ailleurs, il devient de plus en plus important de suivre la répartition des fonds en fonction des différentes priorités des réponses nationales. Le suivi de l'utilisation des ressources tel que les Évaluations des dépenses nationales pour le SIDA, dont les flux de financements en faveur du SIDA et les dépenses en matière de santé, d'atténuation des impacts sociaux du SIDA, d'éducation et d'autres activités non sanitaires, s'efforcent d'y faire face. Malgré son coût d'opportunité et ses difficultés techniques, ce suivi est nécessaire pour justifier le plaidoyer en faveur de l'augmentation des ressources ou de leur allocation, selon les priorités. Dans certains cas, le fait d'attester le faible niveau de dépenses publiques a amené le gouvernement et les donateurs à augmenter leurs dépenses en faveur de la lutte contre le SIDA, comme au Rwanda.

Mise en œuvre des DSRP

Selon de récents rapports, tels que l'étude conjointe UNICEF/Banque mondiale et les évaluations ordinaires réalisées par le FMI et la Banque mondiale, un certain nombre de raisons expliquent pourquoi peu de progrès ont été globalement réalisés dans la mise en œuvre de l'approche du DSRP. Ces « dérapages au niveau de la mise en œuvre » ont également contribué à ralentir l'intégration du SIDA.

Les principales causes identifiées sont : le manque d'appropriation par les ministères de tutelle et l'administration locale ; la faible capacité de coordination au sein du gouvernement ; le manque de mesures incitatives pour encourager l'engagement ; et le chevauchement avec les plans, les stratégies et les processus existants. D'autre

part, les objectifs et stratégies exposés dans les DSRP ne sont souvent accompagnés ni de cibles, ni d'indicateurs ni d'allocations budgétaires. Nombre de ces défis sont particulièrement difficiles à relever dans des domaines tels que le SIDA, où les responsabilités en terme de politiques et de cibles transcendent souvent un grand nombre de ministères.

Pour remédier au peu d'attention portée à la qualité des processus sur lesquels repose la mise en œuvre du DSRP, tels que l'analyse des politiques, la budgétisation et le suivi et l'évaluation, certains partenaires au développement élargissent actuellement le champ de leurs interventions pour inclure dans les DSRP des questions spécifiques (comme le SIDA), afin de renforcer les systèmes soutenant la mise en œuvre.

Appui technique à l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement

Approches des agences : Si la plupart des organisations des Nations Unies, des organisations bilatérales et non gouvernementales internationales ont élaboré des stratégies de lutte contre le SIDA, peu d'entre elles ont totalement intégré le SIDA dans leurs propres organisations et activités. L'essentiel des efforts a été axé sur le plaidoyer et l'orientation politique pour les processus d'intégration interne. Certaines d'entre elles ont établi « l'appui à l'intégration du SIDA » comme priorité dans leur collaboration avec les pays partenaires.

Ressources techniques : un certain nombre de modules et de listes de vérification ont été élaborés au niveau mondial pour faciliter le processus d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement. Les principaux informateurs et les consultations dans les pays menées aux fins de l'étude ont indiqué que ces ressources n'étaient pas très bien connues au niveau national et que leur application a bénéficié de peu d'appui. En conséquence, elles n'ont pas été particulièrement utiles. En outre, la principale ressource pour l'élaboration des DSRP, à savoir le Recueil de références sur les stratégies de réduction de la pauvreté, ne couvre pas encore le SIDA.

Appui technique au niveau pays : à ce jour, l'appui technique à l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement demeure limité, en particulier au niveau pays, et a pour l'essentiel porté sur le contenu plutôt que sur le processus. Les principaux informateurs de l'étude ont indiqué que l'appui technique au renforcement des capacités au niveau national pour intégrer le SIDA dans les DSRP a souvent été ponctuel, mal programmé et fragmenté.

Là où les donateurs et les agences des Nations Unies ont apporté un appui technique plus important pour intégrer le SIDA dans les instruments nationaux de développement, les résultats sont restés mitigés. L'expérience du Burkina Faso en matière d'appui par le PNUD montre un certain nombre de contraintes, notamment le manque d'engagement de la part du gouvernement et des partenaires, l'absence de compréhension et de plaidoyer pour ce qui est d'intégrer ces questions, ainsi que l'appropriation et la participation limitées de la société civile au processus de consultation. Il est très difficile de remédier à ces difficultés par un appui technique limité, ce qui signifie qu'il faut adopter une approche plus globale et durable de développement des capacités visant à intégrer le SIDA. En Ouganda (où le processus a bénéficié de l'appui du DFID), l'appui technique a consisté entre autre en un encadrement dans le temps pour faciliter la compréhension en matière d'intégration. Les principaux aspects de l'intégration du SIDA dans divers secteurs ont été identifiés lors du processus, mais la principale contrainte a été le manque de stratégie pour orienter l'autorité nationale chargée de la lutte contre le SIDA et les secteurs clés dans l'élaboration d'actions réalistes et pratiques, d'où un impact limité sur la stratégie de réduction de la pauvreté.

Conclusions : Renforcement des processus d'intégration

Les résultats de la présente étude et d'autres études ont mis en exergue plusieurs problèmes clés.

Renforcement des liens entre les DSRP, les CNA et les plans sectoriels : Les conclusions laissent à penser qu'un CNA global constituera une base solide pour renforcer la couverture du SIDA dans le DSRP. Le CNA devrait proposer un plan stratégique établissant des priorités et chiffré comprenant, ou faisant référence à, des plans sectoriels et des responsabilités. Les ministères de tutelle ont également besoin de plans sectoriels solides qui s'intègrent aux objectifs du CAN et au bout du compte, à ceux du DRSP.

Les autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA doivent être capables de jouer un rôle de chef de file dans la coordination des efforts d'intégration, et d'intermédiaire dans les relations indispensables entre les parties prenantes au DSRP telles que les ministères des finances et les secteurs de premier plan. Cela devrait permettre de garantir des liens plus étroits et une plus grande harmonisation entre les instruments nationaux de développement, le CNA et les stratégies et plans sectoriels.

Prise en compte du SIDA dans les politiques économique et sociale : l'étude a montré que le SIDA et ses corrélations avec la pauvreté sont rarement pris en compte dans les politiques macroéconomiques et sociales au sens large figurant dans les DSRP. D'où le problème soulevé par le fait que l'on ne prend pas suffisamment en considération les répercussions des réformes prévues sur les causes et conséquences potentielles de l'épidémie du VIH et sur la nécessité de faire des réformes pour remédier à l'augmentation de la vulnérabilité et aux inégalités.

Prise en compte de la spécificité selon les genres dans l'intégration du SIDA : l'étude a révélé qu'il y a peu d'évolution en ce qui concerne l'intégration des causes et des conséquences liées aux genres de l'épidémie dans les instruments nationaux de développement. Dans le cas des DSRP, par exemple, les déterminants du risque, de la vulnérabilité et de l'impact en fonction du genre sont rarement mentionnés ou bien traités de manière sommaire et n'entrent donc pas en ligne de compte dans la programmation.

Etant donné que, depuis quelques années, on comprend mieux les liens existant entre SIDA et questions liées au genre, il est indispensable d'adopter une approche systématique d'intégration des questions liées au genre et au SIDA dans le contenu des instruments nationaux de développement, de suivre des processus et de fournir un appui technique. À cet effet, dans un premier temps, les objectifs des instruments nationaux de développement, les indicateurs, les ressources et les données sur les causes et conséquences du SIDA devraient être ventilées par genre. L'appui technique peut aider à promouvoir une approche spécifique selon les genres de l'intégration du SIDA en faisant de l'analyse comparative entre les genres et de l'utilisation de données ventilées par genre une composante intégrante de l'assistance. Il faut aussi établir fermement des liens avec des programmes globaux d'intégration des questions liées au genre.

Questions liées à la budgétisation : une part importante de la riposte au SIDA est financée à ce jour par des fonds mobilisés et gérés parallèlement aux budgets annuels et aux cadres de dépenses à moyen terme (CDMT). Il existe une certaine tension entre la nécessité de mobiliser rapidement des ressources additionnelles pour appuyer les ripostes au SIDA tout en favorisant dans le même temps l'intégration progressive de ces ressources dans les plans de dépenses à moyen terme et les budgets annuels du gouvernement. Les ressources dégagées dans le cadre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés et d'autres accords d'allègement de la dette, ainsi que par l'appui budgétaire direct apporté par certains donateurs, permettent largement d'accroître les financements sur budgets des gouvernements pour les actions prioritaires telles que les ripostes au SIDA. Toutefois, pour y arriver, la performance des systèmes de gestion des dépenses publiques dans de nombreux

pays doit être améliorée. L'appui technique est particulièrement indispensable pour renforcer les procédures d'allocation et de suivi des ressources dans les secteurs et les programmes.

Établissement d'un lien entre intégration du SIDA et maladies liées à la pauvreté et autres priorités des Objectifs du Millénaire pour le développement : Le SIDA n'est qu'un des nombreux défis concurrentiels et interdépendants qui se posent au développement et à la santé publique devant être pris en compte dans les instruments et processus nationaux de développement. Par définition, l'intégration du SIDA implique d'établir et de prendre en compte les liens existant entre SIDA et autres problèmes de développement tels qu'une croissance économique lente ou négative et inégale, les conflits et les migrations, la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance, la gouvernance et la performance du secteur public et les problèmes de santé tels que le paludisme, la tuberculose et la santé maternelle et infantile.

Devant la nécessité de prendre en compte ces problèmes transversaux dans les stratégies de réduction de la pauvreté et de croissance, il faut harmoniser de manière explicite les processus de DSRP avec les programmes mondiaux et nationaux conçus dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le développement. La lutte contre le VIH/SIDA est directement liée à la réalisation d'au moins cinq des Objectifs du Millénaire pour le développement que sont la réduction de la pauvreté et de la faim, l'amélioration de la santé maternelle et infantile et l'éducation, outre l'objectif spécifique de mettre un terme et d'avoir commencé à inverser la propagation du VIH/SIDA d'ici à 2015. Cela a des répercussions importantes sur l'approche de l'intégration du SIDA dans les DSRP et sur l'appui technique associé : en fonction du contexte de chaque pays, le SIDA devra être intégré ou contextualisé au sein de cadres de développement globaux tels que les Objectifs du Millénaire pour le développement, les droits de l'homme, les maladies liées à la pauvreté.

Appui technique continu à l'intégration : la présente étude a mis en exergue les défis de l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement, notamment les capacités et la compréhension limitée en ce qui concerne l'élaboration de plans pratiques pour intégrer les ripostes multisectorielles au SIDA. L'approche de l'intégration a trop souvent été présentée ou perçue comme une discipline à part entière relevant d'un petit groupe d'experts, exigeant un ensemble de méthodes et d'activités spécifiques. Les conclusions de l'étude indiquent la nécessité permanente d'un appui technique global plus efficace et plus durable aux principales parties prenantes et à leurs partenaires, tant au niveau national que local, ainsi qu'aux ministères clés et aux secteurs prioritaires. Dans nombre de cas, les mandats et les capacités des agences peuvent limiter les points d'entrée et le champ d'intervention pour fournir un appui en particulier aux processus des instruments nationaux de développement, contrairement à des programmes plus axés sur le SIDA voire même aux CNA et aux plans sectoriels de lutte contre le SIDA.

Intégration limitée du SIDA parmi les partenaires : l'étude a également révélé que de nombreuses agences de développement n'avaient pas pleinement intégré le SIDA dans leurs propres activités et mandats avec les partenaires dans les pays. Les défis qui se posent à l'intégration interne expliquent en partie les difficultés auxquelles les agences sont confrontées lors de l'appui à l'intégration au niveau national. De la même manière que les processus d'intégration doivent renforcer l'appropriation et les capacités des acteurs nationaux, les agences doivent développer leur propre expertise dans ces domaines en conformité avec leurs mandats et leurs objectifs.

Recommandations

Les recommandations suivantes ont été formulées à partir des résultats et conclusions de la présente étude, et ont été débattues et approuvées lors d'un atelier organisé par le PNUD et l'ONUSIDA en mai 2005, sur l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement et autres processus de planification.

L'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement : contenu

1. Les acteurs et les fournisseurs d'appui technique dans le pays doivent mettre en avant et s'assurer que le SIDA est couvert de manière appropriée dans le contenu des DRSP et autres instruments nationaux de développement. Cette couverture devrait comprendre ce qui suit :

- Une analyse plus approfondie des liens existant entre pauvreté et inégalité, genre et SIDA, au moyen d'une analyse comparative entre les genres et de données ventilées par genre, de cibles, d'indicateurs et de ressources.

- La prise en compte des répercussions du SIDA dans la conception des plans pour la réduction de la pauvreté et la croissance et dans les programmes de réformes économiques et sociales.

- L'établissement d'un lien entre le VIH/SIDA et d'autres problèmes liés aux droits de l'homme, à la santé et au développement dans le contexte global des Objectifs du Millénaire pour le développement.

- L'ébauche de stratégies sectorielles et transversales d'intégration, conjointement avec les besoins généraux en matière de ressources et les indicateurs appropriés.

- L'évaluation et la planification des capacités humaines et institutionnelles nationales indispensables pour réaliser les objectifs de lutte contre le SIDA figurant dans les DRSP

Intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement : processus

2. Les acteurs dans les pays devraient s'attacher à renforcer les liens et les responsabilités institutionnels entre les principales parties prenantes dans les processus nationaux de développement, notamment concernant les ministères responsables, les autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA et les secteurs prioritaires, et traiter en particulier les domaines suivants :

- L'élaboration de stratégies de plaidoyer bien documentées afin de faire mieux comprendre aux principaux acteurs des instruments nationaux de développement et des secteurs prioritaires quels sont les fondements, les avantages et les processus de l'intégration de telles questions.

- Le renforcement institutionnel des autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA à conduire et à coordonner l'exécution du CNA en partenariat avec les parties prenantes des secteurs prioritaires, de la société civile, du secteur privé, afin d'établir des liens.

- La préparation de CNA complets et chiffrés, comprenant des références aux, ou des éléments de plans sectoriels prioritaires, et le suivi et l'évaluation.

3. Les acteurs dans les pays devraient s'attacher à améliorer l'exécution et la gestion des budgets pour permettre d'intégrer progressivement les financements pour la lutte contre le SIDA. La mobilisation de ressources pour financer l'intégration du SIDA aux niveaux sectoriel et décentralisé devrait bénéficier d'un appui, comprenant :

- Le soutien continu à la capacité de gestion des dépenses publiques de sorte que les fonds réservés à la lutte contre le SIDA soient intégrés progressivement, avec efficacité et transparence.

- L'aide aux secteurs et aux pouvoirs publics locaux pour mobiliser des fonds en faveur de la lutte contre le SIDA par le truchement de divers canaux disponibles.

4. Pour entamer le première étape de l'élargissement de l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement et autres, les acteurs dans les pays pourraient proposer et appuyer l'élaboration d'une « feuille de route nationale d'intégration » qui devra être coordonnée par l'autorité nationale chargée de la lutte contre le SIDA. Cette feuille de route ferait partie du CNA ou le complèterait, et serait élaborée au moyen de consultations des acteurs clés, notamment les parties prenantes dans les secteurs prioritaires et public, et les principaux partenaires au développement concernés, le secteur privé et la société civile, en particulier les réseaux de personnes vivant avec le VIH.

L'objectif de la feuille de route serait d'identifier :

- les acteurs et de préciser leurs rôles et leurs relations concernant l'appui à l'intégration du SIDA à différents niveaux, notamment en matière d'activités de plaidoyer, de coordination, de planification, d'exécution, de suivi et évaluation ;

- les points d'entrée et les processus fondamentaux permettant d'assurer une couverture du SIDA dans les instruments nationaux de développement, les cycles sectoriels et locaux de planification et d'exécution ; et

- les besoins en matière de plaidoyer et d'appui technique et les sources possibles d'appui et de financement aux niveaux national et sectoriel.

Toutefois, dans l'immédiat, les acteurs dans les pays devraient identifier les points d'entrée possibles en examinant prochainement leurs DSRP, plans nationaux de développement et/ou CNA ainsi que leurs plans sectoriels et locaux.

5. L'appui technique devrait s'attacher à accroître la motivation et la capacité des acteurs directement impliqués dans les processus des instruments nationaux de développement à appuyer l'intégration du SIDA. Cet appui comprendrait les éléments suivants :

- Définir et cibler les parties prenantes appropriées (y compris aux niveaux central et sectoriel), et les mesures visant à un appui technique opportun, évolutif et durable tout au long du processus – en s'appuyant si possible sur des mécanismes techniques existants et en développant et/ou en renforçant les réseaux Sud-Sud et régionaux.

- Fournir un appui technique fondé sur les besoins tout au long du processus de préparation de DSRP dans des domaines tels que la facilitation du processus auprès des autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA et d'autres acteurs, l'évaluation de l'impact du SIDA, la collecte et l'analyse de données (dont celles relatives aux questions de genre), l'analyse globale du SIDA, les problèmes et les ripostes liées à la pauvreté et au genre, la planification stratégique, l'élaboration de cadres de suivi et évaluation, et la budgétisation.

Pour commencer, le SIDA doit être intégré dans le Recueil de référence sur les DRSP de la Banque mondiale et dans d'autres documents de référence pertinents relatifs aux instruments nationaux de développement. Le VIH/SIDA doit également être pris en compte dans l'examen du Plan quinquennal du DSRP et, sur la base des conclusions en la matière, un programme d'assistance doit être élaboré pour permettre aux pays d'améliorer la couverture du SIDA dans leurs DSRP.

6. S'inspirant de l'expérience déjà acquise, un réseau par l'Internet devrait être mis en place, si possible au niveau régional, pour l'échange d'informations et d'expériences sur l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement.

Cet outil pourrait comporter les éléments suivants :

- Des liens vers les principaux documents sur l'intégration du SIDA
- Une base de données d'expertise en matière d'intégration du SIDA
- La liste des futurs événements organisés dans le domaine de l'intégration du SIDA (ateliers, séminaires, initiatives dans les pays)
- Rapports, examens de l'évolution et bonnes pratiques en matière d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement pour faciliter la coordination, la collaboration et l'harmonisation.
- Des séances interactives périodiques sur des sujets spécialisés (tels que le suivi et l'évaluation, la détermination des coûts/la budgétisation et les problèmes liées aux genres) pour faciliter et renforcer la constitution de réseau et diffuser des informations sur les pratiques prometteuses.

1. Introduction et généralités

1.1 Introduction

Le présent document est le rapport final d'une étude conjointe de l'ONUSIDA et du PNUD sur les expériences en matière d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement, et d'appui technique aux partenaires nationaux dans ce domaine. Cette étude a porté essentiellement sur les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) et, à un degré moindre, sur les Plans nationaux de développement (PND). Elle a été menée par l'institut HLSP de novembre 2004 à juin 2005.

Une seconde étude, réalisée par JSI Europe, porte sur l'expérience actuelle en matière d'appui technique aux niveaux local et régional. Les résultats, les recommandations et les prochaines étapes de ces deux études ont fait l'objet de discussions et ont été renforcés lors d'un atelier qui s'est tenu à Londres, en mai 2005. Ont pris part à cet atelier des représentants de l'ONUSIDA, du PNUD, de GTZ, de JSI Europe et de l'institut HLSP.

En tant que résultat déterminant proposé dans le document du Secrétariat de l'ONUSIDA intitulé Strategy Note and Action Framework on Support to Mainstreaming SIDA in Development (Document de stratégie et cadre d'action pour l'appui à l'intégration du SIDA au développement), les études contribuent à renforcer les éléments de preuves justifiant l'appui technique et les progrès réalisés pour intégrer le SIDA au niveau national. Les conclusions et les recommandations de l'étude éclaireront les consultations régionales et l'action nationale sur le renforcement des processus d'intégration, en vue d'intensifier les ripostes multisectorielles nationales au SIDA. Un résumé des résultats et des recommandations des deux études sera publié séparément.

1.2 Généralités

L'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement a été jugée prioritaire lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) en 2001, dans le paragraphe suivant de la *Déclaration d'engagement :*

«D'ici à 2003, intégrer la prévention du VIH/sida, les soins, le traitement et l'appui, et des stratégies prioritaires d'atténuation des effets de l'infection dans la planification du développement, notamment dans les stratégies d'éradication de la pauvreté, les crédits budgétaires nationaux et les plans de développement sectoriels » (Paragraphe 38)

Depuis lors, les liens complexes et systémiques entre le SIDA et le développement ont été placés au cœur de la riposte au SIDA et de l'agenda de développement, l'accent étant mis en particulier sur : a) la manière dont les écarts de développement accroissent la vulnérabilité des hommes et des femmes à l'infection à VIH et les multiples impacts du SIDA ; et b) la manière dont l'épidémie peut entraver voire inverser le cours du développement, ce qui constitue un obstacle majeur à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)[1]. De même, en ce qui concerne l'objectif visant à enrayer et à faire reculer la propagation du VIH/SIDA à l'horizon 2015, riposter au VIH et au SIDA implique de réaliser cinq autres Objectifs du Millénaire pour le développement, notamment ceux relatifs à la réduction de la pauvreté, à la santé maternelle et infantile et à l'éducation.

[1] Les Objectifs du Millénaire pour le développement sont un ensemble d'objectifs de développement approuvés lors du Sommet du Millénaire des Nations Unies 2000. Les donateurs et les gouvernements adaptent leurs politiques de développement et leurs priorités en matière de dépenses pour répondre à ces objectifs.

Le *Plan stratégique du Système des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/SIDA* oriente la riposte du système des Nations Unies 2001-2005 et éclaire les plans et les stratégies de 29 organisations et divisions des Nations Unies travaillant dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA (Nations Unies 2001). L'action fondamentale visée par ce plan est de : « susciter la prise de conscience et de favoriser l'appui à l'intégration du VIH dans les efforts nationaux de développement ».

Le plaidoyer en faveur de l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement a été d'autant plus appuyé lorsque, vers la fin 2003, 11 agences des Nations Unies ont recommandé au Comité de haut niveau pour les programmes du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CEB) d'inclure dans les instruments de développement au niveau macroéconomique, tels que les DSRP et les Plans nationaux de développement, une stratégie d'intégration du SIDA (UN HLCP, 2003). Il a aussi été recommandé que le système des Nations Unies « soutienne les efforts des gouvernements et de leurs partenaires pour qu'ils prennent en compte la manière dont le SIDA influe sur le contexte de planification du développement de base (comme dans les DSRP) et pour qu'ils intègrent les activités de lutte contre le SIDA dans ces plans ».

Approuvés lors d'une réunion internationale en 2004, les « Three Ones » (un cadre national d'action pour le VIH/SIDA (CNA), une autorité nationale chargée de la lutte contre le SIDA (ANS) et un système d'évaluation et de contrôle approuvé au niveau national), constituent un cadre national solide pour coordonner la riposte multisectorielle au SIDA, au sein duquel le cadre national d'action peut éclairer les processus de planification au niveau national, sectoriel et décentralisé.

La nécessité d'une riposte coordonnée a été réaffirmée lors de la réunion de suivi tenue en mars 2005 par les pays à revenu faible et intermédiaire, les gouvernements donateurs, les organisations de la société civile, les personnes vivant avec le VIH, les organismes du système des Nations Unies et d'autres institutions multilatérales et internationales. Une équipe spéciale mondiale a été établie pour faire des recommandations urgentes sur la manière dont le système multilatéral peut rationaliser et simplifier les procédures pour renforcer l'efficacité de la riposte dans les pays.

La récente publication de l'ONUSIDA intitulée « Le SIDA en Afrique : Trois scénarios à l'horizon 2025 », et les rapports de la Commission pour l'Afrique parrainée par le Royaume-Uni et le Groupe spécial des OMD du Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies mettent tous l'accent sur les liens étroits entre le SIDA, la pauvreté et les inégalités économiques et sociales (ONUSIDA, 2005 ; Commission pour l'Afrique, 2005 ; Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies, 2005). La modélisation des « Trois scénarios » démontre de quelle façon les politiques nationales efficaces en matière de réduction de la pauvreté et de relance du développement limiteront également la propagation et l'impact du VIH.

Le rapport du Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies, intitulé « Investir dans le développement », soutient que l'on peut accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement en prenant d'urgence des « mesures à effet rapide », par exemple, concernant l'amélioration de l'accès aux soins de santé et au traitement du SIDA, et à l'éducation (y compris des enfants non scolarisés) ; la croissance de la productivité urbaine et rurale ; le renforcement du respect des droits légaux, en particulier pour les femmes. Il souligne qu'une action multisectorielle s'impose et que les interventions prioritaires contribuent à la réalisation de plusieurs objectifs. La réduction, par exemple, de l'inégalité entre hommes et femmes est essentielle pour atténuer la faim, enrayer le VIH, promouvoir un environnement durable, améliorer les taudis et réduire la mortalité infantile. Bien que le rapport existant entre SIDA et développement soit généralement admis et qu'il y ait toujours un appui solide aux ripostes nationales globales, les progrès réalisés jusque-là dans la mise en œuvre de ces engagements ont été lents. Au début de l'année 2005, un rapport des Nations Unies a mis en garde contre le fait que les Objectifs du Millénaire pour le développement, adoptés par les gouvernements

pour réduire la pauvreté à l'horizon 2015, seraient vains tant que les pays à revenu faible et intermédiaire ne placeraient pas la lutte contre le VIH/SIDA au cœur de leurs priorités (PNUD-OHRLLS, 2005). Malgré cela, peu de mentions aux progrès réalisés et aux actions nécessaires à la mobilisation multisectorielle effective sont faites dans les rapports 2005 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement et la *Déclaration d'engagement de l'Assemblée générale des Nations Unies* (Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies, UNGA 2005).

1.3 But, portée et structure

L'objectif de la présente étude est de contribuer au renforcement des processus d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement, y compris en ce qui concerne l'appui technique. Elle analyse le contenu du SIDA dans les instruments nationaux de développement, les processus par lesquels ces questions sont intégrées, la gamme et l'impact des efforts d'appui technique à l'intégration entrepris à ce jour. Si cette étude a essentiellement porté sur l'Afrique subsaharienne, elle contient également des exemples de pays d'Asie (notamment le Cambodge et la Thaïlande).

Le présent rapport se compose de six sections, et du résumé analytique. Les sections 1 et 2 présentent l'introduction à l'étude et un bref aperçu des instruments nationaux de développement. Les sections 3 et 4 analysent les principaux résultats de l'étude concernant le contenu, les processus et la mise en œuvre de l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement. La section 5 expose les problèmes et les conclusions et la section 6, les recommandations pour renforcer les processus d'intégration et l'appui technique. Les mandats, les personnes consultées et la note d'informations sur le projet figurent dans les annexes 1 à 3. L'examen et le tableau analytique des instruments nationaux de développement, ainsi que les trois consultations menées dans les pays figurent aux annexes 4 et 5. Tous les documents, ainsi que les résumés, sont disponibles sur CD-ROM.

1.4 Méthodologie

La méthodologie utilisée pour la présente étude a consisté en :

- Un examen préliminaire du contenu de 22 DSRP, et une sélection de Plans nationaux de développement et de documents relatifs aux PPTE résumés sous forme de tableau analytique (voir l'annexe 4) ;

- Un examen global des documents sur l'intégration du SIDA dans différentes agences et instruments nationaux de développement (compilée dans une base de données indépendante). Depuis 2000, plus de 100 documents ont été résumés ; il s'agit entre autres de documents de politique générale, de notes sur les concepts, de stratégies des agences, de plans/cadres stratégiques des agences, de principes directeurs (et des modules de formation) et des rapports commandés (voir CD-ROM).

- Des consultations préparatoires dans 3 pays (Ghana, Afrique du Sud et Cambodge) sur la situation actuelle en matière d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement (voir l'annexe 5).

- Des consultations auprès d'informateurs clés, comprenant des entretiens téléphoniques, des réponses aux questionnaires envoyés aux agences, aux universitaires et aux consultants spécialisés dans l'intégration du SIDA sélectionnés (voir liste à l'annexe 3).

Les informations sur le processus d'intégration (par exemple, budget et méthodes d'allocation des ressources, responsabilité financière, structures et capacités), ainsi que sur le contenu et les résultats de l'intégration (comme les stratégies, les accords institutionnels, l'allocation des ressources, le suivi et l'évaluation) sont très limitées. Les aspects suivants ont donc été pris en compte dans l'étude des DSRP :

- La couverture du SIDA dans les DSRP ;
- La pertinence de l'intégration du SIDA dans les DSRP (y compris la pertinence au regard de l'égalité entre les genres) ;
- Les accords institutionnels pour intégrer le SIDA dans les DSRP ;
- La participation des parties prenantes des DSRP au processus de SRP.

En outre, les DSRP ont été analysés par un système de notation se fondant sur les quatre critères essentiels du contenu du SIDA, indiqués dans le Module de formation de l'ONUSIDA / Banque mondiale, à savoir :

- L'analyse des liens entre le VIH/SIDA et la pauvreté ;
- Les principales stratégies du Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA (PSN) ou des cadres nationaux d'action (CNA) mentionnées dans les DSRP, justifiées et budgétisées ;
- Les objectifs à moyen terme et les indicateurs de suivi de la pauvreté tirés des Plans nationaux de lutte contre le SIDA spécifiés ;
- Les mesures à court terme pour la mise en œuvre réussie du Plan national de lutte contre le SIDA avec des objectifs spécifiques et vérifiables, constituant des accords d'allègement de la dette spécifiés.

Dans les documents relatifs aux PPTE, le critère utilisé a été l'existence de mesures et de cibles de politiques de lutte contre le VIH/SIDA. Dans les Plans nationaux de développement, les principaux critères ont été le contenu du SIDA et leur pertinence au regard de l'égalité entre les genres.

Le but de l'utilisation des critères du module de formation élaboré par l'ONUSIDA et la Banque mondiale pour évaluer les DSRP était de déterminer le niveau des efforts d'intégration déployés à ce jour et de tester le degré d'utilité de ces critères en terme d'évaluation du niveau d'intégration du SIDA dans les DSRP.

Il convient de noter deux mises en garde importantes concernant la présente étude. D'abord, compte tenu du champ limité des consultations dans les pays, il n'a pas été possible de faire une analyse approfondie de la situation actuelle en matière d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement dans les pays. Deuxièmement, en l'absence d'une documentation fournie sur l'appui technique à l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement, le présent rapport propose des exemples plutôt qu'un aperçu exhaustif d'un tel appui. Il faudrait, en particulier, réaliser d'autres activités dans les pays pour pouvoir mieux comprendre les voies d'influence qui facilitent ou entravent l'intégration du SIDA dans les processus nationaux de développement.

2. Instruments nationaux de développement et SIDA

2.1 Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)

Les stratégies de réduction de la pauvreté et de croissance, présentées essentiellement sous forme de DSRP, sont en passe de devenir l'instrument majeur de planification nationale dans les pays à faible revenu et dans certains pays à revenu intermédiaire, ainsi qu'une condition nécessaire à l'octroi de prêts préférentiels par la Banque mondiale. Un DSRP est également exigé pour pouvoir bénéficier d'un allègement de la dette dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE), lancée en 1996 par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international. Des DSRP ou des cadres nationaux analogues de planification sont en cours d'élaboration dans les pays qui ne peuvent pas bénéficier de ces mesures, étant donné qu'ils constituent un cadre utile pour l'établissement des priorités et la coordination de l'allocation nationale des ressources ainsi que l'aide au développement.

Les DSRP reconnaissent l'importance de l'appropriation et du leadership dans les pays et visent à développer une approche plus cohérente et plus stratégique de la réduction de la pauvreté, que les donateurs peuvent appuyer de manière coordonnée[2]. Les DSRP sont en cours d'application dans 43 pays, dont 21 en Afrique subsaharienne[3]. Un certain nombre de pays (Burkina Faso et Tanzanie) ont des DSRP de « seconde génération » et l'Ouganda élabore actuellement sa troisième stratégie. L'appropriation par les pays est essentielle pour que le développement soit couronné de succès et les pays ont été encouragés à élaborer leurs propres stratégies de réduction de la pauvreté et à éviter de mettre au point des approches fondées sur des formules et des modèles. Par conséquent, la qualité des DSRP est variable. Nombre de DSRP de première génération sont plutôt des « listes de vœux » à caractère général. Les documents de seconde génération sont plus ciblés et sont assortis de budgets et de stratégies pour la mise en oeuvre.

Dans la plupart des pays à faible revenu, toutes les parties prennent les DRSP de plus en plus au sérieux, néanmoins, la coordination entre planification et budgétisation au niveau national en est toujours à ses débuts. Bien que les partenaires dans les pays à faible revenu et les agences d'aide au développement travaillent toujours plus par l'intermédiaire et avec les DRSP, on se soucie encore de savoir si des liens entre les questions sectorielles et transversales, ainsi que les stratégies, les plans et les budgets existants, ont été correctement établis avec les DSRP. Ces liens concernent entre autres le cadre de dépenses à moyen terme (CDMT), processus par lequel le gouvernement prend les décisions-clés concernant la manière dont il entend allouer des ressources pour appuyer les priorités nationales, généralement, sur une période de trois ans.

Le DSRP présente un bref aperçu des priorités de développement et devrait être fondé sur des analyses et des stratégies détaillées. L'élaboration du DSRP est, en général, dirigée par le ministère des Finances, à laquelle s'engagent de manière variable les ministères de tutelle et les autres secteurs du gouvernement. La nature

[2] Les pays donateurs ont approuvé la nécessité d'harmoniser les mécanismes et les besoins d'aide, et de s'aligner sur les stratégies et politiques nationales des gouvernements. Dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (mars 2005), les pays ont adhéré aux objectifs principaux, et notamment ont convenu de s'engager à fournir au moins 25 % de l'ensemble de l'aide par des "approches fondées sur les programmes" d'ici à 2010. Ce terme recouvre toute la gamme de mécanismes et d'instruments d'aide servant à appuyer et à coordonner l'appui aux programmes conduits par les pays eux-mêmes, tels qu'une stratégie pour la réduction de la pauvreté, un programme sectoriel ou thématique. En vertu de la Déclaration, au moins 75 % des pays partenaires devront se doter d'un plan opérationnel de développement, tel qu'un DSRP, d'ici à 2010. (Notez que ces objectifs attendent la confirmation définitive).

[3] En Afrique subsaharienne : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Tchad, Djibouti, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Ouganda et Zambie.

du DSRP porte souvent sur les parties impliquées dans son élaboration et sur le degré auquel les stratégies sectorielles (et celles concernant les questions transversales et intersectorielles comme le VIH) établissent une analyse et une approche précises de la mise en œuvre, convaincante pour le ministère des Finances.

En théorie, les DSRP constituent un mécanisme clair pour placer le SIDA au coeur des processus nationaux de planification du développement et d'allocation budgétaire. Ils constituent, par ailleurs, un mécanisme important pour faire face aux contraintes de haut niveau et transversales entravant une riposte efficace au VIH (telles que les reformes macroéconomiques, les problèmes liés aux ressources humaines, et la corruption, etc.) et le cadre pour coordonner les actions des donateurs. Certains pays, dont plusieurs pays à revenu élevé, à revenu faible et à revenu intermédiaire en Afrique subsaharienne, disposent de Plans nationaux de développement plutôt que de DRSP, dans lesquels il est possible d'inclure le SIDA, à la fois dans l'analyse des questions et dans les stratégies requises pour lutter contre l'épidémie.

2.2 Définition de l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement

Selon la définition ad hoc de l'ONUSIDA, « l'intégration du SIDA est un processus qui permet aux acteurs du développement de remédier aux causes et aux effets du SIDA de manière efficace et durable, à la fois par leur travail habituel et sur leur lieu de travail ».

Cela étant, la définition de l'intégration du SIDA adoptée dans le cadre de l'étude concerne le processus d'intégration de ces questions dans les DSRP ou dans d'autres instruments nationaux de développement afin de s'attaquer aux causes profondes et aux conséquences de l'épidémie du VIH et à ses liens avec la pauvreté. Pour pouvoir intégrer le SIDA dans les instruments nationaux de développement, ceux-ci doivent tenir compte des répercussions du VIH sur les plans généraux pour la réduction de la pauvreté et la croissance, des vulnérabilités liées aux genres, et inclure au besoin des stratégies pour mettre un frein à la propagation du VIH, accroître le volume de traitements anti-rétroviraux, de soins et d'appui et pour renforcer la capacité à faire face aux impacts du VIH et aux traumatismes vécus par les individus, les ménages et les communautés (voir également PNUD, 2002a).

Ce processus nécessite d'établir les éléments de preuves et les relations existant entre déterminants et impact du SIDA, et pauvreté et tendances en matière de croissance, ainsi que d'évaluer les répercussions de l'épidémie du VIH sur la politique de développement économique et humain, tant dans les pays à forte prévalence que dans les pays à faible prévalence. Cela implique de choisir et d'établir un ordre de priorité des actions fondamentales transversales et sectorielles et d'allouer des fonds appropriés au sein du budget et du CDMT. Il s'agit également de mettre en œuvre ces stratégies vitales « en aval », en concluant des accords institutionnels appropriés avec les organes concernés, par exemple, les autorités nationales chargées du SIDA, en élaborant et évaluant les coûts des stratégies sectorielles spécifiques, ainsi que l'affectation et la budgétisation spécifiques des ressources.

3. Principales conclusions

3.1 Contenu du SIDA dans les instruments nationaux de développement

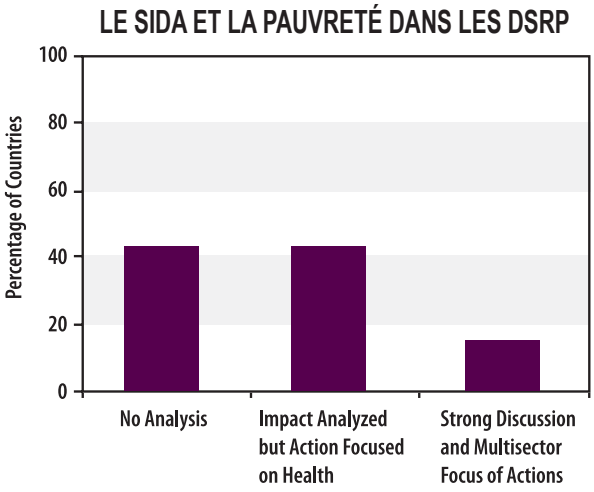
3.1.1 Etat actuel de l'intégration du SIDA dans les DSRP

Résumé des conclusions d'autres études : une première analyse, conduite par la Banque mondiale et le FMI, de l'efficacité de cinq DSRP finaux et de 20 DSRP intérimaires en matière d'intégration du SIDA, a révélé que le contenu de ces questions était pauvre, à l'exception de quelques cas (Banque mondiale/FMI, 2002a). La plupart des DSRP n'a mentionné que ponctuellement le SIDA, généralement dans la partie consacrée à la santé, et n'ont pas pris en compte l'impact de l'épidémie dans leur analyse des causes et des conséquences de la pauvreté. Sur les dix DSRP/PPTE examinés, en moyenne, moins de 5 % des économies réalisées sur l'allègement de la dette ont été spécifiquement allouées à la lutte contre le VIH/SIDA (ONUSIDA, 2002).

Une étude récente a été menée par l'UNICEF et la Banque mondiale en 2004, intitulée Poverty Reduction *Strategy Papers : do they matter for children and young people made vulnerable by HIV/AIDS ?* (Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté : prennent-ils en considération les enfants et les jeunes rendus vulnérables par le VIH/SIDA ?) (Banque mondiale/UNICEF, 2004), présente les conclusions d'une évaluation qualitative de la manière dont le VIH/SIDA est actuellement traité dans les DSRP, conduite à l'aide d'un système de notation se fondant sur les quatre critères suivants :

- prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ;
- prévention chez les jeunes ;
- soins et appui aux enfants et aux familles vivant avec le VIH/SIDA ; et
- soins, protection et appui destinés aux orphelins et aux enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA.

Seuls trois (soit 16 %) des 19 DSRP examinés traitent le VIH/SIDA en tant que problème multisectoriel et comportent une analyse de la relation existant entre pauvreté et VIH/SIDA. Dans 42 % des DSRP examinés, l'impact des interventions en matière de lutte contre le VIH et le SIDA sur la pauvreté est analysé, mais les ripostes ont été essentiellement axées sur la santé. En ce qui concerne les DSRP africains, moins de la moitié ont reconnu les liens entre VIH/SIDA et pauvreté (voir Figure).



Source: World Bank/Unicef (2004) PRSPs: Do They Matter for Children and Young People Made Vulnerable by HIV/AIDS ? , p. 5.

La présente étude complète l'évaluation de l'UNICEF et de la Banque mondiale en s'attachant au processus et à la mise en œuvre de l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement, au contenu de ces questions, tout en identifiant les progrès réalisés et les faiblesses en matière d'appui technique. Bien que les méthodologies employées pour les études soient différentes, on observe une cohérence entre les principaux résultats, en particulier concernant la nécessité de renforcer la mise en œuvre des DRSP, de procéder au suivi des progrès réalisés et des résultats et de mettre en exergue les liens problématiques entre les DSRP, les CNA et les plans sectoriels.

Résultats de la présente étude : l'analyse de 15 DSRP de pays d'Afrique subsaharienne (3 DSRP intérimaires et 12 DSRP finaux) et de 7 DSRP de pays asiatiques (2 DSRP intérimaires et 5 DSRP finaux) fait apparaître que l'expérience en matière d'intégration du SIDA dans les DSRP a été mitigée.

Le contenu du SIDA dans les DSRP varie en fonction de la gravité de l'épidémie. Dans les pays à forte prévalence, le VIH/SIDA peuvent être abordé dans un autre chapitre (Éthiopie), ou, en général, dans un paragraphe de la partie consacrée aux ressources humaines ou au développement humain (Ghana, Kenya et Ouganda), ou encore, être intégrée à l'analyse des questions transversales (Rwanda), bien que dans quelques cas ces questions soient encore traitées dans la partie sur la santé (Mozambique). Dans les pays à faible prévalence, le SIDA dans les DSRP est généralement abordé dans la section sur la santé. Par ailleurs, on note une nette différence entre l'Afrique et l'Asie en terme de progrès vers l'intégration du SIDA dans les DSRP. Dans une certaine mesure, cela correspond à des niveaux plus faibles de prévalence du VIH et au fait que l'on insiste moins sur le SIDA en tant que problème essentiellement politique.

L'étude a également révélé que, même dans les pays où des progrès notables ont été enregistrés dans certains domaines, l'intégration du SIDA laisse transparaître des faiblesses dans d'autres domaines essentiels, notamment pour ce qui est de traduire les besoins en programmes pratiques ou d'impliquer les secteurs clés à l'intégration.

Le DSRP du Malawi, par exemple, a été acclamé pour avoir traité le VIH/SIDA dans le cadre d'une analyse multisectorielle : il analyse les répercussions du VIH/SIDA sur la croissance, la pauvreté et la productivité ; il mentionne explicitement les orphelins, les enfants vulnérables et les familles affectées ; et cite le CNA (SDC, 2004). Il précise également les relations existant entre les questions liées aux genres et le VIH/SIDA et les actions envisagées pour remédier aux conséquences selon les genres de l'impact de l'épidémie. Par ailleurs, le gouvernement a demandé à tous les ministères de dégager 2 % de leurs budgets alloués au DSRP pour le VIH/SIDA (Banque mondiale 2002a).

Néanmoins, le DSRP a également été critiqué pour être « extrêmement défaillant » et « extrêmement léger » en ce qui concerne la gamme et la complexité des interventions requises pour lutter contre l'épidémie à l'échelle de celle que connaît le Malawi (Robinson 2003). L'utilisation de la névirapine, par exemple, pour réduire la transmission mère-enfant est une intervention clé, mais son succès dépend, en partie, du bon fonctionnement d'une infrastructure de santé primaire. L'extension des programmes pour l'utilisation du préservatif, et le conseil et test volontaires (CTV) suppose l'existence d'un réseau de soins de santé primaires accessible et abordable aux pauvres. Ces problèmes ne sont pas abordés dans le DSRP.

La Zambie a fait des progrès notables dans la prise en compte du SIDA dans son DSRP. C'est l'un des quatre pays seulement qui ont alloué des ressources spécifiquement à la lutte contre le VIH/SIDA, aux enfants et aux jeunes, bien qu'il n'y ait pas de liens directs entre ces ressources et les actions prioritaires énoncées (Banque mondiale/Unicef 2004). C'est également le seul pays dont le DSRP contient des indicateurs pour chacun des quatre domaines prioritaires.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA FIGURANT DANS LE DSRP DE LA ZAMBIE

PROGRAMMES DE PREMIER NIVEAU :

- Réduire le nombre de nouvelles infections à VIH en promouvant les pratiques sexuelles à moindre risque et la distribution de préservatifs au sein des populations à haut risque telles que les jeunes, les hommes, les professionnels du sexe et les prisons.
- Atténuer l'impact socio-économique du VIH en renforçant l'accès aux services de conseil et test volontaires, aux programmes de soins communautaires et à domicile, et aux traitements anti-rétroviraux.
- Améliorer la qualité de vie des orphelins et d'autres groupes d'enfants vulnérables — nombre de ces programmes ne sont pas destinés aux orphelins en tant que tels — et aux groupes à haut risque les plus exposés au VIH — et renforcer l'appui aux organisations non gouvernementales de soins.

PROGRAMMES DE DEUXIÈME NIVEAU :

- Améliorer la gestion et le traitement des IST.
- Étendre la couverture de et l'accès aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant – on dénombre 10 centres de santé dans 3 districts sur les 72 qui mettent en oeuvre ce programme, bénéficiant à 10 000 femmes. L'extension du programme sur les quatre prochaines années vise à atteindre 450 000 femmes.
- Renforcer la prophylaxie pour traiter les cas de tuberculose.

Source : Shirley Robinson, ***Detailed Review of Five National PRSPs, Annexe, pp. 46-47.*** Voir également le DSRP de la Zambie, 2002-2004, pp. 111-113.

Le document comporte une analyse détaillée de l'impact de l'épidémie sur les femmes, bien qu'il ait pu aller plus loin en terme d'analyse des déterminants essentiels et des impacts de l'épidémie par genre. Selon le Rapport d'évaluation conjointe des services de 2002, le DSRP reconnaît que le SIDA (qui recevront 7,9 % du budget du DSRP) sont des questions transversales importantes, tout comme les questions liées à la différence entre les genres et l'environnement, « mais l'intégration doit encore être pleinement mise en œuvre dans certains secteurs ».

Pour intégrer toutes ces questions avec efficacité dans un cadre multisectoriel, il faudra étendre le nombre de secteurs couverts, analyser et évaluer leur couverture dans les programmes existants, élaborer un programme de politique intersectorielle plus détaillée et identifier les indicateurs de performance qui permettraient de suivre avec plus d'efficacité ces questions dans les programmes sectoriels » (Banque mondiale / FMI 2002b)

Utilisation des critères de l'ONUSIDA / Banque mondiale : les résultats de la présente étude des DSRP à l'aide des quatre critères du Module de formation élaboré par l'ONUSIDA / Banque mondiale sont, entre autres, les suivants :

- Treize des 15 DSRP examinés ont rempli le premier critère: liens entre le VIH/SIDA et la pauvreté spécifiques au pays (mais ceux-ci ne sont que supposés). Sur les sept DSRP élaborés dans les pays asiatiques, un seul a rempli le premier critère.

- Douze DSRP africains et un seul DSRP asiatique ont rempli le deuxième critère (les principales stratégies du CNA spécifiées dans le DSRP), mais dans sept des DSRP africains, ces éléments n'étaient pas toujours justifiés ni budgétisés.

- Dix DSRP africains et deux DSRP asiatiques sur les sept ont rempli le troisième critère (objectifs à moyen terme et indicateurs de suivi de la pauvreté tirés des CNA), bien que trois des DSRP africains n'aient rempli que partiellement ce critère.

- Enfin, neuf DSRP africains et deux DSRP asiatiques ont rempli le quatrième critère (actions à court terme pour la mise en œuvre réussie du CNA, accom pagné de cibles spécifiques et vérifiables formant les accords pour l'allègement de la dette), mais six de ceux-ci ne sont que partiels.

- La Tanzanie n'a rempli aucun critère, tandis que le Mozambique n'a rempli que le quatrième critère.

- En Asie, un seul pays, le Cambodge, sur les sept DSRP examinés, a rempli trois critères sur quatre et le Vietnam n'a rempli que les troisième et quatrième critères. Cinq pays n'ont rempli aucun critère.

Les pays d'Afrique subsaharienne à forte prévalence du VIH ont rempli davantage de critères d'évaluation que les pays d'Asie à faible prévalence qui semblent n'avoir fait aucun effort en matière d'intégration du SIDA.

L'étude a également révélé que les critères du Module de formation de l'ONUSIDA / Banque mondiale n'indiquaient pas clairement la mesure dans laquelle le SIDA était intégré dans les DSRP[4] (voir également l'annexe 4). Et ce parce que dans nombre de cas, les pays sont seulement supposés avoir rempli les critères. Par exemple, six DSRP, dont cinq africains et un asiatique, ont rempli les quatre critères d'intégration de l'ONUSIDA / Banque mondiale. Toutefois, même les pays qui remplissent les quatre critères ne sont pas forcément « forts » sur le contenu du SIDA. Ainsi, remplir les quatre critères peut être nécessaire mais non suffisant, pour indiquer que l'intégration est effective.

À titre d'exemple, selon les critères du Module de formation de l'ONUSIDA/Banque mondiale, le DSRP du Ghana a rempli les quatre critères. Cependant, les consultations menées dans les pays pour l'étude ont révélé que le SIDA était une activité additionnelle traitée dans une partie distincte et consacrée au développement des ressources humaines du DSRP, avec ses propres programmes et budgets. Par ailleurs, l'intégration du SIDA « n'a pas été possible du fait des ressources allouées aux programmes [de lutte contre le VIH/SIDA] et parce que la plupart des agences ne considèrent pas le SIDA comme faisant partie de leurs activités de base » (HLSP Ghana 2005). L'exécution de programmes spécifiques isolés est considérée comme une mesure d'incitation et l'intégration est souvent envisagée comme un programme spécifique dont le financement de la mise en œuvre est séparé. Les fonds liés aux PPTE ont été essentiellement affectés au secteur social (éducation et santé) et ont représenté environ 10 % du budget alloué à la santé. Des fonds ont été affectés pour les infrastructures sociales (expansion des écoles de formation et mesures incitatives pour le personnel travaillant dans les zones défavorisées), mais aucune demande pour des activités de lutte contre le VIH/SIDA n'a été faite dans les propositions élaborées par le ministère de la Santé pour le financement des PPTE.

3.1.2 Situation en matière d'intégration du SIDA dans d'autres instruments nationaux de développement

L'étude d'autres plans nationaux disponibles indique que le contenu du SIDA est bien plus faible que celui des DSRP. Par exemple :

- **Chine :** *Rural Poverty Reduction and Development Program 2001–2010* (Programme de réduction de la pauvreté et de développement en milieu rural 2001-2010) ne fait pas état du VIH/SIDA.

- **Inde :** *10th Five Year Plan (2002–2007 – Dixième plan quinquennal 2002 – 2007)* n'aborde le problème du VIH/SIDA que dans le chapitre consacré à la santé et fait peu état des ripostes extra sanitaires. Le

[4] Les trois premiers critères sont les mieux adaptés aux DSRP tandis que le quatrième critère et, dans une moindre mesure, le deuxième critère sont les plus adaptés aux documents liés aux PPTE.

plan indique que : « Chaque département devra traiter les questions liées à l'infection à VIH dans son secteur respectif. Le ministère du Travail, par exemple, s'occupera de la prévention de la discrimination sur le lieu de travail ».

- **Nigeria :** *National Economic Empowerment and Development Strategy (NEEDS – Stratégie nationale d'autonomisation et de développement économique)* mentionne le VIH/SIDA en passant, ne faisant état que légèrement de la relation existant entre la pauvreté et le VIH/SIDA, à l'identification des groupes à risque et la nécessité d'apporter des réponses juridiques à la discrimination liée au VIH/SIDA (Gouvernement du Nigeria, 2004).
- **Afrique du Sud :** Ce pays n'a pas de DSRP en tant que tel, mais l'examen des stratégies sectorielles de réduction de la pauvreté dans divers plans sectoriels montre que le VIH/SIDA n'apparaît pas comme une cause de pauvreté. En fait, s'agissant des priorités nationales du Département de la santé en ce qui concerne le document sur le système de santé, il n'existe pas de lien manifeste entre la pauvreté, les inégalités de revenus et le VIH/SIDA (HLSP Afrique du Sud, 2005).
- **Cambodge :** Social Economic Development Program II (Deuxième programme de développement socio-économique) reconnaît l'importance de s'attaquer au VIH/SIDA (entre autres problèmes liés à la santé) pour la sécurité économique du pays, indiquant que « le succès de …la stratégie de croissance économique nationale et de réduction de la pauvreté dépendra, dans une grande mesure, du résultat de la lutte contre le VIH/SIDA ... » (HLSP Cambodge, 2005). Toutefois, le SIDA n'est pas intégré aux éléments essentiels du programme.

3.1.3 Spécificité selon les genres et intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement

La prise en compte de la spécificité selon les genres dans les processus d'intégration du SIDA est essentielle : la pauvreté exacerbe l'inégalité entre hommes et femmes (force motrice de l'épidémie du VIH). Par ailleurs, étant donné que dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire, le VIH/SIDA se transmet principalement par des rapports hétérosexuels, les rôles et les relations hommes-femmes influencent directement et indirectement le niveau de risque et de vulnérabilité individuelle à l'infection à VIH ainsi que la capacité à faire face aux impacts de l'épidémie (OMS, 2003).

Néanmoins, la majorité des DSRP examinés ne mentionnait pas les questions liées aux genres ou n'y faisait référence que de façon superficielle.

Si un certain nombre de DSRP reconnaissent que le VIH a une incidence sur la pauvreté et que la pauvreté favorise l'épidémie, l'analyse aborde rarement les liens essentiels entre inégalités entre les genres et vulnérabilité à la propagation du VIH et impact du SIDA. Pratiquement aucun DSRP n'aborde les déterminants et les répercussions de l'épidémie en fonction du genre, en tant qu'aspect à part entière de la pauvreté. Les données sur les causes et les déterminants de l'épidémie sont rarement ventilées par genre.

Les objectifs, les stratégies et les indicateurs propres à chaque genre font défaut. Les répercussions interdépendantes et transversales de l'inégalité hommes-femmes face au VIH entre différents secteurs ne sont pas prises en compte (HLSP Ghana 2005).

Parmi les exceptions figurent le Malawi, qui fait effectivement état des disparités entre les genres tout au long des documents et intègre les activités spécifiques aux conséquences de l'impact de l'épidémie selon les genres, et le Rwanda, dont le DSRP est le seul DSRP examiné qui comporte des dépenses ventilées par genre.

Les déterminants du risque, de la vulnérabilité et de l'impact en fonction du genre sont rarement mentionnés ou ne sont pas pris en compte dans les stratégies de programme.

- Le DSRP du Ghana, par exemple, intègre l'aspect lié aux genres de la pauvreté et du VIH/SIDA et reconnaît que le risque et la vulnérabilité sont différents pour les hommes et les femmes comme le sont les impacts de l'épidémie. Il reconnaît les disparités et les inégalités entre les genres, perpétuées par des facteurs socioculturels tels que l'inégalité de l'accès aux services et de leur l'utilisation, ce qui a des conséquences en matière de soins et d'appui ainsi que de prise en charge des orphelins qui incombe de manière disproportionnée aux femmes. Les contraintes pesant sur les décisions et les choix des femmes, comme facteurs accroissant leur vulnérabilité au VIH, sont reconnues et les questions liées aux genres sont intégrées aux cibles essentielles pour lutter contre la pauvreté. Il n'est, toutefois, pas fait état des questions liées aux genres dans les mesures énoncées.

- Le DSRP du Cambodge mentionne les relations existant entre spécificité selon les genres et VIH tout au long du document, mais n'indique pas quelles sont les ripostes en fonction des genres.

Ce qui fait défaut, en ce qui concerne l'accent que mettent actuellement les DSRP sur la pauvreté et la lutte contre le VIH, c'est l'absence d'une analyse des déterminants et des effets différentiés par genre de la pauvreté et des liens en fonction du genre entre le développement socio-économique et le VIH, étayés par des données, des cibles, des indicateurs et des ressources différentiées par genre. Si les DSRP et les plans de mise en oeuvre ne s'attaquent pas à la question de la répartition selon les genres des interventions, alors les efforts d'exécution pourraient renforcer par inadvertance le manque d'habilitation des femmes et exacerber potentiellement l'épidémie (voir également PNUD, 2002a).

Par ailleurs, on constate également que d'autres études n'identifient pas toujours l'absence d'accent mis sur la pauvreté, la spécificité selon les genres et le SIDA dans les instruments nationaux de développement, comme une lacune majeure. Les critères suggérés dans le Module de formation de l'ONUSIDA/Banque mondiale, par exemple, identifient les liens entre la pauvreté et le VIH/SIDA comme composante-clé du contenu du SIDA dans un DSRP ou un accord PPTE, mais n'indique pas explicitement d'intégrer les questions liées aux genres.

3.1.4 Prise en compte du SIDA dans les politiques macroéconomiques

On a reproché aux DSRP d'avoir analysé sans prendre systématiquement en compte les impacts économiques, sectoriels et autres de l'épidémie. Il en a résulté : « une tendance des DSRP à fournir des prévisions excessivement optimistes du taux de croissance économique, de la capacité des secteurs à fournir des services publics et des mécanismes de recouvrement des coûts, entre autres choses » (PNUD, 2003). Cela est confirmé par l'étude de l'UNICEF/Banque mondiale qui a révélé que les DSRP n'analysent que rarement l'impact que le VIH/SIDA peut avoir sur la réalisation des objectifs de croissance ou mentionnent rarement l'impact du VIH/SIDA sur la réalisation des objectifs de développement social (Banque mondiale/Unicef, 2004)). Souvent, ils ne reconnaissent pas non plus que le SIDA devrait constituer un volet essentiel d'un DSRP. Dernier point mais non des moindres, ils ne prennent pas en compte les répercussions sur la croissance économique et la réduction de la pauvreté des changements structurels négatifs liés au SIDA dans la structure de la population, et plus spécifiquement, au sein de la population active, et les pénuries de capacités qui en découlent.

La plupart des DSRP ne considèrent pas le VIH comme facteur influençant les réformes macroéconomiques (notamment, la déréglementation du marché et la libéralisation du commerce). Cela est en grande partie imputable au fait que la promotion de la croissance économique par des réformes macroéconomiques ne

fait pas partie de l'analyse de la pauvreté (PNUD 2003). Sans évaluer les impacts probables des réformes macroéconomiques sur la pauvreté, les critiques soutiennent que les DSRP semblent davantage s'attacher à remédier aux conséquences plutôt qu'aux causes de la pauvreté (voir encadré: Zambie : défis de la prise en compte du SIDA). Par ailleurs, étant donné l'expérience passée en matière de programmes d'ajustements structurels, qui, dans certains cas, ont exacerbé la pauvreté, on craint que certaines politiques macroéconomiques n'entraînent un effet contraire à la réduction de la pauvreté.

Les DSRP ont fait peu cas de deux déterminants essentiels de l'infection à VIH, à savoir : (a) le chômage, bien que les pays qui se sont engagés dans la libéralisation du commerce et la réduction des effectifs de la fonction publique aient enregistré la perte de nombreux emplois ; et (b) les inégalités de revenus : les mesures de politiques telles que la déréglementation des marchés nationaux et la libéralisation du commerce sont associés à des disparités accrues de revenus (CNUCED in PNUD 2003).

ZAMBIE : DÉFIS DE LA PRISE EN COMPTE DU SIDA

Une réforme économique brusque, comme une libéralisation ou une privatisation rapide, peut accroître la vulnérabilité de certains groupes de populations à l'infection à VIH, en particulier si elle accentue l'inégalité hommes-femmes et des revenus (Thomas, 2004). La Zambie en est un exemple concret ; on a encouragé la privatisation de l'industrie d'extraction du cuivre, et le FMI et la Banque mondiale ne semblent pas avoir pris en compte les répercussions de cette privatisation sur la propagation du VIH. L'évaluation commune du personnel du DSRP de la Zambie, entreprise en 2002[5], reconnaît l'impact négatif du VIH sur l'économie et la nécessité d'intégrer le VIH dans tous les secteurs. Il est toutefois suggéré que : « étant donné le recul des perspectives dans le secteur minier, les propositions faites par le DSRP pour un nouvel investissement dans ce secteur peuvent être extrêmement optimistes. Les politiques pour le secteur minier devraient plutôt mettre l'accent sur les mesures de réduction de coûts et d'efficacité ».

On estime qu'il est peu probable que les impacts réels et potentiels de l'épidémie aient été pris en compte dans les stratégies préconisées, étant donné que les mesures de réduction de coûts et d'efficacité sont censées accorder la priorité à des initiatives qui entraînent des suppressions d'emplois dans le secteur minier (Thomas, 2004). Cet argument est valable si l'on se place du point de vue du VIH au sens strict. Néanmoins, dans le contexte d'un environnement commercial hautement concurrentiel, où des décisions difficiles doivent être prises, l'intégration du SIDA pose d'énormes difficultés aux pouvoirs publics tout comme au secteur privé.

3.1.5 Harmonisation du contenu du SIDA dans les instruments nationaux de développement

Le manque d'harmonisation du contenu du SIDA dans différents instruments nationaux de développement est un obstacle majeur à l'intégration. On a fait valoir que du fait du caractère stratégique des DSRP, le document lui-même comporte peu de détails sur les relations existant entre les interventions prévues et la pauvreté (Banque mondiale/UNICEF 2004). Les DSRP doivent s'appuyer sur d'autres instruments de développement, tels que les CNA, les stratégies intersectorielles (genre, sécurité alimentaire et nutritionnelle, etc.) et les stratégies sectorielles et s'y référer. Toutefois, les DSRP ont souvent été élaborés parallèlement à d'autres processus de planification et de politiques gouvernementales. Dans certains cas, le CDMT, les politiques sectorielles et les CNA étaient déjà en place et cela a posé des difficultés particulières lorsqu'il s'est agi de l'intégration des stratégies existantes et la SRP.

Selon des études récentes, en principe, le CNA devrait à la fois informer sur et faire apparaître les principales priorités du DSRP. Nonobstant, la cohérence du contenu du SIDA entre les DSRP et les CNA reste limitée. L'étude menée par l'UNICEF/Banque mondiale a montré que 38 % des DSRP sont totalement cohérents

[5] L'évaluation commune du personnel conjoint est l'évaluation de la stratégie pour la réduction de la pauvreté d'un pays entreprise par la Banque mondiale et le FMI.

avec les CNA et qu'environ 42 % des DSRP et des CNA le sont moyennement (Banque mondiale/UNICEF 2004). L'Ouganda et le Sénégal faisaient figures d'exceptions notables ; en effet, ils ont des programmes probants de lutte contre le VIH/SIDA et l'on y constate chez les gouvernements un engagement sérieux à lutter contre le VIH, et une forte appropriation du DSRP ; le contenu du SIDA reste toutefois faible. Cela laisse à penser que dans certains contextes, un DSRP faible en matière de contenu peut ne pas entraver la riposte au VIH/SIDA.

Les avantages de l'harmonisation du contenu du SIDA dans divers instruments nationaux de développement apparaissent de manière évidente dans le cas de la Thaïlande, pour ce qui est d'intégrer le SIDA dans le Plan national de développement (un plan qui définit l'orientation du développement socio-économique sur une période de cinq ans et facilite le processus décisionnel au sein du gouvernement). L'intégration a porté, pour l'essentiel, sur l'intégration de la stratégie nationale de lutte contre le SIDA dans le Plan national de développement, en particulier, en terme de structures, de planifications et de budgets institutionnels (voir encadré ci-dessous concernant Thaïlande).

THAÏLANDE : INTÉGRATION DU SIDA DANS LE PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT

L'intégration du SIDA a impliqué l'intégration du Plan national de lutte contre le SIDA dans le Plan national de développement, au niveau des structures institutionnelles en :

i) suscitant un engagement au sein des ministères concernés ;

ii) veillant à ce que les ministres et les leaders de la société civile (ONG, entreprises, médias) et les personnes vivant avec le VIH soient membres du Comité national de lutte contre le SIDA ;

iii) développant la capacité d'intégrer le SIDA au sein de tous les ministères et de toutes les ONG (par exemple, un Comité SIDA dans chaque ministère) ;

iv) faisant en sorte que le Chef du gouvernement préside le Comité national de lutte contre le SIDA ;

v) veillant à ce que la composition du Secrétariat du Comité national de lutte contre le SIDA reflète une structure interministérielle ; et

vi) mettant en place un comité analogue au niveau local (province, État, district).

Elle a également impliqué l'intégration du Plan national de lutte contre le SIDA au PND au niveau de la planification en :

i) intégrant le SIDA à la planification nationale de l'économie et du développement ;

ii) intégrant le VIH/SIDA aux évaluations de l'impact des principaux programmes de développement ;

iii) intégrant des objectifs de développement aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA ;

iv) fournissant un appui technique au gouvernement et aux ONG pour renforcer la capacité en matière de méthodes de planification et de mise en œuvre de l'intégration.

Enfin, l'intégration du Plan national de lutte contre le SIDA au Plan national de développement a impliqué des considérations budgétaires et, en particulier :

i) l'allocation d'un budget pour la lutte contre le SIDA aux ministères en fonction de leur mandat dans les domaines du développement et des priorités au niveau national tels qu'indiqués dans le Plan national de lutte contre le SIDA ;

ii) l'intégration de l'allocation d'un budget de lutte contre le SIDA dans le processus de planification et de budgétisation existant au sein de chaque ministère ;

iii) en veillant à ce qu'un budget soit alloué chaque année par le gouvernement aux ONG et aux communautés pour leurs programmes de lutte contre le SIDA.

Source : Chirapun Gullaprawit, présentation sur Powerpoint sur ***The Experience of Mainstreaming AIDS in the National Development Plan in Thailand*** (Expérience d'intégration du SIDA dans le Plan national de développement en Thaïlande), juillet 2004.

Les principaux résultats et avantages qui ont découlé de cette intégration sont les suivants :[6]

- Une meilleure participation, du fait de l'augmentation des ressources et de l'engagement de divers ministères et de la société civile ayant permis de faire de plus nombreuses interventions et de manière plus rapide ;

- Le renforcement des liens entre la riposte au SIDA et les programmes de développement qui se sont traduits par un grand nombre d'interventions contre le SIDA, bénéficiant au développement socio-économique (par exemple, les programmes de lutte contre le SIDA pour les professionnels du sexe protègent la santé reproductive de nombreuses femmes et réduisent la mortalité infantile) ; de nombreuses interventions pour le développement socio-économique bénéficient aux programmes de lutte contre le SIDA (par exemple, le maintien des filles à l'école en milieu rural réduit le risque qu'elles s'engagent dans des activités sexuelles pour survivre ou à des fins commerciales, limitant ainsi le risque d'infection à VIH);

- Une coordination plus efficace et plus étendue de la planification de la lutte contre le SIDA aux niveaux national et provincial ;

- Une meilleure planification de la lutte contre le SIDA, s'inspirant de l'expérience et des compétences des planificateurs nationaux de développement ; et

- Un haut niveau d'engagement en faveur d'une riposte élargie au SIDA.

3.1.6 Intégration du SIDA dans les budgets nationaux

La couverture limitée du VIH et du SIDA dans la plupart des DSRP transparaît dans les informations financières limitées. Selon une étude (NAO Royaume-Uni, 2004), plus d'un tiers des DSRP des 14 pays clés ne font pas état des ressources pour financer la riposte au VIH. La plupart des DSRP qui en font état n'intègre qu'une seule ligne budgétaire pour le VIH et le SIDA, sans plus de détails. Peu de DSRP donnent des détails concernant les dépenses consacrées spécifiquement à la lutte contre le VIH et le SIDA. À titre d'exemple, c'est seulement dans les DSRP du Ghana, de la Zambie, de l'Éthiopie et du Niger que des ressources sont spécifiquement identifiées pour la lutte contre le VIH/SIDA, les enfants et les jeunes (Banque mondiale/Unicef, 2004).

Les exemples de DSRP qui comportent des plans budgétisés de lutte contre le VIH/SIDA, sont les suivants :

- Le DSRP de l'Éthiopie comporte les coûts du programme de lutte contre le VIH/SIDA à moyen terme, le ministère de la Santé et le Secrétariat chargé de la lutte contre le VIH/SIDA apparaissant comme agences responsables.

- Le DSRP du Ghana comporte une matrice des programmes prioritaires chiffrés de lutte contre le VIH/SIDA à moyen terme, les agences responsables et les sources de financement (locales et extérieures) étant spécifiées.

- Le Malawi a chiffré son DSRP par objectifs et sous objectifs et il comprend des plans d'action sectoriels et un plan intersectoriel de lutte contre le VIH/SIDA avec les institutions responsables et collaboratrices.

[6] Chirapun Gullaprawit, Directeur de la Cellule thaïlandaise de la politique démographique et de la population active, présentation sous Powerpoint sur *The Experience of Mainstreaming SIDA in the National Development Plan in Thailand* (Expérience d'intégration du SIDA dans le Plan national de développement en Thaïlande), juillet 2004.

Le budget 2003/04 a essayé d'intégrer le SIDA en faisant des prévisions budgétaires dans les activités principales des ministères et des départements (Banque mondiale, 2002a).

- Le DSRP de la Zambie comporte des activités chiffrées de lutte contre le VIH/SIDA, et les institutions responsables en matière d'éducation, de santé, de l'environnement et une question transversale.

- Le Cambodge a chiffré son CNA dans une rubrique à part, et fait état des indicateurs et des responsabilités. C'est le seul DSRP asiatique examiné qui a budgétisé son CNA. Trois des sept domaines stratégiques du PSN sont adoptés dans le Plan d'action du DSRP et budgétisés pour la lutte contre le VIH/SIDA.

Il est clair qu'un CNA correctement chiffré est essentiel si l'on entend intégrer le SIDA dans les processus globaux de budgétisation. Dans la pratique, le chiffrage des CNA reste souvent extrêmement faible. L'étude entreprise par l'UNICEF/Banque mondiale a montré que : « seule une minorité de pays ont chiffré leurs CNA. Au total, 56 % des CNA donnent des chiffres de coûts totaux pour les programmes contre le VIH/SIDA ; 25 % énumèrent les coûts par grandes catégories ; et seuls 19 % fournissent les coûts détaillés ». Il est donc difficile d'intégrer les activités liées à la lutte contre le VIH et le SIDA en première ligne dans le budget national et d'autant plus de les mettre en œuvre.

3.2 Processus d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement

On dispose de très peu de documents attestant le processus d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement. Bien qu'il existe bel et bien des exemples (le Ghana, l'Ouganda et la Zambie, par exemple), l'étude a révélé qu'une analyse approfondie du processus, et en particulier, de l'identification des modes d'influence qui facilitent ou entravent l'intégration, est rarement disponible. Différentes conclusions clés se dégagent des documents existants, des consultations menées dans les pays et des entretiens avec les informateurs.

3.2.1 Processus de planification et d'établissement de priorités

Faible intérêt accordé au processus : Peu de progrès ont été réalisés du fait du peu d'attention accordée au processus d'intégration. La concentration quasi-exclusive sur le contenu au détriment du processus d'élaboration et de mise en oeuvre du DSRP a limité l'appropriation et l'engagement dans les activités de planification et de recherche de sources de financement pour l'intégration du SIDA.

Faible compréhension de l'intégration du SIDA: l'étude a révélé l'absence de consensus sur la signification de l'expression « intégration du SIDA» et sur ce que l'intégration entraîne en termes de stratégies de réduction de la pauvreté et de croissance économique. L'intégration est interprétée différemment par les différents acteurs du développement et ce terme est souvent utilisé de manière interchangeable avec « insertion » et approches « multisectorielles ».

Manque d'engagement à intégrer le SIDA : ce fait a été évoqué comme un facteur clé dans les trois consultations dans les pays menées pour cette étude. Les parties prenantes dans les pays ont toujours des difficultés à sortir du paradigme de la santé pour aller vers une riposte multisectorielle et intégrée. Cela peut provenir du fait que le financement des donateurs pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA demeure, en grande partie, confiné au secteur de la santé. La situation est différente lorsque l'intégration est prise en

charge et prônée par les structures appropriées (telles que le Comité interdépartemental sud-africain) et/ou par les individus.

Participation et établissement de priorités limités du SIDA dans les processus de consultation : le processus de consultation sur le VIH/SIDA s'est fait de bien différentes manières, allant de la formation de groupes de travail sur le VIH/SIDA (Lesotho, Malawi) à des ateliers sur le VIH/SIDA aux niveaux central, de district et de zone (Burundi, Malawi, Tanzanie), en passant par la constitution de réseaux de la société civile, tels que la Civil Society for Poverty Reduction Network of Zambia (Réseau zambien de la société civile pour la réduction de la pauvreté) pour lutter contre le VIH. Bien que l'élaboration des DSRP ait eu tendance à être plus participative que celle des CNA (Banque mondiale/UNICEF 2004), le niveau de participation a fortement varié d'un pays à l'autre et se caractérise par l'absence quasi-totale de réseaux de personnes vivant avec le VIH ou le SIDA aux processus de consultation.

Le retour d'informations recueilli lors des consultations avec les communautés sur les priorités annoncées en matière de réduction de la pauvreté est particulièrement intéressant. Au Malawi, le VIH/SIDA a été considéré par nombre d'assemblées de districts comme « important, mais pas essentiel pour la réduction de la pauvreté ». Au Lesotho, lors d'un processus de DSRP hautement participatif, comprenant des personnes vivant avec le VIH, le VIH/SIDA a été, chose surprenante, « à peine mentionné », en dépit de la très forte prévalence du VIH (Roberts 2003). Au Rwanda, la prévention du VIH a été classée à un faible niveau parmi les stratégies prioritaires identifiées par les communautés. Ce n'est que dans le DSRP de la Côte d'Ivoire que l'épidémie du VIH a été identifiée comme une cause de pauvreté lors des consultations avec les communautés locales.

Le fait que le SIDA n'est souvent pas perçu comme une priorité par les communautés locales peut indiquer, entre autres choses, que dans un contexte où les priorités se font concurrence (par exemple, entre insécurité alimentaire, conflits, catastrophes naturelles et autres problèmes sanitaires), le VIH est, de fait, considéré comme un élément moins urgent que la survie au quotidien. L'infection à VIH et le SIDA sont également souvent considérablement stigmatisés. Cela a des conséquences sur l'intégration du SIDA, dès lors que les perceptions communautaires indiquent qu'il faut placer la lutte contre le VIH dans son contexte, et de corréler le problème avec les autres défis de développement.

Faible participation au processus de rédaction : la participation à la rédaction du DSRP se limite souvent à inclure dans le document, en dernière minute, un volet spécifique au VIH dans le document. Il est peu probable qu'une telle approche débouche sur autre chose qu'une mention superficielle du problème. Dans le cas de la Zambie, le VIH/SIDA a été intégré à un stade tardif et ne tient donc pas de place prédominante. Et ce, parce qu'il n'y avait pas au départ de groupe de travail sur le VIH/SIDA. Ce n'est que plus tard et sous la pression de groupes de la société civile que le gouvernement a recruté des institutions spécialisées pour préparer des documents sur le VIH/SIDA et sur d'autres problèmes intersectoriels (Banque mondiale/FMI 2002b). En conséquence, il n'y a pas eu le temps nécessaire à la consultation, à des discussions adéquates concernant les documents et à la participation des principales parties prenantes à la préparation des avant-projets. Etant donné l'ampleur de l'épidémie et le faible niveau de ressources engagées, on s'est demandé quel serait l'impact des interventions proposées.

Grâce à la participation de ceux qui comprennent et qui ont élaboré des stratégies visant à intégrer le SIDA dans le DSRP, on peut faire figurer dans le document final les conclusions tirées du processus de consultation, les éléments d'information tirés des documents des groupes sectoriels sur le VIH/SIDA et du processus d'intégration général, et préciser les objectifs, les indicateurs, l'affectation des ressources permettant de renforcer les liens avec la mise en œuvre.

3.2.2 Processus d'harmonisation des instruments nationaux de développement et rôle des autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA

L'harmonisation est conditionnée par l'existence de liens et de réseaux structurés unissant les acteurs impliqués dans l'élaboration des DSRP et autres processus et instruments nationaux de développement. Les autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA ont un rôle-clé à jouer dans la coordination de l'effort d'intégration et dans la garantie que la teneur du CNA est en conformité avec celle d'autres instruments nationaux de développement, notamment le DSRP. Toutefois, on peut se demander si les autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA se perçoivent elles-mêmes comme des agences chef de file, ou si elles en ont la crédibilité, pour coordonner les efforts d'intégration ou comme des intermédiaires entre les secteurs, les parties concernées par le financement, la planification et la SRP.

La capacité des autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA à assumer ce rôle est limitée dans certains pays et en tant qu'entité relativement nouvelle dans certains cas, elles peuvent ne pas avoir de rôles bien définis dans les processus nationaux de planification et de budgétisation. Un rapport récent de l'ONUSIDA indique que dans 44 % des pays africains étudiés, il n'existait aucun lien formel entre les personnes chargées de produire le DSRP et l'autorité nationale chargée de la lutte contre le SIDA (ONUSIDA 2004b). Les consultations dans les pays pour cette étude ont indiqué que même les autorités nationales de lutte contre le SIDA bien implantées, telles que celles de l'Ouganda et du Ghana, ont toujours des difficultés à comprendre et à s'engager à intégrer le SIDA, conditions préalables pour que ces questions soient intégrées dans les instruments nationaux de développement.

3.2.3 Processus de budgétisation du DSRP

Budgétisation de la riposte au SIDA dans les CDMT et les DSRP : comme indiqué précédemment, les besoins de financement de la lutte contre le VIH/SIDA n'apparaissent pas souvent dans les DSRP. Le DSRP joue un rôle important dans le processus budgétaire car il crée le cadre à l'intérieur duquel les budgets détaillés sont établis. La mesure dans laquelle les priorités du DSRP apparaissent dans les budgets actuels dépend donc de la cohérence du DSRP avec les instruments et le processus déterminant directement le budget national, en particulier, le CNA et le CDMT, soutenus par d'autres processus tels que l'examen des dépenses publiques, les enquêtes de suivi des dépenses publiques et d'incidence en matière de bénéfices.

Un problème clé rencontré a été le manque d'harmonisation des DSRP et des cycles budgétaires. Et ce, en grande partie, parce que les processus d'élaboration des DSRP, des budgets et des CDMT relèvent souvent d'institutions différentes. Dans la pratique, l'harmonisation semble s'améliorer comme l'atteste la toute dernière étude des DSRP qui indique que dans les pays aux DSRP les plus avancés : « la SRP devient progressivement l'activité en première ligne du processus budgétaire, l'harmonisation et l'intégration de la SRP aux cycles budgétaires étant plus importantes » et que « les programmes sectoriels prioritaires apparaissent de plus en plus dans les décisions d'allocation budgétaire et leurs coûts sont intégrés aux CDMT et dépendent de la disponibilité des ressources » (Banque mondiale/FMI 2004).

Le CDMT est le processus par lequel le gouvernement et les principales parties prenantes peuvent prendre des décisions en toute connaissance de cause, s'agissant de la meilleure façon d'allouer les ressources pour appuyer les priorités nationales[7]. Riposter au SIDA constitue l'une des nombreuses priorités concurrentielles

[7] « L'idée qui se dégage est que le DSRP (et les stratégies sectorielles connexes) constitue la feuille de route établissant les priorités de politiques tandis que le CDMT constitue le « cadre » à l'intérieur duquel s'opèrent les choix de politiques explicites et se font les arbitrages. Les DSRP doivent, au minimum, établir le lien entre les objectifs ambitieux de réduction de la pauvreté et le budget annuel où les ressources sont allouées aux priorités du gouvernement. Si le DSRP peut contenir une liste étoffée de priorités, le CDMT assure la discipline indispensable, en établissant le lien entre ce qui est souhaitable et ce qui est d'un coût accessible et a le plus de chances de donner des résultats ». Holmes et Evans, 2003.

auxquelles le CDMT doit s'attaquer. Presque tous les DSRP font référence aux CDMT déjà existant ou en cours de préparation. C'est pourquoi, le « rôle que joue le CMDT pour améliorer la capacité d'allocations budgétaires en faveur des pauvres dans le temps » est un critère essentiel utilisé dans le cadre du processus d'évaluation commune du personnel (Banque mondiale 2000).

Le CDMT est une innovation relativement récente et les progrès réalisés à ce jour dans la mise en œuvre des CDMT ont été mitigés. Ils demeurent faibles dans nombre de cas (l'Afrique du Sud et l'Ouganda sont des exceptions notables dans le contexte africain). De ce fait, la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide a fixé l'objectif de 75 % des pays partenaires devant disposer « de stratégies nationales de développement (y compris des DSRP) ayant des priorités stratégiques claires corrélées à un cadre de dépenses à moyen terme et apparaissant dans les budgets annuels », d'ici à 2010.

Les CDMT sont rarement totalement généraux (n'incluent pas les dépenses décentralisées, les dépenses extrabudgétaires des donateurs et souvent certains secteurs). L'incapacité à établir un ordre de priorité suffisant entraîne souvent une répartition trop faible des ressources et une mauvaise exécution quand les ressources viennent à manquer. Il faut remédier à ces problèmes (et l'impossibilité qui en découle d'élaborer des systèmes permettant de garantir que les ressources sont allouées aux priorités fixées) dans tous les programmes et tous les secteurs, y compris en ce qui concerne le SIDA.

Généralement, on s'attend à ce que les CDMT fournissent des détails en trop grand nombre sur l'affectation des ressources. D'où le risque d'occulter les choix stratégiques à faire en matière d'affectation des ressources. Les CDMT ne doivent donner, en principe, qu'une indication générale des priorités d'allocation des ressources. Les pratiques réelles en ce qui concerne le degré de détails fournis sur les budgets diffèrent considérablement. Il n'existe, par exemple, aucune ligne de dépenses pour la lutte contre le VIH/SIDA dans le CDMT du Ghana (les dépenses sont intégrées aux budgets des ministères de tutelle). Pour ce qui est de l'Afrique du Sud, le ministère des Finances alloue aux provinces des subventions sous certaines conditions pour les activités liées à la lutte contre le VIH et le SIDA, lesquelles sont en grande partie réservées au Plan opérationnel global pour les soins, la prise en charge et le traitement du VIH/SIDA. La Tanzanie intègre aussi une ligne pour le VIH/SIDA dans son CDMT.

Approches se fondant sur les pays pour garantir des dépenses appropriées à la lutte contre le VIH/SIDA : l'étude a identifié des approches qui peuvent être utiles pour garantir que le VIH/SIDA obtienne la reconnaissance qu'il mérite dans le processus d'affectation des ressources.

- Utilisation novatrice de mécanismes de financement. The Poverty Action Fund (PAF – Fonds d'actions pour la réduction de la pauvreté) de l'Ouganda présente l'exemple d'un pays qui a pu dégager des ressources pour un éventail de programmes prioritaires, y compris concernant le VIH/SIDA. Le Fonds fait parvenir des ressources à un éventail restreint d'utilisations prioritaires et a pu protéger et accroître les dépenses pour les interventions prioritaires, notamment la lutte contre le VIH/SIDA. Néanmoins, il en résulte aussi une plus grande imprévisibilité des flux de financements pour des priorités de moindre importance. La principale caractéristique est que l'affectation des ressources est plus orientée par les gouvernements que par les donateurs. La difficulté, en ce qui concerne l'appui à l'élaboration des initiatives dirigées par le gouvernement, réside dans le fait de veiller à ce que les interventions de lutte contre le VIH/SIDA figurent parmi les priorités et soient dotées des ressources adéquates.

- Approches novatrices de la budgétisation : l'élaboration d'un budget du CNA à la fois axé sur les attentes (c'est-à-dire, sur ce qui est nécessaire) et sur les ressources réelles peut fournir des éléments de preuve pour pouvoir établir une relation entre ressources et résultats, pouvant servir de support au plaidoyer

en faveur de ressources additionnelles. Le Rwanda a présenté deux budgets à partir d'un scénario « ordinaire » et d'un scénario « d'intensification rapide ». Ces scénarios peuvent servir de modèle utile étant donné que l'on a une photographie précise des réalisations et des bénéfices supplémentaires que l'on pourrait obtenir avec des ressources accrues et qu'ils permettent également de définir les priorités absolues.

Suivi des dépenses consacrées à la lutte contre le VIH et le SIDA : les pays et les donateurs aimeraient savoir si les récentes tendances du soutien à la lutte contre le SIDA ont conduit véritablement à augmenter les ressources disponibles dans le pays ou si elles ont servi aux dépenses existantes.

On enregistre des faiblesses générales dans le suivi des dépenses liées à réduction de la pauvreté dans les pays à revenu faible. Selon Oxfam : « cette faiblesse se reflète dans les budgets nationaux où les systèmes de classification et des dépenses font qu'il est difficile de suivre les dépenses ou bien d'attester que l'allègement de la dette a généré des ressources nouvelles et additionnelles pour la lutte contre la pauvreté » (Oxfam 2002).

Des travaux récents conduits par IDASA ont montré des niveaux considérables de dépenses et de fortes augmentations, en particulier, dans les pays comme l'Afrique du Sud (Guthrie et Hickey 2004). Ces travaux montrent également des différences considérables dans la composition des dépenses. Ils ont montré « de grandes différences entre les régions et au sein des régions – concernant l'ampleur de l'épidémie du VIH/SIDA, les ripostes des pouvoirs publics, les systèmes en place pour la gestion des informations épidémiologiques, sur les programmes et les budgets, et en particulier concernant les systèmes budgétaires et fiscaux ». Si certains des pays passés en revue ont déployé des efforts considérables, dans tous les cas de figure, un plaidoyer plus accru est indispensable pour relever davantage les allocations pour la lutte contre le VIH/SIDA à des niveaux appropriés.

Le rapport a également soulevé le problème de la forte dépendance de l'Afrique vis-à-vis de l'appui fourni par les donateurs et les répercussions que cela pourrait avoir sur la durabilité. Il a également souligné la nécessité d'accorder une plus grande attention à la composition des dépenses, étant donné que le niveau de financement pour les soins va probablement être insuffisant si les efforts de prévention ne sont pas renforcés en même temps.

Le suivi des dépenses par maladies peut poser problème, en particulier, dans les systèmes publics où les services sont intégrés et où une part importante des coûts est partagée. Pour remédier à cette situation, on encourage les « évaluations globales de dépenses nationales consacrées au SIDA » en tant que procédure efficace pour évaluer les dépenses globales consacrées à la lutte contre le VIH et le SIDA (y compris les menues dépenses).

Des progrès importants ont été faits pour cerner les dépenses directes de santé allouées au VIH et au SIDA selon les classifications de l'OCDE et de l'OMS, et leur adaptation pour permettre la mise en place de comptes nationaux de lutte contre le SIDA dans les comptes nationaux de santé. Dans le même temps, des classifications de dépenses directes extra sanitaires pour la lutte contre le VIH et le SIDA, telles que l'éducation, l'atténuation de l'impact social (par exemple, les orphelins) et autres, sont en cours d'élaboration. Les activités plus indirectement liées à la lutte contre le SIDA, telles que la réduction de la pauvreté et les questions liées aux genres doivent être examinées de près pour pouvoir estimer la part financière de ces activités, imputable aux dépenses directes consacrées à la lutte contre le VIH et le SIDA.

De toute évidence, un tel suivi, qui nécessite du temps et des compétences, a un coût d'opportunité. S'il n'est pas conduit de manière adéquate, ce suivi peut ne pas fournir de nouvelles informations. Cela étant, il est clair

TANZANIE : CLASSIFICATION BUDGÉTAIRE RECOMMANDÉE

Le dernier examen des dépenses publiques consacrées à la lutte contre le VIH/SIDA a recommandé que les budgets soient ventilés comme suit :

- par niveau d'objectif du cadre stratégique national multisectoriel;
- par vote (ministère, région, district) ;
- par rubrique (par exemple, les émoluments du personnel, les fournitures et les services médicaux, etc.) ;
- par source de financement ;
- par centre de coûts administrant les fonds ;
- par objectif ou cible du financement ;
- en permettant que les tendances des dépenses soient analysées de façon diachronique et comparées aux budgets ;
- avec la latitude d'entreprendre des tabulations croisées des combinaisons des éléments susmentionnés ;

Source : Foster M et Mwinyimvua H (2003) Public Expenditure Review: HIV/AIDS Multisectoral Update for 2004 (Examen des dépenses publiques : point sur la lutte multisectorielle contre le VIH/SIDA pour 2004).

que c'est le rôle du gouvernement de produire des informations stratégiques en tant que bien public, étant donné son potentiel à influencer le processus décisionnel pour utiliser des ressources limitées de façon plus efficace. Au Rwanda, le gouvernement et les donateurs ont considérablement accru leurs dépenses lorsqu'il est devenu manifeste que l'on consacrait en fait peu de ressources au SIDA. Cela est particulièrement pertinent dans les cas où l'essentiel de l'appui des donateurs est fourni sur une base budgétaire et sous forme de fonds non affectés. (Voir les recommandations pour la Tanzanie dans l'encadré ci-dessus).

Etant donné les récentes augmentations de l'appui pour la lutte contre le SIDA, il est possible que ces exercices démontrent moins souvent que la lutte contre le VIH/SIDA est très insuffisamment financée, mais ils fourniront des informations cruciales sur le mode d'évolution de cette tendance et sur la répartition des ressources disponibles entre les volets respectifs de la riposte nationale.

Enfin, il est important d'examiner de quelle manière une codification et un suivi améliorés des dépenses allouées à la lutte contre le VIH et le SIDA peuvent contribuer à une meilleure information sur les dépenses en faveur des pauvres en général, en soutenant les efforts faits pour améliorer le système de gestion des dépenses publiques plutôt qu'en adoptant simplement une perspective focalisée sur le VIH.

3.2.4 Mise en œuvre des DSRP

Les récentes recherches et évaluations indiquent que l'approche générale du DSRP n'est pas suivie jusqu'au bout (voir Banque mondiale/FMI 2004, Banque mondiale 2005). Si les principes qui sous-tendent le dispositif du DSRP restent valables, la mise en œuvre a été lente et parfois problématique.

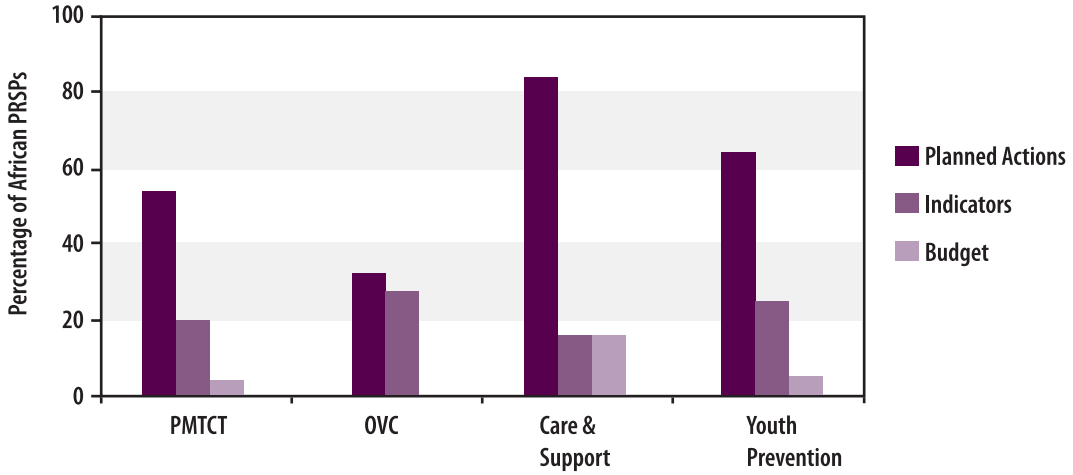
Les progrès ont été freinés par l'appropriation limitée au plan politique, notamment au niveau des ministères d'exécution et des collectivités locales, ce qui traduit une faible capacité de coordination au sein de l'administration centrale, le manque de motivations pour l'engagement et parfois des chevauchements déconcertants avec les plans, stratégies et processus existants. Nombre de ces défis sont particulièrement difficiles à relever dans des domaines tels que le VIH/SIDA, où les responsabilités en matière de politique et les objectifs transcendent un grand nombre de ministères.

L'étude UNICEF/Banque mondiale du DSRP a constaté qu'à la date de mi-2004, le processus de DSRP avait « commencé à ajouter une plus-value en intégrant le VIH/SIDA dans les processus nationaux de planification de la lutte contre la pauvreté, mais les progrès accomplis dans la traduction des objectifs fixés en programmes réels sont plutôt lents. » Les auteurs ont relevé avec préoccupation que les programmes inclus dans les DSRP n'étaient pas souvent assortis d'indicateurs et de budgets, ce qui créé un « risque majeur de dérapage au niveau de la mise en œuvre ». (voir le Graphique ci-dessous) (Banque mondiale/Unicef 2004).

Deux tiers des DSRP passées en revue dans le cadre d'une étude ne contenaient aucun indicateur par rapport auquel mesurer les progrès accomplis en matière de lutte contre le VIH/SIDA (NAO UK, 2004). Selon l'étude UNICEF/Banque mondiale, moins du quart des DSRP identifiaient des cibles et des indicateurs pour le suivi de la mise en oeuvre des programmes proposés (voir Figure ci-dessous). Il s'ensuit que les actions qui ne sont pas assorties d'indicateurs de suivi et d'allocations de ressources courent le risque de bénéficier d'une faible priorité dans la mise en œuvre.

Le manque d'attention accordée à la qualité des processus qui sous-tendent la mise en oeuvre des SRP, notamment l'analyse des politiques, le processus budgétaire, le suivi et évaluation, fait que certains donateurs mettent moins l'accent sur le lobbying pour intégrer certaines questions particulières dans les DSRP (le VIH/SIDA, par exemple) et privilégient le renforcement des systèmes sous-jacents qui favorisent la mise en œuvre.

LE RISQUE QUE LES ENGAGEMENTS PRIS DANS LES DRSP S'ÉVAPORENT



Source: World Bank/Unicef (2004) PSRP: Do They Matter for Children and Young People Made Vulnerable by HIV/AIDS? Results of a Joint UNICEF and World bank review, p. 13

4. Appui technique : L'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement

4.1 Approches des agences en matière d'intégration du SIDA et fourniture d'appui technique

Si la majorité des agences des Nations Unies, des organisations bilatérales et des organisations non gouvernementales internationales ont mis au point des stratégies de lutte contre le SIDA, peu d'entre elles ont entièrement intégré la question du SIDA au sein de leur organisation et de leurs activités. La plupart des efforts se centrent sur le plaidoyer et l'orientation politique liée aux processus d'intégration interne. Pour certaines organisations, « l'appui à l'intégration du SIDA » est une priorité dans la collaboration avec les partenaires dans les pays.

L'ONUSIDA a pris une part active à la promotion de l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement. Elle s'est efforcée de veiller à ce que les processus de DSRP et de PPTE prennent en compte le SIDA en tant que problème majeur de développement, afin de faciliter une riposte élargie à l'épidémie, et de permettre que les programmes de lutte contre le SIDA bénéficient d'un allègement de la dette. À cet effet, **l'ONUSIDA** s'est d'abord engagée à faire campagne pour que le SIDA soit intégré dans le programme des Ministères des Finances et de la Planification et pour que les principaux organismes coparrainants et donateurs adhèrent à cette approche. L'ONUSIDA a ensuite apporté un soutien technique en élaborant des directives pour l'intégration de ces questions dans les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et d'allègement de la dette, ainsi qu'un appui sous forme d'assistance technique est également apporté aux pays dans certaines régions (ONUSIDA/Banque mondiale 2001).

En décembre 2002, le Conseil de coordination du Programme a demandé à l'ONUSIDA d'intensifier son appui au processus d'intégration de la problématique du VIH au niveau des pays. L'approche du « Cadre d'action pour appuyer l'intégration du SIDA dans les instruments de développement » qui en a résulté vise à systématiser la fourniture de l'appui technique dans les pays partenaires par les actions suivantes :

- Promouvoir un large consensus sur le concept et le fondement de l'intégration.
- Faciliter la coordination inter-agences en tenant compte des avantages comparatifs respectifs.
- Identifier, évaluer et compléter les ressources techniques pour appuyer les processus d'intégration, et les rendre accessibles aux partenaires dans les pays.
- Faciliter la fourniture d'un appui technique adéquat au processus d'intégration dans les pays.
- Documenter et partager les bonnes pratiques et les leçons tirées.

Conformément à son mandat global en tant que principal promoteur et coordonnateur de la riposte mondiale à l'épidémie, l'ONUSIDA a un rôle clé à jouer dans le soutien à apporter au processus d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement, ainsi que dans l'harmonisation des approches d'intégration de ses organismes coparrainants, bilatéraux et donateurs.

Le **PNUD** a mené une action de plaidoyer et a donné une orientation politique pour l'intégration du SIDA dans les DSRP et dans les Plans nationaux de développement, comprenant une série de critères détaillés pour l'intégration de ces questions dans les pays à faible et à forte prévalence. D'autre part, il a étudié, de manière approfondie, les liens entre la planification du développement et le VIH/SIDA, et mis au point un cadre conceptuel et une matrice permettant d'évaluer les liens existant entre la planification du développement et le VIH/SIDA. Une approche

graduelle pour examiner et revoir les SRP sous l'angle de la prévention et de l'impact du VIH a également été élaborée (PNUD 2003). L'appui technique au niveau national pour l'intégration dans les DSRP est en cours dans un certain nombre de pays tels que le Burkina Faso, le Nigeria et la Tanzanie (voir ci-dessous).

La **Banque mondiale**, organisation coparrainant l'ONUSIDA et ayant pour mandat la réduction de la pauvreté, préconise l'intégration du SIDA dans toutes ses activités. En particulier, son Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (PPS), qui est en cours dans 28 pays, constitue le premier investissement à grande échelle pour l'intégration du SIDA, ainsi que l'engagement financier individuel le plus important en faveur de la lutte contre le SIDA de la Banque, dont le montant a atteint plus d'un milliard de dollars EU en moins de quatre ans. Selon un examen du Programme en 2004, il apparaît que les objectifs, les approches et la conception de ce programme ont été globalement appropriés et que ses objectifs initiaux (sensibilisation, engagement et ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA, appui à une approche multisectorielle, mobilisation communautaire et recours à d'autres moyens pour canaliser les fonds) sont en passe d'être réalisés (Banque mondiale et al, 2004). Toutefois, l'examen du PPS et la consultation des informateurs de la Banque mondiale conduite pour cet examen indiquent que la Banque observe des progrès décevants de l'intégration sectorielle dans les programmes PPS et formule actuellement des perspectives plus réalistes en mettant l'accent sur un ou deux ministères stratégiques et choisis par ordre de priorité, plutôt que sur la vingtaine initialement prévue.

Néanmoins, en dehors du PPS, l'appui de la Banque à l'intégration du SIDA a été plutôt limité. Et ce, essentiellement en raison du fait que la stratégie sous-tendant la reconstitution proposée des ressources de l'Association internationale de développement (AID), pose en principe que la Banque n'a pas pour mandat de financer la réponse à une épidémie à grande échelle, telle que le SIDA. Ces ressources sont actuellement mobilisées par l'intermédiaire du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), et d'initiatives bilatérales, telles que le Plan de secours d'urgence aux victimes du SIDA du Président des tats-Unis (PEPFAR). En revanche, la stratégie définit le rôle de la Banque et indique que celle-ci fournit une assistance à la mise en place des systèmes nécessaires à la riposte au SIDA qu'il faudra utiliser avec efficacité. En pratique, cela signifie qu'en l'absence d'un instrument de prêt, le financement des activités économiques et sectorielles analytiques ou de l'appui technique à l'intégration du SIDA est limité. La Banque a également introduit un volet VIH dans le cadre de son évaluation, concernant les prêts et les subventions pour le développement. Si on a salué cette initiative prometteuse en matière d'intégration, on craint que cela ne se limite souvent à la forme.

Un nombre choisi de donateurs bilatéraux et d'agences des Nations Unies ont appuyé l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement. Certaines organisations, notamment le Département pour le développement international (DFID) et l'Agence allemande de coopération technique (GTZ), se sont engagées à appuyer davantage l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement (par exemple le DFID en Ouganda), tandis que d'autres (Direction de la coopération au développement et de l'aide humanitaire [DDA - Suisse], l'ACDI et le DCI [Département de la coopération au développement - Irlande]) ont limité leurs acticités essentiellement au plaidoyer et à l'appui technique au niveau sectoriel (par exemple l'appui du DCI au secteur de l'éducation en Ouganda).

4.2 Orientation de l'appui technique à l'intégration du SIDA

4.2.1 Plaidoyer et orientation politique

Les actions de plaidoyer et d'orientation politique ont, à ce jour, principalement attiré l'attention et négocié pour que le SIDA soit intégré dans les DSRP et les documents liés à l'Initiative renforcée en faveur des PPTE. Les notes d'orientation et de stratégies sur la question, les rapports de conférences et d'ateliers ont, pour l'essentiel, porté sur les aspects suivants de l'intégration :

Intégrer le SIDA dans l'analyse de la pauvreté du DSRP. Les corrélations entre le VIH/SIDA et la pauvreté dans les DSRP ont été analysées de manière détaillée par l'ONUSIDA, le PNUD (notes d'orientation et ateliers), la GTZ (l'accent étant mis sur le rôle de la spécificité selon les genres) et autres organisations (par exemple ONUSIDA/GTZ, 2002, Kürschner, 2002). Toutefois, un grand nombre de DSRP africains n'ayant pas intégré la dimension VIH/SIDA dans leur analyse de la pauvreté, il y a lieu de mener de nouvelles actions de plaidoyer, en insistant sur la spécificité selon les genres.

Promouvoir une compréhension commune du concept d'intégration dans les instruments nationaux de développement. L'ONUSIDA et le DFID, entre autres, ont souligné l'importance de parvenir à un consensus sur la signification et les implications de l'intégration dans les instruments nationaux de développement. Si la nécessité de s'accorder sur le sens du concept a été soulignée à maintes reprises, des efforts complémentaires s'avèrent nécessaires pour sensibiliser les parties prenantes aux instruments nationaux de développement, notamment les institutions financières et les donateurs internationaux. En l'absence de stratégies de qualité venant à l'appui des mentions faites dans les documents relatifs aux instruments nationaux de développement, l'intégration de la problématique du SIDA risquerait de devenir du remplissage de formulaire.

Intégration du SIDA dans la planification du développement. Ces cinq dernières années, on a considérablement insisté sur l'intégration du SIDA dans la planification du développement. Le cadre conceptuel des liens existant entre la planification du développement et le SIDA en Afrique subsaharienne élaboré par le PNUD vise à une riposte intégrée à la pauvreté, au SIDA et aux inégalités, qui va plus loin que l'approche SRP (PNUD, 2003). Des ateliers sur l'intégration du SIDA ont également servi de cadre tant pour le dialogue sur les politiques que pour l'introduction de méthodologies et d'outils pour intégrer le SIDA dans les instruments nationaux de développement. Toutefois, on dispose de peu de données sur la mesure dans laquelle ce cadre est opérationnalisé au niveau des pays, et sur l'importance de l'appui technique fourni pour mettre en œuvre l'intégration par le biais de ce cadre.

L'expérience en matière d'intégration des questions liées aux genres laisse à penser que si le plaidoyer peut donner lieu à une prise en compte superficielle de ces questions dans les DSRP, par exemple, l'inclusion de données ventilées par genre, on n'a pas encore procédé à une analyse approfondie, ni à des interventions stratégiques reposant sur des données factuelles. Cela peut valoir également pour l'intégration du SIDA.

4.2.2 Ressources en matière d'appui technique

Depuis l'an 2000, un certain nombre de lignes directrices et de modules sur l'intégration dans les instruments nationaux de développement ont été élaborés. Au nombre des ressources en matière d'appui technique figurent :

Le Module de l'ONUSIDA/Banque mondiale intitulé : SIDA, lutte contre la pauvreté et allègement de la dette : Module de formation pour l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les instruments de développement. Ce module vise à aider les responsables dans les pays et leurs partenaires à préparer et à négocier efficacement l'inclusion de programmes intensifiés de lutte contre le VIH/SIDA dans leurs DSRP et instruments visant l'allégement de la dette dans le contexte de l'Initiative renforcée en faveur des PPTE. Il fournit des informations pertinentes et des exemples du traitement qu'avait reçu la problématique dans les premiers DSRP, les DSRP-I et les accords d'allégement de la dette. En tant que ressource pour la formation des équipes pays et de leurs partenaires (ONG et organismes donateurs) aux niveaux national et sous-régional, ce module permettra aux équipes pays de mettre au point des matériels utiles à inclure dans les DSRP.

Une liste de contrôle pour l'intégration du SIDA dans les instruments de développement, établie par le PNUD pour servir de guide à ses bureaux nationaux dans le cadre des efforts visant à aider les pouvoirs publics à intégrer le VIH/SIDA dans la planification du développement (Bjorkman, 2001). Cette liste de contrôle couvre trois mécanismes de planification du développement, à savoir : i) plans et budgets nationaux de développement, ii) stratégies de réduction de la pauvreté, et iii) plans et budgets sectoriels. La liste de contrôle fournit, à titre d'illustration, des exemples de questions-types à poser pour déterminer le degré d'intégration du SIDA dans les instruments et processus de développement. Elle est divisée en deux catégories, à savoir : i) les actions nécessaires dans tous les pays, indépendamment du taux de prévalence du VIH, lesquelles ont généralement trait aux stratégies proactives visant à prévenir la propagation de l'épidémie, et ii) les actions complémentaires requises dans les pays les plus durement touchés par le SIDA.

Une liste de contrôle de la GTZ pour l'intégration du SIDA dans le cycle du DSRP, notamment dans l'analyse de la pauvreté, le cadre macroéconomique, les objectifs et les indicateurs, dans l'établissement des coûts et du budget, dans le suivi de la pauvreté et l'analyse de l'impact social de la pauvreté (BMZ/GTZ, 2002).

Un cadre et une matrice pour évaluer les liens entre la planification du développement et le VIH/SIDA. Les deux notes conceptuelles préparées par le Projet régional du PNUD sur le VIH et le développement en Afrique subsaharienne, à savoir « Conceptual shifts for sound planning: towards an integrated approach to HIV/AIDS and poverty (2002) » et « Understanding the link between Development Planning and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa (2003) » constituent une contribution majeure à l'intégration de la problématique du VIH/SIDA dans la planification du développement. Toutefois, on ne sait pas au juste si des composantes de renforcement des capacités sont mises en place au niveau des pays afin de faciliter leur utilisation.

4.2.3 Point sur l'appui technique au renforcement des capacités

Il existe peu de documents qui décrivent et expliquent l'orientation de l'appui technique au renforcement des capacités pour l'intégration du SIDA au niveau national. La présente section donne un aperçu descriptif d'exemples d'appui technique fourni par le PNUD et le DFID.

Le PNUD apporte un appui à l'intégration de la problématique du SIDA dans les instruments nationaux de développement à l'échelon national, notamment au Burkina Faso, au Cameroun, en Zambie et en Tanzanie, dans le domaine de la formulation des politiques.

En Tanzanie, le PNUD appuie l'intégration du SIDA dans les programmes de développement nationaux et sectoriels ainsi que dans les processus de revue des dépenses publiques et du CDMT. Il apporte également une assistance en ce qui concerne l'étude du VIH/SIDA et des questions de genre dans le DSRP et appuie le renforcement des capacités pour le développement et la mise en œuvre des stratégies sectorielles, des plans d'action de lutte contre le VIH/SIDA, ainsi que des interventions[8] sur le lieu de travail.

Au Nigeria, le PNUD apporte un appui à l'intégration du SIDA dans la stratégie pour la réduction de la pauvreté et le cadre[9] macroéconomique à court terme.

Au Burkina Faso, le PNUD a apporté une assistance technique pour l'intégration des priorités, des cibles et d'une analyse de l'impact en matière de VIH/SIDA dans le DSRP, en réponse à l'approche fragmentaire initiale

[8] Voir le site Web du PNUD en Tanzanie : http://www.tz.undp.org/hiv.html

[9] Voir le site Web du PNUD au Nigeria : http://www.ng.undp.org/hiv.html

adoptée par le gouvernement face à l'épidémie ainsi qu'au manque d'engagement à établir un ordre priorité en matière de VIH dans les plans de développement. L'appui du PNUD a porté sur l'instauration d'un cadre politique et de ressources permettant d'intensifier la riposte (PNUD 2002b).

En Ouganda, le DFID a apporté un appui technique important à l'intégration du SIDA dans le Plan d'action d'éradication de la pauvreté de l'Ouganda (PEAP), qui tient lieu de DSRP du pays. Il s'agit là d'une étude de cas d'appui technique significative pour l'intégration du SIDA, car l'Ouganda a un programme de lutte contre le VIH/SIDA relativement réussi, une forte détermination de la part du gouvernement à apporter une réponse efficace au VIH et une appropriation substantielle du DSRP par le gouvernement.

Dans ce pays, le DFID a adopté une approche à deux volets pour l'intégration du SIDA dans le PEAP10, comprenant un appui consultatif direct du DFID (par le conseiller interne du DFID en matière de VIH/SIDA) et d'une assistance technique (par un consultant externe) à la Commission de lutte contre le SIDA d'Ouganda (UAC) qui assurait la coordination de l'intégration de la problématique dans le PEAP et les secteurs clés. L'appui technique du DFID à la révision du PEAP a été axé sur le renforcement des capacités :

- Du personnel du DFID en Ouganda, à travers l'organisation d'un atelier sur l'intégration du SIDA pour le personnel de programme et les consultants.

- De la Line Ministries Self Coordinating Agency (LMSCE), mise en place par les ministères responsables pour veiller à ce que la problématique du SIDA soit intégrée dans le programme de tous les ministères et départements [11], en vue de la préparation de la révision du PEAP. À cet effet, un atelier a été organisé à la demande de l'ONUSIDA, au cours duquel il est apparu que les points focaux SIDA ne partageaient pas la même compréhension de l'intégration du VIH, bien qu'ils aient soumis des plans d'action à la Banque mondiale en vue d'obtenir des ressources pour l'intégration du VIH.

- De l'UAC et des groupes de travail sectoriels (SWG) pour intégrer le SIDA dans le PEAP. Cela a consisté en la préparation, avec l'UAC, d'un Document thématique qui explique pourquoi et comment le VIH/SIDA doit être pris en considération dans les piliers du PEAP [12]; de quelle manière l'épidémie peut compromettre la réalisation des objectifs de développement définis dans les piliers du PEAP ; comment les foyers de chaque pilier peuvent contribuer à la propagation du VIH, et indique les opportunités qu'offrent les directives de chaque pilier pour le renforcement de la riposte au VIH.

4.3 Revue de l'appui technique à l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement

4.3.1 Une attention limitée accordée au processus

À ce jour, l'appui technique aux fins de l'intégration de la problématique du SIDA dans les instruments nationaux de développement a été limité, particulièrement au niveau des pays, et a porté essentiellement sur le contenu de l'intégration plutôt que sur la façon de le faire (les aptitudes et les outils essentiels pour assurer l'efficacité du processus). Des experts, dont les informateurs de l'étude, soutiennent que le renforcement des capacités

[10] La présente section est en grande partie tirée de Butcher 2003, Lessons Learned from Mainstreaming HIV in the PEAP

[11] Les membres de la LMSCE sont des points focaux nommés par les différents ministères dont la mission consiste à veiller à la pleine intégration de la problématique du VIH dans les programmes des départements et secteurs.

[12] Les quatre piliers sont : croissance économique rapide et durable et transformation structurelle ; renforcement de la bonne gouvernance et de la sécurité, renforcement de la capacité des pauvres à accroître leurs revenus et amélioration de la qualité de vie des pauvres.

pour l'intégration de la problématique dans les DSRP est souvent ponctuel, inopportun et fragmentaire. Ce volet semble souvent ajouté, au terme du processus de rédaction ou de révision de l'instrument national de développement, à un stade où il est trop tard pour faire apparaître systématiquement les causes et les effets de l'épidémie dans l'instrument, et pour mobiliser un engagement en vue de la mise en œuvre.

Les efforts d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement sont également limités par l'absence de stratégies de lutte contre le SIDA des donateurs et des organismes de développement dans ces instruments, dans les secteurs voire dans leur propre programme national. Si certaines stratégies des donateurs ont essayé de s'attaquer au SIDA en dehors du secteur de la santé, dans la pratique, les ripostes demeurent largement axées sur ce secteur.

Les consultations nationales menées pour cette étude ont confirmé que la capacité pour intégrer le SIDA dans les instruments nationaux de développement (ou au niveau sectoriel) fait actuellement défaut dans la majorité des pays. Même au sein de certaines autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA bien établies et qui reconnaissent l'importance de l'intégration de ces questions, on a le sentiment que l'autorité nationale chargée du SIDA ne dispose pas des aptitudes ou des compétences requises pour conseiller sur, coordonner ou intégrer efficacement la problématique du SIDA.

La récente évaluation du PPS fait état d'un faible engagement sectoriel concernant l'intégration de la problématique du SIDA et constate que la riposte multisectorielle appuyée par le PPS a été tiède, exception faîte de quelques ministères dont celui de la Défense, qui reconnaissent l'importance d'un engagement plus important dans la lutte contre le VIH/SIDA (Banque mondiale et al 2004). La majorité des plans sectoriels passés en revue par l'équipe étaient semblables les uns aux autres, et donnent l'impression d'un processus de planification « à l'emporte-pièce ». A l'exception d'un pays, les ministères n'avaient pas fait d'effort significatif pour dépasser le champ de leurs interventions sur leur propre lieu de travail et pour prévoir des programmes en faveur d'autres groupes de la population tels que les étudiants et les paysans. Si l'accent initial a été mis sur la participation d'un nombre maximum de ministères (étant donné que près de 80% des travailleurs du secteur formel se trouvent dans la fonction publique), il faut désormais se centrer sur les ministères clés qui mettront en œuvre un plus petit nombre de programmes d'intervention mais de manière plus efficace.

Les contraintes en matière de renforcement des capacités varient également en fonction des contextes. Au Ghana, par exemple, un obstacle majeur à l'intégration de la problématique du SIDA tient au fait que la cause est défendue par du personnel généraliste plutôt que par des professionnels qualifiés. Par conséquent, l'intégration ne dépasse pas le stade de la sensibilisation. Cependant, dans d'autres contextes, le recours à des professionnels compétents ou à des spécialistes pour intégrer le SIDA (sous forme d'appui assuré par un consultant externe) renforce le sentiment que l'intégration est une tâche difficile, et cela peut compromettre l'engagement au processus.

4.3.2 Expériences nationales : Burkina Faso et Ouganda

Les quelques éléments de preuves documentés montrent que l'appui technique à l'intégration de la problématique du SIDA dans les instruments nationaux de développement a produit des résultats mitigés. L'appui du PNUD a porté sur l'instauration d'un cadre stratégique et de ressources permettant d'intensifier la riposte (PNUD, 2002b). Le PNUD au Burkina Faso a fait état d'un « appui important à l'intégration du SIDA dans le processus de SRP » (PNUD Burkina Faso). Néanmoins, le contenu VIH/SIDA du DSRP reste faible au regard de l'analyse de l'impact du VIH/SIDA sur la croissance économique, de la prise en compte limitée de la problématique dans le processus de consultations et du peu d'attention accordée aux questions liées aux genres.

L'une des raisons du caractère limité de la prise en compte du VIH/SIDA tient au fait que durant la période d'élaboration du DSRP, « le SIDA n'était pas perçu comme un obstacle majeur au développement, ni par les autorités nationales, ni par les institutions partenaires, et en particulier la Banque mondiale, » selon une revue des DSRP par la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) (cité dans Benoît 2002). Le rapport intitulé « Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté – État d'avancement » de décembre 2003 indique que si le DSRP est devenu un cadre de convergence de toutes les interventions au Burkina Faso, « ce document reste encore malheureusement peu connu de la majorité des parties prenantes, même au sein de l'administration, et n'est, par conséquent, pas utilisé de manière optimale comme un cadre de référence pour le dialogue sur les politiques » (Banque mondiale, 2003a). Néanmoins, il est à noter que le Burkina Faso a affecté une partie de ses économies réalisées grâce à l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés à la lutte contre le VIH/SIDA (1,3 million de dollars EU par an, en plus des 700 000 dollars affectés par le budget ordinaire) (PNUD Burkina Faso 2002).

L'expérience du Burkina Faso met en évidence un certain nombre de contraintes liées aux capacités, dont le manque d'engagement de la part du gouvernement et des partenaires, le manque de compréhension et de plaidoyer en matière d'intégration, et le caractère limité de l'appropriation et de la participation de la société civile au processus de consultations.

L'appui technique du DFID à l'intégration de la problématique du SIDA dans le PEAP de l'Ouganda s'est également soldé par un résultat mitigé. En dépit de l'appui technique considérable fourni, le PEAP continue d'être jugé faible au plan de l'intégration du SIDA. Dans le premier PEAP, on s'est limité à traiter le VIH/SIDA comme un problème de santé et d'ordre social, plutôt qu'un thème intersectoriel. Si des avancées notables ont été enregistrées depuis lors, le VIH continue d'être perçu comme une question distincte, verticale, une perception renforcée d'autant par les différentes structures spécifiques au VIH, les lignes budgétaires et les projets de lutte contre le SIDA (Butcher 2003).

Dans le PEAP 2004, le VIH/SIDA est abordée comme une question intersectorielle dans la section relative au Développement humain du document, mais l'analyse des liens entre le VIH/SIDA et la pauvreté et de l'impact de l'épidémie sur les groupes vulnérables n'est pas étayée par des données factuelles. Les objectifs et indicateurs en matière de VIH sont confinés à la section sur la santé, les coûts des interventions au titre du VIH dans le DSRP ne sont pas établis, et il n'existe aucune matrice des politiques qui attribue des rôles et des responsabilités spécifiques aux parties prenantes. Plus important encore, e PEAP ne fait pas apparaître l'analyse approfondie ni les recommandations pour l'intégration qui ont été élaborées avec le concours du DFID. D'autre part, une revue des documents des groupes de travail sectoriels effectuée par le consultant du DFID a constaté que, si les principaux problèmes liés à l'intégration de la lutte contre le SIDA dans les différents secteurs étaient facilement identifiés, les groupes de travail sectoriels avaient des difficultés à proposer des stratégies correctrices. L'absence de stratégie pour orienter la Commission ougandaise de lutte contre le SIDA et ses partenaires sur la façon d'intégrer la problématique du VIH dans les différents secteurs, au-delà de la sensibilisation, a été identifiée comme une contrainte majeure.

Selon le consultant du DFID qui a contribué à l'intégration en Ouganda, l'une des formes d'appui les plus utiles, efficaces et durables était d'encadrer les parties prenantes à l'élaboration de l'instrument national de développement sur tous les aspects et toutes les étapes de l'intégration de la problématique du SIDA dans ces instruments. Cela implique de passer du temps avec les groupes de travail sectoriels et à leur expliquer le sens de l'intégration à mesure qu'ils élaborent les documents plutôt que de passer du temps de réviser les documents pour vérifier le contenu de l'intégration une fois qu'ils ont été conceptualisés et rédigés.

Selon le DFID, si l'appui technique à l'intégration de la problématique du SIDA a été bien accueilli par la Commission ougandaise de lutte contre le SIDA, il est à souligner que la capacité et l'ordre de priorité au sein de l'organisation demeurent faibles. Lorsque le conseiller du DFID chargé de l'appui à l'intégration a changé de poste, le processus de PEAP a été interrompu et la commission n'a repris le travail que lors de la phase finale de révision du document. Par la suite, la commission ougandaise de lutte contre le SIDA a repris le processus d'intégration, mais comme indiqué plus haut, le SIDA n'est finalement que partiellement abordé dans le PEAP révisé.

4.3.3 Utilisation des outils et des modules

Il ressort des données préliminaires recueillies auprès des principaux informateurs et des consultations nationales menées dans le cadre de l'étude que le Module de formation de l'ONUSIDA/Banque mondiale n'est pas bien connu ni utilisé au niveau des pays, et les équipes pays et les partenaires nationaux n'ont pas été formés à leur utilisation, à l'exception de quelques ateliers parrainés par le PNUD. Selon un informateur, après l'élaboration du module, peu d'actions de suivi ou de renforcement des capacités des bénéficiaires ont été menées. Le Module devait être actualisé début 2002, par l'intégration d'une analyse sur le SIDA et des exemples de bonnes pratiques, mais cela n'a pu se faire. Comme indiqué plus haut, la présente étude mentionne que les quatre critères du Module de formation n'indiquent pas clairement la mesure dans laquelle la problématique du SIDA est intégrée dans le DSRP.

Des ressources techniques essentielles pour les SRP, telles que le Recueil de références pour les SRP et le Guide de l'utilisateur pour l'analyse de l'impact sur la pauvreté et la situation sociale (AIPS) de la Banque mondiale), dans leur forme actuelle, n'intègrent pas le VIH comme une question intersectorielle de développement. Le Recueil de références est un guide qui vise à aider les pays à préparer leurs SRP. Il n'est pas censé être un outil normatif, mais plutôt une ressource à exploiter de manière sélective. Etant donné l'engagement de la Banque mondiale dans la lutte contre le VIH/SIDA, la quasi-absence d'une composante VIH/SIDA de ce Recueil de références est plutôt déconcertante.

4.3.4 Leçons tirées

Bien qu'elle se fonde sur une expérience très limitée, la présente étude permet de tirer de nouvelles leçons en ce qui concerne l'appui technique.

- La continuité et l'engagement en matière d'appui technique à l'intégration à long terme sont indispensables.

- L'intégration de la problématique du SIDA dans le DSRP ne suffit pas ; des mécanismes additionnels s'avèrent nécessaires pour veiller à la prise en compte du SIDA dans les secteurs pertinents, le processus budgétaire et l'exécution.

- Il ressort des consultations menées au titre de l'étude que le Module de formation n'a pas été particulièrement utile au niveau des pays, étant donné le manque de dispositif adéquat pour le renforcement des capacités de distribution et pour appuyer son application.

- Lorsque les contextes sont différents, il ne convient pas d'émettre d'hypothèses sur la capacité des autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA à utiliser et à traduire dans les faits les concepts

tels que l'intégration, les concepts et les modalités de DSRP et de PPTE, ainsi qu'à jouer un rôle moteur dans le processus d'intégration dans les instruments nationaux de développement.

- Il peut être plus utile d'appuyer les principaux acteurs tels que les autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA ainsi que les différents secteurs durant l'élaboration ou la révision des instruments nationaux de développement que d'attendre l'achèvement de ces derniers pour ensuite les réviser. Cet appui ne doit pas se limiter à faire mieux comprendre les implications du VIH et la nécessité de l'intégration, mais doit inclure un appui à l'identification, à la planification et à l'établissement d'un budget pour les stratégies réalistes.

5. Conclusions : Renforcer le processus d'intégration

Les conclusions de la présente étude ainsi que d'autres études récentes mettent en évidence plusieurs problèmes majeurs qui appellent des solutions, si l'on veut renforcer le processus d'intégration de la problématique du VIH/SIDA dans les instruments nationaux de développement.

5.1 Renforcer les liens entre le DSRP, le CDMT, le CNA et les plans

L'intégration dans les instruments nationaux de développement vise à s'assurer que des ripostes élargies au SIDA sont intégrées dans le DSRP et les instruments de budgétisation et qu'elles sont exécutées par des partenaires appropriés (tels que les ministères, la société civile, le secteur privé et les personnes vivant avec le VIH).

S'agissant du renforcement de l'efficacité en matière de développement, on assiste à un engagement international sans cesse croissant à harmoniser les instruments, les mécanismes et les besoins d'aide au développement, ainsi qu'à l'alignement des politiques et des stratégies gouvernementales (établies dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, mars 2005). Ce consensus mondial contribue à galvaniser les engagements vis-à-vis de l'intégration, et ce par l'appui à l'harmonisation des plans et des indicateurs de suivi et d'évaluation, par une meilleure coordination du financement du SIDA et l'appui technique pour la mise en œuvre d'un CNA chiffré, par une participation accrue de la société civile, des personnes vivant avec le VIH et du secteur privé.

Les « Three Ones» traduisent cet engagement (un cadre d'action national contre le SIDA (CNA), une autorité nationale de coordination de la lutte contre le SIDA (NAA) et un système de suivi et d'évaluation). Ces principes offrent un cadre national solide pour coordonner une réponse multisectorielle au SIDA, au sein duquel le CNA éclaire les processus de planification nationaux, sectoriels et décentralisés.

Les conclusions du présent rapport, ainsi que d'autres, notamment le rapport sur l'étude conjointe UNICEF/ Banque mondiale, indiquent qu'un CNA élargi devrait constituer une base solide pour le renforcement de la couverture du VIH et au SIDA dans les DSRP. Le CNA devrait fournir un plan stratégique présentant un ordre de priorité assorti de coûts, et comprenant des plans sectoriels ou mentionnant au moins ces derniers. Les ministères responsables ont besoin de plans sectoriels solides qui intègrent les objectifs du CNA et à terme, ceux du DSRP.

L'appui à l'élaboration d'un CNA rationnel requiert une base de données factuelles comportant des informations fiables sur les déterminants et l'impact du SIDA, l'épidémiologie de la maladie, les tendances et les scénarios possibles. Le CNA doit être constructif et convivial pour l'ensemble des parties prenantes au DSRP, et comporter des fondements et une analyse solides, ainsi que des indicateurs pertinents. Il peut s'agir, par exemple, d'aligner les indicateurs de suivi et d'évaluation dans le DSRP sur le cadre de suivi et évaluation du CNA.

On s'accorde de plus en plus à reconnaître qu'un CNA bien chiffré est un apport essentiel au succès du CDMT, ce qui nécessite une série d'estimations descendantes des ressources disponibles ainsi qu'une bonne estimation ascendante de ce qui est requis. Dans le même temps, le DSRP devra clairement indiquer les tendances probables en matière de dépenses publiques, en tenant compte de la situation macroéconomique. Les donateurs ont également un rôle clair à jouer en ce qui concerne la fourniture d'informations sur les prévisions de flux de ressources.

A mesure que le processus de gestion des dépenses publiques évolue, on pourra procéder à la ventilation par programme selon les objectifs clés (prévention, traitement, soins et appui, et atténuation) du CDMT. Cela

permettra aux Conseils des ministres et au ministère des Finances de faire des évaluations raisonnables de l'ensemble des priorités, et de demander des décompositions plus fines, en cas de besoin, des coûts détaillés du CNA. Ce type d'approche est conforme à l'Examen 2004 de l'état d'avancement de la mise en oeuvre des Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, qui indique que « le renforcement des liens entre l'évaluation des coûts des programmes prioritaires, du CDMT et du budget, l'alignement des SRP et le renforcement des systèmes de gestion des dépenses publiques s'avéreront nécessaires pour une meilleure hiérarchisation des priorités » (Banque mondiale/FMI 2004b). Par conséquent, l'Examen 2005 de l'état d'avancement – qui adaptera l'approche du DSRP aux pays ayant une faible capacité ou connaissant des situations difficiles – peut être l'occasion d'inscrire le VIH/SIDA au rang des priorités dans les pays durement touchés et de renforcer davantage les liens entre l'établissement du coût des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les DSRP, le CDMT et le budget.

Les autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA doivent être en mesure de jouer un rôle de chef de file pour ce qui est de coordonner les efforts d'intégration et de faire office d'intermédiaires dans les relations décisives entre les parties prenantes au DSRP, telles que les ministères des Finances et de la planification, et les secteurs de premier plan. Cela devrait contribuer à resserrer les liens et à renforcer l'harmonisation entre le CNA, les instruments nationaux de développement, et les plans et les stratégies sectoriels.

Il apparaît aussi clairement qu'un plaidoyer renforcé et des liens institutionnels s'avèrent nécessaires. Une question majeure est de savoir comment renforcer les liens entre, et la responsabilité de, l'intégration du SIDA dans le DSRP, les CNA et les plans sectoriels. Des données factuelles de la présente étude mettent en évidence une faible capacité en matière d'intégration au niveau des autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA et des parties prenantes, ainsi que des institutions nationales de développement, telles que le ministère des Finances. En réalité, les ministères responsables ont besoin d'un appui considérable pour pouvoir élaborer des plans sectoriels rationnels qui intègrent les objectifs du CNA, et à terme, ceux du DSRP.

Dans une certaine mesure, le besoin d'appui sera fonction du niveau de prévalence et de l'impact du VIH dans les différentes situations. Dans les pays à forte prévalence, il est probable que les autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA (en dépit de leurs capacités limitées à plusieurs égards) constituent l'institution essentielle pour promouvoir et assurer l'intégration de la problématique du SIDA dans les instruments nationaux de développement. Dans les situations où l'impact est faible, et où les autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA peuvent être relativement nouvelles ou inexistantes en tant que telles, il est probable que le ministère de la Santé soit le chef de file et le coordonnateur de la réponse entre les secteurs. D'une manière ou d'une autre, il importe d'être pragmatique en ce qui concerne les dispositions de mise en œuvre pour appuyer le processus d'intégration et de reconnaître les motivations, les forces et les faiblesses des institutions concernées.

5.2 Tenir compte de la problématique du VIH et du SIDA dans les politiques économiques et sociales

L'étude a constaté que le VIH et sa corrélation avec la pauvreté sont rarement pris en compte dans les réformes macroéconomiques générales. Il existe très peu de réflexion sur les implications des causes et des conséquences éventuelles de l'épidémie du VIH et de la nécessité de faire des réformes pour s'attaquer à l'accroissement de la vulnérabilité et des inégalités.

Sans une analyse des conséquences de la réforme macroéconomique, il est fort improbable que la prévention du VIH, l'élargissement de l'accès aux antirétroviraux, des soins et de l'appui, et l'atténuation de l'impact, fassent

l'objet d'une prise en compte judicieuse dans le cadre du DSRP. Au mieux, les réformes macroéconomiques peuvent avoir un impact limité sur la réduction de la vulnérabilité à l'infection à VIH ainsi que sur l'atténuation de l'épidémie. Dans le pire des cas, elles peuvent, par inadvertance, avoir l'effet contraire, si elles perpétuent les disparités en matière de revenus, de pouvoir et de valeurs sociales (PNUD 2003).

Ces considérations peuvent donner lieu à un changement de priorités au sein du DSRP. Par exemple, dans les pays à forte prévalence du VIH, les gouvernements peuvent avoir besoin d'insister davantage sur la protection des moyens d'existence, réduisant de ce fait le rythme de la libéralisation, s'il apparaît que cela peut entraîner des perturbations économiques, et par conséquent, un accroissement de la vulnérabilité. Les DSRP et les règles et conditionnalités connexes ne devraient donc pas simplement tenir compte des choix de politiques économiques des gouvernements, mais plutôt les encourager de manière proactive à y intégrer la problématique du VIH (Thomas, 2004). Il est nécessaire d'analyser la pauvreté dans le cadre des réformes macroéconomiques avant la formulation des politiques économiques, afin d'influencer la manière dont une SRP peut avoir une incidence sur la propagation et l'impact du VIH (Tearfund 2004).

L'intégration de la problématique du SIDA dans les plans de création d'emplois et de génération de revenus implique que l'on s'attaque à des questions qui ne sont pas généralement abordées dans le cadre de la formulation des politiques, par exemple, le fait de savoir si les politiques proposées pourraient perpétuer ou modifier la répartition du travail selon le sexe, si elles reposent sur des hypothèses concernant les rôles productifs des hommes et des femmes ; la mesure dans laquelle elles perpétuent les inégalités qui existent en matière d'emploi et de revenus entre les hommes et les femmes, et le cas échéant, si elles peuvent involontairement contribuer à la transmission du VIH (PNUD 2002a). Seule une analyse peut permettre de prendre des décisions en matière d'adoption de certaines politiques, de manière à intégrer dans la SRP celles qui pourraient entraîner une égalité d'opportunités pour les femmes et les hommes.

Il importe également de veiller à ce que la question du VIH soit intégrée dans les approches et méthodes utilisées pour analyser, évaluer et suivre l'impact potentiel et effectif des changements de la politique économique sur la pauvreté et le genre, y compris les outils de la Banque mondiale pour l'analyse d'impact sur la pauvreté et la situation sociale (AIPS)[13].

5.3 Intégrer les questions liées aux genres dans le contenu VIH/SIDA des instruments nationaux de développement, leur processus et appui technique

L'étude a constaté que si, en principe, les questions liées aux genres sont reconnues comme une composante centrale de l'intégration, dans la pratique, peu de progrès a été accompli en terme de prise en compte des causes et des conséquences par genre de l'épidémie dans les instruments nationaux de développement. Dans le cas des DSRP, par exemple, les déterminants spécifiques aux genres de risque, de la vulnérabilité et de l'impact sont rarement mentionnés, ou bien traités en second plan, et ne se sont donc pas traduits dans la programmation.

La compréhension du VIH et des questions de genre s'étant considérablement améliorée ces dernières années, il importe d'adopter, de toute urgence, une approche systématique de l'intégration de la spécificité selon les genres et du SIDA dans le contenu et le processus des instruments nationaux de développement, et l'appui technique. À cet effet, dans un premier temps, les objectifs des instruments nationaux de développement, les

[13] L'AIPS prévoit une analyse de la répartition de l'impact des réformes politiques sur le bien-être des pauvres et des personnes vulnérables et vise à promouvoir des choix politiques fondés sur des données factuelles et à favoriser le débat sur les options de réformes politiques.

indicateurs, les ressources et les données sur les causes et les conséquences du SIDA devraient être ventilées par genre. L'appui technique peut aider à promouvoir une approche spécifiques aux genres à l'intégration du SIDA en faisant de l'analyse comparative entre les genres et de l'utilisation de données ventilées par genre une partie intégrante de l'assistance. Les liens avec des programmes d'intégration des questions liées aux genres plus élargis sont également nécessaires.

5.4 Intégrer les maladies liées à la pauvreté et établir un lien avec les priorités des Objectifs du Millénaire pour le développement

Le SIDA n'est qu'un des nombreux défis concurrentiels et interdépendants qui se posent au développement et à la santé publique devant être pris en compte dans les instruments et processus nationaux de développement. Par définition, l'intégration de la lutte contre le SIDA implique l'établissement et la prise en compte des liens entre le SIDA et d'autres problèmes de développement tels qu'une croissance économique lente ou négative et inégale, les conflits et les migrations, la sécurité alimentaire et les moyens d'existence, la gouvernance et la performance du secteur public et les problèmes de santé, tels que le paludisme, la tuberculose et la santé maternelle et infantile.

La prise en compte des maladies liées à la pauvreté s'inscrit dans le droit fil des Objectifs du Millénaire pour le développement, qui s'attaquent au VIH/SIDA ainsi qu'au paludisme et à d'autres maladies. La pauvreté stimule non seulement le SIDA, mais également le paludisme, la tuberculose et autres maladies liées à la pauvreté. Plus de 1,1 million de décès dus au paludisme ont été enregistrés en Afrique en 2003 (OMS, 2004). La tuberculose, à elle seule, a causé la mort d'environ deux millions de personnes à travers le monde en 2002, dont près de la moitié en Afrique et en Asie. La tuberculose constitue l'une des principales maladies qui caractérisent le SIDA. L'infection à VIH accélère la progression vers une tuberculose évolutive, tandis que la tuberculose accélère le taux de progression vers le SIDA.

La nécessité de prendre en compte ces questions transversales dans les stratégies de réduction de la pauvreté et de croissance renforce le besoin d'harmonisation des processus de DSRP avec les programmes mondiaux et nationaux conçus dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le développement. La lutte contre le VIH/SIDA est directement liée à la réalisation de cinq des huit Objectifs du Millénaire pour le développement, dont la réduction de la pauvreté et de la faim, l'amélioration de la santé maternelle et infantile et de l'éducation, ainsi que l'objectif spécifique qui consiste à stopper la propagation du virus et à commencer à inverser la tendance actuelle de l'épidémie d'ici à 2015.

Cette situation a des conséquences notables sur l'approche en matière d'intégration de la lutte contre le SIDA dans les DSRP et l'appui technique associé. Cela implique entre autre qu'il faut inscrire la riposte au VIH/SIDA dans le cadre de la lutte contre les maladies liées à la pauvreté, et aider les pays à élaborer des réponses sur la base de ces cadres. À titre d'exemple, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) a récemment élaboré une stratégie pour l'intégration des maladies liées à la pauvreté dans son programme, dont le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose (FAO 2005). Dans les pays à forte prévalence du VIH, l'intégration des maladies liées à la pauvreté dans les instruments nationaux de développement en utilisant le VIH/SIDA comme catalyseur peut être une option. Dans les pays à faible prévalence du VIH, la priorité peut être accordée au paludisme ou à la tuberculose.

5.5 Problèmes liés à la budgétisation

Suite aux efforts de plaidoyer couronnés de succès, on assiste à un accroissement considérable et indispensable du financement international en faveur du SIDA. La présente étude a fait état de la tension créée par la

nécessité d'accroître les dépenses en faveur du SIDA tout en assurant l'intégration progressive des ressources dans les plans de dépenses et budgets annuels des gouvernements[14].

Dans la pratique, nombre de fonds alloués à la lutte contre le SIDA ont été négociés directement entre les ministères responsables (en particulier le ministère de la Santé ou le Secrétariat du Conseil national de lutte contre le SIDA) et les donateurs. Cette pratique s'est justifiée par la nécessité de financer une action urgente moyennant des ressources rapides et conséquentes. Dans un contexte de capacités nationales limitées, un tel mécanisme semble plus approprié pour assurer l'intensification massive souhaitée des programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH.

De même, cette croissance rapide d'affectation de fonds parallèlement aux mécanismes classiques de budgétisation et de dépenses peut contribuer à renforcer la perception du VIH et du SIDA comme une question « verticale » qui n'a pas besoin de faire l'objet d'une planification et d'un engagement soutenus à moyen terme par les pouvoirs publics (Butcher 2003). L'accès rapide à des financements hors budget pour le SIDA peut amener les ministères à être peu enclins à budgétiser des ressources en faveur du SIDA, particulièrement lorsque cela pourrait impliquer des réductions à opérer au niveau des autres priorités afin de rester dans les limites budgétaires. Par conséquent, les pratiques actuelles peuvent avoir incité à ne pas inscrire les besoins en ressources aux niveaux national, sectoriel et local pour le financement du SIDA dans le processus ordinaire de budgétisation et de CDMT.

Si la performance médiocre des instruments des dépenses publiques justifie l'absence initiale d'intégration de ces ressources additionnelles, le fait de maintenir, voire d'institutionnaliser des mécanismes extrabudgétaires, peut ne pas encourager les gouvernements à rechercher progressivement une procédure de budgétisation plus appropriée pour le SIDA au sein des mécanismes de base nationaux et sectoriels. De ce fait, cette pratique peut compromettre l'appropriation et la responsabilité à l'échelon national ainsi que la pérennité des réponses au SIDA. Elle ne favorise pas non plus la réalisation de progrès vers la mise au point de systèmes financiers efficaces et adaptés, dont l'absence peut constituer un sérieux « obstacle à la réalisation des objectifs de réduction de la pauvreté. » (Banque mondiale 2001).

Un problème connexe, mais distinct, concerne l'impact que l'accroissement soudain des flux de ressources en faveur du SIDA peut avoir sur la tendance générale des dépenses dans les pays à faible revenu et fortement tributaires de l'aide extérieure. Les ressources additionnelles dégagées en vertu des accords liés à l'Initiative en faveur des PPTE et l'appui budgétaire direct apporté par certains donateurs extérieurs, si elles font l'objet d'une allocation judicieuse, offrent une bonne opportunité d'étendre « l'assise fiscale » des gouvernements pour le financement sur budgets des actions prioritaires telles que les réponses au SIDA et les dépenses en faveur des autres secteurs sociaux. Cela justifie le fait de prendre en compte ces financements dans la planification globale du budget. Les acteurs clés tels que la Banque mondiale et le FMI ont un rôle majeur à jouer pour ce qui est de renforcer les conseils à donner aux gouvernements sur la gamme d'options disponibles et sur leurs implications respectives.

5.6 Appui technique durable à l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement

La présente étude a mis en exergue les difficultés de l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement et les plans sectoriels et souligne des erreurs de perception qui ont indéniablement eu un impact sur la mise en œuvre des réponses multisectorielles au SIDA. Les conclusions de l'étude font état de

[14] La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide fixe à 85% la cible des dépenses au titre de l'aide à inscrire dans les budgets nationaux à l'horizon 2010.

la nécessité d'apporter régulièrement un appui technique global plus efficace et plus durable aux principales parties prenantes et à leurs partenaires, tant au niveau national que local, et auprès des ministères d'influence et des secteurs prioritaires.

L'approche de l'intégration a trop souvent été présentée ou perçue comme une discipline à part entière, dépendant d'un petit groupe d'experts et nécessitant un ensemble spécifique de méthodes et d'activités. Les conclusions de l'étude font état de la nécessité d'apporter régulièrement un appui technique global plus efficace et plus durable aux principales parties prenantes et à leurs partenaires, tant au niveau national que local, et auprès des ministères d'influence et des secteurs prioritaires. Il faut tirer parti des systèmes d'appui technique existants, de même que des réseaux Sud-Sud et régionaux. Les approches visant à renforcer le processus d'intégration comprend un appui technique à : la promotion de la compréhension du concept d'intégration ; la mobilisation d'un engagement à long terme concernant l'intégration ; l'encadrement des acteurs clés au sein des autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA, des ministères des Finances et de la planification, et autres parties prenantes, et au développement de compétences essentielles en matière d'intégration avec les spécialistes d'instruments nationaux de développement.

L'étude a également révélé que de nombreuses agences de développement n'ont pas pleinement intégré la riposte au SIDA dans leurs propres activités et mandats avec les partenaires dans les pays. Les difficultés qui se posent à l'intégration interne expliquent en partie le niveau inégal de l'appui apporté par les agences au processus d'intégration de leurs partenaires à l'échelon national. Par ailleurs, les mandats et compétences des agences peuvent également limiter les points d'entrée et le champ d'intervention pour l'apport d'un appui spécifique aux processus des DSRP, contrairement aux CNA et aux plans sectoriels. Si les processus d'intégration doivent renforcer l'appropriation et les capacités des acteurs nationaux, les agences doivent, elles, développer leur propre expertise dans ces domaines en conformité avec leurs mandats et leurs objectifs.

Cette situation soulève les questions suivantes :

- Les donateurs/agences/institutions qui proposent un appui technique à l'intégration de la problématique du SIDA dans les instruments nationaux de développement disposent-ils d'une stratégie en matière d'intégration ?

- Quel est l'avantage comparatif du donateur, de l'agence/institution en matière d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement ? Quels sont les partenariats stratégiques entre les fournisseurs d'appui nécessaires pour permettre une assistance plus efficace ?

- La stratégie du donateur, de l'agence/institution en matière de fourniture d'appui technique à l'intégration résulte t-elle d'une évaluation participative des besoins avec les parties prenantes concernées ?

6. Recommandations

Les recommandations suivantes ont été formulées à partir des observations et des conclusions de l'étude, et ont fait l'objet de discussions ayant abouti à un accord lors d'un atelier organisé par le PNUD et l'ONUSIDA en mai 2005 sur l'intégration de la problématique du VIH/SIDA dans les instruments nationaux de développement et autres processus de planification.

L'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement : contenu

1. Les acteurs et les fournisseurs d'appui technique au niveau national doivent promouvoir et assurer une prise en compte appropriée de la problématique du SIDA dans le contenu des DRSP et des instruments nationaux de développement. Cette couverture devrait comprendre les éléments suivants :

- Un examen plus approfondi des liens entre la pauvreté, la spécificité selon les genres et le SIDA, incluant une analyse comparative entre les genres et des données, des cibles, des indicateurs et des ressources ventilées par genre ;
- L'intégration des répercussions du SIDA dans la conception des plans de réduction de la pauvreté et de croissance ainsi que dans les programmes de réformes économiques et sociales ;
- L'établissement d'un lien entre le VIH et le SIDA et les problèmes de développement dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le développement ;
- Les grands traits des stratégies d'intégration sectorielle et transversale, ainsi que des besoins généraux en ressources et des indicateurs appropriés ;
- L'évaluation et la planification des capacités humaines et institutionnelles nationales indispensables pour réaliser les objectifs de lutte contre le SIDA consignés dans les DRSP.

L'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement : processus

2. Les acteurs nationaux devront s'attacher à renforcer les liens institutionnels entre les principales parties prenantes et leurs responsabilités dans les processus nationaux de développement, notamment en ce qui concerne les ministères responsables, les autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA et les secteurs prioritaires, en veillant particulièrement à :

- Elaborer des stratégies de plaidoyer fondées sur des données factuelles pour renforcer la compréhension du fondement, des avantages et du processus d'intégration au sein des principaux acteurs concernés par les instruments nationaux de développement et les secteurs prioritaires.
- Oeuvrer au renforcement institutionnel des autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA en vue de diriger et de coordonner l'exécution du CNA en partenariat avec les secteurs prioritaires, la société civile et les acteurs du secteur privé et de faciliter l'établissement de liens.
- Déterminer le coût du CNA comportant des références aux plans des secteurs prioritaires ou à leurs composantes.

- Elaborer des indicateurs de suivi et d'évaluation du CNA qui intègrent des indicateurs sectoriels pertinents (qui devront être contextuels et examinés dans le cadre du processus de planification sectorielle).

3. Les acteurs dans les pays devront axer leurs efforts sur l'amélioration de l'exécution et de la gestion des budgets pour faciliter l'intégration progressive des financements en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA. La mobilisation de ressources pour financer l'intégration du SIDA aux niveaux sectoriel et décentralisé devrait bénéficier d'un appui. Cela comprend les éléments suivants :

- Appui continu au développement de la capacité de gestion des dépenses publiques de façon à ce que les ressources destinées à la lutte contre le SIDA soient intégrées de manière progressive, efficace et transparente.

- Aide apportée aux secteurs et aux collectivités locales en vue de la mobilisation de ressources pour le financement de la lutte contre le SIDA par le biais de divers de canaux disponibles.

4. La première étape vers le renforcement de l'intégration de la problématique du VIH dans les instruments nationaux de développement et ailleurs peut consister, pour les acteurs nationaux, à envisager de proposer et d'appuyer l'élaboration d'une « feuille de route nationale d'intégration », dont la coordination sera assurée par l'autorité nationale de lutte contre le SIDA. La feuille de route ferait partie du CNA ou le complèterait et serait élaborée dans le cadre d'un processus de consultation des acteurs clés, notamment dans les secteurs prioritaires, avec d'autres parties prenantes du secteur public, et les principaux partenaires au développement concernés, le secteur privé et la société civile, en particulier les réseaux de personnes vivant avec le VIH.

L'objectif de la feuille de route consisterait à identifier :

- les acteurs et à préciser leurs rôles et leurs liens en matière d'appui à l'intégration du SIDA à différents niveaux, notamment en ce qui concerne les activités de plaidoyer, de coordination, de planification, d'exécution, de suivi et d'évaluation ;

- les principaux points d'entrée et les processus permettant de prendre en compte le SIDA dans les instruments nationaux de développement, dans les cycles sectoriels et locaux de planification et d'exécution ; et

- les besoins en matière de plaidoyer et d'appui technique et les sources potentielles d'appui et de financement aux niveaux national et sectoriel.

Une mesure immédiate peut consister, pour les acteurs nationaux, à identifier les points d'entrée possibles pour la prochaine revue de leurs DSRP, plans nationaux de développement et/ou CNA ainsi que leurs plans sectoriels et locaux.

5. L'appui technique devrait être axé sur le renforcement de la motivation et de la capacité des acteurs directement impliqués dans les processus des instruments nationaux de développement à appuyer l'intégration du SIDA. Cet appui comprendrait les activités suivantes :

- Déterminer et cibler les parties prenantes appropriées (aux niveaux central et sectoriel), ainsi que des mesures à prendre pour un appui technique opportun, évolutif et durable tout au long du processus – en faisant fonds si possible sur les mécanismes techniques existants et en développant et/ou renforçant les réseaux Sud-Sud et régionaux.

- Fournir un appui technique fondé sur les besoins tout au long du processus de préparation du DSRP dans les domaines, tels que la facilitation du processus auprès des autorités nationales chargées de la lutte contre le SIDA et d'autres acteurs, l'évaluation de l'impact du SIDA, la collecte et l'analyse de données (dont celles relatives au genre), l'analyse globale des questions, et de leurs réponses, liées au SIDA, à la pauvreté et au genre, la planification stratégique, l'élaboration de cadres de suivi et évaluation, et la budgétisation.

Pour commencer, une composante SIDA doit être intégrée dans le Recueil de référence des DSRP de la Banque mondiale ainsi que dans les autres documents de référence pertinents pour les processus liés aux instruments nationaux de développement. D'autre part, il convient de prendre en compte la problématique du VIH/SIDA dans le processus de revue quinquennal des DSRP et, sur la base des conclusions, d'élaborer un programme en vue d'assister les pays à améliorer l'intégration de la problématique dans leurs DSRP.

6. Faisant fonds sur l'expérience acquise, un réseau devra être mis en place sur Internet, si possible au niveau régional, pour échanger des informations et des expériences sur l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement.

Cet outil pourrait comporter les éléments suivants :

- Des liens vers les documents essentiels sur l'intégration
- Une base de données d'expériences en matière d'intégration du SIDA
- La liste des futurs événements organisés dans le domaine de l'intégration du SIDA (ateliers, séminaires, initiatives au niveau des pays)
- Des rapports, des revues d'état d'avancement et des bonnes pratiques en matière d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement pour faciliter la coordination, la collaboration et l'harmonisation
- Des séances interactives périodiques sur des sujets spécialisés (tels que le suivi et l'évaluation, la détermination des coûts/la budgétisation et les questions liées aux genres) pour faciliter et renforcer le travail en réseau et diffuser des informations sur les pratiques prometteuses.

Références

Veuillez consulter l'annexe 4 pour obtenir l'analyse détaillée des DSRP, des plans nationaux de développement et autres documents et la base de données des documents (sur CD-ROM) passés en revue dans le cadre de la présente étude.

Benoit K (2002). *Le Processus du DSRP au Burkina Faso.* Communication faite pour la CEA, à la Deuxième réunion du Groupe africain de réflexion sur le Document de stratégie de réduction de la pauvreté, tenue à Bruxelles. Addis Abéba, Éthiopie : Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique.
http://www.uneca.org/prsp/docs/prsp_final/burkino.PDF

BMZ/GTZ (2002). *Beyond the Review: Sustainable Poverty Alleviation and PSRP.* Conference report, Berlin. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH.
http://www.uneca.org/prsp/docs/prsp_final/burkino.PDF

Bonnel et al (2004). *Poverty Reduction Strategy Papers: do they matter for children and young people made vulnerable by HIV/AIDS?* Africa Region Working Paper Series, number 78. World Bank, Washington DC.
http://www.worldbank.org/afr/wps/wp78.pdf

Butcher K (2003). *Lessons Learned from Mainstreaming HIV in the PEAP.* JSI for DFID Ouganda. London: JSI (UK).
http://www.synergyaids.com/documents/Uganda_lessLearned_HIVPoverty.pdf

Bjorkman H (2001). *Placing HIV/AIDS at the Centre of the Human Development Agenda: Implications for NDPs and Budgets, PRS and Sector Plans.* New York, NY: UNDP.
www.undp.org/surf-panama/docs/Mainstreaming_Placing_HIV.doc

Commission pour l'Afrique (2005). *Notre intérêt commun.* London: Commission pour l'Afrique.
http://www.lse.ac.uk/collections/pressAndInformationOffice/newsAndEvents/archives/2005/CommissionForAfrica.htm

FAO (2005) *Addressing the Impact of HIV/AIDS and Other Diseases of Poverty on Nutrition, Food Security and Rural Livelihoods. 2005-2015: The FAO Strategy, Draft.* Rome: FAO.

Foster M and Mwinyimvua H (2003). *Public Expenditure Review: HIV/AIDS Multi-Sectoral Update for 2004.* London: DFID Health Systems Resources Centre

Gullaprawit C (2004). *The Experience of Mainstreaming AIDS in the National Development Plan in Thailand.* Powerpoint Presentation, unpublished.

Guthrie T and Hickey A eds. (2004). Funding the Fight: Budgeting for HIV/AIDS in Developing Countries. Cape Town: IDASA.
http://www.grc-exchange.org/info_data/record.cfm?Id=1297

Government of Cambodia (2003-2005). *National Poverty Reduction Strategy.*
http://www.imf.org/External/NP/prsp/2002/khm/01/

Government of Nigeria (March 2004). *Nigeria National Economic Empowerment and Development Strategy, draft.*
http://www.cenbank.org/OUT/PUBLICATIONS/GUIDELINES/RD/2004/NEEDS.PDF

Holmes M with Evans A (2003). *A Review of Experience in Implementing Medium Term Expenditure Frameworks in a PRSP Context: A Synthesis of Eight Country Studies.* London: Overseas Development Institute (ODI).
http://www.eldis.org/static/DOC16126.htm

Kürschner E (2002). *The Poverty- HIV/AIDS Interface: Lessons and Needs in the Context of the PRSP Process with a Focus on the African Continent. Paper for GTZ.* Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH.
http://www2.gtz.de/poverty-conference/dokumente/PRSPAIDS.doc

National Audit Office, UK (2004) *Department for International Development: Responding to HIV/AIDS*. Report by the Comptroller and Auditor General. London: NAO.
http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/03-04/0304664.pdf

Oxfam UK (2002). *Does this HIPC initiative go far enough? Briefing Paper.* Oxford: Oxfam UK.
http://www.oxfam.org/eng/pdfs/pp0206_no25_debt_relief_and_the_HIV_crisis.pdf

Roberts B (December 2003). *Exploring the PSRP Process in Lesotho: Reflections on Process, Content, Public Finance, Donor Support and Capacity Need.* Paper presented for UNECA, Third Meeting of the African Learning Group on PSRP. Addis Ababa, Ethiopia: United Nations Economic Commission for Africa.
http://www.sarpn.org.za/documents/d0000673/index.php

Robinson S (2003). *Detailed Review of Five National PRSPs in the Southern Africa Region: Malawi, Zambia, Mozambique, Botswana*. In: Children First in the Poverty Battle (Appendix). Stockholm: Save the Children-Sweden.
http://www.sarpn.org.za/documents/d0000305/P308_PRSP_review.pdf

Swiss Agency for Development and Cooperation (2004). *HIV/AIDS Mainstreaming in: A Toolkit (collection of resources, checklists and examples on CD Rom).* Bern: SDC.
http://www.sdc-health.ch/priorities_in_health/communicable_diseases/hiv_aids

Tearfund (2004). *Poor Relations? PRSPs and the Response to HIV/AIDS and Children.* Teddington: Tearfund.
http://tilz.tearfund.org/webdocs/Website/Campaigning/Policy%20and%20research/AIDS_briefing_2_PRSPs_final.pdf

Thomas A (2004). *Downward Spiral: the Absence of HIV/AIDS from Economic Policy-Making.* London: Christian Aid.
http://www.christianaid.org.uk/indepth/409hivaids/downwardspiral.pdf

UN General Assembly (2005). *Report by the Secretary-General: Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS, UN A/59/765.* New York, NY: United Nations.
http://allafrica.com/sustainable/resources/view/00010635.pdf

UN (2001). *UN System Strategic Plan for HIV/AIDS, 2001-2005.* New York, NY: United Nations
http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/111_filename_unssp.pdf

UN High-Level Committee on Programmes (2003), *Organizing the UN Response to the Triple Threat of Food Insecurity, Weakened Capacity for Governance and AIDS, Particularly in Southern and Eastern Africa.* CEB/2003/7. New York, NY: United Nations.
http://www.reliefweb.int/library/documents/2003/un-souafr-18sep.pdf

UN Millennium Project (2005). *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve Millennium Development Goals.* Millennium Project Report to the UN Secretary- General. London: Earthscan.
http://www.sarpn.org.za/documents/d0000686/index.php

ONUSIDA (2002). *Rapport sur l'épidémie du VIH/SIDA dans le monde.* Geneva: ONUSIDA.
http://www.unaids.org/DocOrder/OrderForm.aspx

UNAIDS (2004a). *Support to Mainstreaming HIV/AIDS in Development: Strategy Note and Action Framework 2004-2005.* Geneva: UNAIDS.
http://www.afronets.org/files/MS%20Strategy%20Note.pdf

UNAIDS (2004b). *Need for Concerted Action on the AIDS Response: Country Specific Findings. Geneva:* ONUSIDA.
http://www.unaids.org/DocOrder/OrderForm.aspx

ONUSIDA (2005). *Le SIDA en Afrique : Trois scénarios pour l'horizon 2025.* Genève : ONUSIDA.
http://www.unaids.org/DocOrder/OrderForm.aspx

UNAIDS/GTZ (2002). *Mainstreaming HIV/AIDS: A Conceptual Framework and Implementing Principles.* Geneva: UNAIDS.
http://www.afronets.org/files/mainstream.pdf

ONUSIDA/Banque mondiale (2001). *SIDA, lutte contre la pauvreté et allègement de la dette : Module de formation sur l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les Instruments de développement.* Genève : ONUSIDA et Banque mondiale.
http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/Related-Toolkits/aids.pdf

UNCTAD (2002). *Economic Development in Africa: From Adjustment to Poverty Reduction - What is New?* Geneva: UNCTAD.
http://www.unctad.org/en/docs/pogdsafricad2.en.pdf

UNDP Regional Project on HIV and Development (undated). *Policy notes and workshop on "Mainstreaming HIV/AIDS into PRS".*

UNDP Regional Project on HIV and Development (2002a). *Conceptual Shifts for Sound Planning: Towards an Integrated Approach to HIV/AIDS & Poverty.* Concept Paper No. 2. Pretoria: UNDP.
http://www.sarpn.org.za/documents/d0000130/Conseptual_shifts_for_sound_plannig.pdf

UNDP (2002b). *UNDP's Partnership with Burkina Faso in the Fight against HIV/AIDS, 2001.* Cited in: A Multifaceted Response to the HIV/AIDS Pandemic, Evaluation Note No. 6. New York, NY: PNUD.
http://www.undp.org/hiv/burkinafaso.pdf

UNDP Burkina Faso (2002). *Lessons Learnt from UNDP Achievements in Burkina Faso – HIIV/AIDS.* Unpublished.

UNDP (2003). *Understanding the Link between Development Planning and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa.* Pretoria: UNDP.
http://www.undp.org/hiv/docs/Choicesspring7904.pdf

UNDP -OHRLLS (2005). *Hope: Building Capacity.* Least Developed Countries Meet the HIV/AIDS Challenge, UNDP/UN Office of the High Representative of the Least Developed Countries, Landlocked Developing Countries and Small Island Developing States. New York, NY: OHRLLS.
http://allafrica.com/sustainable/resources/view/00010393.pdf

World Bank (2002a). *Malawi: Interim Review for the MAP.* Washington, DC: World Bank.

Banque mondiale (2002b) *Recueil de référence pour les stratégies de réduction de la pauvreté.* Washington, DC : Banque mondiale. Washington, DC: Banque mondiale.
http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPRS 0,,contentMDK:20175742~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:384201,00.html

World Bank (2003a). *PSRP Progress Report, Burkina Faso.* Washington, DC: World Bank.
http://www.prsp-watch.de/index.php?page=countries/burkina-faso.php

ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence

Évaluation des expériences en matière d'intégration du SIDA dans les instruments et processus de développement à l'échelon national

1. Contexte :

En 2003, le CCP de l'ONUSIDA a chargé l'ONUSIDA de renforcer son appui à l'intégration du SIDA dans les instruments et processus de développement. En conséquence, l'ONUSIDA a identifié cet aspect comme l'un des principaux résultats à atteindre au titre de son Plan de travail pour l'exercice biennal 2004-2005.

Aux fins de cette mission, la Division d'appui stratégique (SSD) du Département Appui aux Pays et Régions (CRD) de l'ONUSIDA a élaboré une note de stratégie - plan de travail qui décrit la façon dont le Secrétariat de l'ONUSIDA envisage d'appuyer l'intégration du VIH/SIDA dans les pays partenaires au cours du présent exercice biennal (voir l'annexe 1).

L'orientation générale du plan de travail de l'ONUSIDA est de renforcer et de coordonner l'appui technique au processus d'intégration dans les pays partenaires à tous les échelons, y compris les secteurs et les acteurs. Pour un certain nombre de raisons pratiques, le plan de travail s'articulera autour de deux axes parallèles connexes, mais séparés, à savoir : un volet consacré à l'étude de l'intégration du SIDA dans les instruments et processus de développement au niveau national, et l'autre à l'étude de l'intégration du SIDA dans les instruments et processus de développement aux niveaux local et régional.

L'objectif de la composante relative à l'intégration du SIDA dans les instruments et les processus de développement au niveau national vise à fournir et à faciliter un appui technique systématique et adéquat en réponse aux besoins et aux demandes des pays. Le présent mandat décrit la première activité à mettre en œuvre au titre de cette composante.

2. Objet et résultats attendus

La présente mission a pour objet d'évaluer les expériences actuelles en matière d'intégration du SIDA dans les instruments et processus nationaux de développement, y compris en ce qui concerne les ressources existantes pour l'appui technique, afin d'identifier les bonnes pratiques, les lacunes principales, et de proposer la voie à suivre. Le résultat attendu se décline comme suit :

- Point global sur la situation en matière d'intégration du SIDA dans les instruments de développement à l'échelon national dans les pays partenaires ;

- Un aperçu structuré des bonnes pratiques et des ressources adéquates pour l'appui technique, y compris l'assistance technique;

- Un compte-rendu des obstacles et des lacunes majeurs, ainsi que les ressources additionnelles devant être mises en place (y compris en complétant les ressources existantes) ou mobilisées (sous forme d'assistance et d'appui techniques au renforcement des capacités) afin d'y remédier.

3. Tâches :

3.1. Identifier et examiner les expériences documentées en matière d'intégration de la problématique du SIDA dans les principaux instruments de développement à l'échelon national, à savoir, les plans nationaux de développement, les DSRP/C et les documents au titre de l'Initiative en faveur des PPTE.

NB. : en fonction de leur degré de pertinence, les plans stratégiques nationaux de lutte contre le SIDA et les CDMT peuvent être inclus dans l'analyse.

3.2. Évaluation de ces expériences au regard des éléments et des critères ci-après, sans toutefois s'y limiter :

- Approche générale et processus général :
  - Niveau de participation des principaux acteurs ;
  - Qualité de la préparation, de la participation, transparence ;
  - Principaux facteurs favorables et obstacles.

- L'appui technique mobilisé :
  - Assistance technique : origine/type et source de financement, capacité générale et expérience spécifique, modalités/durée ;
  - Ressources techniques : outils et méthodologies employés : qualité et adéquation de la réception/ l'appropriation.

- Aboutissement et résultats attendus :
  - Qualité de l'intégration de la problématique du VIH/SIDA dans les documents nationaux de développement : analyse du problème, formulation de politiques et de stratégies de développement, établissement des coûts ;
  - Influence ultérieure sur le processus de planification : formulation effective de politiques, mobilisation de ressources (PPTE, CDMT et autres).

3.3. Consolidation des résultats de l'évaluation :

- Tour d'horizon de la situation globale et des enseignements tirés en matière d'intégration du SIDA dans les instruments et processus de développement à l'échelon national;

- Identification des bonnes pratiques, des outils adéquats et des ressources techniques, dont l'expérience technique ;

- Identification des principaux obstacles et lacunes, et de l'appui technique additionnel requis pour à la fois systématiser et améliorer la qualité de l'intégration de la problématique dans les instruments et les processus de développement à l'échelon national. Cet appui pourrait comprendre les éléments ci-après, sans toutefois s'y limiter :

- Un plaidoyer auprès des principaux décideurs, par exemple, les ministères des Finances et de la planification, et le renforcement de leurs capacités dans les domaines de la :
  - Planification du développement national en général ;
  - La pertinence du SIDA pour le processus de planification du développement national.

- Un appui à l'analyse des déterminants et des impacts du VIH/SIDA à l'échelon national ;
- Une adaptation ou une mise au point d'outils spécifiques pour l'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement ;
- Un appui à l'analyse des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, par exemple en matière de :
  - Renforcement des stratégies multisectorielles ;
  - Evaluation des coûts.
- Appui à la facilitation du processus, par exemple, dans les domaines de :
  - La planification stratégique
  - La médiation et la négociation
  - La gestion du changement

4. Considérations méthodologiques complémentaires :

4.1. Pour la collecte de l'information nécessaire, deux approches combinées sont proposées:

- Une analyse préliminaire de la documentation générale et des entretiens réalisés avec les informateurs clés à l'échelle mondiale ;
- Une analyse plus approfondie d'une sélection de cas dans les pays en analysant les documents nationaux et les entretiens avec les informateurs clés à l'échelon national.

4.2. La mission sera exécutée en étroite coordination avec le Conseiller technique de l'ONUSIDA en matière d'intégration du SIDA dans les instruments de développement, et bénéficiera de son appui total ainsi que de l'assistance de l'équipe CRD/SSD, et du personnel du Bureau régional et pays de l'ONUSIDA, en cas de besoin.

4.3. Les résultats et les conclusions de la mission seront présentés à un comité ad hoc d'experts, ou feront l'objet d'un atelier ou d'un processus similaire d'examen par les pairs.

Annexe 2 : Introduction à l'étude

Examen des expériences en matière d'appui technique à l'intégration du SIDA

Vingt années après la déclaration de la pandémie, on dispose de données factuelles suffisantes pour étayer les liens complexes qui existent entre le SIDA et le développement. Les écarts de développement accroissent la susceptibilité des personnes à la transmission du VIH et leur vulnérabilité à l'impact du SIDA ; à l'inverse, l'épidémie elle-même entrave voire inverse les acquis en matière de développement, constituant de ce fait un obstacle majeur à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement.

Face à ces liens, il y a lieu de renforcer les moyens par lesquels les processus nationaux de développement en vigueur remédient aux causes et aux effets du VIH/SIDA dans les contextes spécifiques des pays. Conscients de ces besoins, les pays ont convenu d'intégrer la problématique du VIH/SIDA dans leurs processus et instruments nationaux de développement, dont les stratégies de réduction de la pauvreté, les allocations budgétaires et les programmes sectoriels, comme énoncé dans la Déclaration d'engagement lors de la Session extraordinaire 2001 de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA (UNGASS). Un processus clé à travers lequel on peut atteindre cet objectif est « l'intégration de la problématique du SIDA ».

En décembre 2002, le Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA a, en conséquence, chargé l'ONUSIDA de renforcer son appui aux capacités des pays pour intégrer la problématique du SIDA dans leur processus de développement national. Pour répondre à cette demande, l'ONUSIDA a élaboré une Note stratégique et un cadre d'action sur l'intégration du SIDA dans le développement, qui fait fonds sur les études existantes réalisées par les différents partenaires et organismes coparrainants, notamment le PNUD – dont le mandat en matière de VIH et de SIDA couvre la gouvernance et la planification du développement.

L'objectif général du cadre d'action est de renforcer la fourniture d'un appui technique adéquat aux pays partenaires. Cet objectif sera atteint, notamment en assurant la promotion d'un large consensus sur le concept et sur le fondement de l'intégration du SIDA, en facilitant la coordination inter-institutions sur la base des avantages comparatifs respectifs, et par la fourniture et la mise en oeuvre d'un appui technique adéquat par différentes sources.

Dans le cadre de leur plan de travail, le Secrétariat de l'ONUSIDA et le Groupe VIH/SIDA du PNUD ont conjointement décidé de passer en revue les expériences en matière d'appui technique au processus d'intégration acquises par un large éventail de partenaires au développement. Deux organismes ont été sollicités pour réaliser cette revue :

The Institute for Health Sector Development (IHSD) a été mandaté pour examiner les expériences en matière d'intégration du SIDA dans les instruments et processus nationaux de développement, en s'attachant aux Documents de stratégie de réduction de la pauvreté et aux Plans nationaux de développement.

John Snow International UK (JSI-UK) a été mandaté pour passer en revue les expériences en matière d'appui technique à l'intégration du SIDA aux niveaux sectoriel et infranational.

Cette étude comportera une synthèse des documents existants, l'organisation de consultations dans trois pays, et auprès d'informateurs clés. Les approches, les méthodologies et les rapports seront soigneusement alignés sur ces deux composantes. Le produit final comprendra un aperçu des efforts d'appui à l'intégration de la

problématique du SIDA réalisés à ce jour, avec un accent particulier sur le processus par lequel l'intégration est actuellement réalisée, les principaux facteurs et contraintes de succès, les outils et les mécanismes novateurs, ainsi que des propositions sur les moyens de renforcer l'appui technique fourni aux partenaires dans les pays. Les conclusions de l'étude seront présentées à un atelier conjoint de consultations ONUSIDA-PNUD au printemps 2005.

Nous avons conscience de la pertinence de votre programme en matière d'appui à l'intégration du SIDA dans les instruments de développement, et par conséquent, votre participation à la présente consultation est essentielle au succès de cette dernière. Nous vous remercions par avance de votre aimable collaboration.

Annexe 3 : Personnes ressources consultées

Informateurs dans le cadre des consultations nationales

PNUD

Dr Joseph Annan, Conseiller principal en politiques, Groupe VIH/SIDA, Bureau des Politiques de Développement, PNUD

UNICEF

Dr Enrique de la Monica, UNICEF New York
Dr Miriam Temin, Section VIH/SIDA, Division des programmes
Dr Faith Tempest, Section VIH/SIDA

ONUSIDA

Dr Setou Kaba, Coordonnateur dans le pays, ONUSIDA, Madagascar
Dr Elesani Njobvu, Conseiller de Programme interpays, ONUSIDA EIP/ESA
Dr Iris Semini, Conseiller en développement du programme, Equipe Interpays de l'ONUSIDA pour le Moyen Orient et l'Afrique du Nord
Dr Robert Greener, Conseiller en économie, Secrétariat de l'ONUSIDA Banque mondiale
Dr René Bonnel, Consultant, Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA
Dr Keith Hansen, Directeur, Equipe de Campagne sur le SIDA pour l'Afrique, Région Afrique

DFID

Dr Sandy Baldwin, Division de la politique - Afrique
Ms Fiona Sherer, Directeur, Equipe de l'Efficacité de l'aide
Malayah Harper, Conseiller en santé, Ouganda

JSI UK

Ms Kate Butcher, Consultant

AUTRES

Ekkehart Kuerchner, Consultant FAKT
Helen Elsey, Consultante
Desmond Cohen, Consultant

GHANA

George Dakpala, Point focal du DSRP et du MDBS, Ministère de la Santé
Patrick Nomo, Contrôleur financier, Ministère de la Santé
Jerry Odoteye, Directeur p.i. de la Planification de politiques, NDPC
Angela Farhart, NDPC
Mary Mpereh, Point focal des questions liées aux genres, NDPC
Regina Adu-Twum, Chef, Macroéconomie, NDPC
Kyeremeh Atuahene, GAC PPME
Isaac Offei, ONUSIDA
Dr. K.K. Kamaludeen, Conseiller pour la Gouvernance, le DSRP, les OMD, PNUD
Robert Djangmah, Point focal du Programme VIH/SIDA, PNUD
Melville George, Représentant-pays, OMS,
Morkor Newman, Chargé du Programme VIH/SIDA, OMS
Evelyn Awittor, Services Santé, Banque mondiale
Jan Van Der Horst, Point focal du Groupe thématique pour le DSRP et le MDBS, Ambassade des Pays-Bas
Victor Bampoe, Services VIH/SIDA, DFID

AFRIQUE DU SUD

Mark Bletcher, Trésor Public
Paolo Craviolatti, ECI Africa
Dr Anthony Kinghorn, HDA
Ms Rose Smart, HEARD
Professor Alan Whiteside, HEARD

CAMBODGE

Peter Godwin, NCHADS
Tia Phalla, NAA
Geeta Sethi, Coordonnateur dans le pays, ONUSIDA

Annexe 4 : Analyse préliminaire de l'intégration du SIDA dans les instruments de développement

Introduction

Le présent document est un compte-rendu des conclusions de l'analyse préliminaire. Une évaluation qualitative et une synthèse des conclusions sont présentées séparément dans le rapport principal. La bibliographie figurant à la fin de la présente annexe dresse la liste de tous les documents consultés.

Tableau 1 : Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) et DSRP Intérimaires (DRSP I)

L'étude des DSRP se fonde sur l'analyse des documents suivants : DSRP ou DSRP-I (finalisés au 31/01/2005) ; des rapports d'activités sur les DSRP, lorsque ceux-ci existent pour les pays examinés ; la Joint Staff Assessment (JSA) des DSRP (préparés par le FMI et l'IDA), lorsque disponibles pour les pays examinés (dénommées ci-après JSA dans le tableau) ; les sources secondaires accessibles en ligne au public, y compris les évaluations, les études des processus d'élaboration de DSRP pays ainsi que les études de DSRP multi-pays.

L'étude porte sur les pays africains et asiatiques, en particulier sur ceux ayant de fort taux de prévalence du VIH (au sein de certains groupes spécifiques de population, en ce qui concerne l'Asie), et/ou qui venaient d'achever un DSRP peu de temps auparavant.

Pour chaque pays le tableau comporte les rubriques suivantes :

a. **Prise en compte du SIDA dans le DSRP :** aperçu de la manière dont ces questions sont traitées, en ce qui concerne leur traitement en tant que questions transversales. Aucun autre détail n'est fourni lorsque le SIDA ne concerne que le secteur de la santé, étant donné que cet aspect est traité en détail dans la base de données en ligne de l'OMS sur la santé dans les DSRP (http://www.who.int/hdp/database/). Les références relatives à la stratégie nationale de lutte contre le SIDA sont indiquées.

Le sous-titre **« les critères du Module de formation de la Banque mondiale/ONUSIDA »** indique que le DSRP comporte « les éléments essentiels de stratégie de lutte contre le VIH/SIDA » conformément « au Module de formation sur l'intégration du SIDA dans les instruments de développement » de la Banque mondiale /ONUSIDA de 2001. Selon le Module de formation, « Dans l'idéal, le contenu du SIDA des DSRP et des documents relatifs aux PPTE devraient comprendre les aspects suivants.

1. Le SIDA en tant que cause de pauvreté, accompagné d'une analyse sur la pauvreté et sur les inégalités de revenus, et leur contribution à favoriser des conditions rendant les personnes vulnérables à l'infection à VIH et moins aptes à faire face aux conséquences de l'infection.

2. Les principales stratégies du Plan national de lutte contre le SIDA comme élément central du programme global national, justifié et chiffré, de réduction de la pauvreté.

3. Les objectifs à moyen terme et les indicateurs de suivi de la pauvreté tirés du Plan national de lutte contre le SIDA.

4. Les actions à court terme susceptibles de contribuer à la mise en œuvre efficace du Plan national de lutte contre le SIDA, assorties d'objectifs spécifiques et vérifiables qui pourraient constituer des dispositions d'allègement de la dette. »

Les éléments indiquant que les DSRP remplissent ces quatre critères ne traduisent pas une appréciation qualitative du contenu du DSRP. Dans bien des cas, les critères n'ont pas été entièrement remplis, et, dans la mesure du possible, cet aspect a été relevé. Les problèmes généralement rencontrés ont été les suivants : les DSRP font référence aux principales stratégies contenues dans le Plan national de lutte contre le SIDA, mais ces stratégies ne sont ni documentées ni chiffrées ; les actions à mettre en oeuvre sont présentées sans aucun calendrier ; on ne sait pas si les objectifs et les indicateurs de suivi de la pauvreté émanent du Plan national de lutte contre le SIDA ; les objectifs ne sont pas bien formulés ou se résument à un seul objectif. Dans tous les cas, et, à partir des exemples donnés dans le Module de formation de la Banque mondiale/ONUSIDA (Tableau 4, p. 24) nous avons considéré que les critères ont été remplis.

b. **Pertinence de l'intégration du SIDA :** cette colonne présente en détails le degré d'intégration de ce volet dans les autres secteurs ; le contenu (comme, par exemple, les actions/objectifs transversaux spécifiques); le contenu spécifique selon les genres (concernant le VIH/SIDA) et, sur la base des rapports d'activité des DSRP, le niveau de la mise en oeuvre des actions prévues.

c. **Dispositions institutionnelles :** cette colonne indique si des dispositions institutionnelles et des responsabilités particulières sont mentionnées, et si le plan a été chiffré. L'harmonisation avec d'autres instruments nationaux de développement n'est mentionnée que lorsque celle-ci apparaît explicitement dans le DSRP.

d. **Participation :** cette colonne indique si, et comment la question de la pandémie du VIH/SIDA a été prise en compte dans le processus de consultation et quels ont été les participants au processus (lorsque cela s'avérait pertinent pour le VIH/SIDA).

Les textes entre guillemets sont tirés directement des DSRP originaux.

Tableau 2 : le VIH/SIDA dans les accords PPTE

Le Tableau 2 présente un aperçu des pays qui bénéficient d'un allégement de la dette dans le cadre de l'initiative en faveur des PPTE, ou font l'objet d'un examen dans ce sens, sur la base de l'étude d'un échantillon de documents préliminaires/de point d'achèvement ou de décision. Ce tableau inclut tous les pays africains qui ont atteint le point d'achèvement, ainsi que la Zambie et le Cameroun, qui ont atteint le stade du point de décision. Ces deux pays ont été inclus, étant donné que leur DSRP sont analysés au Tableau 1.

Le tableau décrit les conditions à remplir pour atteindre le point d'achèvement en matière de VIH/SIDA (stade auquel un pays donné a rempli un certain nombre de critères, et auquel les créanciers devraient consentir la totalité de l'allègement de la dette au point de décision). En outre, des observations tirées des documents relatifs aux PPTE sur le niveau de mise en oeuvre des mesures de lutte contre le VIH/SIDA figurent également.

Tableau 3 : Plans nationaux de développement

Ce chapitre vise à examiner les plans des pays africains et asiatiques ayant un fort taux de prévalence du VIH chez les adultes et qui n'ont pas élaboré de DSRP. Malheureusement, peu de plans nationaux de développement sont accessibles au public en ligne (sur les sites Web gouvernementaux, des ministères des finances etc.). Par ailleurs, les plans nationaux ne suivent pas un « modèle type » comme c'est le cas des DSRP. Par conséquent, l'analyse est considérablement limitée et ne consiste qu'en un court résumé des mesures prévues pour lutter contre le VIH/SIDA. Dans la mesure du possible, les mêmes critères utilisés pour l'étude des DSRP ont été appliqués. Etant donné le peu d'abondance de documents officiels, n'ont été intégrées que des informations provenant de sources secondaires.

Tableau 1. Prise en compte du SIDA dans les DSRP

Pays	Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
AFRIQUE				
Burkina Faso DSRP Mai 2000	Couverture très limitée du VIH/SIDA (sous la rubrique santé) mais comporte une zone de texte sur la corrélation entre le SIDA et la pauvreté ainsi qu'un bref résumé des ripostes. Large couverture dans le rapport d'activité, mais toujours sous la rubrique santé. « Mais, en ce qui concerne le VIH/SIDA, même si le DSRP retient des activités de lutte contre la pandémie, il n'est pas appréhendé comme un défi important de développement. Les impacts du sida sur les objectifs de croissance économique ne sont pas analysés et des stratégies efficaces ne sont pas proposées. *En réalité, au moment où s'élaborait le DSRP, le SIDA n'était pas perçu comme une contrainte majeure au développement, ni par les autorités nationales du Burkina Faso, ni par les institutions partenaires, notamment la Banque mondiale. Toutefois, l'élaboration récente d'un document Cadre stratégique de lutte contre le SIDA témoigne de la prise de conscience par les gouvernants de la pandémie comme défi de développement* » (Benoît, 2002) CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui (mais très limité) 2) Oui (mentionne l'existence de plans de lutte contre le SIDA et les principales priorités, mais l'on ne sait pas avec certitude s'ils sont tirés du plan. Les coûts additionnels pour la lutte contre les MST et le SIDA sont indiqués) 3) Non 4) Non	Contenu Planifie un certain nombre d'activités complémentaires dans le secteur de l'éducation. « Les secteurs de la santé et du développement rural ont déjà entrepris une analyse de la pandémie du SIDA dans leur domaine respectif et de leurs ripostes actuelles et potentielles en matière de lutte contre l'épidémie. Le même processus est en cours dans l'armée et dans nombre de ministères techniques. Par l'intermédiaire de grandes entreprises publiques et privées, le secteur économique a également été mobilisé. L'Initiative communautaire privée de lutte contre le SIDA et les principales associations ont élaboré leurs plans stratégiques de lutte contre le SIDA. Au niveau local, les districts se sont organisés autour d'un plan de campagne anti-sida décentralisé et multisectoriel ; le district de Gaoua en a été le pionnier ; le gouvernement a renouvelé cette expérience dans d'autres districts, à Diégougou et à Banfora, par exemple. » Pertinence spécifique selon les genres Aucune Mise en oeuvre Informations tirées du rapport d'activité (décembre 2003). « Le gouvernement a démontré l'importance qu'il accorde à la lutte contre la pandémie en créant le Comité national de lutte contre le SIDA et les MST, en 2001, doté d'un Secrétariat permanent rattaché au cabinet du Président. ... En ce qui concerne la participation des parties prenantes, il est à noter que, dans le cadre du plan multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, 14 ministères sectoriels, huit entreprises, plus de 350 ONG et associations, des groupes confessionnels et traditionnels disposaient de programmes de lutte contre le VIH/SIDA à la fin du mois de décembre 2002. Suite à tous ces efforts, le taux de séroprévalence a baissé légèrement, passant de 7,17% en 1997 à 6,5% en 2002. » Le Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté est considéré comme le cadre de convergence de toutes les actions entreprises au Burkina Faso. Malheureusement, ce document demeure peu connu de la plupart des parties prenantes, même dans l'administration, et il n'est pas utilisé de manière optimale en tant que cadre de référence pour le dialogue politique.	Non indiquées	Pas d'informations sur l'intégration du SIDA lors du processus.

Pays	Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
AFRIQUE				
Burundi DSRP-I Novembre 2003	Question transversale, fait partie des six thèmes stratégiques du DSRP-I Etablit la corrélation entre la pauvreté et le VIH/SIDA mais insiste sur le manque de statistiques pour certaines régions du pays CRITERES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui 2) Oui (mais non chiffré) 3) Oui (stratégies globales décrites, mais pas d'indications concernant les objectifs de suivi et les calendriers) 4) Oui (mais calendrier non indiqué — les actions pourraient être à court ou à moyen terme)	Contenu « Les efforts au plan national porteront sur : (i) la prévention ; (ii) soins aux personnes déjà infectées ; (iii) l'atténuation de l'impact du SIDA sur d'autres secteurs ; et (iv) le renforcement des capacités des différents acteurs. Cela nécessitera des mesures à court et à moyen terme en vue de : (i) renforcer l'appui aux ONG qui luttent activement contre le SIDA ; (ii) renforcer le système de collecte et de gestion d'informations sur le VIH/SIDA et les MST; (iii) mettre en place un cadre institutionnel pratique pour la coordination des efforts nationaux de lutte contre le SIDA ; (iv) renforcer les capacités des acteurs à tous les niveaux. » Pertinence spécifique selon les genres Aucune	« Le plan national d'action pour la lutte contre le SIDA a été mis en place et un ministère a été spécialement créé pour gérer la campagne. » (on ne sait pas exactement s'il s'agit du Conseil National de lutte contre le SIDA ou d'un autre organe) Les principales responsabilités ne sont pas clairement identifiées Non chiffrées	Le processus a consisté en des ateliers thématiques (sur l'agriculture, le développement rural et l'environnement ; la santé, l'alimentation, l'eau et l'assainissement ; le VIH/SIDA, l'éducation, la formation professionnelle, l'alphabétisation ; la réinsertion des victimes de guerre ; les questions liées aux genres et l'action sociale), associant les acteurs de chaque secteur, notamment les ministères techniques, les opérateurs économiques, les organisations non gouvernementales, les associations de bénéficiaires et la société civile. Suivi participatif : « Le Secrétariat permanent chargé du suivi des réformes économiques et sociales créera un réseau national dans le cadre du DSRP, qui servira aussi de cadre participatif pour les échanges d'expériences et d'informations. Grâce à ce réseau, le gouvernement sera à même d'interagir et en même temps, de se tenir au courant des points de vue des individus, des organisations de la société civile, des comités de développement communautaire (CDC), des organisations confessionnelles, des ONG internationales, des pouvoirs publics provinciaux et communaux en ce qui concerne l'efficacité des dépenses publiques consacrées aux secteurs sociaux et à l'infrastructure de base, la campagne de lutte contre le VIH/SIDA, la production agricole et la bonne gouvernance, et pourra recueillir les propositions de ces entités pour améliorer la mise en œuvre du DSRP-I. »

Pays	Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
AFRIQUE				
Cameroun DSRP Avril 2003	Traité sous la rubrique santé, dans une section spéciale sur le SIDA et la pauvreté, avec une analyse de la situation et une synthèse de la riposte du gouvernement. Se réfère au Plan stratégique de lutte contre le SIDA pour la période 2000-2005, adopté en septembre 2000, en ce qui concerne les principales priorités CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui 2) Oui (chiffré dans le CDMT joint en annexe) 3) Oui 4) Oui	Certaines actions sont entreprises par d'autres secteurs (éducation, lieu de travail, ministère de la Communication), mais peu d'informations sont données. Contenu La stratégie de lutte contre la pauvreté en milieu urbain comprend : une campagne de sensibilisation des professionnels du sexe sur les risques liés aux maladies sexuellement transmissibles (MST) et au VIH/SIDA. La lutte contre le VIH/SIDA dans les écoles est un sous-programme du secteur de l'éducation ; fait état de la lutte contre le sida dans les universités ; Lieu de travail : « Dans la stratégie de création d'emplois que le gouvernement est en train d'élaborer, celui-ci introduira […] la lutte contre le SIDA dans les milieux professionnels." Manque de données : les autorités envisagent aussi d'entreprendre des études ciblées dans des domaines spécifiques pour lesquels on ne dispose pas d'informations ou disposent d'informations qui n'ont pas été exploitées, tels que l'environnement, le VIH/SIDA, les groupes vulnérables (enfants, personnes handicapées, personnes âgées, etc.). Mise en œuvre Rapport d'activité du DSRP (avril 2004) (inclut le CDMT) La Commission nationale de lutte contre le SIDA apporte un appui au secteur public pour l'élaboration de sa stratégie de lutte contre la maladie. Seize ministères ont bénéficié d'appui dans ce sens. Six ministères (Éducation nationale, Enseignement supérieur, Promotion de la femme, Défense, Affaires sociales et Administration territoriale & Décentralisation) mettent actuellement en œuvre leurs plans de lutte grâce à l'appui financier de la Banque mondiale. […] et des plans d'action provisoires ont été élaborés et approuvés pour les ministères de l'Agriculture, de la Jeunesse et des sports, de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale, de la Communication, de la Ville, des Mines, de l'Eau et de l'énergie, des Transports, des Affaires urbaines, du Tourisme, des Finances et du budget, de l'Environnement et des ressources forestières et des Services pour la sécurité. Promouvoir la formation des femmes et des jeunes filles : des sessions de mobilisation sociale ont été organisées lors de la Journée internationale de la Femme de 2004 sur le thème : « Genre et VIH/SIDA » Création d'emplois et insertion des groupes sociaux défavorisés dans les circuits économiques : on prévoit de mettre en œuvre un Plan national de lutte contre le VIH/SIDA pour les travailleurs. Pertinence spécifique selon les genres « La situation épidémiologique est marquée par un accroissement rapide des personnes séropositives et des malades du SIDA déclaré, en particulier chez les jeunes, les femmes, au sein des forces armées, chez les camionneurs et les professionnels du sexe.» Mentionne qu'en général, « les femmes sont plus affectées que les hommes, avec un ratio de 3 sur 2 » ; donne les estimations de l'ONUSIDA selon lesquelles « 290 000 des personnes infectées étaient femmes âgées de 15 à 49 ans » Objectif : réduire la séropositivité à moins de 10 %, et diminuer l'incidence du VIH de 25 % chez les jeunes, les hommes en uniforme, et chez les femmes d'ici à 2005 ; référence spécifique aux professionnels du sexe.	Le ministère de la Santé est responsable des actions de lutte contre le VIH/SIDA " Le « Le plan stratégique a été mis en oeuvre dans le cadre d'une gestion novatrice et améliorée de programme, d'une approche multisectorielle et de la décentralisation des interventions. …Les résultats du processus de mise en œuvre ont permis de : • élargir la riposte nationale par : (i) l'élaboration d'un plan sectoriel par l'Administration publique, (les ministères de la Défense, de l'Education nationale, de la Jeunesse et des sports, de la Condition féminine, de l'Administration territoriale, de la Décentralisation, du Travail et des affaires sociales et de l'Enseignement supérieur ; (ii) la conclusion d'accords avec des groupes religieux, des entreprises du secteur privé pour mener la lutte contre le SIDA au sein de ces communautés, en particulier par le biais de l'éducation préventive, de la promotion de l'utilisation du préservatif et les soins aux malades du SIDA ; • renforcer la riposte locale en mettant en place un processus auquel participent les autorités locales et les communautés, en créant des ONG locales ; • renforcer et structurer la gestion des programmes par : (i) la création d'une commission conjointe de suivi qui se réunira régulièrement ; (ii) la mise sur pied d'une équipe centrale et pluridisciplinaire de gestion, et (iii) le renforcement des capacités et l'amélioration des appuis logistiques à l'équipe centrale de gestion ainsi que l'identification de bureaux pour cette équipe ; - etc.	Les définitions de la pauvreté proposées par les différents groupes sociaux lors des consultations participatives n'ont fait aucune référence au VIH/SIDA Mais : « sur la base du test diagnostic effectué pour décrire et caractériser la pauvreté, les populations ont proposé des solutions censées contribuer à la réduction de la pauvreté. La plupart des actions proposées ont déjà été incluses dans le budget national voire dans les fonds PPTE pour la période intérimaire 2000–2003. Santé et VIH/SIDA : les suggestions émanant des populations concernant ce secteur, ont porté sur le traitement des PVVS, (iv) l'intensification de la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et/ou les maladies endémiques telles que la méningite et l'hépatite, etc. »

Country	HIV/AIDS coverage (outside health)	Relevance to HIV/AIDS mainstreaming	Institutional arrangements	Participation
AFRIQUE				
Tchad DSRP Juin 2003	Traitée sous la rubrique « Amélioration du capital humain » sous forme d'objectif distinct, mais uniquement d'un point de vue sanitaire. Bonne analyse globale dans le chapitre sur les Groupes vulnérables du Profil de la pauvreté, assortie de données. « La vitesse à laquelle cette maladie se propage et les ravages socio-économiques qu'elle entraîne en font un problème de développement aussi bien que de santé. » CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui (mais limité) 2) Non 3) Oui 4) Oui	Contenu Les actions entreprises jusque-là par le gouvernement, avec l'aide de partenaires extérieurs, visent à limiter la propagation du VIH/SIDA ; la prise en charge communautaire et publique des victimes et des orphelins du SIDA reste rudimentaire. Pertinence spécifique selon les genres Mentionne l'impact sur les femmes et certaines données sur le pays. Mais le VIH/SIDA n'est pas mentionné dans les chapitres consacrés à la situation de la femme et aux femmes en situation particulièrement difficiles. Observations de la JSA « On devrait également s'attacher à motiver les mères pour qu'elles se rendent aux centres de consultation prénatale et de conseil et test volontaires VIH. »	Objectif lié au VIH/SIDA : détection à un stade précoce, prévention et traitement. Responsabilités : (Ministère de la Santé publique, Ministère de la Solidarité et de la famille, Programme national de lutte contre le SIDA, Projet Population et lutte contre le SIDA, l'Unité de liaison et d'Information des associations de femmes, les associations de droits de l'homme) Non chiffré	Dix études thématiques et sectorielles ont été menées dans le cadre du DSRP mais le VIH/SIDA n'a pas constitué un thème spécifique. La section « Leçons tirées des consultations participatives » ne fait mention d'aucune question liée au VIH/SIDA.

Country	HIV/AIDS coverage (outside health)	Relevance to HIV/AIDS mainstreaming	Institutional arrangements	Participation
AFRIQUE				
Côte d'Ivoire DSRP-I Janvier 2002	« Le VIH/SIDA est une question transversale, qui sera traitée comme telle dans le DSRP final. » Traitée en dehors de la santé, dans la section « Secteurs sociaux et infrastructures de base » Etablit un lien (faible) entre le VIH/SIDA et la pauvreté, mais ne comporte pas d'analyse spécifique au pays JSA BM : « Le DSRP-I comporte une solide stratégie de lutte contre le SIDA » CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui 2) Oui (mais non chiffré) 3) Oui 4) Non	Contenu « La stratégie de lutte contre le VIH/SIDA a été définie dans le cadre du Plan national (*supposé être le plan de lutte contre le sida*) adopté en 2001. Les principales approches adoptées consistent à : (i) lancer un appel aux dirigeants et aux décideurs afin qu'ils intensifient la lutte contre le VIH/SIDA selon une approche multisectorielle et décentralisée ; (ii) susciter une prise de conscience et diffuser des informations sur le VIH/SIDA ; (iii) promouvoir l'utilisation des préservatifs et les mettre plus largement à disposition ; (iv) promouvoir un appui national aux personnes infectées par le VIH; (v) accroître la participation des ONG et du secteur privé à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA ; (vi) créer un environnement juridique favorable aux personnes infectées et affectées ; et (vii) élargir les capacités organisationnelles et institutionnelles de la lutte contre le SIDA. » La stratégie du secteur agricole inclut « la réduction de l'incidence du VIH/SIDA en milieu rural. » La stratégie du secteur de l'éducation inclut : « la prise en compte de l'incidence du VIH/SIDA en milieu scolaire » Pertinence spécifique selon les genres Aucune	Plans non chiffrés	Comporte peu de détails sur le processus. Mentionne vaguement les consultations avec la société civile et le public : l'épidémie du SIDA a été perçue comme une des causes de la pauvreté.

Pays	Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
AFRIQUE				
Éthiopie DSRP Juillet 2002	Traitée en tant que question transversale dans le chapitre 10.5 intitulé «VIH/SIDA, Développement et réduction de la pauvreté» ; d'autres secteurs font référence à la stratégie transversale Comporte une analyse détaillée de la situation Fait référence au Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA pour 2000–2004, et la Politique de lutte contre le SIDA de 1998 Selon l'analyse du processus et de l'impact du DSRP, le chapitre consacré à la macroéconomie dans le cadre du DSRP indique que la rigueur fiscale, la discipline économique et l'initiative du secteur privé est à la base de la croissance économique. Il n'est pas fait état des corrélations pour le secteur social (et de la capacité en découlant pour lutter contre le VIH/SIDA) résultant d'une discipline fiscale rigoureuse, et aucun effort n'est fait pour évaluer ou suivre l'impact social et sur le pauvreté des réformes politiques proposées. (Tearfund, 2004) CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui 2) Oui (avec des coûts précis du programme à moyen terme) 3) Oui 4) Non	Contenu Les activités proposées comprennent : Information : Activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur les marchés (fréquentés par les femmes ; conditions favorables aux comportements à haut risque) ; par le biais des agents de vulgarisation agricoles ; lors de rassemblements d'organisations religieuses et indigènes. Activités amplifiées d'IEC sur tous les lieux de travail, dans tous les ministères sectoriels et toutes les organisations à tous les niveaux du gouvernement ; Renforcement des capacités, y compris des bureaux du secrétariat aux niveaux régional, de la zone et des « woreda » en fournissant des traitements appropriés pour les IST et en intensifiant le soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, à leurs parents et aux orphelins. Intégration du SIDA dans tous les secteurs d'activités. Comprend une assistance technique aux différents secteurs afin de s'assurer que des mesures appropriées soient prises pour sensibiliser les travailleurs et leurs familles à la maladie et pour fournir les services de prévention et de lutte nécessaires. Par exemple, des programmes et matériels didactiques appropriés devraient être élaborés et mis en œuvre pour l'éducation en matière de VIH/SIDA/IST en milieu scolaire à tous les niveaux, à partir du cycle primaire. Pertinence spécifique selon les genres Le cadre stratégique comporte : • l'élaboration d'interventions spécifique selon les genres: « un accent particulier sera mis sur la spécificité selon les genres dans les interventions telles que le CCC, la lutte contre les IST et le CTV, les soins et l'appui et l'atténuation de l'impact. » Mise en oeuvre (*Informations tirées du rapport d'activité du DSRP*) Dans la section sur l'Éducation : Un Groupe spécial la été mis en place au ministère de l'Education pour coordonner les efforts visant à la promotion de l'éducation au VIH/SIDA et à l'intégrer dans divers programmes. Une étude de l'impact du VIH/SIDA sur l'éducation a été entreprise et servira à élaborer des stratégies plus efficaces. Diverses autres activités relatives au VIH/SIDA et à l'éducation ont été réalisées (à titre additionnel). Atténuation de l'impact environnemental lors de la construction de routes : l'Unité de gestion de l'environnement [...] En outre, l'Unité dispose de deux consultants, un sociologue et une infirmière (sous contrat de deux ans) travaillant à plein temps sur le VIH/SIDA. Dans la section consacrée au VIH/SIDA : HAPCO (Bureau de prévention et de lutte en matière de VIH/SIDA) a renforcé ses capacités en recrutant du personnel supplémentaire. Des ateliers et des séminaires ont été organisés pour améliorer les échanges d'informations entre le HAPCO national et ses antennes régionales et les parties prenantes. L'étude conjointe à mi-parcours du projet multisectoriel éthiopien de lutte contre le VIH/SIDA (EMSAP) est achevée.	Composantes du cadre stratégique : "Renforcement de l'intégration du SIDA dans toutes les formes d'interventions des acteurs gouvernementaux, non gouvernementaux et du privé […] ; besoin urgent de coordination de la riposte au VIH/SIDA par une approche multisectorielle. Tous les acteurs, les pouvoirs publics, les structures non gouvernementales et à assise communautaires et le secteur privé doivent accorder la priorité au VIH et l'intégrer dans leurs programmes d'activités courantes et leurs systèmes de budgétisation. Cela nécessitera des moyens considérables en matière de renforcement des capacités. La mise en place d'un cadre institutionnel fonctionnel aux niveaux fédéral, régional, et des « woreda » (district) ; mise en place d'un système de suivi et d'évaluation Les instruments élaborés pour réduire la prévalence incluent : • la mise en place d'un cadre institutionnel fonctionnel aux niveaux fédéral, régional, et des « woreda » (district) ; • La définition de programmes de travail pour aider au bon fonctionnement des conseils de *woreda,* (districts); « Il faudra renforcer et concevoir des mécanismes pour mettre en œuvre des mesures de prévention du VIH/SIDA tenant compte de la spécificité selon les genres et des mesures d'ajustement communautaire pour faire face au VIH/SIDA, en collaboration avec la Commission nationale de lutte contre le VIH/SIDA et le Secrétariat Les coûts de programmes à moyen terme ont été inclus ; responsables : le ministère de la Santé, le Secrétariat du Comité de lutte contre le VIH/SIDA La matrice des politiques n'est pas très détaillée.	Toutes les parties prenantes ont été consultées, depuis le niveau des « woreda » au niveau fédéral. Un grand nombre de femmes ont participé aux consultations au niveau des « woreda ». L'étude Wemos indique que « le processus de consultation dans le cadre de l'élaboration du DSRP a apporté très peu de valeur ajoutée à la planification dans le secteur de la santé. Deux occasions importantes ont été manquées en ce qui concerne l'orientation en faveur des pauvres du HSDP et les dispositions institutionnelles requises pour une collaboration transversale sur des questions telles que la spécificité selon les genres, la population, l'environnement, l'alimentation et le VIH/SIDA. » (Bijlmakers, 2003)

Pays	Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
AFRIQUE				
Éthiopie DSRP Juillet 2002		En 2002-2003, le HAPCO s'est principalement attaché à coordonner les activités de renforcement des capacités de toutes les agences d'exécution, à étendre la riposte multisectorielle globale du gouvernement, à aider et à soutenir les organisations de la société civile, les ONG, les organisations intergouvernementales, les OAC, et les OC. La source principale de financement est le Projet multisectoriel éthiopien de lutte contre le VIH/SIDA (EMSAP). Ce projet, financé par l'IDA, a été lancé en janvier 2001 dans le cadre de la principale riposte au VIH/SIDA. Les principaux agents d'exécution de l'EMSAP sont les organismes publics, au niveau fédéral et régional, les OAC, les ONG, les OC et le secteur privé, « L'EMSAP est un projet unique ayant été le tout premier à adopter une approche multisectorielle à la lutte contre le VIH/SIDA sous la direction du gouvernement et avec la participation directe des communautés et du secteur privé. » Résultats obtenus : en matière de renforcement des capacités et des institutions : • mise en place de mécanismes multisectoriels d'exécution allant des communautés locales au niveau national, notamment : • la mise en place du Comité national de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA, et du HAPCO au niveau national ; • la mise en place de Conseils et Comités de lutte contre le SIDA aux niveaux régional, du « Woreda » et du « Kebele ». • Renforcement des capacités [sic] de la plupart des bureaux en les dotant de professionnels qualifiés, d'équipement de base, d'installations et des ressources nécessaires à leur fonctionnement ; • la mise en place d'équipes/points focaux de lutte contre le VIH/SIDA dans les 28 agences fédérales et les 125 bureaux régionaux. La période 2002-2003 a également enregistré une participation accrue des communautés et des autres parties prenantes à la lutte contre le SIDA. Les ONG, les OC, les OAC, les associations professionnelles et le secteur privé ont participé activement aux activités multisectorielles. Difficultés dans la mise en oeuvre : « Bien que le SDSRP reconnaisse l'importance de prendre en compte la lutte contre le VIH/SIDA de manière globale, il manque d'informations fiables ou de système de suivi et d'évaluation clair pour évaluer les progrès réalisés. La capacité d'absorption des financements octroyés pour la lutte contre le SIDA est limitée, et les décaissements ne suivent pas les montants prévus par le SDSRP. » Selon la JSA du rapport d'activité du DSRP : « Les activités de lutte contre le VIH/SIDA ont été accrues en termes de portée et de contenu [...] Toutefois, la lenteur de l'élaboration du système de suivi et d'évaluation pose quelques problèmes, notamment concernant l'absence de données fiables tirées d'études nationales, et la faible capacité de gestion et de coordination des initiatives des partenaires dont le nombre ne cesse de croître. »		

Country	HIV/AIDS coverage (outside health)	Relevance to HIV/AIDS mainstreaming	Institutional arrangements	Participation
AFRIQUE				
Ghana DSRP Février 2003	Le VIH/SIDA est traité dans le chapitre consacré à la Gestion des ressources humaines et des services de base et mentionné sous la rubrique « Programmes spéciaux pour les personnes vulnérables et marginalisées. » Le problème du SIDA est identifié comme une question transversale, dont se charge le ministère de la Santé Comporte une analyse des liens entre la pauvreté et le VIH/SIDA. « Les défis immédiats consistent, entre autres, à garantir la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA du Ghana 2001—2005, et à fournir des soins aux personnes vivant avec le SIDA et à leurs familles. » « L'avant-projet de politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA & les IST, le Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA (2001—2005) et les consultations dans le cadre de la SRPG donnent des orientations pour la période 2003—2005. » CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui 2) Oui 3) Oui (mais les objectifs sont pour 2005, et non à moyen terme) 4) Oui	Le VIH/SIDA n'est pas intégré dans tous les secteurs ; activités additionnelles Contenu Objectifs de politiques : Communication pour le changement de comportements dans les institutions de formation, sur le lieu de travail et pour les jeunes non scolarisés. Intégration de la prévention en matière de VIH/SIDA/IST dans les programmes de santé en milieu scolaire et de formation des enseignants ; Plans de réinsertion des enfants de la rue, des porteurs de la maladie et des professionnels du sexe Soutien aux orphelins et enfants vulnérables Renforcement des capacités du système judiciaire et des organisations des droits de l'homme concernant la stigmatisation et la discrimination Pertinence spécifique selon les genres Fait mention des répercussions spécifique selon les genres, étayées par des données : Les différents taux de prévalence du VIH chez les femmes et les hommes […] constituent aussi un sujet de préoccupation. Les facteurs de risque et de vulnérabilité sont différents pour les femmes et les hommes, tout comme le sont les répercussions de l'impact du VIH/SIDA. Les questions liées aux genres sont également intégrées à l'objectif principal concernant la pauvreté, et sont ventilées par genre Mais il n'y a pas d'accent mis en particulier sur la spécificité selon les genres dans les mesures politiques spécifiques.	« …Les questions transversales nécessiteront l'adoption d'une approche intégrée, pluridisciplinaire et transversale de la part des ministères, des départements et des agences. » L'agence principale chargée de la lutte transversale contre le VIH/SIDA est le ministère de la Santé. Autres agences : la Commission des droits de l'homme et de la justice administrative ; le ministère de l'Éducation ; le ministère des Relations avec les médias ; le ministère de la Communication ; le ministère des Affaires féminines; le ministère de la Jeunesse et des sports. Il n'y a pas eu le temps nécessaire à la préparation des programmes intersectoriels devant être inclus dans le budget 2002. Mais, il est prévu de les inclure dès 2003. « À cette fin, la Commission nationale pour la planification du développement (NDPC) mettra en place des groupes intersectoriels de planification, comprenant des membres de la société civile, pour appuyer la préparation de programmes intersectoriels liés aux questions transversales susmentionnées. » Mise en place d'une base institutionnelle efficace : L'accent sera mis sur l'établissement des institutions proposées dans l'avant-projet de Politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ainsi que dans le Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA. Des coalitions seront formées, comprenant des organisations du secteur public et privé et de la société civile pour intensifier la riposte nationale, étendre l'Initiative de réponse au niveau du district (DRI), renforcer la capacité des agences de première ligne qui sont faibles, en particulier le Département du développement communautaire et du bien-être social et le ministère de l'Information, intensifier la surveillance et la recherche opérationnelle. (également Inclus dans la matrice des politiques) Les agences responsables et collaboratrices figurent dans la matrice des politiques. Inclut une matrice des programmes prioritaires à moyen terme chiffrés, avec les agences responsables et les sources de financement (intérieures/extérieures)	Inclut la liste des parties prenantes et des mesures envisagées à mettre en oeuvre par la société civile et les parties prenantes (pas d'indication sur le niveau de participation en matière de VIH).

Pays	**Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)**	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
AFRIQUE				
Kenya DSRP Mars 2004	Le SIDA est traité sous la rubrique Ressources humaines –Santé. « Le gouvernement est en train de mettre en oeuvre une stratégie nationale multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA (Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, 2002—2005). Cette stratégie comporte des réformes institutionnelles, juridiques et de programmes. » Le gouvernement reconnaît que les facteurs de vulnérabilité à l'infection à VIH, y compris ceux relatifs à la pauvreté, au genre, à la discrimination, au niveau scolaire et socioculturel sont divers et complexes, et ne peuvent être abordés de façon cohérente qu'une fois les dimensions multisectorielles de la riposte au VIH/SIDA sensiblement renforcées. La relation entre le SIDA et la pauvreté n'a été traitée que de manière superficielle : « L'analyse de la pauvreté dans l'IP-ERS se fonde sur des données limitées. [...] ; De ce fait, l'analyse de la pauvreté n'établit pas de relation claire entre les politiques, la croissance économique lente et la pauvreté persistante. [...] Le personnel a bien accueilli la discussion sur la dégradation de la pauvreté eu égard aux aspects non liés aux revenus. [...] Il se propose, toutefois, de se pencher davantage sur les facteurs qui expliquent ces tendances négatives. » (BM EPC 2004) » Très bref aperçu des stratégies contenues dans le Plan de lutte contre le VIH/SIDA, non chiffrées CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui (mais couverture superficielle) 2) Oui (ébauche des grandes lignes des stratégies) 3) Oui (mais objectif à court terme) 4) Oui	Contenu Aucune indication de l'intégration du SIDA dans les autres secteurs. « Etant donné le rôle d'importance et fondamental que jouent les autres secteurs pour pouvoir atteindre de meilleurs résultats en matière de santé, le ministère [de la santé] renforcera ses liens et sa collaboration avec les autres secteurs dans les domaines de l'eau et de l'assainissement, de la santé reproductive, du genre, du VIH/SIDA, de l'alimentation, de la santé à l'école, de la sécurité routière et de la lutte contre le tabagisme. » « Le gouvernement envisage d'accorder une attention particulière à l'habilitation et la protection des personnes les plus vulnérables. » Pertinence spécifique selon les genres Aucune Mise en oeuvre : L'approche multisectorielle adoptée par le gouvernement pour réduire la propagation du VIH, commence à donner des résultats. Les membres du personnel concerné se félicitent de la dernière baisse du taux de prévalence du VIH chez les femmes qui viennent aux consultations prénatales, et qui est passé de 10,2 % en 2002 (estimation corrigée) à 9,4 % en 2003. Ils appuient les intentions du gouvernement de maintenir l'axe sur la prévention, en particulier au sein des groupes les plus vulnérables. (BM EPC 2004)	« Pour renforcer la formulation de politiques et la supervision, le gouvernement a créé un sous-comité ministériel chargé de la lutte contre le VIH/SIDA, présidé par le Président, et restructure actuellement le Conseil national de lutte contre le VIH/SIDA (CNLS). En vue de créer un cadre juridique officiel pour la riposte nationale à la pandémie du VIH/SIDA, le gouvernement a récemment promulgué un projet de loi sur la lutte contre le SIDA. » Responsabilités : Ministère de la Santé et CNLS Le Plan n'est pas chiffré « … le gouvernement va reformuler son plan de partenariat global qui inclura les modalités de participation des parties prenantes à la planification et à l'opérationnalisation de nouvelles politiques, du cadre de partenariat pour le dialogue sur les politiques, d'un plan stratégique conjointement approuvé, d'un cadre de suivi et d'évaluation conjointement approuvé et d'un mécanisme d'examen du Programme commun de lutte contre le VIH/SIDA. »	Aucun détail n'est donné sur le processus de consultation. « L'IP-ERS n'indique pas en quoi les préoccupations des différents acteurs ont influencé la formulation de l'IP-ERS et du programme de réformes économiques l'accompagnant. Il aurait pu inclure un résumé du processus participatif (en particulier au sein des ministères centraux, du Parlement et des gouvernements infranationaux), des différents points de vues des différentes parties prenantes, des principales questions soulevées, ainsi qu'une description de la manière dont le processus a influencé les priorités politiques et les allocations budgétaires visées dans la stratégie. » (BM JSA 2004)

Pays	Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
AFRICA				
Lesotho DSRP-I Décembre 2000	Extrait de Roberts, 2003 (source : avant-projet 2003) : « Le projet de DSRP élucide avec succès les liens entre le VIH/SIDA et la pauvreté dans le pays et fournit quelques données sur le taux de séroprévalence ventilé par genre et par tranches d'âge. Analyse approfondie de la situation : • Reconnaissant la nature multisectorielle du SIDA, l'avant-projet du DSRP met aussi en évidence les trois interventions majeures entreprises par le gouvernement du Lesotho. La première porte sur l'affectation de 2 % des allocations budgétaires aux programmes de prévention et d'atténuation de l'impact du VIH/SIDA. La seconde concerne la mise en place de structures pour conduire la riposte nationale à la pandémie, notamment la Commission nationale de lutte contre le SIDA, le Groupe national spécial sur le SIDA, le Groupe national spécial multisectoriel, l'Autorité du Lesotho chargée de la coordination des programmes de lutte contre le SIDA (LAPCA), les Groupes spéciaux sur le SIDA de districts, et le Comité national de coordination. La dernière intervention a été l'élaboration d'un Plan stratégique national de lutte contre le SIDA (2002/03–2004/05). • Un effort a été fait pour intégrer le SIDA dans les chapitres traitant de politiques et de stratégies sectorielles spécifiques de réduction de la pauvreté, tant en termes de menaces que constitue la pandémie qu'en termes d'actions spécifiques requises. Malheureusement, les ripostes sectorielles au VIH/SIDA consignées dans l'avant-projet de DSRP ne sont que vaguement définies. » CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui (très superficiellement) 2) Oui (mais non chiffré) 3) Non 4) Oui Basé sur l'analyse du DSRP de 2003 révisé et faite par Roberts (non consulté) 1) Oui 2) Oui (mais pas encore chiffré) 3) Oui 4) Non	Contenu Très limité dans le DSRP-I. Sujet traité en tant que problème de santé et de bien-être social : Sous la rubrique santé, indique : « Le Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA récemment achevé, vise à limiter la propagation du VIH/SIDA au Lesotho et à atténuer ses impacts sur les groupes vulnérables, les personnes, les familles et les communautés. Le programme est entièrement dédié à la promotion de services de conseil et de soutien et de soins de compassion aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, aux familles affectées et aux orphelins. » Sous la rubrique « Culture et Sport » : « Il y a, dans le pays, tant d'artistes au chômage qui pourraient contribuer à transmettre des messages, par exemple, de sensibilisation au VIH/SIDA, sur la protection de l'environnement, les bonnes pratiques agricoles, la stabilité économique et politique, la résolution pacifique des conflits, et contribuer ainsi indirectement à l'atténuation de la pauvreté. » Pertinence spécifique selon les genres Aucune dans le DSRP-I	Le DSRP-I comprend l'objectif « d'établir des structures pour la coordination efficace du Programme national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA »	Des Groupes thématiques sur les questions transversales ont été créés (coordonnés par le Conseil des ONG du Lesotho), y compris un groupe sur la lutte contre le VIH/SIDA. Ce groupe sur le VIH/SIDA est dirigé par l'Autorité du Lesotho chargée de la coordination des programmes de lutte contre le SIDA (LAPCA). Roberts, 2003 : Processus globalement très participatif. Des efforts ont été faits pour avoir les points de vue de groupes sociaux importants (notamment les PVVS) et des communautés vivant dans des zones reculées (atteintes par hélicoptère, à dos d'ânes, etc.). Toutefois, « en dépit du caractère global de ces consultations, il est surprenant que le SIDA soit à peine mentionné, surtout devant le taux de prévalence très alarmant enregistré dans le pays » (Leboela et Turner, 2002).

Pays	Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
AFRICA				
Malawi DSRP Avril 2002	La question du VIH/SIDA est traitée comme un problème transversal Fait référence au Cadre stratégique national global La corrélation entre la pauvreté et le SIDA est bien analysée, y compris en ce qui concerne les disparités entre les hommes et les femmes. Lance un appel à une riposte globale, et à l'intégration du VIH/SIDA en tant que facteur de gestion des ressources humaines dans tous les secteurs. La stratégie définie pour atténuer l'impact du VIH/SIDA consiste à « Intégrer le SIDA dans la planification des activités de lutte, à tous les niveaux et dans tous les secteurs ». CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui 2) Oui (chiffré) 3) Non 4) Oui (présenté dans les grandes lignes)	Bien intégrées dans tous les secteurs, assorties d'éléments d'intégration Analyse de l'impact du VIH/SIDA sur l'agriculture, l'éducation, l'accès à la justice et les institutions publiques Contenu Objectifs de politiques : Agriculture : Recours aux/recyclage des vulgarisateurs pour la prévention et l'atténuation du VIH/SIDA ; élaboration d'une politique sur les questions liées aux genres et le VIH/SIDA dans le secteur agricole ; activités de formation à la sensibilisation ; intégration dans les programmes des écoles de formation agricole Éducation : Révision des programmes d'enseignement ; IEC « Pour mener la lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation, le gouvernement mettra en œuvre un plan stratégique sectoriel sur le VIH/SIDA, notamment pour la prévention et l'atténuation de la maladie parmi les enseignants et les élèves. » Les RH dans la police et le fonctionnariat vont inclure la prévention et l'atténuation de l'impact du VIH/SIDA Réexaminer les lois et les politiques qui affectent le bien-être et la situation des femmes, des orphelins et autres groupes vulnérables [non spécifiés] Réexaminer les lois, les politiques et les pratiques coutumières qui défavorisent les femmes et facilitent la propagation du VIH/SIDA Voir le point 5.1 de la matrice des objectifs en ce qui concerne l'intégration en tant que stratégie d'atténuation du VIH. Les activités proposées sont les suivantes: • Mettre en place un mécanisme pour réguler la planification, l'exécution et le suivi des activités d'IEC dans le cadre de la lutte contre le SIDA • Préparer un répertoire des parties prenantes à la lutte contre le VIH/SIDA afin d'identifier les capacités existantes et exploiter le principe de l'avantage comparatif • Nommer et former au sein des organismes partenaires des agents chargés de la coordination, du suivi et de l'évaluation des activités d'IEC • Élaborer et mettre en œuvre une stratégie d'IEC liée au VIH/SIDA • Elaborer des mécanismes de collaboration et de travail en réseau pour la mise en oeuvre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA • Élaborer une stratégie de mobilisation de ressources auprès des parties prenantes pour appuyer les messages et le matériel d'IEC • Créer une base de données de référence et un centre de ressources sur le VIH/SIDA, et concevoir des messages et des supports d'IEC • Évaluer les supports d'IEC existants et identifier les lacunes en matière de changement de comportements pour pouvoir cibler efficacement les messages d'IEC • Mettre au point des profils globaux de groupes cibles pour assurer la pertinence spécifique selon les genres et culturelle des messages et du matériel Pertinence spécifique selon les genres Des disparités entre les hommes et les femmes ont été mentionnées tout au long du document. Dans le secteur agricole, les activités de lutte contre le VIH/SIDA portent également sur les conséquences de l'impact de l'épidémie selon le genre Mise en oeuvre Commentaires de la JSA : « Dans l'ensemble, peu de progrès ont été enregistrés dans la mise en œuvre du DSRP»	« Pour s'attaquer au problème du VIH/SIDA, le gouvernement a élaboré un cadre stratégique national global, coordonné par le Comité national de lutte contre le SIDA et soutenu par les partenaires d'exécution. Le cadre stratégique a orienté la riposte au VIH/SIDA de 2000 à 2004. Il constitue le cadre de formulation de politiques, des programmes opérationnels, de projets et d'activités. » « Le gouvernement améliorera la gestion et la coordination de la riposte nationale au VIH/SIDA, en axant ses efforts sur le renforcement du Secrétariat national chargé de la lutte contre le SIDA et des Comités de district chargés de la lutte contre le SIDA. » Chiffré par objectif et par sous-objectif ; intégrées dans plans d'actions sectoriels et dans le plan transversal de lutte contre le VIH/SIDA, avec les agences responsables et collaboratrices. Parmi celles-ci figurent : le Comité national de lutte contre le SIDA, le ministère de la Santé et de la population, le ministère de l'Agriculture et de l'Irrigation, le ministère de l'Éducation, de la recherche scientifique et de la technologie, le Département de la gestion et du développement des Ressources humaines, le ministère du Genre, de la jeunesse et des services communautaires, le ministère de la Justice et divers autres départements. « Le budget 2003/04 a essayé d'intégrer le VIH/SIDA en prévoyant des lignes budgétaires dans les activités de base des ministères et des départements. Le Comité national de lutte contre le SIDA est opérationnel depuis 2001 et le gouvernement a créé un nouveau ministère d'État auprès de la Présidence, chargé de la lutte contre le VIH/SIDA »	Le Groupe de travail sur le VIH/SIDA (comprenant le gouvernement, la société civile, le secteur privé, et les donateurs.) et le Groupe technique de travail ont organisé des ateliers au niveau du district (le niveau de contribution au VIH n'apparaît pas clairement). Le retour d'informations des assemblées de district indique: « le problème du VIH/SIDA a été perçu par de nombreux districts comme important mais non essentiel pour la réduction de la pauvreté. » Le DSRP encourage «la participation des jeunes à tous les niveaux de la planification, de la prise de décision et de l'exécution des activités de lutte contre le VIH/SIDA. »

Country	HIV/AIDS coverage (outside health)	Relevance to HIV/AIDS mainstreaming	Institutional arrangements	Participation
AFRIQUE				
Mozambique DSRP (Plan d'action pour la réduction de la pauvreté absolue - PARPA) Avril 2001	Traitée dans le cadre de la stratégie du secteur de la santé ; comporte les principales caractéristiques du Plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA N'inclut pas l'impact macro-économique du VIH/SIDA, en raison du manque de données nationales, mais mentionne les prévisions régionales. « Deux études sur la question seront finalisées cette année et les résultats seront pris en compte dans les futures prévisions. » JSA : « Le VIH/SIDA n'est analysé qu'en termes de conséquences au niveau macroéconomique sur la croissance démographique et économique ; il n'indique pas la mesure dans laquelle le VIH/SIDA contribue à de nouvelles formes de vulnérabilité. Une attention particulière est accordée au VIH/SIDA dans le secteur de la santé, quoique le PARPA ait peu de chose à ajouter sur les actions intersectorielles au sens large, contenues dans la Stratégie nationale de lutte contre les MST/VIH/SIDA. Une analyse prochaine des politiques pourrait tirer profit d'une approche globale de la lutte contre le VIH/SIDA. Il est toujours possible d'approfondir l'analyse sur la pauvreté, en particulier concernant les aspects liés au genre, au VIH/SIDA et à la vulnérabilité. » CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Non 2) Non 3) Non 4) Oui (inclus dans le plan d'action 2001-2005)	Contenu Secteur de l'éducation Les activités prévues sont, entre autres: la révision des programmes scolaires ; la réalisation d'une étude d'évaluation de l'impact du VIH/SIDA sur le secteur de l'éducation et l'intégration des résultats de l'évaluation dans la planification du secteur de l'éducation. Pertinence spécifique selon les genres Aucune	Inclut un plan d'action chiffré	Participation des organisations de la société civile (OSC) dans les Programmes sectoriels « L'élaboration du Plan stratégique de prévention et de lutte contre les MST et le VIH/SIDA, les principales caractéristiques duquel figurent dans le PARPA, a rassemblé 250 participants représentant 66 institutions nationales (11 ministères, des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS), des associations religieuses, des ONG, des syndicalistes, des guérisseurs traditionnels, des professionnels du sexe, des organisations de jeunes et autres) ainsi que 11 institutions internationales. Plus de 200 personnes issues de partis politiques représentés au Parlement ainsi que le secteur des affaires a pris part au séminaire sur le Consensus national, et trois autres réunions ont eu lieu avec les donateurs. » … le rôle de ces institutions [ONG] a été décisif dans le processus d'élaboration du Plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, qui a débouché sur une version finale privilégiant une approche de réinsertion familiale dans la prévention et la lutte contre la pandémie. Le personnel du ministère de l'Agriculture et du développement rural, les organismes publics, les ONG et les donateurs ont examiné la stratégie pour le secteur agricole et ont également débattu des moyens de limiter la propagation de la maladie chez les paysans.

Pays	Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
AFRIQUE				
Rwanda DSRP Juin 2002	Traitée succinctement dans une section transversale (mais couverture restreinte) « Les questions transversales doivent donc être intégrées dans les stratégies sectorielles au lieu d'être traitées simplement en tant que politiques distinctes. » Brève référence à la corrélation entre la pauvreté et le SIDA: « Il est également probable que la productivité de la main d'œuvre et des revenus agricoles soient affectées par le VIH/SIDA puisque c'est la population active adulte, étant la plus mieux qualifiée en la matière, qui est la plus touchée. » CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui (mais couverture superficielle) 2) Oui (mais se réfère à la stratégie « proposée », avec une estimation globale des coûts) 3) Non 4) Oui (deux actions : intégrer le VIH/SIDA dans toutes les stratégies sectorielles, et mettre en œuvre le programme multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA)	Contenu Mesures politiques pour le secteur de l'éducation : • Promouvoir l'éducation au VIH/SIDA • Étudier l'impact du VIH/SIDA sur le secteur de l'éducation Pertinence spécifique selon les genres « La prévalence du VIH s'est accrue considérablement due en partie aux mouvements de population à grande échelle et du recours au viol comme arme de guerre. » « Dans le cadre de la stratégie contre le VIH/SIDA, des groupes de population particulièrement exposés au risque d'infection à VIH seront ciblés à des fins de sensibilisation, par exemples les jeunes, garçons et filles, les camionneurs, les soldats et autres fonctionnaires voyageant souvent ainsi que les femmes qui vivent de la prostitution. » « Certains groupes vulnérables sont particulièrement exposés au risque d'infection par le VIH/SIDA, notamment les veuves qui ont perdu leurs biens et les ménages dirigés par des enfants. C'est sur ces populations que seront axées les mesures envisagées. » « Le ministère du Genre et de la promotion de la femme (MIGEPROFE) assistera les ministères sectoriels pour veiller à l'intégration et au suivi des objectifs fixés dans le cadre de la politique nationale en matière de genre dans chaque stratégie sectorielle. » Les domaines d'intervention sont entre autres: « la promotion d'une approche multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA. » Mise en œuvre *(Informations tirées du Rapport d'activité, juin 2003)* Des groupes thématiques regroupant des organismes publics et des ministères ont été récemment formés pour favoriser la coordination et la cohérence. Les institutions-membres du Groupe sur le VIH/SIDA sont : MINISANTE, MINEDUC, CNLS, MIJESPOC, MINALOC, MIGEPROFE, MINADEF. L'agence de facilitation est MINISANTE ; et le donateur, USAID. L'éducation au VIH/SIDA a été incorporée dans des programmes tels que ceux de l'éducation civique ; du matériel pédagogique et des manuels pour les enseignants sur le VIH/SIDA ont été élaborés pour les écoles primaires et secondaires. Des clubs anti-SIDA ont été créés dans toutes les écoles secondaires et dans les établissements d'enseignement supérieur. En 2002, 84 enseignants ont été formés à la sensibilisation au VIH/SIDA. Progrès réalisés dans lutte contre le VIH/SIDA : une approche transversale à la riposte au VIH/SIDA a permis de faire de la question du SIDA un défi économique et national et non plus une simple question de santé. Le ministère de la Santé est responsable du traitement et de la recherche, tandis que la Commission nationale de lutte contre le VIH/SIDA (CNLS) est chargée de la sensibilisation et de la mobilisation des ressources aux niveaux national, provincial, des districts et des communautés. L'Association des personnes vivant avec le SIDA a été renforcée, l'accent ayant été mis en particulier sur les projets de générations de revenus. Une politique et une stratégie de lutte contre le VIH/SIDA ont été élaborées, dont la mise en œuvre débutera en 2003. Le plan stratégique a été largement soutenu par les donateurs et est déjà presque entièrement financé. Financement du secteur de la santé. La place accordée au VIH/SIDA dans le budget de développement pose problème. Si la question du VIH/SIDA doit être traitée comme un problème majeur, l'attention excessive que les donateurs lui portent risque d'entraîner la négligence d'autres aspects de ce secteur.	« Le secteur de l'éducation a intégré l'enseignement sur la pandémie du VIH/SIDA [...] Afin de renforcer la capacité au sein du ministère à faire face aux défis du VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation, une cellule de coordination a été créée au sein du ministère, avec des points focaux au niveau provincial." Ces différentes interventions seront principalement menées par des processus de stratégie sectorielle, et les coûts devront, en conséquence, être revus à mesure que les ministères sectoriels affineront les coûts estimatifs de l'ensemble de leurs programmes. Le processus d'intégration de ces interventions dans les stratégies sectorielles est en cours. Le programme multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA a été élaboré. Son intégration dans tous les secteurs se fera en 2002. (Principale agence d'exécution : Ministère de la Santé) Le gouvernement a élaboré une proposition de stratégie nationale pour les interventions multisectorielles de lutte contre le VIH/SIDA. Le coût du programme a été évalué à 68 millions USD sur une période de cinq ans (mais pas de coûts chiffrés par activité).	Les communautés ont identifié des stratégies prioritaires. En ce qui concerne la « Protection et la lutte contre le VIH/SIDA » 14 cellules ont identifié cet aspect comme une priorité (à titre de comparaison, l'aspect ayant été le plus mentionné est « l'Organisation des associations et des coopératives : 54 cellules; extension/construction de centres de santé : 23. Les priorités les plus faibles sont mentionnées par 10 cellules. (Le nombre total de *cellules* ayant participé à l'exercice n'a pas été précisé) « Les CSO n'ont pas travaillé main dans la main, en partie à cause des suspicions qui remontent aux rôles que les différentes parties ont joué lors du génocide et, en partie, parce que chaque ONG opérait dans son secteur d'activité de manière isolée et qu'il n'y a pas eu de vision partagée sur l'ensemble d'un secteur ou d'une province. Au départ, les ONG ont commencé à se réunir pour échanger des idées sur des questions d'intérêt commun comme le VIH/SIDA. Action Aid a été l'un des principaux acteurs ayant favorisé le regroupement des ONG qui travaillaient spécifiquement dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA. Dès le départ, celles-ci tenaient des réunions informelles pour échanger leurs points de vue et leurs expériences puis, elles se sont organisées en une structure indépendante, ne formant qu'une seule voix pour les 80 ONG actives dans le domaine du VIH/SIDA ; elles ont joué un rôle important pour ce qui est de veiller à ce que les préoccupations en la matière soient prises en compte dans le DSRP. Ces ONG élargissent de plus en plus leur mandat pour pouvoir influencer les politiques au moyen d'une participation mieux structurée. » (Wangwe, 2002)

Country	HIV/AIDS coverage (outside health)	Relevance to HIV/AIDS mainstreaming	Institutional arrangements	Participation
AFRIQUE				
Tanzanie DSRP 2000	Considérée comme une question prioritaire mais très peu couverte. Pas de stratégie de lutte contre le SIDA. CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Non 2) Non 3) Oui 4) Non	Pertinence spécifique selon les genres Aucune Mise en oeuvre (Les informations ci-après proviennent du Rapport d'activité du DSRP, avril 2004) Système législatif et judiciaire : Leçons tirées et défis : « Intégrer le SIDA dans les politiques, les plans et le budget du secteur judiciaire » [constitue un défi] Secteur de la Santé : La stratégie de lutte contre le VIH/SIDA du secteur de la santé pour le période 2003–2006 a été élaborée et approuvée par l'ensemble des parties prenantes et traduite en des activités de lutte contre le VIH/SIDA du Cadre de dépense à moyen terme. Elle vise à intégrer le SIDA dans les fonctions de toutes les structures du ministère de la Santé. Le SIDA a été traité en tant que question transversale dans un chapitre à part : Le cadre institutionnel de la riposte nationale au VIH/SIDA est passé du Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS), dirigé par le ministère de la Santé, à un organe central qu'est la Commission tanzanienne de lutte contre le SIDA (TACAIDS), relevant du Cabinet du Premier ministre. Cette mutation vise à assurer un leadership stratégique et la coordination multisectorielle, le plaidoyer, la mobilisation des ressources, le suivi et l'évaluation de la riposte nationale. La société civile est bien représentée au sein de la Commission. Celle-ci dispose d'un Secrétariat pourvu de tous les membres du personnel depuis janvier 2003. Un cadre stratégique multisectoriel (CSM) de lutte contre le VIH/SIDA a été mis en place en 2003. Les mesures actuellement prises sont les suivantes : • les ministères, les départements et les organismes d'Etat élaborent actuellement des plans pour intégrer les interventions de lutte contre le VIH/SIDA dans leurs activités habituelles, notamment des interventions sur le lieu de travail et l'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans le CDMT du ministère. De nombreuses entreprises font des interventions de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail, y compris pour fournir l'ART. • Des directives pour la mise en place de Comités de district de lutte contre le SIDA ont été diffusées à toutes les autorités locales afin de promouvoir une meilleure mobilisation et participation des communautés pour la riposte au VIH/SIDA. • Des efforts visant à intégrer le VIH/SIDA dans le processus de planification / budgétisation au niveau du secteur public ont été initiés. L'objectif est d'assurer des allocations budgétaires régulières aux activités sectorielles de lutte contre le SIDA. Des codes pour le suivi des activités liées à la lutte contre le VIH/SIDA ont été mis en place et seront appliqués au cours de l'exercice 2004-2005. Le Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) pour 2003-2004 et 2005-2006 pour le TACAIDS a été élaboré et désormais le TACAIDS fonctionne de façon autonome.	Le CDMT comporte des prévisions de coûts pour la lutte contre le VIH/SIDA sous une ligne budgétaire hors santé : « Les fonds consacrés à la lutte contre le VIH/SIDA serviront essentiellement à financer les campagnes de sensibilisation, l'élaboration de plans stratégiques de lutte contre le VIH/SIDA, les mesures de prévention telles que la distribution de préservatifs et la réalisation d'études ainsi que le suivi/la surveillance de l'incidence et de l'impact de la pandémie, y compris l'analyse des actions entreprises pour la combattre. » Dans le cadre logique couvert sous la rubrique « Survie », « introduire l'éducation au VIH/SIDA, à la santé publique et par les pairs dans les écoles. »	« Lors des ateliers de zones, le secteur de la santé a été classé troisième, après l'éducation et l'agriculture, parmi les domaines méritant une attention particulière dans le cadre du DSRP. [...] Ces préoccupations [sanitaires] témoignent de la situation alarmante (sentiment partagé par les groupes de toutes les régions) eu égard à la pandémie du VIH/SIDA et aux taux élevés de morbidité et de mortalité.

Pays	Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
AFRIQUE				
Ouganda DSRP (Poverty Eradication Action Plan - Plan d'action pour l'éradication de la pauvreté -PEAP) 2004	La question du VIH/SIDA a été traitée comme problème transversal sous la rubrique « Développement humain » Analyse de la corrélation entre la pauvreté et l'impact sur les différents groupes vulnérables tout au long du rapport, mais très peu de données ont été fournies (par ex., aucune donnée n'a été fournie sur les taux d'infection ventilés par genre) « Le Cadre stratégique national (CNS) oriente la mise en oeuvre de toutes les politiques ayant trait à la lutte contre le VIH/SIDA et son intégration dans l'élaboration des politiques sectorielles » CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui 2) Oui (mentionne les priorités plutôt que les stratégies ; non chiffré) 3) Oui 4) Non	Pertinence spécifique selon les genres La spécificité selon les genres a été intégrée dans le DSRP, mais sa corrélation avec le VIH/SIDA se limite aux références ci-après : « Les femmes sont plus affectées que les hommes. Outre la susceptibilité biologique, il se pose le problème des rapports de force inégaux, dans la mesure où les femmes ne maîtrisent pas leur sexualité. L'impact de la pandémie du VIH/SIDA est également plus significatif pour les femmes qui doivent souvent prendre soin des malades et s'occuper des personnes à leur charge. » « La vulnérabilité des femmes au VIH tant au plan social que physique aggrave l'inégalité actuelle entre les hommes et les femmes et requiert un engagement et une participation plus importants de la part des hommes dans les efforts de prévention et de soins. » Aucune donnée spécifique disponible. Contenu Mentionne l'impact sur l'éducation, les orphelins (des données et le cadre législatif existent mais celui-ci n'est pas pleinement mis en œuvre, faute d'agents), les personnes âgées, les communautés de pêcheurs et les personnes déplacées à l'intérieur du pays.	*Section sur l'Intégration et la coordination des politiques de lutte contre le SIDA :* « Les actions de prévention du VIH et du traitement du SIDA incombent à tous les secteurs, en particulier aux secteurs de l'éducation, du développement social et de la santé tandis que les questions de soins relèvent clairement du secteur de la santé. […] Les actions visant à faire face aux conséquences du SIDA touchent tous les secteurs et devraient être prises en compte dans la planification des ressources humaines dans chacun de ces secteurs. » Mais, il est précisé ailleurs que : « Les conséquences en matière de gestion de ressources humaines sont traitées dans les différents secteurs, quoique tous les secteurs ne disposent pas de systèmes de gestion des ressources humaines assez sophistiqués pour prendre totalement en compte le VIH/SIDA. » « Le Cadre national (stratégique CNS) oriente la mise en œuvre de toutes les politiques de lutte contre le VIH/SIDA et leur intégration dans l'élaboration de politiques sectorielles. La plupart des ministères de tutelle des différents secteurs et les districts ont élaboré des stratégies intégrées de lutte contre le VIH/SIDA et mis en place des lignes budgétaires appropriées. » Non chiffré Le DFID en Ouganda a octroyé une aide pour permettre l'intégration effective de la lutte contre le VIH dans le processus de révision du PEAP (voir Butcher, 2003)	« Un Groupe de travail sur les questions transversales a intégré les questions liées au genre, au VIH/SIDA et à l'environnement dans l'ensemble du processus de révision du PEAP. » « Le groupe de travail sectoriel sur le VIH/SIDA et le groupe de travail sectoriel sur les questions liées au genre ont organisé leurs propres consultations et ont fourni des données fiables qui ont été utilisées dans le processus de révision du PEAP. » Indique que le PEAP 2004 se fonde sur les consultations organisées auprès d'un bon nombre de parties prenantes mais ne donne pas plus de précisions sur le groupe de travail sur le VIH/SIDA.

Pays	Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
AFRIQUE				
Zambie DSRP Mars 2002	Le VIH/SIDA est traité en tant que « objectif » transversal prioritaire Fait référence au Cadre stratégique national, coordonné par le CNLS. Analyse de la situation dans la partie transversale ; données solides sur la pauvreté et bien corrélées à la stratégie. CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui 2) Oui 3) Oui 4) Oui (mais pas de calendrier)	Certaines activités complémentaires dans le secteur de l'éducation. 1er niveau de priorités : Campagnes multisectorielles de communication pour le changement de comportements. Distribution de préservatifs, conseil et test volontaires, et soins à domicile, accent particulier mis sur les groupes de population à haut risque, les enfants et les orphelins. 2e niveau de priorités : Accent mis sur le suivi des traitements : « Un certain nombre d'études cliniques, épidémiologiques, comportementales et d'impact liées au VIH/SIDA seront menées. Un système de surveillance sentinelle du VIH et des études fondées sur la population seront toujours utilisés pour suivre la tendance de la pandémie du VIH. On aura recours à un système de collecte de données auprès des formations sanitaires déjà en place pour identifier les cas de SIDA, de tuberculose et d'IST ... les données provenant des différents programmes et ministères devront être recueillies et analysées au niveau national. » Commentaires de la JSA BM : « Le DSRP reconnaît le SIDA (qui recevra 7,9% du budget du DSRP), au genre et à l'environnement comme des questions transversales importantes, mais il faudra assurer une intégration plus complète de ces questions dans certains secteurs. Afin de prendre en compte ces questions de manière efficace dans un contexte multisectoriel, il sera nécessaire d'étendre la couverture à tous les secteurs, d'examiner et d'évaluer leur intégration dans les programmes existants, d'élaborer un programme de politiques transversales plus détaillé, et d'identifier des indicateurs de performance qui permettront un suivi plus efficace de ces questions dans les programmes sectoriels. » Pertinence spécifique selon les genres Inclut une étude détaillée de l'impact sur les femmes	Le Ministère de la Santé et le *Central Board of Health* et le Comité de lutte contre le SIDA sont chargés de la question transversale du SIDA. « Depuis l'époque où le premier cas de SIDA a été diagnostiqué en Zambie, quatre plans nationaux ont été élaborés par le gouvernement pour lutter contre l'épidémie. Le premier et le second plan ont été exécutés par le ministère de la Santé tandis que le troisième a impliqué tous les ministères, étant donné qu'une riposte multisectorielle semble être plus efficace. Au terme d'un processus de consultation élargi, un cadre stratégique national a été élaboré, validé et chiffré. Le cadre actuel est coordonné par le Comité national de lutte contre le VIH/SIDA qui adopte une approche multisectorielle de la lutte contre l'épidémie. » Coûts chiffrés des activités de lutte VIH/SIDA et institutions responsables désignées dans les secteurs de l'éducation, de la santé, de l'environnement, et traitées séparément comme questions transversales	Les activités de la société civile ont été coordonnées par le biais de la CSPR (société civile pour la réduction de la pauvreté). La CSPR a identifié dix thèmes et a mis sur pied un groupe consultatif pour chaque thème, y compris pour le VIH/SIDA. La CSPR assumera la même fonction pour le suivi. « Il convient de noter qu'aucun groupe de travail n'a été mis sur pied pour les questions transversales telles que le VIH/SIDA et le genre. C'est seulement bien après, peut-être en grande partie, pour réagir à la pression exercée par la société civile, que le gouvernement a recruté des institutions spécialisées pour préparer des documents sur le VIH/SIDA, le genre, l'environnement, le transport, les télécommunications et les routes, l'énergie et l'eau et l'assainissement. Les questions liées SIDA, au genre et à l'environnement ont été traitées comme des questions transversales tandis que les autres questions ont été regroupées dans le cadre du « développement des infrastructures. » On relève de ce qui précède deux faiblesses. *Premièrement,* il n'y a pas eu le temps nécessaire aux consultations et aux discussions appropriées sur les documents spécialisés. Les parties prenantes n'ont pas pleinement participé à la préparation des avant-projets de documents de travail, comme ce fut le cas pour les 8 autres thèmes/secteurs. En conséquence, leur traitement et leur importance en ont été affectés. Certains des premiers projets ont été mal formulés, ont manqué de cohérence et n'ont pas réussi à promouvoir un ensemble d'interventions solides en faveur des populations démunies. Bien que les versions définitives de ces documents aient été considérablement améliorées, on a généralement eu le sentiment qu'elles pouvaient l'être davantage. » (Seshamani, 2002)

Pays	Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
ASIE				
Bangladesh DSRP-I, Mars 2003	Ne traite pas du SIDA Présentée comme problème de santé public émergent, et indiqué que la « prévalence du VIH/SIDA doit être jugulée. » Indique que les agences internationales allouent des fonds à la lutte contre les maladies telles que le SIDA, la tuberculose et le paludisme et que des dispositions doivent être prises pour bénéficier de ces fonds spéciaux. CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM n/a	n/a	n/a	Pas d'informations dans le DSRP-I Le Rapport d'activité (2004) fait état d'une consultation participative avec une multitude de parties prenantes, et une section spéciale est consacrée au secteur de la santé et aux services de planification familiale, dont les performances ont été jugées mauvaises. « Les réunions de consultations participatives tant au niveau national qu'au niveau des six divisions […] sur la santé (la planification démographique, la nutrition, les aliments sains et l'eau potable et l'assainissement) ont permis d'identifier les problèmes et les contraintes ci-après et de proposer des solutions. • Former les jeunes au niveau local en qualité de volontaires et les sensibiliser aux IST, au SIDA et au VIH ; • Concernant les femmes en âge de procréer : « Des mesures devraient être prises pour éviter qu'elles ne tombent malades. » • Sensibiliser la population au SIDA et aux autres maladies infectieuses, surtout chez les camionneurs, les conducteurs de pousse-pousse, et les travailleurs journaliers • Assurer un contrôle rigoureux à chaque frontière du pays ; • Eduquer correctement la population au SIDA à travers les médias • Encourager les gens à se conformer aux prescriptions religieuses • Sensibiliser les femmes ayant des partenaires multiples à utiliser largement le préservatif • Garantir un système d'injection et de transfusion sanguines non contanimées

Pays	Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
ASIE				
Bhoutan DSRP 2004	Objectif pour le secteur de la santé CRITÈRESDUMODULE DE FORMATION DE LA BM n/a	n/a	n/a	n/a
Cambodge DSRP Décembre 2002	Le SIDA fait partie de l'action pour la réduction de la pauvreté dans la section intitulée « Réduction de la vulnérabilité et renforcement de l'intégration sociale » Bonne analyse de l'impact du VIH/SIDA sur la pauvreté « Les principales questions transversales vont avoir une incidence considérable sur la probabilité du succès global de la mise en oeuvre des stratégies de réduction de la pauvreté. Le VIH/SIDA en fait partie. » CRITÈRESDUMODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Oui 2) Oui (coût global indiqué) 3) Oui 4) Oui (mais seulement 2 points d'actions)	Contenu Le Plan d'action ne présente que trois mesures sous la rubrique VIH/SIDA : 1) intensifier le programme de sensibilisation 2) former les prestataires de services 3) renforcer les filets de sécurité communautaires et étendre le programme aux personnes vulnérables. Pertinence spécifique selon les genres Bonne dans l'ensemble du DSRP Par exemple : La « pandémie a diversifié et multiplié la charge pesant sur les femmes. En 1998, 2,4 % des femmes enceintes, 42,6 % des professionnels du sexe, et 19,1 % de personnes vivant indirectement du travail du sexe ont été infectés par le VIH. Au même moment, à mesure que l'on progressait dans l'utilisation des préservatifs dans l'industrie du sexe, des éléments de preuve ont attesté l'incidence croissante chez les femmes mariées, celles-ci constituant un groupe social qui ne devrait pas être mis de côté dans les programmes et les stratégies de lutte contre le VIH/SIDA. Les femmes sont également les premières personnes chargées de prodiguer des soins aux membres des familles affectés par le VIH/SIDA, comme elles le font pour les victimes des mines terrestres et les personnes souffrant d'autres handicaps et maladies. » « La spécificité selon les genres a une incidence manifeste sur le degré de risque et d'exposition au VIH/SIDA, étant donné que les femmes victimes de la traite sont le plus souvent trompées ou contraintes à des situations d'exploitation sexuelle. » Rapport d'activité (Août 2004) « … Un accroissement de la transmission chez les femmes, en particulier les femmes au foyer, a été enregistré. Le gouvernement a, toutefois, pris des mesures et octroyé des fonds aux ministères concernés pour réduire la contamination des femmes, en particulier des femmes au foyer. »	Il revient à l'autorité nationale chargée de la lutte contre le SIDA d'élaborer les politiques, de renforcer les relations de partenariat avec l'ensemble des parties prenantes, de coordonner la riposte multisectorielle au VIH/SIDA, de mobiliser les ressources auprès des institutions et des agences nationales et internationales, de plaider pour obtenir l'appui législatif, d'entreprendre des recherches sur l'impact socio-économique du VIH/SIDA, de coordonner les programmes de recherche, d'examiner et d'approuver le programme d'IEC dans tous les secteurs. Et ce pour atténuer la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH/SIDA et améliorer leur situation en luttant contre la discrimination sociale, en particulier de la part des hommes. Il existe une stratégie de décentralisation du budget, avec une structure provinciale composée du PAC, du PAS (Secrétariat provincial chargé de lutte contre le SIDA) et de comités de district pour la lutte contre le SIDA. Le Plan stratégique national orientera l'élaboration de diverses activités au sein des programmes nationaux et servira de base pour l'évaluation de la riposte nationale. Il est prévu que chaque ministère de l'Autorité chargée de la lutte contre le SIDA (NAA) élabore et évalue sa propre riposte et que les ONG et autres partenaires étendent et évaluent l'efficacité de leurs initiatives. Stratégie chiffrée sous forme de rubrique séparée, assortie d'indicateurs et des responsabilités (Ministères des Affaires sociales, du Travail, de la Formation professionnelle et de la jeunesse ; Ministère du Développement rural ; Ministère des Affaires féminines et des anciens combattants)	La description du processus participatif n'indique pas comment le SIDA ont été débattues/perçues. Des efforts ont été faits pour inclure les pauvres, en particulier par l'intermédiaire des ONG (entretiens et ateliers à Phnom Penh et dans quatre provinces. Des efforts ont été faits pour rencontrer d'autres informateurs de la société civile, tels que les chefs des tribus indigènes des régions montagneuses, les ouvriers, les prostitué(e)s, les chefs des communautés pauvres en zone urbaine. L'analyse de l'OED de la SRP (2004) indique le manque de transparence dans la finalisation du DSRP alors qu'il y avait eu une nette appropriation du premier avant-projet du DSRP. Mais, un certain nombre de donateurs et d'ONG ont indiqué que la nouvelle version comportait des modifications importantes et substantielles, par exemple, l'étoffement d'un précédent chapitre succinct sur le VIH/SIDA pour en faire un chapitre à part entière.
Indonésie DISRP 2003	Non mentionné CRITÈRESDUMODULE DE FORMATION DE LA BM n/a	n/a	n/a	n/a

Pays	Couverture du SIDA (en dehors des questions de santé)	Pertinence de l'intégration du SIDA	Dispositions institutionnelles	Participation
ASIE				
Népal DSRP Mai 2003	Couvert sous la rubrique santé CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM n/a	n/a	n/a	n/a
Pakistan DSRP Décembre 2003	Ne fait pas état du VIH/SIDA — à l'exception du fait que le gouvernement met actuellement en œuvre un programme de lutte contre le VIH/SIDA. CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM n/a	n/a	n/a	n/a
Vietnam DSRP Novembre 2003	N'établit aucune corrélation entre la pauvreté et le VIH/SIDA Il est indiqué qu'un plan de lutte contre le SIDA est en cours d'élaboration : « Poursuivre l'investissement et finaliser le Plan national d'action pour la lutte et la prévention du VIH/SIDA.» CRITÈRES DU MODULE DE FORMATION DE LA BM 1) Non 2) Non 3) Oui 4) Oui (mais aucun calendrier, ni objectifs ni indicateurs de suivi relatifs à ces actions) Commentaires de la JSA : Le rapport reconnaît la menace potentielle que représente la propagation du VIH/SIDA, étant donné que la propagation de la maladie commence à passer des groupes à haut risque à la population en général. Le gouvernement a récemment adopté une nouvelle stratégie de lutte contre le VIH/SIDA commençant à souligner une approche multisectorielle. Toutefois, le personnel estime qu'il faut lancer une initiative urgente et énergique pour prévenir une épidémie généralisée. Celle-ci comprendrait : (i) la lutte contre la stigmatisation du VIH/SIDA en traitant ce problème comme un traumatisme social plutôt que comme un fléau social ; (ii) la diffusion d'informations sur les mesures préventives telles que les méthodes entravant l'infection à VIH ; (iii) la facilitation de l'accès au dépistage confidentiel et volontaire ; (iv) l'intégration du SIDA dans les programmes scolaires ; (v) la dispense de soins et de traitements appropriés et à coûts abordables, et le soutien aux adultes et aux enfants affectés et infectés par le VIH/SIDA ; (vii) la participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA à l'élaboration de politiques de prévention du VIH/SIDA et à la conception de projets ; (viii) assurer le leadership et l'engagement des plus hautes autorités de l'État dans la lutte contre le VIH/SIDA ; et, (ix) veiller à ce que la lutte contre le VIH/SIDA soit reconnue par l'ensemble du gouvernement comme une question à intégrer dans tous les secteurs.	Contenu Dans le plan d'action, ce sujet est traité sous la rubrique « Santé reproductive,VIH/SIDA, épidémies et autres maladies sociales » Pertinence spécifique selon les genres Aucune	Aucune information sur le processus et les responsabilités Les besoins en matière d'investissement pour combattre le VIH/SIDA sont indiqués dans le « Programme de prévention des maladies transmissibles et dangereuses et du VIH/SIDA » — mais ils ne sont pas repartis par maladie	Ne donne pas de précisions sur le processus participatif.

Tableau 2. Prise en compte du SIDA dans les accords PPTE

Pays	Statut	Mesures de politiques/cibles en matière de lutte contre le VIH/SIDA	Observations du FMI /Banque mondiale
Bénin	Point d'achèvement 2003	Sous la rubrique santé : Adoption d'un programme de dépenses à moyen terme pour l'extension des services de santé de base comportant les points de référence suivants : • Augmentation des fonds budgétaires internes pour l'amélioration de la santé reproductive et la prévention du VIH/SIDA d'au moins 500 millions de francs CFA dans le budget 2001 ; soumission à l'Assemblée nationale d'un plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA	Le Comité national de lutte contre le SIDA a été mis en place, ainsi qu'un Secrétariat permanent au ministère chargé de la coordination et de la planification de l'action gouvernementale. L'enveloppe budgétaire pour la prévention du VIH/SIDA a été augmentée, passant de 0,8 milliard de francs CFA en 2000 à 1,9 milliards en 2003.
Burkina Faso	Point d'achèvement 2002	Aucune. Cibles liées à la santé, dont des stocks de médicaments génériques	Pour riposter à la pandémie du VIH/SIDA, un accord a été conclu en mai 2001 avec trois grandes firmes pharmaceutiques, ce qui a permis une baisse substantielle du prix de certains antirétroviraux. Un projet de riposte à la catastrophe du VIH/SIDA financé par l'IDA a été approuvé par le Conseil en juin 2001et est récemment entré en vigueur.
Ethiopie	Point d'achèvement 2004	VIH/SIDA: Augmentation de la distribution de préservatifs dans tout le pays de six millions par an, à partir de 50 millions en 2000.	Les performances dans le cadre de la santé et des indicateurs de lutte contre le VIH/SIDA ont dépassé les attentes.
Ghana	Point d'achèvement 2004	Cibles liées à la santé	(Aucune mention du VIH/SIDA)
Madagascar	Point d'achèvement 2004	Aucune. Cible liée à la santé: améliorer l'accès aux centres de santé de base pour la majorité de la population rurale	Indique que les programmes de lutte contre les maladies transmissibles ont été consolidés dans la période intérimaire, notamment le programme multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, dans sa troisième année d'exécution.
Mali	Point d'achèvement 2003	Maintien du taux de prévalence du VIH à celui de 1998 (moins de 1,2 % de séropositifs parmi les donneurs de sang)	Aucune mention du VIH/SIDA. Point d'achèvement – le document cadre initial (2000) indique que la prévalence du VIH/SIDA est faible (mais en augmentation), et qu'un Programme national d'action de lutte contre les MST et le VIH/SIDA est en place depuis 1995.
Mauritanie	Point d'achèvement 2002	Maintien du taux de prévalence du VIH à celui de 1998 (moins de 1,2 % de séropositifs parmi les donneurs de sang)	0,52 % en 2001.Une campagne d'information agressive a été lancée.
Mozambique	Point d'achèvement 2001	Mise en oeuvre du Plan national stratégique multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA	Un Plan stratégique a été lancée en 1999, suivi de la création d'un Comité national de lutte contre le SIDA qui comprend un secrétariat général …Dans plusieurs ministères, des cellules spéciales de lutte contre le SIDA ont été mises en place, y compris une cellule au sein de l'administration routière qui travaille sur des mesures de prévention du VIH. Le ministère de l'Education a élaboré une stratégie de prévention du VIH/SIDA. Les efforts du ministère sont coordonnés par des mécanismes mis en place par le Secrétariat général du Comité de lutte contre le VIH/SIDA. Le gouvernement entreprend aussi des études de l'impact sectoriel et une analyse de l'impact du SIDA sur la croissance économique.
Niger	Point d'achèvement 2004	Mise en place de données qualitatives (par exemple, les schémas comportementaux des populations à haut risque) et quantitatives de référence servant de support à la finalisation et à l'adoption d'une stratégie de lute contre le VIH/SIDA.	Le Cadre stratégique nationale pour la lutte contre les MST et le VIH/SIDA est en cours d'application. Prend acte des progrès accomplis dans l'ensemble en matière de lutte contre le VIH/SIDA (bien que ce soit un pays à faible prévalence)
Sénégal	Point d'achèvement 2004	Aucune	n/a

Pays	Statut	Mesures de politiques/cibles en matière de lutte contre le VIH/SIDA	Observations du FMI /Banque mondiale
Tanzanie	Point d'achèvement 2001	Sous la rubrique santé: Mise en oeuvre de la campagne nationale de sensibilisation au VIH/SIDA, comprenant des visites de 75 % de tous les districts.	Objectif dépassé : tous les districts ont été couverts par une campagne active de sensibilisation. La Loi portant création de la *Tanzania Commission on AIDS* (TACAIDS – Commission tanzanienne de lutte contre le SIDA) a été approuvée par le Parlement. Le gouvernement a prévu une ligne dans le budget 2001-2002 pour la TACAIDS et les programmes multisectoriels.
Ouganda	Point d'achèvement 1998	Aucune	n/a
Cameroun	Point de décision 2000	Cibles de lutte contre le VIH/SIDA consignés dans le document préliminaire : L'ampleur de la menace justifie une déclaration publique énergique et immédiate de la part du Président, du Premier Ministre et de tous les Ministres concernés. Des mesures urgentes doivent être prises […] • […] au moins 30 minutes à la télévision et à la radio nationales et 60 minutes sur les radios locales par semaine de temps de diffusion libre sera accordé pour les messages et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA ; • les divers ministères techniques élaboreront une stratégie sectorielle spécifique pour lutter contre le VIH/SIDA. Chaque ministère et organisme parapublic élaborera et présentera une stratégie pour protéger son personnel contre le VIH/SIDA. Les stratégies comporteront des aspects tels qu'un effort considérable et systématique pour sensibiliser le personnel et faciliter l'accès de ces derniers aux préservatifs, au conseil et au test volontaires. Les ministères qui fournissent des services au public (agriculture, élevage, éducation, police, armée, travaux publics et santé) élaboreront également une stratégie pour diffuser des messages de prévention du SIDA ; et • avant septembre 2000, les ministères de la Santé, de l'Agriculture, de l'élevage et du transport se regrouperont pour couvrir tous les villages des six districts qui bénéficient actuellement du projet de santé financé par l'IDA, en initiant une intervention pilote pour appuyer le programme d'action communautaire participative pour la riposte des communautés au SIDA ; • avant 2003, le gouvernement soutiendra l'intensification et l'extension des activités de prévention de la propagation du VIH, notamment l'éducation à l'utilisation des préservatifs à 50% chez les camionneurs, les dockers et les militaires et à 70 % chez les professionnels du sexe	Progrès Des progrès tangibles ont été accomplis en vue d'accorder la priorité à la riposte au VIH/SIDA dans le programme global du développement et de ralentir le taux d'infection au sein de la population, l'accent étant mis en particulier sur la sensibilisation à l'utilisation du préservatif à 50% chez les camionneurs, les dockers et les militaires, et à 70% chez les professionnels du sexe. Une stratégie et un plan d'action d'urgence de lutte contre le VIH au niveau national, préparés avec l'assistance de l'ONUSIDA, ont été adoptés et lancés par les autorités à la mi-septembre 2000[…]. Des campagnes de communication ont été lancées dans les journaux, à la radio et à la télévision en été 2000. Les ministères techniques élaborent actuellement des stratégies sectorielles.
Zambie	Point de décision 2000	La propagation fulgurante de la pandémie du VIH/SIDA a été mentionnée comme étant une question particulièrement urgente, ayant un impact sur tous les secteurs de l'économie et de la société. Le gouvernement a identifié deux domaines qui nécessitent une action prioritaire. 1) Le Secrétariat du Comité national de lutte contre le VIH/SIDA doit être totalement doté en personnel. Cet aspect étant la condition nécessaire à la réalisation du point d'achèvement. 2) Des programmes de sensibilisation et de prévention seront mis en place dans l'ensemble du secteur public. Au point d'achèvement, au moins dix ministères devront avoir mis en place des programmes de sensibilisation et de prévention.	n/a

Point de décision : les pays ont défini des priorités de politiques et bénéficient d'un allègement intérimaire/partiel de la dette.

Point d'achèvement : les pays ont mis en oeuvre des priorités de politiques et bénéficient d'un allègement irrévocable de la dette

Table 3. Le SIDA dans les Plans nationaux de développement

Pays	Contenu lié au VIH/SIDA, Pertinence spécifique selon les genres
Botswana Neuvième Plan national de développement (PND 9) Avril 2003–mars 2009 (PLAN NON CONSULTÉ)	(Tiré du discours de présentation de l'avant-projet du Neuvième Plan national de développement (2003-2004 à 2008-2009) prononcé par le Ministre des Finances et de la planification du développement) « Le VIH/SIDA est devenu l'un des défis majeurs auquel notre pays est confronté, étant donné qu'il affecte essentiellement les segments de la population qualifiée et active. Son impact se manifeste par l'augmentation du taux de mortalité et la réduction de l'espérance de vie, et il menace sérieusement la croissance économique future, sauf si des mesures appropriées sont mises en place pour contrôler la situation. Tout au long du PND 9, le gouvernement continuera de promouvoir la riposte multisectorielle à la pandémie, en comptant sur l'entière participation de toutes les parties prenantes : ministères, districts et communautés, société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH/SIDA, et le secteur privé. L'Agence nationale de coordination de la lutte contre le SIDA (NACA) sera toujours le point focal pour la facilitation et la coordination des diverses interventions de lutte contre le VIH/SIDA dans le pays. Les interventions spécifiques comprendront la fourniture élargie d'une thérapie ARV, le soutien permanent aux orphelins; la recherche et le test de médicaments contre le VIH/SIDA; et la poursuite des programmes de soins à domicile. » « En matière d'établissement des objectifs de dépenses, le gouvernement tiendra compte [...] de la nécessité de remporter la bataille contre la pauvreté et la maladie, en particulier le VIH/SIDA. » Mentionne également : • La nécessité d'étendre la fourniture de services sociaux et de soutien aux orphelins du SIDA et aux personnes qui s'en occupent Pertinence spécifique selon les genres • Intégration des questions liées au genre dans les interventions de lutte contre le VIH/SIDA [NB : le PND actuel pourrait contenir plus de détails, mais la version complète n'est pas disponible à la Section macroéconomique du site Web du ministère des Finances et de la planification du développement – à l'adresse suivante : http://www.finance.gov.bw/div-eco-affairs/index.htm
Chine *China Rural Poverty Reduction and Development Programme* 2001–2010 (*Programme de développement et de réduction de la pauvreté en milieu rural)* (Ancien plan: Plan national 8.7 de réduction de la pauvreté, 1994)	Ne mentionne pas le VIH/SIDA
Inde Dixième Plan quinquennal (2002–2007)	« Le chapitre 2.8 consacré à la santé décrit le Programme national de lutte contre le SIDA en ces termes : « Le VIH est un problème à multiples facettes qui affecte toutes les couches de la société. Jusqu'à présent, le département de la santé a été le point nodal des interventions, non seulement pour les activités traditionnelles du secteur de la santé telles que la prévention et la détection, le conseil et la gestion mais aussi pour d'autres domaines tels que la législation, la réhabilitation des personnes infectées et de leurs familles. Dans le cadre du Dixième Plan, il est prévu que chaque département prenne en charge les problèmes liés à l'infection à HIV dans son secteur respectif. Le ministère du Travail, par exemple, s'occupera de la prévention de la discrimination sur le lieu de travail. » Les questions liées au genre ne sont pas particulièrement mentionnées, en dehors du fait que « Chaque année, près de 30 000 naissances sont enregistrées en Inde chez les femmes séropositives et 6 000 à 8 000 nourrissons sont infectés par le VIH pendant la période périnatale. » Aucune mention du VIH/SIDA chez les femmes dans le chapitre 2.11 sur les femmes et les enfants. Aucune autre mention n'est faite à ce sujet dans l'ensemble du plan (hormis la référence aux consommateurs de drogue injectable).

Pays	Contenu lié au VIH/SIDA, Pertinence spécifique selon les genres
Namibie Deuxième Plan national de développement (PNDII) NON DIPONIBLE Plan d'action national pour la réduction de la pauvreté (NPRAP) NON DISPONIBLE Les données proviennent des sources secondaires	(Informations tirées de la présentation sur Power Point faite par : PT Akwenye, *HIV/AIDS In Namibia's Anti-Poverty Programme*, 2003) Le PND2 prévoit la mise en place d'un programme de coordination de la lutte contre le SIDA aux niveaux national et régional. Il s'agit d'un Plan quinquennal ; 6 de ces plans mettront en œuvre la « Vision 2030 » [document de politique à long terme]; • L'un des huit objectifs vise « à lutter pour limiter la propagation du VIH/SIDA » ; • Le chapitre 8 du plan est consacré au VIH/SIDA ; • Le Programme national de lutte contre le VIH/SIDA conjointement ainsi qu'un plan d'action à court terme (1990–1992) ont été lancés par le Président ; • Un plan à moyen terme a été également mis en place (1992–1998) PRINCIPAUX OBJECTIFS DU CHAPITRE 8 (sur le VIH/SIDA) • Mobiliser tous les Namibiens afin de limiter la propagation de l'infection à VIH ; • Veiller à ce que tous les Namibiens vivant avec le VIH et leurs familles aient accès à des services à coûts abordables; • Appuyer et renforcer la structure de gestion du Programme national et régional; et • Solliciter et faciliter un soutien permanent de la part de la communauté nationale et internationale. Par ailleurs, des stratégies (mots clés : réponse multisectorielle; intégration du SIDA dans toutes les activités) et des programmes (Information et Education ; Programmes sur les préservatifs ; Soins et soutien ; Coordination régionale) sont également mis en relief dans le plan. PNARP Il s'agit d'une stratégie pour la réduction de la pauvreté. Indique que des efforts devraient être faits pour s'assurer que les programmes et les projets de réduction de la pauvreté réduisent simultanément la prévalence du VIH. • Donne des détails sur la SRP, décrit les mesures qui devraient être prises en vue d'assurer sa mise en œuvre ; identifie les programmes, les projets et les services axés sur la réduction de la pauvreté sur cinq ans (2001–2005) • Ne constitue pas un nouveau programme mais donne des orientations aux ministères et aux conseils régionaux pour axer leurs efforts sur la réduction de la pauvreté afin de prévenir la marginalisation des activités liées à la réduction de la pauvreté. • Propose un certain nombre de thèmes clés d'intervention et met l'accent sur l'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA. Contient 63 profils d'intervention ; (par exemple, l'infrastructure, l'éducation, la santé, l'agriculture, le tourisme, etc.) dont : - Intervention 62 : examen - Intervention 63 : Intégration du SIDA. L'intervention 63 invite tous les exécutants du profil d'intervention 62 à s'assurer que leurs efforts en matière de réduction de la pauvreté contribuent également à réduire la prévalence du VIH/SIDA. MTP - II (1999–2004) Plan stratégique quinquennal de lutte contre le VIH/SIDA confirmant la prise de conscience que la propagation du VIH/SIDA nécessite une riposte nationale concertée et élargie ; Appelle les secteurs public et privé et le NSA à définir des cibles, des objectifs et des stratégies clairs et bien définis dans la lutte contre la pandémie. STRUCTURE DE LA COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA Commission nationale de lutte contre le SIDA (CNLS); Commission nationale multisectorielle de coordination (NAMACOC); Commission consultative sur le SIDA (NAEC) ; Commission régionale de coordination de la lutte contre le SIDA (RACOC). OBLIGATIONS SECTORIELLES • Les obligations de chaque secteur sont énoncées dans le MTP- II en fonction de : l'objectif poursuivi ; la mesure prise ; la population desservie ; et les principaux acteurs impliqués. La présentation ne mentionne pas la spécificité selon les genres.

Pays	Contenu lié au VIH/SIDA, Pertinence spécifique selon les genres
Nigeria *National Economic Empowerment Development Strategy* (NEEDS) Mars 2004 (projet à des fins de commentaires uniquement)	"La *NEEDS* est la stratégie de réduction de la pauvreté du Nigeria (DRSP). *NEEDS* s'appuie sur la mesure prise sur une période de deux ans pour produire les DSRP intérimaires, et les processus consultatifs et participatifs élargis qui les sous-tendent. [...] Divers acteurs du secteur privé, ONG, et organisations de la société civile ont également approuvé la *NEEDS*." Droits humains des personnes vivant avec le VIH/SIDA : "Conformément à la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA lancée récemment, le ministère de la Justice fera une déclaration claire sur les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il travaillera en coopération avec les agences concernées pour sensibiliser les avocats et les juges aux réponses juridiques appropriées au SIDA." Femmes : Habilitation des femmes par le biais d'un plaidoyer durable, de l'éducation et de la mobilisation pour réduire la vulnérabilité des femmes au VIH/SIDA et aux IST. La *NEEDS* identifie les principaux groupes à risque, établit la corrélation entre le VIH et la pauvreté et fait référence à la politique de lutte contre le SIDA. Elle ne comporte pas d'indicateurs détaillés en fonction du genre. Stratégie du secteur de la santé : "Elaboration et mise en œuvre d'une riposte appropriée du secteur de la santé à la pandémie du VIH/SIDA "
Afrique du Sud Département du développement social, Plan stratégique 2003-2004 à 2005-2006	Les domaines prioritaires du Département sont : la sécurité sociale, le VIH/SIDA, le développement intégré, l'insertion sociale, les réformes sectorielles, la modernisation du Département. Objectif stratégique 1 : Sécurité sociale ("Réduire la pauvreté grâce à un filet de sécurité de subventions sociales accordées aux groupes les plus vulnérables ") Objectif stratégique 2 : VIH/SIDA ("Atténuer l'impact socio-économique du VIH/SIDA sur les ménages pauvres et les enfants ") Objectif stratégique 3 : Réduction de la pauvreté et développement intégré ("Réduire la pauvreté par un développement intégré et durable ") Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, l'accent est mis sur les projets communautaires de soins et de soutien à domicile aux personnes affectées et infectées, en particulier les enfants, les ménages dirigés par les enfants et les orphelins. NB : le plan d'action (section 5.2) comprend comme objectif l'élaboration d'une stratégie de lutte contre la pauvreté qui devrait être rédigée sous forme d'avant-projet d'ici mars à 2004. Cette stratégie n'est pas disponible sur le site Web du Département à l'adresse suivante : http://www.socdev.gov.za/
Thaïlande Neuvième Plan national pour le développement économique et social (2002–2006) NON DISPONIBLE	

Références

Tous les DSRP et documents officiels liés aux PPTE sont disponibles sur le site Web de la Banque mondiale et du FMI, respectivement aux adresses suivantes : www.worldbank.org/poverty/ et www.worldbank.org/hipc/ et www.imf.org/external/np/prsp/prsp.asp et www.imf.org/external/np/exr/facts/hipc.htm

Les liens sont indiqués uniquement pour les sources secondaires.

1. Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté

ONUSIDA/BANQUE MONDIALE (2001) SIDA, lutte contre la pauvreté et allègement de la dette : Module de formation sur l'intégration du SIDA dans les instruments de développement.

Banque Mondiale (2001) Recueil de références pour la stratégie de réduction de la pauvreté www.worldbank.org/poverty/

Bangladesh

- *Document intérimaire de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP-I),* mars 2003
- *Joint Staff Assessment (JSA) du DSRP-I,* juin 2003

Bhoutan

- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté*, août 2004

Burkina Faso

- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*, mai 2000
- *Joint Staff Assessment (JSA) du DSRP*, juin 2002
- *Rapport d'activité du DSRP*, décembre 2003
- *Joint Staff Assessment (JSA) du Rapport d'activité du DSRP*, février 2004
- *Benoit, Koudougou, Le Processus du DSRP au Burkina Faso*. Document préparé pour la CEA, Deuxième réunion du Groupe de travail sur les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté ; 18 au 21 novembre 2002, Bruxelles, Belgique. http://www.uneca.org/prsp/

Burundi

- *Document intérimaire de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP-I)* novembre 2003
- *Joint Staff Assessment (JSA)*, janvier 2004

Cambodge

- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*, décembre 2002
- *Joint Staff Assessment (JSA) du DSRP*, janvier 2003
- *Rapport d'activité du DSRP,* août 2004
- *Joint Staff Assessment (JSA) du rapport d'activité du DSRP*, août 2004
- *Banque mondiale (2004) OED Review of the Poverty Reduction Strategy (PRS) Process.* Cambodia Case Study. http://www.worldbank.org/oed/prsp/case_studies.html

Cameroun

- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*, avril 2003
- *Joint Staff Assessment (JSA)*, juillet 2003
- *Rapport d'activité du DSRP,* avril 2004

Tchad

- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*, juin 2003
- *Joint Staff Assessment (JSA)*, octobre 2003

Côte d'Ivoire

- *Document intérimaire de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP-I)*, janvier 2002
- *Joint Staff Assessment (JSA)*, mars 2002

Éthiopie

- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*, juillet 2002
- *Joint Staff Assessment (JSA) du rapport d'activité du DSRP*, janvier 2004
- *Rapport d'activité du DSRP*, décembre 2003
- Bijlmakers, L. (2003) *Process and Impact of the PRSP in Ethiopia.* A case study commissioned by Wemos. http://www.eurodad.org/uploadstore/cms/docs/EthiopiaPRSPandHealth.doc
- Banque mondiale (2004) *OED Review of the Poverty Reduction Strategy (PRS) Process: Ethiopia Case Study*. http://www.worldbank.org/oed/prsp/case_studies.html

Ghana

- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*, février 2003
- *Joint Staff Assessment (JSA) du rapport d'activité du DSRP*, mars 2003
- *Rapport d'activité du DSR*, mars 2004
- *Joint Staff Assessment (JSA) du rapport d'activité du DSRP*, juin 2004
- Cheru, F. (2002) *Le Processus du DSRP au Ghana.* Document préparé pour la CEA, Deuxième réunion du Groupe de travail sur les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté ; 18 au 21 novembre 2002, Bruxelles, Belgique. http://www.uneca.org/prsp/

Indonésie

- *Document intérimaire de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP-I)*, mars 2003

Kenya

- *Document intérimaire de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP-I)*, juillet 2000
- *Joint Staff Assessment (JSA) du DSRP*, juillet 2000
- *Joint Staff Assessment (JSA) of PRSP preparation status report*, novembre 2003
- *Joint Staff Assessment of the Economic Recovery Strategy*, avril 2004
- *Investment Programme for the Economic Recovery Strategy for Wealth and Employment Creation 2003-2007*, mars 2004
- Awori, A. and J. Atema (2001) *Making of a country poverty reduction strategy paper: the case of Kenya*. http://www.prsp-watch.de/laenderprofile/kenia/kenya.doc
- Kiringai, J. and Manda DK (2002) *Le Processus du DSRP au Kenya.* Document préparé pour la CEA, Deuxième réunion du Groupe de travail sur les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté ; 18 au 21 novembre 2002, Bruxelles, Belgique. http://www.uneca.org/prsp/

Lesotho

- *Document intérimaire de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP-I)*, décembre 2000
- *Joint Staff Assessment (JSA) du DSRP-I*, février 2001
- *PRSP Preparation Status Report*, janvier 2002
- *Joint Staff Assessment (JSA) of PRSP Preparation Status Report*, avril 2003

- Khalapa Development Agency (2004) *The making of the Lesotho national poverty reduction strategy (PRS)*. Prepared for DFIDSA-Lesotho. http://www.sarpn.org.za/documents/d0000787/P893-PRSP_Lesotho_March2004.pdf

- Roberts, B (2003) *Exploring the PRSP Process in Lesotho: Reflections on Process, Content, Public Finance*, Donor Support and Capacity Need. Paper prepared for UNECA, Third Meeting of the African Learning Group on the Poverty Reduction Strategy Papers, 3-4 December 2003, Addis Ababa, Ethiopia. http://www.uneca.org/prsp/

Malawi

- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*, avril 2002

- *Joint Staff Assessment (JSA) du DSRP*, octobre 2003

- Bwalya, e. et al (2004) *Poverty reduction strategy processes in Malawi and Zambia*. Chr. Michelsen Institute (Bergen, Norway). http://www.cmi.no/publications/2004/rep/r2004-8.pdf

Mozambique

- Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)

- , août 2001

- Banque mondiale et FMI (2004) *Mozambique: Evaluation of the Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) Process and Arrangements Under the Poverty Reduction and Growth Facility (PRGF)*. http://www.worldbank.org/oed/prsp/case_studies.html

- Rapport d'activité, février 2003

- McEwan, M. (2004) *HIV and AIDS and Food and Nutrition Security Linkages in Mozambique*. Background document for mainstreaming HIV and AIDS considerations into the National Food and Nutrition Security Strategy. Prepared for the Technical Secretariat for Food and Nutrition Security (SETSAN)

- Verbruggen, B. (2004) *Comments on: Opportunities & challenges in the PRS II agenda: DFID's experience in Mozambique*

Népal

- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*, mai 2003

- *Joint Staff Assessment (JSA) du DSRP*, octobre 2003

Pakistan

- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*, décembre 2003

- *Joint Staff Assessment (JSA) du DSRP*, février 2004

Rwanda

- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*, juin 2002
- *Joint Staff Assessment (JSA) du DSRP*, juillet 2002
- *Rapport d'activité du DSRP*, juin 2003
- Wangwe, S. (2002) *Le Processus du DSRP au Rwanda. Document préparé pour la CEA, Deuxième réunion du Groupe de travail sur les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté* ; 18 au 21 novembre 2002, Bruxelles, Belgique. http://www.uneca.org/prsp/

Ouganda

- *Poverty Eradication Action Plan (PEAP)* 2004/5-2007/8, 2004
- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*, mars 2000
- *Joint Staff Assessment (JSA) du DSRP*, août 2003
- *Rapport d'activité du DSRP*, août 2003
- Butcher, K. (2003) *Lessons learned from mainstreaming HIV into the poverty eradication action plan in Uganda. JSI UK*. http://www.synergyaids.com/documents/Uganda_lessLearned_HIVPoverty.pdf

Vietnam

- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*, novembre 2003
- *Joint Staff Assessment (JSA) du DSRP*, novembre 2003
- Banque mondiale et FMI (2004) *Vietnam: Evaluation of the Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) Process and Arrangements Under the Poverty Reduction and Growth Facility (PRGF)*. http://www.worldbank.org/oed/prsp/case_studies.html

Zambie

- *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)*, March 2002
- *Joint Staff Assessment (JSA) du DSRP*, mai 2002
- Seshamani V. (2002) *Le Processus du DSRP en Zambie.* Document préparé pour la CEA, Deuxième réunion du Groupe de travail sur les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté ; 18 au 21 novembre 2002, Bruxelles, Belgique. http://www.uneca.org/prsp/

- *Civil Society for Poverty Reduction (undated)* The path away from poverty: an easy look at Zambia's Poverty Reduction Strategy Paper 2002-2004. http://www.sarpn.org.za/documents/d0000280/Zambia_PRSP_02-04.pdf

- Bwalya, E. et al (2004) *Poverty reduction strategy processes in Malawi and Zambia*. Chr. Michelsen Institute (Bergen, Norway). http://www.cmi.no/publications/2004/rep/r2004-8.pdf

2. PPTE

Bénin

- *Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) —Document de point d'achèvement* – 24 février 2003

Burkina Faso

- *Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) —Document de point d'achèvement* – 28 mars 2002

Cameroun

- *Document préliminaire sur l'initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)* – 23 mai 2000

- *Document de point de décision pour l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)* – 15 septembre 2000

Éthiopie

- *Document de point d'achèvement pour l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)* - 2 avril 2004

Ghana

- *Document de point d'achèvement pour l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)* – 15 juin 2004

Madagascar

- *Document de point d'achèvement pour l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)* – 4 octobre 2004

Mali

- *Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) —Document de point d'achèvement* – 13 février 2003

- *Document de point d'achèvement du cadre initial et de point de décision du Cadre renforcé – 11 août 2000*

Mauritanie

- *Document de point d'achèvement dans le contexte de l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)* – 10 mai 2002

Mozambique

- *Document de point d'achèvement pour l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)* – 6 septembre 2001

Niger

- *Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés* – Document de point d'achèvement, 8 juin 2004

Sénégal

- *Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)*—Document de point d'achèvement, 26 mars 2004

Tanzanie

- *Document de point d'achèvement pour l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)* – 8 novembre 2001

Ouganda

- *Document de point d'achèvement* – 20 mars 1998

- *Deuxième Document de point d'achèvement* - 4 avril 2000

Zambie

- *Document préliminaire pour l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)* – 20 juillet 2000

- *Document de point d'achèvement pour l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)* – 20 novembre 2000

3. Plans nationaux de développement

Nigeria, National Economic Empowerment Development Strategy (NEEDS), March 2004 (draft for comments)
www.nigeria.gov.ng/eGovernment/Needs.PDF

Inde, 10th Five Year Plan (2002–2007)
http://www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html

Chine, Rural Poverty Reduction and Development Programme 2001–2010
http://english.people.com.cn/features/PRpaper/pr.html

Afrique du Sud, Department of Social Development, Strategic Plan 2003/04–2005/06
http://www.welfare.gov.za/Documents/2003/Strategic%20Plan/stratplan.pdf

Namibie

- Akwenye P.T. (2003) *HIV/AIDS in Namibia's Anti- Poverty Programme.* Presentation for the UNECA 3rd Meeting of African Learning Group on the Poverty Reduction Strategy Papers, 3-4 December 2003, Addis Ababa, Ethiopia.
  http://www.uneca.org/prsp/
- Namibia Mission to the UN (2000) *Corporate strategies in the fight against HIV/AIDS in Southern Africa.* Statement at the General Assembly, 5 September 2000, H.E. Dr. Sam Nujoma, President of the Republic of Namibia.
  www.un.int/namibia/naga_pgs/ga0905b0.htm
- Mvula, T (2004) *HIV/Aids is Central.* News article from New Era (Windhoek), October 26, 2004.
  http://allafrica.com/stories/200410261041.html

Botswana

- *Presentation speech on Draft National Development Plan 9 (2003/04–2008/09)* By Hon. B. Gaolathe Minister of Finance and Development Planning, Delivered to the National Assembly on the 21st November 2002.
  www.sarpn.org.za/documents/d0000257/P248_Development_Plan9.pdf

Thaïlande

- Gullaprawit, C. (2004) *The Experience of Mainstreaming AIDS into the National Development Plan in Thailand*; Powerpoint presentation, 15 July 2004.
- UNDP (2004) *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges*

Annexe 5 : Rapport des consultations dans les pays

Abréviations

ANS	Autorité nationale chargée de la lutte contre le SIDA
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
DACF	District Assembly Common Fund
DRI	District Response Initiative
DRSP	Document de stratégie pour la lutte contre la pauvreté
DRSPG-I	Document intérimaire de stratégie pour la lutte contre la pauvreté du Ghana
EPWP	Expanded Public Works Programme
GAC	Ghana AIDS Commission
GEAR	Croissance, Emploi et Stratégie de distribution
IEC	Information, éducation et communication
IND	Instruments nationaux de développement
NCHADS	Centre national de lutte contre le VIH/SIDA, la dermatologie et les MST
NDPC	National Development Planning Commission
NIP	Plan national intégré en faveur des enfants infectés et affectés par le VIH/SIDA
ONG	Organisation non gouvernementale
PAC	Provincial AIDS Committee
PAS	Provincial AIDS Secretariat
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PSN	Plan stratégique national
PPTE	Pays pauvres très endettés
PVVS	Personnes vivant avec le VIH ou le SIDA
SBCD	Soins à base communautaire et à domicile
SEDP II	Plan de développement socioéconomique II
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SWAP	Approche de secteur
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

CAMBODGE

1. Introduction

Ce rapport fait partie de l'étude indépendante commanditée conjointement par l'ONUSIDA et le PNUD, des expériences en matière d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement (IND), et d'appui technique fourni aux partenaires nationaux dans ce domaine. Il se fonde sur les entretiens conduits avec les principaux informateurs et sur les documents relatifs au processus d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement au Cambodge en 2005. Deux autres consultations ont été menées au Ghana et en Afrique du Sud.

Le Cambodge, peuplé d'environ 12 millions d'habitants, a connu une propagation rapide de l'infection à VIH, le portant au rang des pays les plus affectés en Asie du Sud-Est. Les facteurs ayant contribué à la vulnérabilité du Cambodge au VIH sont, entre autres, les suivants : la pauvreté ; les faibles niveaux de développement ; les conflits politiques ; la grande mobilité sociale ; et la grande disponibilité des loisirs à bon marché. Il y a, cependant, des signes encourageants ; la prévalence du VIH semble s'être stabilisée et a probablement commencé à baisser.

2. L'état actuel des processus d'intégration du SIDA dans les IND

2.1 Politiques et stratégies nationales de lutte contre le SIDA

Le VIH/SIDA est une priorité nationale pour le Gouvernement Royal du Cambodge. En 1998, le gouvernement a créé au sein du ministère de la Santé une unité dénommée le National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STDs (NCHADS). En 1999, il a mis en place l'Autorité nationale chargée de la lutte contre le SIDA (ANS), responsable de l'élaboration des politiques, du renforcement des relations de partenariat avec toutes les parties prenantes et de la coordination de la riposte multisectorielle au VIH/SIDA, de la mobilisation des ressources auprès des institutions et agences nationales et internationales, du plaidoyer en faveur de l'appui législatif et de la recherche sur l'impact socioéconomique du VIH/SIDA, de la coordination des programmes de recherche, et de l'examen et de l'approbation d'un programme IEC dans tous les secteurs.

Le Plan stratégique national (PSN) pour une riposte globale et multisectorielle au VIH/SIDA 2001–2005), mis en place par le Gouvernement du Cambodge, est conforme aux Objectifs du Millénaire pour le développement du Cambodge et oriente l'élaboration d'activités dans le cadre des programmes nationaux, et sert ainsi de support à la riposte nationale. Le Plan stratégique national marque un tournant des efforts du Cambodge dans la recherche d'une riposte globale au VIH/SIDA, à travers l'élaboration d'un plan de travail multisectoriel et d'un budget.

2.2 Le VIH/SIDA dans le DSRP et les IND

La riposte nationale reconnaît les corrélations entre l'épidémie du VIH et la situation du développement au Cambodge. Le SIDA a été intégré dans diverses stratégies nationales, dont le Document de stratégie nationale pour la réduction de la pauvreté (DSRP), le Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) et le Plan de développement socioéconomique II (SEDP II). « Les questions transversales essentielles influeront de manière significative sur les chances de réussite globale des stratégies de réduction de la pauvreté. Le VIH/SIDA en fait partie » (DSRP, page 42).

La corrélation entre la pauvreté et le VIH/SIDA telle que reconnue dans le Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté, le Cadre de dépenses à moyen terme et le Plan de développement socioéconomique II est double :

- la pauvreté en tant que cause, c'est-à-dire, l'effet de la pauvreté sur l'augmentation de la vulnérabilité d'un individu au VIH;
- l'effet sur la pauvreté, à savoir, l'impact du VIH/SIDA sur la sécurité humaine, le développement économique des individus, le développement et la stabilité du pays dans son ensemble.

D'après le DSRP, les différents aspects de la pauvreté tels que le faible accès à l'information, les faibles niveaux d'éducation, et le faible accès aux services de santé augmentent la vulnérabilité de l'individu. Le DSRP indique par ailleurs que les populations rurales sont plus vulnérables au VIH que les populations urbaines, et qu'il existe un grand nombre de familles désunies suite à des années de conflits, ce qui augmente la vulnérabilité globale de la population à la pauvreté et au VIH.

Un chapitre du DSRP est consacré spécifiquement au VIH/SIDA. De plus, le SIDA est traité dans de nombreuses sections du DSRP, bien qu'il n'ait pas été intégré dans tous les secteurs/piliers.

Les priorités et les sections suivantes comprennent une dimension liée au VIH/SIDA, pour ce qui est de leurs objectifs et stratégies :

- Santé
- Enfants de la rue
- Réduction de la vulnérabilité et renforcement de l'intégration sociale
- Promotion de l'égalité entre les genres
- Protection sociale et la lutte contre la traite des êtres humains.

Le Plan de développement socioéconomique du Cambodge II (SEDP II) souligne également l'importance de la lutte contre le VIH/SIDA (parmi d'autres questions liées à la santé) pour la sécurité économique du pays : « Le succès de … la croissance économique nationale et de la stratégie pour la réduction de la pauvreté dépendra dans une large mesure du résultat de la lutte contre le VIH/SIDA, (autres préoccupations sanitaires) » (SEDP II, p.8).

Le DSRP comporte une stratégie de décentralisation. Concernant la décentralisation de la riposte au VIH/SIDA, une structure provinciale a été mise en place, comprenant des Comités provinciaux de lutte contre le SIDA, des Secrétariats provinciaux de lutte contre le SIDA et des Comités communaux de lutte contre le SIDA, Les Comités provinciaux de lutte contre le SIDA supervisent la riposte au niveau de la province avec l'appui du Secrétariat. Les Secrétariats provinciaux sont basés au sein des ministères de la Santé des provinces et sont présidés par le Directeur provincial de la santé.

2.3 Spécificité selon les genres et VIH/SIDA dans les IND

Le DSRP fait état des aspects liés au VIH/SIDA en fonction du genre en ces termes : « l'épidémie a diversifié et multiplié la charge supportée par les femmes …C'est également aux femmes qu'incombe la principale responsabilité de s'occuper du membre de la famille souffrant du VIH/SIDA, comme elles le font pour les victimes des mines terrestres, d'handicaps et d'autres maladies. »

Des mentions spécifiques à la situation des femmes et aux questions liées aux genres sont intégrées dans le DSRP, dans les sections consacrées à la santé, à l'éducation, à l'exclusion sociale, et à la vulnérabilité, ainsi qu'aux moyens d'existence en milieu rural et aux problèmes liés à l'accès et au contrôle des actifs productifs.

La section consacrée au VIH/SIDA fait largement état de la situation des femmes, notamment aux femmes particulièrement vulnérables, comme les femmes séropositives, les femmes qui soignent les malades séropositifs et les adultes handicapés. Les facteurs culturels, sociaux et les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes et le faible niveau d'éducation des filles ont été identifiés comme des facteurs qui accroissent la vulnérabilité des femmes au VIH.

Les questions liées aux genres sont également soulignées dans le Plan d'action de gouvernance, lequel comporte sous le chapitre « Egalité entre les genres » un programme pour réduire la discrimination à l'égard des personnes séropositives en tant qu'action à moyen terme. Le SEDP II mentionne également les questions liées aux femmes et au VIH.

2.4 Questions budgétaires

La contribution financière à la riposte nationale au VIH/SIDA est passée d'environ 733 000 USD en 2001 à 950 000 USD en 2005-2006. Plus de fonds ont été mobilisés en faveur du financement de la prévention, de la surveillance et de la recherche, de l'atténuation de l'impact de la pandémie, et de la coordination et du renforcement institutionnel. Les dépenses actuelles pour appuyer les PNS dans le secteur de la santé s'élèvent approximativement à 22 millions USD par an.

2.5 Activités sectorielles et des organisations non gouvernementales

Le gouvernement a mis en oeuvre un programme national visant à promouvoir l'utilisation à 100% de préservatifs par les professionnels du sexe travaillant dans les maisons closes. Le programme s'est avéré extrêmement efficace en tant que stratégie de prévention, et constitue l'un des principaux facteurs de réduction de l'incidence du VIH, qui a porté le taux à 1,9% en 2003. De même, le Programme d'éducation par les pairs, mis en place par le gouvernement, a couvert 70% des Forces armées. Les services de soins et d'appui se développent pour prendre en compte les besoins de santé, psychologiques et monétaires spécifiques aux personnes vivant avec le VIH et leurs familles. Par ailleurs, des initiatives de renforcement des capacités sont mises en œuvre dans les hôpitaux municipaux.

Les programmes sectoriels ciblent différents segments de la population. Le ministère de la Santé a mis en place une politique de proximité dans le cadre de ses initiatives de prévention du VIH/SIDA ; le ministère de la Culture et des Arts a mis au point des présentations culturelles sur le VIH/SIDA ; le ministère de l'Education, de la jeunesse et des sports ont institué l'éducation par les paires dans les écoles secondaires et primaires dans les programmes liés à la vie courante. Le ministère des Affaires sociales, du travail, de la formation professionnelle et de la réhabilitation des jeunes (MoSALVY) a mis en place des politiques et des programmes axés sur l'amélioration de l'environnement des groupes défavorisés, offrant des opportunités de répondre aux besoins de prévention, de soins et de soutien des personnes vivant avec le VIH et des segments vulnérables de la population. Le ministère du Travail collabore également avec l'OIT et les partenaires des organisations non gouvernementales dans le but d'étendre la réponse du secteur privé au VIH sur le lieu de travail—notamment dans les brasseries et dans les usines de vêtements.

Le Comité de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA a été mis en place pour servir de forum d'échange d'informations entre les organisations non gouvernementales oeuvrant pour la lutte contre le VIH/SIDA au

Cambodge, et fonctionne en coopération avec l'Autorité nationale de lutte conte le SIDA et le NCHADS. Ces entités participent également à l'intégration des réponses multidisciplinaires, en associant la lutte contre le VIH/SIDA à d'autres activités. Un grand nombre de programmes élaborés par les organisations non gouvernementales sont axés sur les ménages et les communautés affectés par l'épidémie. Par exemple, Mith Samlanh - FRIENDS ont produit du matériel d'information, d'éducation et de communication pour les enfants de la rue et leurs familles ; CARE produit du matériel pour les enfants et les jeunes à la frontière entre la Thaïlande et le Cambodge ; World Vision a mis en place un programme d'éducation par les pairs ciblant les employés des usines de vêtements, le personnel des services de sécurité et les adolescents de la communauté.

2.6 Rôle des Nations Unies et des agences externes

Actuellement, l'ONUSIDA se centre sur l'appui à l'intégration de la problématique du VIH/SIDA dans les programmes des ministères qui semblent avoir un fort impact sur l'épidémie, tels que le ministère du Travail, le ministère de l' ducation et le ministère de la Défense. Par ailleurs, chaque agence des Nations Unies dispose d'un point focal technique qui étudie où et comment renforcer la riposte globale au VIH/SIDA. Le PNUD a élaboré un Programme pour le renforcement des capacités des dirigeants qu'il met actuellement en œuvre. Ce programme plaide en faveur d'une riposte multisectorielle pour renforcer la riposte à l'épidémie du VIH. Le PNUD a également élaboré, en coopération avec l'Autorité nationale de lutte contre le SIDA, un ensemble de documents de conseils pour les communes (Commune Concilors Package) qui sera distribué dans les communes. Ces documents préconisent une riposte multisectorielle et souligne l'importance des ripostes au VIH/SIDA dans le cadre du développement économique global de la commune. D'autres donateurs participent également à ce programme. Par exemple, le Département britannique pour le développement international (DFID) finance des activités du ministère de l'Éducation, dans le but de prendre en compte des questions telles que les répercussions du SIDA sur l'éducation et la planification en faveur des enseignants séropositifs.

3. Analyse des forces et des limites

3.1 Processus de consultation

La conception du DSRP s'est faite de manière très intégratrice, et a inclu la participation et la consultation des différentes parties prenantes au sein des gouvernements, des donateurs et des organisations non gouvernementales. La consultation dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA a été essentiellement axée sur la manière d'opérer un changement de paradigme pour aller vers une riposte multisectorielle au VIH/SIDA. Dans le cadre du processus consultatif du DSRP, des efforts ont été faits pour intégrer les pauvres, en particulier par l'intermédiaire des organisations non gouvernementales. Des efforts ont été également faits pour rencontrer d'autres informateurs de la société civile, tels que les chefs des tribus indigènes des régions montagneuses, les travailleurs industriels, les professionnels du sexe et les dirigeants des communautés pauvres en zone urbaine. Toutefois, les personnes vivant avec le VIH n'ont pas été spécifiquement visées en tant que groupe distinct.

3.2 Intégration du SIDA dans le DSRP

Si l'on reconnaît que le VIH/SIDA a un impact important sur le développement économique des individus et de l'ensemble du pays, l'analyse des coûts et des actions requises pour y faire face a été limitée. Il est indéniable que de nombreux ménages ayant en leur sein une personne vivant avec le VIH tombent dans la pauvreté, ce qui a un impact socioéconomique sur la famille toute entière. Selon Wilkinson (2000), par exemple, 40% des enfants interrogés vivant dans des familles affectées par le VIH avaient abandonné l'école.

3.3 Questions relatives à l'engagement et à la mise en oeuvre

Si le SIDA a été intégré dans les politiques et les stratégies globales, il n'a pas été traduit par la planification et la mise en œuvre d'activités en la matière. Par exemple, bien que l'on compte sept domaines stratégiques dans le Plan stratégique national, trois mesures seulement ont été adoptées et budgétisées pour la lutte contre le VIH/SIDA dans le plan d'action du DSRP ; ces mesures sont les suivantes :

- L'intensification du programme de sensibilisation ;
- La formation des prestataires de services ;
- Le renforcement des filets de sécurité communautaires, et l'extension du programme pour les personnes vulnérables.

L'engagement à l'intégration du SIDA en dehors du secteur de la santé reste limité. On considère toujours largement que le VIH/SIDA est un problème de santé. Pour la plupart des ministères, le VIH/SIDA n'est pas un domaine prioritaire, et compte tenu des fonds limités, ils préfèrent privilégier d'autres domaines du développement. De manière générale, toutes les ripostes multisectorielles au VIH/SIDA ont été conduites par les donateurs.

Cela est dû en partie au manque de plan d'action lié au Plan stratégique national, par conséquent, les questions de mise en œuvre et d'application sont toujours en suspens. Comme l'indique l'Equipe-pays des Nations Unies, « il y a toujours un besoin urgent de renforcer la planification et la mise en œuvre de programmes de lutte contre le VIH/SIDA. » (UNCT 2001, p.17).

Les 26 ministères relevant de l'Autorité nationale de lutte contre le SIDA sont censés élaborer et budgétiser leur propre riposte au VIH/SIDA, conformément aux stratégies du Plan stratégique national. Cependant, l'engagement a été faible, la grande majorité des ministères n'ayant pas prévu d'activités de lutte contre le VIH/SIDA dans leurs budgets.

Certains organismes et ministères prennent en compte le VIH/SIDA dans le contexte général du développement et de la pauvreté. Certains ministères, par exemple, exécutent des plans stratégiques, conformément au Plan stratégique national. Dans le cadre de la Matrice du Plan d'action du DSRP, le ministère de la Santé, le ministère du Développement rural, le ministère des Affaires féminines et le ministère des Affaires sociales, du travail, de la formation professionnelle et de la réhabilitation de la jeunesse, déterminent les coûts des activités de lutte contre le VIH/SIDA au titre de leurs objectifs stratégiques.

Par exemple, le Plan stratégique quinquennal pour la prévention et les soins liés aux IST et au VIH/SIDA 2002–2006 du ministère de la Défense nationale comporte les actions suivantes:

1. Intensification du plaidoyer à tous les niveaux de la structure militaire en vue de renforcer l'engagement et le soutien aux ripostes au VIH/SIDA.
2. Renforcement et élargissement des mesures préventives qui se sont avérées efficaces et essai d'interventions novatrices.
3. Intensification et élargissement des activités de soins et de soutien qui se sont avérées efficaces et essai d'interventions novatrices.
4. Renforcement de la structure de gestion du ministère en vue de renforcer la capacité de coordination et de collaboration entre le Commandement régional des Forces armées et les parties prenantes.

5. Création d'un environnement favorable à l'appui à l'habilitation des individus, des familles et des communautés à assurer la prévention, les soins et le soutien en matière de VIH/SIDA.

6. Renforcement des systèmes de suivi, d'évaluation et de recherche.

3.4 Questions budgétaires

Les ressources et le budget nécessaires pour assurer la mise en oeuvre des stratégies nationales sont difficiles à estimer. Et, du fait que les domaines stratégiques n'ont pas tous été adoptés dans le budget du DSRP, on estime que le financement des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA et de l'Autorité nationale de lutte contre le SIDA a été très faible. Ainsi, la mobilisation budgétaire est dépendante de, et régie par, une aide extérieure. Cependant, bien que la DFID investisse dans l'éducation au VIH, peu de ressources sont mobilisées dans d'autres secteurs en faveur de la lutte contre le VIH.

3.5 Problèmes liés aux capacités

De nombreuses difficultés existent en matière de renforcement des capacités à tous les niveaux dont la planification et la programmation des interventions, l'allocation et le déploiement des ressources financières et humaines, le suivi et l'évaluation et, le développement des ressources humaines. Toutefois, la capacité nationale à intégrer la problématique du VIH/SIDA dans la planification des programmes de santé et de développement reste limitée. L'Autorité nationale chargée de la lutte contre le SIDA est une structure faible qui doit être renforcée, en la dotant d'agents en nombre suffisant provenant de secteurs différents, et pas seulement de celui de la santé.

La stratégie nationale souligne l'importance d'impliquer les provinces, les districts et les communautés dans toute riposte nationale, et il faut donc en priorité décentraliser la responsabilité. Les structures provinciales initialement mises en place dans le cadre du NCHADS ont été reprises par l'Autorité nationale de lutte contre le SIDA dès sa création. Malheureusement, la capacité au plan local a été trop faible pour pouvoir reprendre les programmes nécessaires de prévention et de prise en charge au niveau communautaire, et par conséquent l'accès aux services reste faible et inégale. L'implication à l'échelon provincial se fait essentiellement dans le secteur de la santé, étant donné que la majeure partie des fonds octroyés par les donateurs est dirigée vers ce secteur, et que seulement deux des 24 provinces disposent d'un plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA.

4. Conclusions et recommandations

Le Cambodge devra désormais relever le défi de décider comment mettre en œuvre et appliquer la politique et la stratégie nationales et mettre en œuvre la stratégie adhérant à la riposte multisectorielle au VIH. Théoriquement, les mécanismes, le mandat et les fonds existent, mais dans la pratique, il n'y a pour ainsi dire pas d'intégration au niveau de la mise en œuvre. Le Module de formation de l'ONUSIDA et d'autres instruments pourraient constituer le point de départ pour élaborer des stratégies de mise en oeuvre.

Il importe de continuer à établir un ordre de priorité des secteurs nécessitant le plus d'intervention, tels que le secteur de la confection de vêtements, et les services en faveur des jeunes et des consommateurs de drogues injectables. En outre, tous les ministères devront envisager d'introduire un programme interne d'éducation au VIH et à la santé. En l'absence d'un engagement politique plus fort à la mise en oeuvre, et de budget suffisant pour financer les activités d'intégration, les ministères manquent de motivation pour faire avancer les plans. Pour passer d'une perspective sanitaire à une perspective de développement, l'Autorité nationale de lutte

contre le SIDA pourrait relever du Conseil des ministres cambodgiens. Par ailleurs, celle-ci a besoin d'une plus grande capacité pour coordonner les processus d'intégration dans le cadre de la stratégie et du plan d'action au niveau national.

On a aussi le sentiment que les donateurs doivent faire preuve d'un engagement plus énergique en élaborant leur propre politique d'intégration, et en allouant plus de ressources pour financer l'intensification de la riposte au VIH. Bien que le financement de la lutte contre le VIH soit octroyé par le biais des structures relevant du secteur de la santé, il sera de plus en plus difficile pour les pays comme le Cambodge de sortir du paradigme de la santé pour évoluer vers une riposte multisectorielle intégrée, à moins que le donateurs ne soient disposés à fournir une assistance aux activités de lutte contre le VIH en dehors du secteur de la santé.

Principaux informateurs

Peter Godwin, *NCHADS*

Tia Phalla, *NAA*

Geeta Sethi, *Coordinateur dans le pays de l'ONUSIDA*

Revue documentaire

Cambodia, Council for Social Development (2002), *National Poverty Reduction Strategy 2003-2005*.

Cambodia, Ministry of Health, *Strategic Plan for VIH/SIDA STI Prevention and Care 2004-2007*.

Cambodia, *Medium Term Economic Framework Cambodia.*

Cambodia, *National AIDS Authority Contribution for Consultative Group Paper. Priorities Needs for 2004-2006.*

Cambodia, *National Strategic Plan for a Comprehensive and Multisectoral Response to HIV/AIDS 2001–2005.*

Cambodia, *Second Socio-economic Development Plan 2001-2005 (SEDPII).*

NGO Forum, *Cambodia PRSP Review table*.

Putzel, James (2004), *The Global Fight Against AIDS: How Adequate Are the National Commissions?* Journal of International Development 16, 1129-1140.

UN Country Team (UNCT), *Supporting the national response to the HIV epidemic in Cambodia (2001) Common Strategy 2001 – 2005.*

UNAIDS (2004a), *Country Profile: An Overview of the HIV/AIDS/STI Situation and the National Response in Cambodia.*

UNAIDS (2004b), *Support to Mainstreaming AIDS in Development: Strategy Note and Action Framework 2004-2005.*

UNDP South East Asia HIV and Development Program (2004), *Mainstreaming HIV Prevention in the Military: A Case Study from Cambodia.*

Ghana

1. Introduction

Ce rapport fait partie de l'étude indépendante commanditée conjointement par l'ONUSIDA et le PNUD, des expériences en matière d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement (IND), et d'appui technique fourni aux partenaires nationaux dans ce domaine. Il se fonde sur les entretiens conduits avec les principaux informateurs et sur les documents relatifs au processus d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement au Ghana en 2005. Deux autres consultations ont été menées au Cambodge et en Afrique du Sud.

2. État et processus actuels d'intégration du SIDA dans les IND

2.1 Politique et stratégie nationales de lutte contre le SIDA

La Commission nationale de lutte contre le SIDA du Ghana est l'organe supra ministériel et multisectoriel mis en place pour coordonner toutes les activités de lutte contre le VIH/SIDA des parties prenantes. ce titre, la Commission devrait assurer un plaidoyer de haut niveau et un leadership efficace dans la planification nationale, coordonner l'ensemble de la riposte nationale, mobiliser et gérer les ressources de manière avisée, promouvoir la recherche, et assurer le suivi et l'évaluation de l'ensemble des activités.

Le projet de politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, et le Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA (NSF 2001–2005) ont tous les deux orienté la riposte nationale et inspiré l'intégration du SIDA dans le Document intérimaire de stratégie pour la réduction de la pauvreté du Ghana (DSRPG-I 2003–2005). La politique nationale de lutte contre le SIDA a, depuis, été révisée en 2004. Désormais, ses objectifs prennent clairement en compte la relation de cause à effet existant entre le VIH/SIDA et la pauvreté. Le Cadre stratégique national est en cours de révision, pour prendre en compte les questions d'actualité et l'environnement en constante évolution, en particulier concernant le traitement, les orphelins et les groupes vulnérables.

La plupart des programmes de lutte contre le VIH/SIDA visaient à la prise de conscience et à la sensibilisation. Le Cadre stratégique national a été à la base de plusieurs politiques visant à créer un environnement favorable à la fourniture de services efficaces liés au VIH. Ce cadre identifie les services prioritaires de prévention, de soins et de réduction de la stigmatisation ainsi que les structures décentralisées de gestion et de coordination des programmes de lutte contre le VIH/SIDA en vue de jeter les bases d'une riposte intégrée au VIH/SIDA.

Les activités d'atténuation des effets n'ont pas été systématiquement prises en compte dans le Cadre stratégique national. Les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH se sont limités aux soins et au traitement à domicile. Cependant, en ce qui concerne la mise en œuvre actuelle de programmes, certaines activités ont été introduites au titre de l'atténuation, telles que le soutien aux personnes vivant avec le VIH sous forme de programmes de formation et de financement d'activités génératrices de revenu, ainsi que de soins pour les orphelins du SIDA.

2.2 VIH/SIDA dans le DSRP et les IND

Le DSRPG reconnaît l'existence d'une corrélation réciproque complexe entre le VIH et la pauvreté. Selon celui-ci, la mauvaise santé entraîne des coûts pour les victimes, la famille et la société, et aboutit à l'exclusion et à la perte des soutiens économiques du ménage. Il observe, par ailleurs, que la perte d'emplois et de travailleurs

qualifiés entraîne une augmentation des coûts liés à la formation en général et à la formation des remplaçants, ainsi que des dépenses de santé. La perte d'adultes productifs en tant que « filet de sécurité » social de la communauté entraîne une plus grande dépendance des personnes âgées.

Le programme de lutte contre le VIH/SIDA n'est pas intégré dans chaque composante/thème du DSRPG et du Programme prioritaire à moyen terme. Une section indépendante du DSRPG traite spécifiquement du VIH/SIDA dans le chapitre sur le développement des ressources humaines et des services de base. Le VIH/SIDA est également traité dans la section consacrée à l'établissement des coûts et au financement des programmes de développement des ressources humaines. Toutefois, les indicateurs de suivi ne sont pas liés spécifiquement à la pauvreté.

Les personnes vivant avec le VIH et leurs familles figurent sur la liste des groupes vulnérables et sont également inclus dans le plan de suivi et d'évaluation des programmes spéciaux en faveur des personnes vulnérables et marginalisées. Néanmoins, les personnes vivant avec le VIH n'ont pas été incluses dans les consultations formelles pour l'élaboration de la SRPG, étant donné que les réseaux n'avaient pas encore été constitués.

2.3 Spécificité selon les genres et VIH/SIDA dans le DSRP

Les aspects spécifique selon les genres de la pauvreté et du VIH, les disparités et les inégalités entre les genres perpétuées par des facteurs socioculturels (tels que l'accès aux et l'utilisation inéquitable des services et les implications associées, et les contraintes pesant sur les décisions et les choix des femmes) sont toutes reconnues dans le DSRP. Il s'agit de reconnaître les problèmes liés au VIH tels que la différence en terme de prévalence, entre les hommes et les femmes âges de 15 à 49 ans, les femmes constituant la majorité des cas rapportés, et le taux d'infection élevé chez les professionnelles du sexe. Les responsables et les coalitions de groupes de femmes ont été consultés, et un consultant a été recruté pour apporter des données à incorporer dans la SRPG pour la rendre plus sensible à la Spécificité selon les genres.

2.4 Activités sectorielles et autres activités

En 2001, pour appuyer la riposte nationale, le DFID a apporté un appui financier à tous les ministères, départements et agences afin de leur permettre d'élaborer leurs plans d'action sectoriels. Les plans sectoriels constituent une composante intégrante de la riposte nationale en vue d'atteindre les objectifs du Cadre stratégique national. La politique nationale exigeait que la lutte contre le VIH/SIDA soit planifiée dans chaque secteur, département ou institution en mettant l'accent sur l'environnement interne (lieu de travail) et externe (la population cible desservie) de chaque secteur, ainsi que la collaboration avec d'autres secteurs sur la base d'avantages comparatifs.

Les programmes sectoriels nationaux ont été conçus de manière à intégrer la lutte contre le VIH/SIDA dans les principaux plans et activités sectoriels. Des ateliers d'intégration ont été organisés dans le but de traduire le Cadre stratégique en des plans réalistes et chiffrés pour chaque secteur, pouvant ensuite être incorporés au Plan national de lutte contre le VIH/SIDA ainsi qu'aux plans du secteur privé, des organisations non gouvernementales et de la société civile.

2.5 Questions budgétaires

Le budget du Cadre stratégique de lutte contre le SIDA a été établi sur cinq ans (2001–2005), et la SRP-I comporte des coûts estimatifs des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans le DSRP établis sur trois ans, ainsi que les coûts des activités à mettre en œuvre dans le programme prioritaire à moyen terme. Le CDMT ne comprend pas de lignes budgétaires spécifiques pour le VIH/SIDA.

2.6 Rôle des Nations Unies

Le Groupe thématique des Nations Unies intensifie son appui aux activités d'intégration, et des ateliers ont été organisés pour le personnel des Nations Unies. Le renforcement des capacités en matière d'intégration par le PNUD est limité au personnel des Nations Unies. Il n'a pas été étendu aux décideurs et aux cadres impliqués dans l'élaboration des politiques et des programmes d'autres secteurs gouvernementaux (tels que la Commission nationale du développement et de la planification). Le PNUD a organisé plusieurs ateliers de formation à l'intention de dirigeants ainsi que la formation des formateurs pour la société civile, dont les chefs traditionnels, des ateliers sur l'intégration au niveau institutionnel pour les responsables d'organismes publics et des entités sociales et des médias, sur l'intégration au niveau communautaire pour les organisations de la société civile et les principales organisations non gouvernementales. Les autres domaines abordés sont, entre autres, le VIH et le lieu de travail. Le programme est soutenu par des consultants externes. Ces programmes axés sur les dirigeants, ont permis de trouver des réponses positives à la lutte contre la stigmatisation et, par conséquent, d'augmenter le nombre de personnes qui acceptent le conseil et le test volontaires.

3. Analyse des forces et des limites

3.1 Intégration du SIDA dans le DSRP

Dans le DRSPG, on insiste sur le VIH/SIDA en tant que cause de pauvreté, et non sur le lien inverse, c'est-à-dire, sur la pauvreté en tant que facteur accroissant la vulnérabilité. Les groupes vulnérables tels que les personnes vivant avec le VIH, les femmes défavorisées (célibataires et adolescentes-mères), les enfants en situations difficiles, les paysans et les communautés déplacées constituent la cible de l'action, mais les problèmes auxquels ils sont confrontés ne sont pas inextricablement liés à la pauvreté. Toutefois, il est reconnu que les facteurs de risque et de vulnérabilité sont différents pour les deux genres, tout comme les répercussions spécifique selon les genres de l'impact du VIH/SIDA.

Dans le DSRPG, le VIH/SIDA n'est pas identifié comme l'un des problèmes majeurs au développement, ni comme l'une des caractéristiques des groupes vulnérables et marginalisés auxquels il faut remédier par des réformes politiques au niveau macroéconomique et sectoriel et par l'intégration des besoins des groupes vulnérables dans la politique générale.

Les objectifs du DSRPG-I ont été élaborés à partir de prévisions sur les données épidémiologiques concernant l'impact du VIH/SIDA sur la pauvreté et vice versa, étant donné qu'aucune information fondée sur l'expérience n'est disponible. La version révisée du DSRPG est en cours d'élaboration. Des données pertinentes sont nécessaires pour alimenter la révision et la discussion concernant toutes les questions et tous les scénarios possibles. Diverses études ont été menées mais n'ont pas encore été finalisées pour pouvoir fournir des informations se fondant sur l'expérience. On ne disposera pas du temps nécessaire pour faire la synthèse de ces rapports avant la fin de la révision du DSRPG.

La faible capacité de suivi et d'évaluation et le manque de données statistiques en tant que point de départ, constituent un obstacle majeur. Il s'agit d'un problème essentiel et selon le DSRP, il faut conduire des études prioritaires de l'impact pour évaluer l'impact en matière de VIH/SIDA de la gamme complète d'approches de la promotion et de la prévention de la santé en cours, et de l'impact des différentes formes de soins aux personnes vivant avec le VIH sur la pauvreté.

3.2 Engagement et coordination

Il existe plusieurs interprétations du concept d'intégration, et la compréhension de l'intégration en tant que processus est variable et risque de devenir une activité de remplissage de formulaires dont on parle mais que l'on ne met pas en pratique.

La Commission de lutte contre le SIDA du Ghana mène une campagne énergique pour que le VIH/SIDA devienne une question majeure de tous les processus de développement. Le Groupe thématique élargi des Nations Unies et les agences bilatérales oeuvrent aussi en faveur de l'intégration du SIDA dans tous les programmes. Malheureusement, la Commission ne dispose pas de la capacité nécessaire pour coordonner et assurer l'intégration, et les niveaux d'engagement sont faibles.

La question essentielle est de savoir comment s'attaquer au problème du VIH/SIDA et aux liens existant avec d'autres questions transversales. Pour le moment, la Commission nationale du développement et de la planification ne dispose pas d'outils ou d'instruments pour assurer l'intégration du SIDA, et des mécanismes transversaux n'ont pas encore été formalisés. Néanmoins, un programme a été élaboré pour intégrer et institutionnaliser les questions liées aux genres. Bien que la vulnérabilité et le développement humain soient les principaux piliers à la base de l'intégration du SIDA dans la SRPG, ces questions seront prises en compte par des groupes de planification intersectorielle mis en place pour les cinq piliers de la SRPG, la stabilité macroéconomique, la production et l'emploi, et la bonne gouvernance (ainsi que le développement humain, et la vulnérabilité et l'exclusion).

Les responsables de la NDPC débattent actuellement et confrontent leurs idées entre eux et avec des consultants pour le DSRPG, en ce qui concerne la pertinence et la place à accorder au VIH dans les divers domaines thématiques/piliers. Toutefois, il a été signalé que certains planificateurs financiers et du développement pourraient ignorer l'expertise et les instruments existants susceptibles de développer les compétences nécessaires pour intégrer la problématique du VIH/SIDA et d'autres questions intersectorielles.

La structure même de la SRPG rend difficile l'intégration de la problématique du VIH/SIDA. Selon la SRPG, le VIH/SIDA relève du pilier de Développement des ressources humaines en tant que section séparée et distincte ayant ses propres programmes et budgets. Le VIH/SIDA a été traité comme une activité complémentaire, et l'intégration de la problématique n'a pas été possible en raison des ressources liées aux programmes et parce que la plupart des agences ne considèrent pas les programmes de lutte contre le VIH/SIDA comme une partie intégrante de leur activité de base. L'exécution de programmes indépendants est une entreprise lucrative et l'intégration est souvent envisagée comme un programme spécifique, qui devrait bénéficier d'un financement séparé pour assurer sa mise en oeuvre.

L'efficacité des dispositions institutionnelles est entravée par la collaboration et la coordination inadéquates entre la Commission ghanéenne de lutte contre le SIDA, les ministères, les départements, et les agences, et autres institutions et dispositions de financement. Malheureusement, il n'existe aucun mécanisme d'approche globale pour coordonner les idées et les processus fragmentés.

Les débuts de l'intégration semblaient prometteurs, mais le niveau d'engagement a faibli par manque de soutien, de reconnaissance et de ressources. Malheureusement, il y a eu très peu de coordination intersectorielle et une appréciation insuffisante de l'approche collective et intégrée requise. Par ailleurs, l'intégration manque de défenseurs, c'est-à-dire, de cadres informés et engagés dans la planification et l'établissement de priorités des plans pour leurs ministères. L'attribution des responsabilités n'est pas clairement définie pour faire avancer la stratégie nationale globale, et y allouer les ressources nécessaires.

3.3 Problèmes liés à la mise en oeuvre

L'intégration ayant tendance à rester au stade de la planification, le passage à la phase de mise en oeuvre a connu quelques difficultés.

Par exemple, l'intégration au niveau du district et du sous-district devrait se faire par l'intermédiaire de l'Initiative de la réponse au plan du district (DRI). La DRI devrait constituer le point de départ d'un continuum des soins globaux impliquant tous les ministères, les départements et toutes les agences. Quarante-trois districts ont été mobilisés avec succès (pour planifier des programmes aux niveaux interne et externe, ainsi que pour le suivi et l'évaluation). D'importants groupes de parties prenantes (appelés Equipes de gestion de la DRI) se sont regroupés au niveau du district et on a procédé au renforcement des capacités pour l'analyse de la situation, le développement de plans stratégiques et de plans d'action sur la base des évaluations communautaires. Cependant, le programme n'a pas bien fonctionné. Les contraintes ayant entravé sa mise en œuvre comprennent notamment le refus des partenaires d'engager des fonds pour renforcer les structures de l'administration locale. Les rôles ont fait double-emploi, et des conflits ont eu lieu entre l'administration locale et la GAC, qui a mis en place des structures parallèles au niveau des districts.

3.4 Questions budgétaires

Des difficultés ont eu lieu en matière d'allocation de fonds. Tout d'abord, la plupart des ministères, des départements et des agences avaient déjà préparé leurs budgets pour l'année, et puisque la plupart des budgets n'étaient pas entièrement financés, les ministères, départements et agences qui ne perçoivent pas le VIH/SIDA comme faisant partie de leur fonction principale, n'ont pas alloué de fonds aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA. L'année dernière des fonds avaient été spécifiquement alloués par le ministère des Finances sous forme de budgets supplémentaires pour le VIH/SIDA afin de financer les secteurs qui n'avaient pas fait des prévisions à cet égard. Les secteurs n'ont pas tous bénéficié de ce mécanisme. Les secteurs qui ont activement poursuivi leur plan sectoriel sont ceux qui avaient déjà des programmes en cours d'exécution financés par des partenaires.

Le gouvernement a décidé que 1% du District Assembly Common Fund (DACF) devrait être alloué à la DRI. Il a demandé, en outre, aux différents ministères sectoriels d'établir des budgets pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Les secteurs n'ont pas tous respecté cette directive. Les fonds alloués par le ministère des Finances à l'Assemblée du District accusait souvent du retard. Actuellement, le ministère des Finances ne veille pas à ce que les montants soient approuvés et contenus, de sorte que les budgets alloués à la lutte contre le VIH/SIDA sont souvent soumis à des réductions.

Etant donné l'approche de secteur que le ministère de la Santé a adoptée, les dépenses au titre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sont à la discrétion du Directeur des services de santé au niveau du District et ne peuvent donc pas être facilement suivis séparément.

Les fonds PPTE qui représentaient environ 10% du budget de la santé, ont été alloués essentiellement au secteur social, à savoir l'éducation et la santé. Des fonds ont été prévus pour l'infrastructure sociale (élargissement des écoles de formation et les primes pour le personnel travaillant dans des régions défavorisées). Cependant, aucune demande n'a été formulée dans les propositions élaborées par le ministère de la Santé en faveur des activités de lutte contre le VIH/SIDA au titre de l'initiative PPTE.

4. Conclusions et recommandations

Les principaux problèmes liés à l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les instruments nationaux de développement se résument comme suit :

- Les IND ne contiennent pas de données et de chiffres fondés sur l'expérience
- La politique de lutte contre le VIH n'est pas bien exposée dans les domaines thématiques du DSRP
- Ils sont défendus essentiellement par des généralistes, et non par des personnes formées ou des spécialistes en matière de lutte contre le VIH
- Aucune tentative spécifique n'a été faite pour élaborer les instruments nécessaires pour l'intégration
- Personne ne semble connaître les divers modules de formation disponibles pour assurer l'intégration.

Il est important de ne pas présenter l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA comme une intervention en tant que telle, mais plutôt comme une gamme de stratégies pratiques pour intensifier les réponses et prendre en compte les impacts du VIH/SIDA à l'échelle mondiale et régionale. La réponse doit évoluer du stade de la planification à celui de la mise en œuvre. Etant donné la faible prévalence du VIH au Ghana, une participation sectorielle sélective peut être la voie à suivre.

La NDPC et la GAC doivent être en mesure de travailler ensemble pour conduire le processus d'intégration, tout en s'assurant que le ministère des Finances, en tant qu'arbitre final, participe également. La capacité pour l'intégration n'est pas encore en place et devra être développée et renforcée pour assurer l'existence d'une approche plus intégrée du VIH. Il faudra envisager un programme de renforcement des capacités d'une vaste gamme d'experts en développement, en particulier pour les coordinateurs et les consultants, afin d'atteindre l'ensemble des résultats escomptés.

Il faudra également renforcer la capacité nationale en matière de recherches socioéconomiques appliquées en vue de fournir des données (surtout des données de base) aux experts pour leur permettre d'identifier les problèmes qui méritent d'être pris en compte et les solutions efficaces à envisager.

Un appui technique approprié est nécessaire pour :

- Orienter et encadrer les décideurs et les planificateurs de haut niveau de la NPDC et dans les ministères clés ainsi que les coordonnateurs impliqués dans l'élaboration des instruments nationaux en vue de normaliser les concepts d'intégration ;
- Evaluer les besoins d'intégration ; et
- Elaborer des stratégies et outils pour assurer l'intégration du SIDA.

Dans l'idéal, l'assistance technique doit faire fonds sur l'expertise locale, et permet de développer les compétences des spécialistes sectoriels.

Il faudra mettre l'accent sur l'intégration de la spécificité selon les genres en tant que composante de la réponse nationale au VIH/SIDA. Les questions spécifiques sont entre autres la violence sexuelle, la contrainte sexuelle, et le renforcement des opportunités économiques en faveur des femmes.

Principaux informateurs

Angela Farhart, *NDPC*

Dr. K.K. Kamaludeen, *PNUD* (Gouvernance, DSRP, OMD)

Evelyn Awittor, *Banque mondiale* (Bureau Santé)

George Dakpala, *Ministère de la Santé* (Point focal du DSRP et du MDBS)

Isaac Offe, *ONUSIDA*

Jan Van Der Horst, *Ambassade des Pays-Bas* (Point focal du Groupe thématique pour le DSRP et du MDBS)

Jerry Odoteye, *NDPC* (Directeur p.i. de la Planification des politiques)

J. S. Annan, *PNUD*

Kyeremeh Atuahene, *GAC PPME*

Mary Mpereh, *NDPC* (Point focal des questions liées aux genres)

Melville George, *OMS* (Représentant pays)

Morkor Newman, *OMS* (Chargé du programme VIH/SIDA)

Patrick Nomo, *Ministère de la Santé* (Contrôleur financier)

Regina Adu-Twum, *NDPC* (Chef, Macroéconomie)

Robert Djangmah, *PNUD* (Point focal VIH/SIDA)

Victor Bampoe, *DFID* (Bureau VIH/SIDA)

Revue documentaire

Ghana (2003). *An Agenda for Growth and Prosperity: Ghana Poverty Reduction Strategy 2003-2005*

Ghana AIDS Commission. *Ghana HIV/AIDS Sectoral Action Plans 2001-2005*

Ghana AIDS Commission. *National Strategic Framework 2000-2005*

Ghana AIDS Commission (2001). *District Response Initiative (DRI) on HIV/AIDS*

Ghana AIDS Commission (2003). *A Rapid Assessment of the Implementation Status of the HIV Sector Plans by Government Ministries Departments and Agencies*

Ghana AIDS Commission (2004). *National HIV/AIDS and STI Policy*

Ghana National Development Planning Commission (2003). *Implementation of the Ghana Poverty Reduction Strategy.* Annual Progress Report

Ghana National Development Planning Commission and Ministry of Local Government and Rural Development. *Guidelines for Operationalisation of District and regional Planning and Coordinating Units*

PNUD (2003). *Intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans le développement.* Rapport d'atelier

PNUD (2004). *Appui aux réponses nationales au VIH/SIDA – Une approche de mise en oeuvre.* Pretoria : PNUD

Afrique du Sud

1. Introduction

Ce rapport fait partie de l'étude indépendante commanditée conjointement par l'ONUSIDA et le PNUD, des expériences en matière d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement (IND), et d'appui technique fourni aux partenaires nationaux dans ce domaine. Il se fonde sur les entretiens conduits avec les principaux informateurs et sur les documents relatifs au processus d'intégration du SIDA dans les instruments nationaux de développement en Afrique du Sud en 2005. Deux autres consultations ont été menées au Cambodge et au Ghana.

En 1994, l'Afrique du Sud a élu un nouveau gouvernement qui s'est engagé dans la lutte contre la réduction de la pauvreté et à l'amélioration de la condition sociale de ses populations. Les politiques et programmes du gouvernement ont été guidés pas un plan ambitieux de reconstruction sociale, le Programme de Reconstruction et de Développement (RDP). Le RDP peut être considéré comme une formulation générale de la politique de réduction de la pauvreté, recourant à l'approche du « Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté », assortie d'un financement spécifique pour l'allègement de la pauvreté (Manuel 2004). Toutefois, au fil du temps, le RDP s'est transformé en la mise en œuvre d'une stratégie macroéconomique d'ajustement structurel, intitulée Croissance, Emploi et Stratégie de distribution (GEAR). Le délai de programmation du GEAR a échu en 2000 et il n'existe actuellement aucun instrument global qui définit la stratégie/le cadre de réduction de la pauvreté au plan national.

2. Etat et processus actuels d'intégration du SIDA dans les IND

2.1 Politique et stratégie nationale de lutte contre le SIDA

L'Afrique du Sud a mis en place un Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA global pour 2000–2005 qui établit, par exemple, les stratégies pour réduire l'incidence de l'infection chez les groupes à risque, pour traiter ceux qui sont infectés, prendre en charge les orphelins et les enfants vulnérables, et améliorer l'accès aux soins à domicile. Le Plan global national de soins, de prise en charge et de traitement du VIH/SIDA (adopté en août 2003) a été mis en œuvre en 2004. L'accélération de la mise en œuvre de programmes constitue un défi majeur de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA. Cependant, le PSN manque d'objectifs spécifiques et vérifiables permettant d'appuyer ce processus.

2.2 Le VIH/SIDA et la pauvreté dans les plans sectoriels

Bien que l'Afrique du Sud ne dispose pas de DSRP, plusieurs composantes de l'approche sud-africaine de lutte contre la pauvreté ont des similitudes avec les activités du DSRP. Il s'agit d'une approche essentiellement sectorielle. La présente évaluation mettra donc l'accent sur l'intégration du SIDA dans les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté, et le CDMT. Etant donné l'étendue de ce travail, il n'a pas été possible d'évaluer et d'examiner tous les plans et politiques sectoriels pertinents. Il a donc été décidé de se concentrer sur les portefeuilles des services sociaux, et en particulier de ceux du ministère du Développement social; du ministère de l'Education ; et du ministère de la Santé. Il convient de noter que les provinces disposent également de leurs propres politiques et plans. Cependant, il n'a pas été possible de passer en revue les plans provinciaux en raison de contraintes de temps.

L'examen des stratégies de réduction de la pauvreté dans divers plans sectoriels a montré clairement l'absence d'uniformité en ce qui concerne la discussion ou la perception du VIH/SIDA en tant que cause possible de

pauvreté. Dans certains cas, comme par exemple le document sur les Priorités nationales du ministère de la santé, il n'y a aucun lien ostensible entre la pauvreté, les inégalités en matière de revenu et de VIH/SIDA.

Il est également évident que le VIH/SIDA est souvent présenté comme un « programme » distinct dans la plupart des plans sectoriels, et souvent, il n'est pas intégré dans les programmes ou stratégies de réduction de la pauvreté.

Dans le Plan stratégique du ministère de l'Education (2003–2005), le VIH/SIDA est peu reconnu en tant que cause de la pauvreté, mais il est toutefois indiqué la façon dont la spécificité selon les genres peut renforcer la vulnérabilité. Les stratégies de réduction de la pauvreté exposées dans le Plan stratégique du ministère du Développement social (2003/2004–2005/2006) ciblent les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA et les communautés où la prévalence est élevée. En d'autres termes, il est reconnu que le VIH/SIDA a des répercussions sur la sécurité économique et les moyens d'existence des ménages, et il est donc perçu comme cause de pauvreté. S'il est généralement admis que les impacts du VIH et du SIDA renforcent la vulnérabilité des ménages aux problèmes économiques et à l'insécurité alimentaire, il n'a pas été démontré que la pauvreté renforce la vulnérabilité au VIH[15].

Il y a lieu de penser que la réduction de la pauvreté a été intégrée dans certaines stratégies de lutte contre le VIH/SIDA des services sociaux. Cela doit être appréhendé dans le contexte du Plan national intégré en faveur des enfants infectés et affectés par le VIH/SIDA (NIP) – une réponse intégrée et multisectorielle à la pandémie impliquant le ministère de l'Education, le ministère du Développement social et le ministère de la Santé. Cette réponse s'efforce d'assurer un avantage comparatif pour chacun des secteurs, en vue de satisfaire les besoins des enfants infectés et affectés par le VIH/SIDA[16]. L'exécution de ce plan a également bénéficié d'un soutien substantiel de la part du gouvernement, qui a alloué jusqu'à R520 millions sous forme de subventions conditionnelles aux provinces pour financer ces interventions (et d'autres) dans le cadre de la lute contre le VIH/SIDA.

En ce qui concerne l'intégration des questions liées aux genres dans les plans stratégiques nationaux, on relève des éléments d'intégration dans les plans stratégiques du ministère de l'Education, du ministère du Développement social et du ministère de la Santé. Par exemple, les plans stratégiques du ministère de l'Education et du ministère du Développement social font état des dimensions spécifique selon les genres du VIH et de la violence sexuelle.

2.3 Liens entre les plans sectoriels, le PSN et le CDMT

L'établissement de liens entre les objectifs exposés dans le PSN et les objectifs à moyen terme ou « résultats attendus » du CDMT n'apparaît pas clairement, ce qui indique une intégration limitée et le manque de processus de coordination.

Un examen des stratégies de réduction de la pauvreté dans les plans sectoriels révèle que la nature et le degré d'intégration du SIDA dans le PSN d'Afrique du Sud est variable. Dans le plan stratégique du ministère de l'Agriculture, il n'y a pas d'intégration réelle entre les stratégies de réduction de la pauvreté (essentiellement le Programme intégré en matière de sécurité alimentaire et de nutrition) et le PSN. Il en est de même pour le

[15] Ce fait est relevé dans un certain nombre de travaux sur le développement « le développement de la sécurité alimentaire par la mise en place de groupes pour la production alimentaire dans les communautés, avec un accent particulier sur les ménages affectés par le VIH/SIDA » et la « fourniture et l'entretien des structures d'appui social dans les communautés où la prévalence du VIH/SIDA est élevée ».

[16] Concernant les stratégies essentielles du Plan national intégré, le ministère de l'Education est principalement chargé de la mise en œuvre des programmes liés à la vie courante ; le ministère du Développement social est responsable de la mise en œuvre des programmes de soins communautaire et à domicile et le ministère de la Santé est surtout chargé du conseil et test volontaires.

ministère du Développement social, et la principale stratégie nationale pour lutter contre la pauvreté, et pour le décaissement des subventions sociales. Dans le plan stratégique sectoriel du ministère du Développement social, le VIH/SIDA est traité comme une intervention de programme séparée. Il n'existe pas de lien manifeste entre les subventions sociales et le VIH/SIDA et/ou les priorités du PSN.

Les stratégies de réduction de la pauvreté incluses dans le plan stratégique du ministère de l'Education reflètent dans une certaine mesure les priorités du PSN. Des dispenses de frais scolaires et un programme national d'alimentation scolaire constituent les principales stratégies de réduction de la pauvreté du ministère de l'Education (Hunter et al 2003). Ces stratégies ont pour cibles les enfants affectés et infectés par le VIH, en conformité avec l'objectif de développement et d'élargissement de la fourniture des soins aux enfants et orphelins dans le cadre du plan national de lutte contre le SIDA.

Concernant le plan stratégique du ministère du Développement social, le principal résultat du programme de lutte contre le VIH/SIDA a été la mise en œuvre des programmes de soins communautaires à domicile. La mise en œuvre des modèles de ces soins dans l'ensemble des provinces est aussi l'une des stratégies essentielles du Plan national intégré en faveur des enfants infectés et affectés par le VIH/SIDA, et du PSN. Si le programme de soins communautaires à domicile du ministère du Développement est considéré comme une intervention liée au VIH/SIDA, l'intégration dans les programmes de réduction de la pauvreté a été substantielle. Comme en témoignent les types de services fournis par le programme—colis alimentaires, vêtements, meilleur accès aux subventions sociales ainsi que la satisfaction des besoins scolaires et sanitaires des enfants.

2.4 Questions budgétaires

Dans l'ensemble, le PSN n'a pas été chiffré. Les divers départements ministériels chargés des principales stratégies du plan devraient incorporer les coûts additionnels dans leurs budgets. Le ministère des Finances a, par diverses actions, conduit ce processus en octroyant des subventions conditionnelles aux provinces en faveur des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre du processus CDMT. Par exemple, le ministère de la Santé bénéficie d'une subvention conditionnelle en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA qui est largement réservée au Plan opérationnel global de prise en charge et de traitement du VIH et du SIDA.

3. Analyse des forces et des limites

3.1 Leadership et coordination

Comme indiqué plus haut, le SIDA est intégré dans le programme de lutte contre la pauvreté de manière incohérente et ad hoc. Les dirigeants nationaux ne reconnaissent pas que le VIH/SIDA contribue à la pauvreté et que la prise en compte du VIH sera un moyen de satisfaire les besoins des pauvres. Or, en réalité, cela ne s'est pas traduit en processus d'intégration soutenu et cohérent (voir Butcher 2003)[17].

Il est évident que personne n'a pris l'initiative globale d'intégrer le VIH/SIDA dans les stratégies de réduction de la pauvreté. Par contre, une structure comme le Comité inter-départemental (IDC), qui était essentiellement chargé de la réponse multisectorielle en faveur des enfants affectés par le VIH et le SIDA, démontre que l'intégration de la problématique du VIH/SIDA peut se faire lorsqu'il y a un leadership et une coordination de haut niveau pour faire avancer le programme[18].

[17] Voir T. Manuel 2004: « Globalement, il semble qu'un accord existe sur les groupes de personnes les plus vulnérables à la pauvreté en zone rurale et de plus en plus, sur celles directement affectées par le VIH/SIDA » Ce point est réaffirmé dans le Plan national Stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les MST.

[18] L'IDC est un comité multisectoriel relevant de l'autorité du Conseil national de lutte contre le SIDA d'Afrique du Sud (SANAC). Il est composé de membres de tous les départements ministériels.

Dans certains secteurs, il semble y avoir peu de sensibilisation au VIH/SIDA et à l'intégration en général, par exemple, au ministère de l'Agriculture où la prévention du VIH/SIDA et l'atténuation de son impact ne font pas partie du mandat du secteur. Dans d'autres secteurs, comme le ministère du Développement social et le ministère de la Santé, une certaine compréhension de l'intégration et du VIH/SIDA apparaît, mais la compréhension est insuffisante en ce qui concerne leurs répercussions pour la planification.

La définition des rôles et responsabilités concernant l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA était souvent citée par les informateurs comme un défaut majeur. En effet, le problème est que le VIH/SIDA n'est généralement pas inclus dans les portefeuilles des dirigeants des départements ministériels, et il est donc souvent difficile de les convaincre à propos de l'intégration. Et pour ceux qui « y croient », l'intégration durable peut être difficile à gérer.

Les processus de participation à l'élaboration des divers plans stratégiques sont également variables. Les processus nationaux de consultation avec diverses parties prenantes (dont les organisations de la société civile) ont éclairé l'élaboration du Plan stratégique du ministère du Développement social. Toutefois, le degré auquel les personnes vivant avec le VIH ont été impliquées dans ces processus n'est pas apparu clairement.

Des efforts de recherche (tels que l'évaluation de l'impact sectoriel) visant à analyser les impacts socioéconomiques du VIH ont été faits dans quelques secteurs nationaux. Cependant, plutôt que de mobiliser le gouvernement, dans certains cas, ces efforts ont abouti à une approche conservatrice de la part du leadership national.

3.2 Problèmes liés à la mise en oeuvre

La mise en oeuvre a été problématique, mais des progrès ont été réalisés concernant la mise en oeuvre du Plan national intégré visant à satisfaire les besoins des enfants affectés par le VIH/SIDA. Cela démontre la mesure dans laquelle l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les stratégies de réduction de la pauvreté a été traduite en des programmes au niveau provincial.

Concernant en particulier la mise en oeuvre du programme communautaire à domicile, il y avait 400 sites où ces services étaient proposés en 2003. Généralement, ces programmes ciblent les ménages et les communautés les plus gravement affectées par l'épidémie. La mise en oeuvre de ce programme a entraîné une augmentation constante du nombre d'enfants identifiés comme orphelins du SIDA ou enfants vulnérables au VIH, et cela s'est traduit par un renforcement des services fournis à ces enfants, y compris l'accès aux colis alimentaires et aux subventions sociales. Cela s'est également traduit par une augmentation exponentielle du nombre d'enfants bénéficiaires de ces subventions. Les organisations non gouvernementales sont chargées de la mise en oeuvre du programme sur plusieurs sites, les types des services fournis aux différentes communautés variant en fonction des besoins des individus et des ménages affectés.

Il convient de noter, toutefois, que des disparités existent dans la mise en oeuvre du programme dans les différentes provinces. La mise en œuvre est entravée par un certain nombre de facteurs, dont notamment les ressources et la capacité.

Il importe également de s'attacher à la mise en oeuvre du Programme élargi des travaux publics (EPWP), étant donné l'attention considérable dont il a fait l'objet dans les médias et dans le discours populaire ces derniers temps. Ce Programme a été officiellement lancé par le Président Mbeki dans le cadre de l'initiative de l'atténuation de la pauvreté à court et à moyen terme. Le Programme est axé sur la création d'emplois, en « réorientant les dépenses budgétaires et les subventions conditionnelles afin de créer davantage d'emplois et de possibilités de formation pour les personnes non qualifiées » (Streak 2004). Concernant l'intégration

de la problématique du VIH/SIDA dans le Programme élargi des travaux publics, si les soignants affectés au programme de soins communautaires à domicile ont bénéficié de la création d'emplois, la reconnaissance du VIH/SIDA ne figure pas dans le programme.

3.3 Problèmes liés à la capacité

Au niveau politique, il est reconnu que la capacité existante à tous les niveaux du gouvernement pour assurer la mise en œuvre des programmes (en termes de volume et de compétences) est limitée. On présume donc qu'il manque également de capacités et de ressources pour intégrer les programmes de lutte contre le VIH/SIDA. D'après certains informateurs, la difficulté tient en partie au processus d'intégration lui-même. En effet, ce processus demande une revue constante, ce qui peut souvent être difficile à réaliser face à des pressions liées aux limites en matière de financements et de capacités.

Au niveau du programme, la capacité des provinces à intégrer le financement des subventions conditionnelles par le gouvernement national entrave souvent la mise en œuvre de programmes. Il semble que les provinces mieux dotées en ressources (par exemple, Gauteng et Western Cape) soient davantage en mesure de dépenser les fonds qui leur sont alloués au titre de la subvention conditionnelle. Cependant, certaines provinces ayant des ressources limitées qui ont été durement touchées par l'épidémie souvent ne dépensent pas les fonds alloués.

De plus, si les modules d'intégration sont connus, il semble aussi qu'il y ait une certaine réticence à utiliser ces ressources. L'approche du« Module de formation », semble poser quelques problèmes, car souvent il n'y a pas la capacité nécessaire pour assurer sa mise en oeuvre.

4. Conclusions et recommandations

Etant donné l'absence de mandat spécifique obligeant les secteurs et les provinces à intégrer le SIDA, la politique et la mise en œuvre des processus d'intégration sont variables. Cela laisse à penser qu'en l'absence d'un cadre général de fonctionnement, les efforts en faveur de l'intégration sont souvent ad hoc. Sans engagement de haut niveau, les activités de lutte contre le VIH/SIDA sont marginalisées et les ressources sont souvent soumises aux réductions budgétaires. Certains informateurs ont également proposé qu'en faisant de l'intégration une exigence légale, cela contribuerait à faire avancer le processus, et ils ont fait part des difficultés liées à l'intégration du SIDA dans les secteurs qui ne disposent pas de politiques de lutte contre le VIH/SIDA.

Actuellement, aucun(e) secteur/agence ne semble prendre la responsabilité d'assurer l'intégration en général. Pour que l'intégration soit effective, une volonté politique et un encadrement solide sont impératifs, ainsi que des responsables chargés de conduire le processus dans divers secteurs.

Les allocations budgétaires constituent l'expression la plus claire des priorités du gouvernement (Adams 2001). Du fait qu'il détermine l'allocation des fonds aux secteurs, le Trésor public exerce potentiellement une influence considérable sur l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Le Trésor public a tenu des discussions sur l'intégration du SIDA dans les directives du CDMT, ce qui obligerait les départements nationaux à inclure le VIH/SIDA dans leurs budgets, et faciliterait ainsi l'intégration du SIDA. Le Trésor public est donc bien placé pour jouer un rôle de premier ordre en matière d'intégration du SIDA dans la planification des stratégies pour la réduction de la pauvreté.

Des directives claires en matière d'intégration du SIDA devront être élaborées pour tous les départements ministériels et à tous les niveaux, étant donné qu'il n'en existe pas encore. Le renforcement des capacités à

tous les niveaux du gouvernement est indispensable pour que l'intégration soit effective. Les dirigeants, en particulier, doivent avoir les compétences et la compréhension nécessaires pour assurer l'intégration.

Par ailleurs, pour que l'intégration soit effective et durable, elle doit se faire à tous les niveaux de l'administration. Actuellement, il existe peu de données sur l'intégration au niveau provincial et du district. Il y a donc matière à faire des recherches afin de mieux comprendre les contraintes de la mise en oeuvre de programmes au niveau provincial et du district.

Principaux informateurs

Mlle Rose Smart, *HEARD*

Professeur Alan Whiteside, *HEARD*

Dr Anthony Kinghorn, *HDA*

Mark Bletcher, *Trésor public*

Paolo Craviolatti, *ECI Africa*

Revue documentaire

Adams, J. and Claasens, M. (2001). *The Role of Poverty Relief and Home-based Care within the National Integrated Plan for HIV/AIDS.* Pretoria: IDASA. Budget Brief No 78.

Asmal, Kader (1999). *Call to Action: Mobilising Citizens to Build a South African Education and Training System for the 21st century.* Statement by the Minister of Education.

Butcher, Kate (2003). *Lessons Learned from Mainstreaming HIV into the Poverty Eradication Action Plan (PEAP) in Uganda.* London: JSI (UK) for DFID Uganda.

Hunter, N., May, J. and V. Padayachee (2003). *Lessons from PRSP from Poverty Reduction Strategies in South Africa.* Third Meeting of the African Learning Group on the Poverty Reduction Strategy Papers, Addis Ababa, Ethiopia.

Manuel, Trevor (2004). *Opening address by the Minister of Finance at the Joint Treasury/World Bank workshop on Data for Poverty Measurement* (Pretoria, 28 June 2004).

South Africa, Department of Education. Implementation Plan for Tirisano January 2000-December 2004

South Africa, Department of Health. Strategic Priorities for the National Health System, 2004-2009

South Africa, Department of Social Development Business Plan 2001/2003 Poverty Relief Programme

South Africa, Department of Social Development Fact Sheet No 1: Poverty Relief Programme

South Africa, Department of Social Development Fact Sheet on the HIV/AIDS Programme 2002/3

South Africa, Department of Social Development Strategic Plan 2003/4- 2005/6

South Africa, HIV/AIDS/STD Strategic Plan for South Africa 2000-2005

South Africa, National Integrated Plan for Children Infected and Affected by HIV/AIDS

South Africa, Strategic Plan for the Department of Agriculture 2003-2006

South Africa, Strategic Plan for the Department of Education 2003-2005

South Africa, The Medium Term Expenditure Framework 2004/5-2006/7 - Social Development Vote 19

South Africa, The Medium Term Expenditure Framework 2004/5-2006/7 - Health Vote 16

South Africa, The Medium Term Expenditure Framework 2004/5-2006/7 - Education Vote

Streak, J. and van der Westhuizen, C. (2004). *Fitting the Pieces Together: a Composite View of the Government's Strategy to Assist the Unemployed in South Africa 1994-2004*. Pretoria: IDASA.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de dix organismes des Nations Unies : le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA, en tant que programme coparrainé, rassemble les ripostes à l'épidémie de ses dix organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, monde des affaires, scientifiques et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à travers les frontières.

TOUS DROITS RÉSERVÉS

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE HIV/SIDA (ONUSIDA)

Adresse : 20, ave. Appia, 1211 Genève 27, Suisse
Téléphone : (+4122) 791 46 51
Fax : (+4122) 791 41 87
Email : unaids@unaids.org
Internet : http://www.unaids.org

BANQUE MONDIALE

Adresse :1818 H Street, N.W. Washington D.C. 20433
Téléphone : (1 202) 473 1000
Fax : (1 202) 477 6391
Internet : http://www.worldbank.org

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (PNUD)

Bureau for Development Policy (BDP), HIV/AIDS Group
Adresse : 304 East 45th Street New York New York 10017
Fax: (1 212) 906 5023
Internet : http://www.undp.org/hiv