

**208 Annexe 1 : Evaluation des coûts et des populations concernées**  
 208 Prévention  
 209 Prise en charge et traitement  
 210 Prise en charge des orphelins  
 210 Politique globale, gestion, administration, recherche, évaluation, et surveillance  
 210 Formation et infrastructures

**212 Annexe 2 : Hypothèses de modélisation**  
 212 Données  
 213 Traitement des données et terminologie

**214 Annexe 3 : Liste des personnes ayant contribué à cet ouvrage**

**216 Annexe 4 : Glossaire**

**218 Annexe 5 : Bibliographie**

**223 Annexe 6 : Exercices accompagnant les scénarios**  
 223 Exercice 1 : Courte synthèse présentant les scénarios  
 223 Exercice 2 : Raconter ses propres histoires  
 223 Exercice 3 : Elaborer des scénarios spécifiques à un pays  
 224 Exercice 4 : Tester ou remettre en question une conception ou une stratégie

## Section 9 Annexes

# Annexe 1 : Évaluation des coûts et des populations concernées

La présente annexe résume les procédures utilisées pour estimer les dépenses relatives au VIH et au SIDA dans les scénarios qui font l'objet du projet intitulé *Le SIDA en Afrique : Trois scénarios pour l'horizon 2025*. Pour de plus amples détails sur chacune des 26 interventions analysées, on peut consulter des documents annexes<sup>1</sup>. Le texte résume les méthodes adoptées pour chaque domaine d'intervention : prévention, prise en charge et traitement, et soutien pour les orphelins et les enfants vulnérables.

## Prévention

Les ressources nécessaires à une riposte étendue ont été estimées pour chaque intervention comme étant le produit du nombre de personnes ayant besoin du service multiplié par la couverture (pourcentage de la population recevant le service) multiplié par le coût unitaire (coût de la prestation d'un service particulier).

Dans les analyses réalisées pour le projet, le nombre de personnes et les coûts unitaires pour chaque sous-région d'Afrique sont restés les mêmes pour tous les scénarios. Seul le taux de couverture varie entre les scénarios. Dans l'ensemble, les analyses ont pris pour hypothèse une amélioration rapide de la couverture pour atteindre la totalité ou presque de la population concernée dans le scénario « Le moment de la transition ». L'amélioration de la couverture envisagée dans le scénario « Le poids du passé » est beaucoup plus lente et moins complète : les taux de couverture par personne n'augmentent pas et les programmes ne s'étendent qu'au rythme de la croissance démographique. L'amélioration de la couverture dans le scénario « Des choix sans concession » se situe à égale distance chaque année entre le taux du scénario « Le poids du passé » et celui du scénario « Le moment de la transition ». Dans cette analyse, les activités de prévention comportent 18 interventions spécifiques, décrites en détail ci-après.

## Taille des populations concernées

La population concernée est différente pour chaque intervention. Pour certains services, il s'agit d'un segment de la population globale, comme les enfants d'âge scolaire ou les femmes enceintes. Ces groupes de population sont déterminés à partir d'estimations et de projections démographiques provenant du document *World population prospects: The 2002 revision* publié par la *Division de la population de l'ONU (2003)*. Ces données sont complétées par des indicateurs sociaux et économiques, comme le pourcentage d'enfants d'âge scolaire et le pourcentage de femmes enceintes ayant accès aux soins de santé anténatale. (*World development indicators, (2004), (Indicateurs de développement dans le monde)* de la *Banque mondiale*).

Les chiffres concernant certains groupes spécifiques de population (professionnel(le)s du sexe, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, consommateurs de drogues injectables, détenus, chauffeurs de camion, etc.) sont extraits de recommandations présentées par les spécialistes des pays à l'occasion d'une

série d'ateliers régionaux de l'*ONUSIDA* relatifs à l'établissement des coûts des programmes sur le VIH et le SIDA. Les estimations et les projections concernant la prévention et l'incidence du VIH ainsi que la mortalité due au SIDA pour un pays donné reposent sur les données les plus récentes de la fin de l'année 2003 obtenues auprès de l'*ONUSIDA* et de l'*OMS (ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA, 2004)*.

## Couverture proposée

Pour chaque intervention, on procède à une estimation du pourcentage de personnes qui, ayant besoin d'un service, le reçoivent effectivement. L'information concernant les taux de couverture en 2003 est disponible pour la plupart des pays dans une étude mondiale de la couverture des interventions essentielles énumérées dans le document *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003* publié en anglais en juin 2004 par le *Futures Group/POLICY Project*, que l'on peut obtenir sur le site <http://www.futuresgroup.com/>.

Pour chacune des interventions évoquées dans le scénario « Le moment de la transition », les objectifs de couverture à atteindre d'ici 2007 sont les suivants :

- En 2007, 100 % dans le cas des personnes ayant besoin du service dans les pays à prévalence élevée, pour les médias, l'enseignement, la prophylaxie du lendemain, et les injections médicales sans risque ;
- 75 % pour la réduction des risques ;
- 70 % pour la prévention de la transmission mère-enfant ;
- 60 % pour l'utilisation du préservatif lorsque l'un au moins des deux partenaires risque d'avoir été précédemment exposé au VIH, et ;
- 50 % pour les interventions sur le lieu de travail, conseil et test volontaires et adolescents non scolarisés.

Uniquement en ce qui concerne les précautions universelles dans les structures de soins de santé (c'est-à-dire, gants, blouses, etc.) et les injections médicales sans risque et aux fins de la présente analyse, les coûts dans les pays où la prévalence du VIH chez l'adulte dépasse 1 % sont considérés comme des coûts liés au VIH. Les coûts particuliers à un pays pour les injections médicales sans risque sont évalués à partir d'estimations publiées précédemment par l'*OMS*.

Les ressources nécessaires au soutien des orphelins sont estimées sur la base du financement des orphelinats, du soutien communautaire et des frais scolaires. Les

objectifs pour 2007 sont un financement des orphelinats pour 5 % des orphelins, indépendamment du taux de prévalence du VIH dans le pays. Les objectifs pour le soutien communautaire et les frais scolaires varient selon le taux de prévalence de la structure, commençant à 5 % des orphelins dans les structures à faible prévalence, pour atteindre 20 % dans les structures à forte prévalence.

Comme indiqué plus haut, la couverture proposée par le scénario « Le poids du passé » est censée se situer aux niveaux actuels, la prestation augmentant seulement au rythme de l'expansion démographique ; et pour le scénario « Des choix sans concession », on a choisi un niveau annuel moyen se situant à mi-chemin entre ceux des scénarios « Le moment de la transition » et « Le poids du passé ».

Les 18 interventions et les groupes de population concernés, ainsi que les idées reçues qui leur sont associées sont énumérés ci-dessous.

#### Interventions auprès de l'ensemble de la population

- Moyens de communication de masse<sup>2</sup>
- Conseil et test volontaires<sup>3</sup>

#### Populations vulnérables

- Adolescents scolarisés<sup>4</sup>
- Adolescents non scolarisés<sup>5</sup>
- Professionnel(le)s du sexe<sup>6</sup>
- Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
- Consommateurs de drogues injectables
- Employés du secteur non officiel
- Populations spécifiques comme les détenus, les chauffeurs de camion, et les personnels en uniforme
- Personnes vivant avec le VIH<sup>7</sup>

#### Prestation de services

- Distribution de préservatifs : secteur public<sup>9</sup>
- Commercialisation sociale du préservatif
- Sécurité transfusionnelle<sup>10</sup>
- Traitement des IST<sup>11</sup>
- Prévention de la transmission mère-enfant<sup>12</sup>
- Prophylaxie du lendemain<sup>13</sup>
- Injections médicales respectant l'hygiène<sup>14</sup>
- Précautions universelles<sup>15</sup>.

#### Coûts unitaires

Pour la plupart des interventions, les coûts unitaires sont déduits des renseignements fournis par les spécialistes des pays lors de la série d'ateliers évoquée plus haut. Ces coûts unitaires sont utilisés pour toutes les années. Ils peuvent changer avec le temps à mesure de l'élargissement des programmes.

Certains coûts unitaires pourraient baisser à mesure que la couverture s'élargit, en raison d'économies d'échelle ou de certaines manières innovantes de fournir les services. Toutefois, cela semble peu probable pour la plupart des services de prévention. Certains services sont déjà fournis à l'échelle nationale, tels que l'éducation scolaire en matière de SIDA, la mise à disposition de préservatifs, les médias et la sécurité transfusionnelle. Certains coûts unitaires pourraient augmenter car les groupes de population difficiles à atteindre commencent à être couverts. Enfin, d'autres coûts se fondent sur des modèles extra-institutionnels (tels que les programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe) ou sur les visites de patients (comme le traitement des IST), pour lesquels il y a peu de raisons de s'attendre à ce que les coûts unitaires changent selon l'échelle. Des programmes plus innovants, comme les services de conseil et test volontaires (CTV) et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), pourraient devenir plus ou moins chers à mesure que les prestataires du service apprendront la meilleure manière d'assurer les services.

Les coûts unitaires relatifs à la fourniture du soutien aux orphelins proviennent également des ateliers au niveau des pays et de la documentation générale, lorsqu'elle est disponible. Lorsque le montant spécifique n'est pas disponible, des moyennes régionales ont été utilisées.

Les descriptions détaillées des calculs réalisés pour chaque intervention sont proposées sur le CD-ROM disponible auprès de l'ONUSIDA.

#### Prise en charge et traitement

Dans le scénario « Le moment de la transition », on constate que le niveau de la couverture proposée dans le traitement du VIH est élevé, celle-ci concernant jusqu'à 60 % de ceux qui ont besoin d'un traitement antirétroviral en 2013, et plus de 70 % en 2025. Le niveau de prise en charge et de traitement est bien inférieur dans le scénario « Le poids du passé » ; dans le scénario « Des choix sans concession », la couverture des interventions est intermédiaire.

Cette méthodologie est présentée de manière plus détaillée dans un article de Bertozzi et al<sup>16</sup>. Les ressources nécessaires à la prise en charge et au traitement sont estimées pour les cinq interventions suivantes :

- Soins palliatifs<sup>17</sup>
- Diagnostic de l'infection à VIH (test de dépistage du VIH)<sup>18</sup>

- Traitement des infections opportunistes<sup>19</sup>
- Prophylaxies pour les infections opportunistes<sup>20</sup>
- Traitement antirétroviral hautement actif (HAART), qui comprend :
  - des services de laboratoire pour suivre la réussite ou l'échec du traitement<sup>21</sup>
  - des services de laboratoire pour surveiller la toxicité
  - un soutien nutritionnel pour les malades dénutris
  - le coût des médicaments<sup>22</sup>.

Les ressources nécessaires pour chaque intervention sont calculées en multipliant :

- la population totale en situation de besoin ; par
- la couverture (pourcentage de la population en situation de besoin recevant le service) ; par
- les coûts unitaires de la prestation du service.

#### Population en situation de besoin

La *population en situation de besoin* est définie comme le groupe de personnes séropositives chez qui apparaissent les symptômes du SIDA. Comme il n'existe aucun enregistrement précis de ce moment, le nombre de ces personnes est une estimation fondée sur l'hypothèse qu'en l'absence de traitement antirétroviral, une personne passant à un stade de SIDA déclaré a, dans le monde en développement, une espérance de vie de 2 ans. Les modèles épidémiologiques spécifiques des pays de l'OMS/ONUSIDA fournissent des estimations de l'incidence annuelle du SIDA (en l'absence de traitement antirétroviral) et ces estimations ont été utilisées ici.

#### Taux de couverture

Les taux de couverture initiaux pour le HAART, la prophylaxie des infections opportunistes, et le test de dépistage du VIH proviennent des données relatives à la couverture des services liés au SIDA publiées par l'OMS, lorsqu'elles sont disponibles<sup>23</sup>. En cas de données non disponibles pour un pays, les valeurs manquantes ont été calculées sur la base des données disponibles dans ce pays et des données provenant d'autres pays. Si aucune donnée relative à la couverture n'est disponible pour un pays, c'est la moyenne régionale qui est utilisée.

Pour les soins palliatifs, la couverture initiale est calculée selon la moyenne de la couverture d'un ensemble de services sanitaires de base disponibles (soins anténataux, accouchements avec personnel soignant, couverture vaccinale DPT3, et

couverture du traitement de brève durée sous surveillance directe [DOTS] pour la tuberculose). Pour le traitement des infections opportunistes, la couverture initiale est estimée comme étant une fraction de la couverture des soins palliatifs.

Pour ce qui est des taux de couverture pendant les années suivantes dans « Le moment de la transition », le taux de couverture initiale a été relevé à l'aide d'un taux de croissance<sup>24</sup> établi en fonction de la richesse du pays, corrigé par la charge actuelle du VIH (prévalence du VIH) et la capacité précédemment démontrée d'augmenter la couverture des services sanitaires (estimée comme étant la différence entre la couverture observée de vaccination et la couverture prévue à partir de la richesse du pays). Le taux de croissance corrige la couverture de chaque année, en ajoutant un pourcentage (le taux de croissance) de la population non couverte. Grâce à cette méthodologie, on a estimé les taux de couverture par intervention, par pays, et par an. Par souci d'homogénéité, une contrainte a été imposée selon laquelle le taux de couverture du HAART  $\leq$  au taux de couverture de la prophylaxie des infections opportunistes (IO)  $\leq$  au taux de couverture du traitement des OI  $\leq$  au taux de couverture des soins palliatifs.

#### **Coûts des interventions par habitant**

Les coûts des interventions par habitant utilisent les coûts unitaires pour les interventions qui ont été estimés dans différents rapports, corrigés par les informations récentes sur les nouveaux prix négociés avec les fournisseurs de médicaments et de diagnostics, en particulier pour le HAART et la surveillance de laboratoire.

#### **Prise en charge des orphelins**

De nombreux enfants sont devenus orphelins au cours de ces dernières années. Beaucoup sont pris en charge par des membres de la famille, mais il en reste un certain nombre qui ont besoin d'une aide publique. Certains enfants ont été placés dans des orphelinats tandis que d'autres ont été aidés au sein de leur communauté. La présente analyse examine trois catégories de prise en charge des orphelins : prise en charge dans un orphelinat, prise en charge communautaire, et subventions pour scolarisation. Le nombre d'orphelins est évalué par l'*ONUSIDA* pour chaque pays sur la base d'une évaluation du nombre et de la répartition des décès d'adultes. On

considère qu'un orphelin est un enfant de moins de 18 ans qui a perdu au moins un de ses deux parents à cause du SIDA ou pour d'autres raisons.

Dans les pays présentant des niveaux de prévalence du VIH élevés, les enfants rendus orphelins du fait du SIDA représentent une forte proportion de tous les orphelins, alors que dans les pays où les taux de prévalence du VIH sont faibles, les enfants deviennent orphelins pour d'autres raisons. De même que pour les injections sans risque et les précautions universelles, les coûts de la prise en charge des orphelins sont inclus dans la présente analyse uniquement pour les pays dont la prévalence nationale du VIH chez l'adulte est égale ou supérieure à 1 %.

#### **Politique globale, gestion, administration, recherche, évaluation, et surveillance**

Il existe, pour la mise en œuvre d'une riposte élargie, de nombreuses fonctions de soutien qui ne sont pas directement liées au nombre de personnes recevant des services spécifiques. Le coût de ces fonctions de soutien est estimé à 5 % de la totalité des besoins au titre de la prévention, de la prise en charge et du traitement, et du soutien aux orphelins.

#### **Formation et infrastructures**

Des ressources supplémentaires pourront être requises pour la formation et l'infrastructure. Par exemple, la formation des enseignants et le renforcement du système pour les programmes de logistique du préservatif et la PTME sont explicitement inclus dans le coût de la prévention. Pour d'autres interventions (telles que CTV, traitement des IST, et programmes extra-institutionnels destinés aux populations vulnérables), le coût de la formation et des installations peut être inclus dans le coût unitaire. Les coûts de la formation des agents de santé pour l'administration d'un traitement complexe ne sont pas explicitement inclus, mais ne devraient pas être très élevés par rapport au coût global du traitement.

Deux catégories de coûts de formation et d'infrastructure ne sont pas incluses. Il s'agit du coût de la formation universitaire du personnel de santé, telles que les études en faculté de médecine pour ceux qui veulent devenir médecin et dans les écoles d'infirmières pour ceux qui veulent devenir infirmier ou infirmière. Une telle formation, si elle est entamée maintenant, aurait peu

d'impact sur la capacité d'un pays à parvenir aux objectifs de couverture de 2010, mais serait essentielle pour atteindre les objectifs à long terme. De même, ces estimations ne comprennent pas les coûts de l'extension des infrastructures nécessaires de sorte qu'un plus fort pourcentage de la population ait accès aux écoles et aux structures sanitaires. Une telle extension prendrait trop de temps pour qu'une incidence soit perceptible au cours des quatre prochaines années, mais serait essentielle si l'on veut étendre les services en question sur le long terme.

<sup>1</sup> Pour une approche sur une durée intermédiaire des interventions d'action rapide jusqu'en 2007, voir le document *The Futures Group and UNAIDS, Methods: Prevention, Care and Treatment, and Orphan Support* disponible auprès de [j.stover@tfgi.com](mailto:j.stover@tfgi.com).

<sup>2</sup> Nombre de campagnes nationales nécessaires par an multiplié par le coût de chaque campagne.

<sup>3</sup> Services CTV (non compris le test diagnostic qui peut avoir lieu dans le cadre des services de prise en charge et de traitement) avec test annuel pour les populations à plus haut risque (professionnel(le)s du sexe, HSH, et CDI dans les pays où la prévalence du VIH dans ces groupes est égale ou supérieure à 5 %) ; test effectué tous les 10, 7, 3, ou 2 ans selon le niveau de prévalence du VIH dans le pays pour les populations à risque moyen (professionnel(le)s du sexe, HSH, et CDI dans les pays où la prévalence du VIH dans ces groupes est inférieure à 5 %, plus tous les hommes et toutes les femmes ayant des partenaires sexuels multiples) et test effectué une fois à l'âge de 20 ans pour les personnes appartenant à des populations à moindre risque.

<sup>4</sup> Le nombre de jeunes dans les écoles primaires et secondaires est estimé selon le nombre d'enfants âgés de 6 à 11 ans et de 12 à 15 ans, multiplié par le taux brut des inscriptions dans le primaire et le secondaire (Banque mondiale, *WDI (Indicateurs de développement dans le monde)*). Le nombre d'enseignants nécessaire est évalué en divisant le nombre d'étudiants par le nombre moyen d'étudiants par enseignant. Le nombre d'enseignants ayant besoin d'une formation au cours d'une année donnée est égal au nombre total des enseignants du primaire et du secondaire multiplié par la couverture et divisé par la fréquence de la formation. On suppose qu'une nouvelle formation ou mise à niveau de leurs connaissances sont nécessaires tous les trois ans.

<sup>5</sup> Le nombre d'adolescents non scolarisés est représenté par la différence entre le nombre total de jeunes âgés de 6-11 ans et de 12-15 ans auquel on soustrait celui des adolescents scolarisés. Il faut atteindre ces adolescents au moyen de programmes extra-institutionnels de conseils prodigués par les pairs.

<sup>6</sup> Pour toutes les populations vulnérables, y compris les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et les consommateurs de drogues injectables, le nombre de personnes est multiplié par la couverture afin de déterminer le nombre de ceux qui reçoivent des services, et par le coût unitaire afin de déterminer les ressources nécessaires. Pour les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, nous calculons aussi le nombre de préservatifs nécessaires et le coût de la mise à disposition de ces préservatifs.

<sup>7</sup> Identifiées dans chaque pays par des spécialistes du pays. Aucune estimation n'est faite pour les pays qui ne fournissent pas de données sur les groupes de population spécifiques.

<sup>8</sup> Seulement pour ceux qui ne sont pas en traitement, évalués comme étant le nombre des séropositifs nouvellement identifiés au moyen des CTV (nombre de personnes testées multiplié par le taux de prévalence) multiplié par le temps moyen écoulé entre le CTV et celui où le traitement devient nécessaire (estimé à trois ans).

<sup>9</sup> Les préservatifs peuvent être fournis par des programmes de distribution du secteur public, ou par une commercialisation sociale. Le besoin en préservatifs est représenté par le nombre total d'actes sexuels à haut risque. Les actes sexuels à haut risque sont définis comme étant ceux qui impliquent des professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et les relations occasionnelles, plus tous les actes entre personnes mariées dont au moins l'un des deux conjoints a également des partenaires extérieurs. Les données sur les hommes et les femmes ayant de multiples partenaires proviennent de *MEASURE Enquêtes démographiques et de santé (DHS)* (<http://www.measuredhs.org>) et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) de l'UNICEF (<http://www.childinfo.org>). Le besoin en préservatifs est

augmenté de 10 % pour tenir compte du gaspillage et des déchets. Les préservatifs féminins devraient représenter 10 % du nombre de préservatifs distribués par la commercialisation sociale et 5 % des préservatifs utilisés dans les activités sexuelles rémunérées.

<sup>10</sup> Le nombre d'unités de sang devant être testées est calculé à partir des taux de transfusion par personne tirés de la base de données de référence sur la sécurité transfusionnelle de l'OMS.

<sup>11</sup> Le besoin d'un traitement des IST est évalué à partir du nombre d'hommes et de femmes ayant des IST symptomatiques et de l'accès à des services de soins de santé, additionné au nombre de cas de syphilis chez la femme diagnostiqués lors d'un dépistage anténatal. L'accès aux soins de santé en 2003 est défini comme la moyenne de quatre indicateurs : pourcentage de femmes enceintes recevant certains soins prénatals, pourcentage de naissances auxquelles assiste un personnel sanitaire, vaccination infantile (pourcentage d'enfants de moins de 24 mois recevant un traitement de vaccinations complet), et pourcentage de personnes ayant accès au Traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) pour le traitement de la tuberculose (OMS). Les données proviennent des indicateurs de développement dans le monde de la Banque mondiale, et du *Rapport 2003 de l'OMS : Lutte mondiale contre la tuberculose : Surveillance, planification, financement*. Les possibilités d'accès augmentent à l'avenir sur la base de la capacité d'un pays à étendre son système sanitaire rapidement, compte tenu de sa volonté politique et des ressources nécessaires. Pour obtenir les taux de couverture des années suivantes, le taux initial est augmenté à l'aide d'un taux de croissance qui est fonction de la richesse du pays, corrigé par la charge actuelle du VIH (prévalence du VIH) et par la capacité préalablement démontrée du pays à étendre la couverture des services de santé (estimée comme étant la différence entre la couverture observée de vaccination et celle déduite de la richesse du pays). Le taux de croissance corrige la couverture pour chaque année en ajoutant à la couverture précédente un pourcentage (le taux de croissance) de la population concernée (100 % = le taux de couverture de l'année précédente). En utilisant cette méthodologie, on établit l'estimation des taux de couverture par intervention par pays et par année.

<sup>12</sup> Les ressources nécessaires pour les programmes PTME comprennent les frais des conseil et test volontaires pour les femmes enceintes, le coût du renforcement des services prénatals et d'accouchement pour la fourniture de PTME, le coût du traitement antirétroviral pour les femmes séropositives, et le coût des formules de lait pour les femmes qui choisissent de ne pas allaiter. Le programme utilisé ici est fondé sur les recommandations actuelles de l'OMS qui comprennent les conseils et tests volontaires pour les femmes enceintes, le traitement antirétroviral pour les femmes séropositives (doses journalières de AZT commençant à la 28<sup>e</sup> semaine, plus une dose unique de névirapine administrée à la mère dès le début de l'accouchement et une dose unique pour le nouveau-né au plus tard 48 heures après la naissance), des laits pour celles qui choisissent de ne pas nourrir au sein et des conseils de planification familiale pour permettre aux couples de réaliser leurs intentions en matière de fécondité future. Les taux de couverture sont uniquement appliqués aux femmes demandant des services prénatals afin de déterminer le nombre de celles qui bénéficient des conseils et des tests volontaires. Le coût estimé du renforcement du système est fondé sur le nombre de femmes séropositives. L'acceptation de la planification familiale est fondée sur les demandes non satisfaites de planification familiale telle que la mesurent les diverses enquêtes nationales. L'absence de services n'est qu'une des raisons pour lesquelles les couples ont des besoins non satisfaits de planification familiale. On suppose par conséquent que 25 % de ceux qui se rendent dans les services PTME ayant un besoin non satisfait de planification familiale l'accepteraient si elle était disponible là où se déroule la PTME.

<sup>13</sup> En supposant que chaque pays utilise au moins 50 kits par an plus un kit supplémentaire par million d'habitants.

<sup>14</sup> Les estimations du nombre d'injections sans respect de l'hygiène et le coût que représente le fait de les rendre sans risque ont été mis au point par l'OMS (Dziank G, et al (2003) : *The cost-effectiveness of policies for the safe and appropriate use of injection in health care settings, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 81(4):277-285*). Le nombre des injections sans respect de l'hygiène est estimé en multipliant le nombre total d'injections par les estimations régionales de la proportion de celles qui sont administrées sans respect de l'hygiène. Le nombre total des injections est estimé à partir du nombre régional d'injections par habitant (y compris les vaccinations chez l'enfant) et de la population totale de chaque pays.

<sup>15</sup> Calculées en tant que coût annuel par lit d'hôpital. Les données concernant le nombre de lits d'hôpital par habitant sont fournies par les *WDI* (indicateurs de développement dans le monde) de la Banque mondiale. Comme dans le cas des injections sans risque, le coût des précautions universelles n'est inclus que pour les pays où la prévalence chez l'adulte est égale ou supérieure à 1 %.

<sup>16</sup> Bertozzi S, et al (2004) *Estimating resource needs for HIV/AIDS health care services in low-income and middle-income countries. Health Policy 69(2):189-200*.

<sup>17</sup> On suppose que les soins palliatifs seront nécessaires dans les deux dernières années de la vie. Dans les cas où le malade a accès à des antirétroviraux, le traitement palliatif est retardé jusqu'à ce que le traitement antirétroviral soit sans effet.

<sup>18</sup> Tests initiaux et de confirmation effectués dans les cas de suspicion clinique d'infection à VIH.

<sup>19</sup> Coût du traitement des infections opportunistes pendant toute la durée de vie d'un adulte séropositif. Comme pour les soins palliatifs, on suppose qu'il se produira pendant les deux dernières années de la vie. Le traitement antirétroviral hautement actif (HAART) ne devrait pas changer le coût global du traitement des infections opportunistes (IO), mais plutôt le retarder jusqu'au terme de l'espérance de vie supplémentaire favorisée par le traitement antirétroviral. Le coût du traitement retardé est déduit, ce qui a pour résultat que la valeur actualisée nette du traitement des IO pour un malade qui vient de commencer un HAART est inférieure à celle qu'il représente pour un malade qui ne reçoit pas de HAART.

<sup>20</sup> A la fois le coût de ces deux médicaments et celui de la prestation du service. On prend pour hypothèse que la moitié de la population recevant le HAART a une réponse immunitaire au traitement suffisamment bonne pour qu'il lui soit possible d'arrêter la prophylaxie IO.

<sup>21</sup> En supposant des réductions de coût pour les tests de dépistage des CD4 et de la charge virale équivalentes à celles qui ont été négociées avec les fabricants de diagnostics par l'OPS pour l'Amérique latine.

<sup>22</sup> Prix différentiels pour les antirétroviraux, le prix minimal étant appliqué à tous les pays à faibles revenus, et le prix maximal dans les pays à revenus intermédiaires les plus riches, l'augmentation étant linéaire pour les autres pays à revenus intermédiaires proportionnellement à leur PIB par habitant. En outre, le prix minimal a été appliqué à tous les pays à revenus intermédiaires où la prévalence du VIH dépasse 5 % (c'est-à-dire en Afrique du Sud et au Botswana). Le coût de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH est égal à 70 % du coût spécifique de celle de la population adulte d'un pays donné.

<sup>23</sup> OMS (2002) *VIH/SIDA : Couverture de certains services de prévention et de soins dans les pays peu développés en 2001*. Genève.

<sup>24</sup> Même sans changement majeur de l'infrastructure, l'accès aux services sanitaires liés au VIH et au SIDA peut s'étendre dans le cadre des contraintes actuelles. Les mêmes installations et le même personnel employés à la prestation des soins de santé généraux peuvent être affectés à la prise en charge des maladies liées au SIDA. Pour modéliser l'augmentation de la couverture dans le cadre des contraintes actuelles, un taux de croissance a été estimé pour chaque pays.

## Annexe 2 : Hypothèses de modélisation

### Données

- Les données relatives aux programmes portant sur le VIH et le SIDA ont été calculées et fournies par le *Groupe Futures* (voir l'**Annexe 1** pour les hypothèses relatives aux éléments composant les programmes). On est parti de l'hypothèse que :
  - environ 80 % des coûts des programmes seraient vraisemblablement imputés aux budgets nationaux de la santé, les 20 % restants se répartissant entre les autres ministères, celui de l'Education en fournissant la plus grande partie.
  - les coûts proposés des programmes portant sur le VIH et le SIDA viendraient s'ajouter à d'autres besoins financiers et engagements nationaux en matière de santé.
- Les données concernant les dépenses de santé sont extraites du *Rapport sur la santé dans le monde* de l'OMS (rapport 2004 publiant les données de 2001 : données accessibles à l'adresse <http://www.who.int/>) et portent sur :
  - les dépenses totales de santé exprimées en pourcentage du PIB ;
  - les dépenses de santé des administrations publiques exprimées en pourcentage des dépenses totales de santé ;
  - les dépenses de santé des particuliers en pourcentage des dépenses totales de santé ;
  - les ressources extérieures consacrées à la santé en pourcentage des dépenses totales de santé.
- Les données économiques (PIB) pour 2001 ont été extraites des *World development indicators* (Indicateurs de développement dans le monde) publiés par la Banque mondiale et utilisées pour calculer les montants monétaires par habitant affectés aux dépenses du secteur de la santé (données accessibles à l'adresse <http://www.worldbank.org>).
  - La croissance économique – croissance réelle du produit intérieur brut (PIB) – a été calculée et exprimée sans tenir compte de l'inflation, des variations du taux de change, etc. Ces chiffres expriment la croissance économique globale, et non la croissance par habitant.
- Les données concernant la croissance démographique sont fondées sur les projections démographiques moyennes effectuées par la Division de la population des Nations Unies (voir *World population prospects: the 2002 revision*, disponible à l'adresse <http://www.esa.un.org>).
- Les données démographiques varient selon les scénarios et illustrent les effets des programmes proposés pour lutter contre le VIH et le SIDA ainsi que ceux de l'épidémie sur le nombre des décès et des naissances.
- Le scénario « Le poids du passé » donne l'estimation relative la plus basse de la population en raison des taux élevés de mortalité due au SIDA, et de la baisse du nombre des naissances. Dans « Le moment de la transition », la population est la plus élevée, car un plus grand nombre de décès sont évités et les naissances sont plus nombreuses. Les données démographiques « Des choix sans concession » se situent entre les deux autres scénarios - les taux de mortalité plus élevés que dans « Le moment de la transition » étant compensés par les bons résultats des efforts de prévention.
- En examinant les données existantes, on ne peut pas voir clairement comment les dépenses de santé associées au VIH et au SIDA se répartiront entre le gouvernement, les bailleurs de fonds extérieurs et privés, ainsi que les dépenses consenties par les particuliers, bien que certaines données régionales ou spécifiques à certains pays puissent être employées pour construire des hypothèses.
  - Les données provenant de l'Afrique Australe<sup>1</sup> (à l'exclusion de la République d'Afrique du Sud) permettent de penser que 10 à 15 % des dépenses totales concernant le VIH et le SIDA sont assurées par les administrations publiques, le reste provenant de l'Aide publique au développement (APD). Les estimations issues de travaux effectués au Sénégal<sup>2</sup> semblent indiquer que la contribution de la population aux dépenses totales de santé atteint environ 10 %, alors que les chiffres en provenance du Rwanda montrent que plus de 90 % des dépenses liées au VIH et au SIDA sont d'origine privée<sup>3</sup>.
  - L'hypothèse de travail pour ce modèle était qu'en données globales, pour les scénarios « Des choix sans concession » et « Le moment de la transition », 10 % des dépenses des programmes liés au VIH et au SIDA viendraient de donateurs privés, alors que pour « Le poids du passé », ce pourcentage serait plus élevé, soit environ 20 %.
- Dans les trois scénarios, en données globales, l'APD devrait couvrir 80 % des coûts des programmes liés au VIH et au SIDA en 2003 et baisser progressivement jusqu'en 2025.
- Dans « Des choix sans concession » et dans « Le moment de la transition », les budgets nationaux de la santé progressent, parfois parce que les budgets des administrations publiques

Figure  
96

## Hypothèses de modélisation et leurs conséquences

Variable	Référence	Hypothèses et conséquences		
		Des choix sans concession : l'Afrique s'engage dans la lutte	Le poids du passé : la spirale infernale	Le moment de la transition : l'Afrique rattrape le temps perdu
<b>Croissance économique</b>	Depuis 1990, le PIB par habitant a baissé d'environ 20 % pour atteindre près de 460 US\$ par individu en ASS <sup>a</sup> . Cette baisse est moindre en AO et en AE, et supérieure en Afrique Centrale.	2 % de croissance moyenne du PIB par an, compte non tenu de l'inflation, de la croissance démographique, etc.  Croissance du PIB égale à 60 %.  Augmentation de 10 % par habitant en AN et dans le SA, stagnation du revenu par habitant en AOC, et perte de 10 % en AE en raison d'une croissance démographique soutenue.	1,5 % de croissance moyenne du PIB par an, compte non tenu de l'inflation, de la croissance démographique, etc.  Croissance du PIB légèrement inférieure à 40 %.  Stagnation du revenu par habitant en AN et dans le SA, près de 20 % de perte de revenu par personne en AOC et AE en raison d'une forte progression démographique.	4 % de croissance annuelle réelle par habitant, compte non tenu de l'inflation, de la croissance démographique, etc.  PIB multiplié par 2,5.  Revenu par habitant en progression de 70 % en AN et dans le SA, et d'environ 40 % en AOC et AE.
<b>Augmentation des dépenses publiques</b>	Actuellement, 30 % du PIB en AE, 20 % en AOC, 24 % dans le SA et 19 % en AN.	Augmentation annuelle de 0,75 % en part de PIB.  (Les dépenses publiques augmentent du fait de la croissance obtenue par le secteur public et certaines augmentations de l'aide)  Niveaux en 2025 : AE 36,4 % du PIB ; AOC 23,9 % ; SA 28,5 % ; AN 22,5 %.	Stagnation de la part du PIB allant au budget.  (Les dépenses publiques se maintiennent à une proportion constante du PIB.)	Augmentation annuelle de 1 % de la part du PIB <sup>b</sup> dans le SA et en AOC, augmentation de 0,5 % en AE, et augmentation de 1,5 % en AN jusqu'en 2014, puis de 0,5 %.  (Les dépenses publiques augmentent du fait de l'élévation de l'assiette de l'impôt, d'une aide accrue et d'une politique budgétaire plus souple.)  Niveaux en 2025 : AE : 33,9 % du PIB, AOC 24,8 % ; SA 29,5 % ; AN 22,1 %.
<b>Accroissement du montant des dépenses publiques de santé financé par le pays lui-même</b>	Dépenses publiques de santé initiales en pourcentage du budget de l'Etat (agrégats) :  AE : 6,55 % AOC : 9,46 % SA : 10,16 % AN : 8,9 %.	Augmentation de la part de 1 % par an à partir de 2014 jusqu'à ce que le budget de la santé atteigne 13,2 % du budget de l'Etat.	La part augmente de 0,5 % par an. La part des dépenses publiques consacrée à la santé augmente pour atteindre en 2025 les pourcentages suivants des dépenses publiques :  AE : 9,9 % AOC : 10,6 % SA : 11,3 % AN : 9,9 %.	La part des dépenses publiques consacrée à la santé s'accroît pour atteindre 15 % des dépenses publiques, les parts augmentant comme suit :  AE : 1 % jusqu'à 2014, puis 4 % AOC : 1 % jusqu'à 2014, puis 3,5 % SA : 1 % jusqu'à 2014, puis 3 % AN : 1 % jusqu'à 2014, puis 3 %.
<b>Augmentation des dépenses publiques de santé financées extérieurement</b>	Aide extérieure par rapport aux dépenses publiques de santé (agrégats) :  AE : 51 % AOC : 46 % SA : 44 % AN : 12 %.	Augmentation initiale, puis baisse pour les programmes spécifiques au VIH et au SIDA. Accroissement progressif après 2015 s'agissant des interventions en dehors du VIH, p.ex. paludisme, maladies infantiles, tuberculose, etc.	Erratique. Croissance initiale et ensuite baisse. Augmentation jusqu'en 2015, puis baisse. Proportions des contributions constantes en termes de pourcentage du PIB, mais diminution en valeur (US\$) par personne, car le PIB ne parvient pas à suivre le rythme de la croissance démographique.	Rapide augmentation jusqu'en 2015, puis les niveaux se maintiennent.

<sup>a</sup> Note : AE : Afrique de l'Est ; AOC : Afrique de l'Ouest et Afrique Centrale ; SA : Afrique Australe ; AN : Afrique du Nord ; ASS : Afrique subsaharienne.

<sup>b</sup> 1 % du montant de référence, et non pas 1 % du PIB.

Source : ONUSIDA Le SIDA en Afrique Projet de scénarios.

augmentent, et l'APD diminue graduellement. Etant donné que les coûts des programmes proposés pour le VIH et le SIDA viennent s'ajouter aux dépenses sanitaires de base, l'APD continue de jouer un rôle important dans le financement du secteur général de la santé, ainsi que dans la programmation spécifique au VIH et au SIDA.

- Dans « Le poids du passé », les économies nationales en stagnation n'arrivent pas à croître suffisamment pour continuer à augmenter leur part des coûts des programmes portant sur le VIH et le SIDA. L'APD et les dépenses privées constituent toujours la principale source de financement.

### Traitement des données et terminologie

- Le simple modèle d'équilibre partiel mis au point pour ce projet ne cherche pas à être exhaustif, et n'atteint pas la complexité ni l'ampleur auxquelles on peut parvenir avec un modèle d'équilibre général.
- Les chiffres énumérés dans chaque scénario sont le résultat d'extrapolations linéaires de tendances au sein du scénario. Il ne faut pas les considérer comme des prévisions, mais comme une tentative plausible de modéliser et d'expliquer le coût des programmes portant sur le VIH et le SIDA dans chaque scénario.
- Tous les montants exprimés en dollars des Etats-Unis (US\$) qui en résultent sont

exprimés en dollars 2002, mais sont fondés sur les données du PIB de 2001. Les hypothèses des scénarios et celles qui sont particulières à certaines questions sont indiquées dans le tableau ci-dessus.

<sup>1</sup> Martin HG (2003) *A comparative analysis of the financing of HIV/AIDS programmes in Botswana, Lesotho, Mozambique, South Africa, Swaziland and Zimbabwe*. Research Programme on the Social Aspects of HIV/AIDS and Health. Cape Town, Human Sciences Research Council.

<sup>2</sup> Vinard P, et al (2003) *Analysis of HIV/AIDS expenditures in Senegal: from pilot project to national program*. In: Agence Nationale de Recherches sur le Sida (2003) *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries, issues and challenge*, pp.459-482. Paris, France, ANRS.

<sup>3</sup> Schneider P, et al (2000) *Rwanda national health accounts 1998*. Technical Report No. 53, Partnerships for Health Reform Project. Bethesda, MD, Abt Associates Inc.

## Annexe 3 : Liste des personnes ayant contribué à cet ouvrage

Les personnalités éminentes dont le nom est cité ci-après ont mis leur temps et leur sagesse à la disposition de ce projet et nous tenons tout particulièrement à leur exprimer notre reconnaissance.

### A

Ali Abdelmagid; Carla Abou-Zahr; Sara Abraham; Tokunboh Adeyemo; Margaret Agama; Sandrine Agbokpe; Peter Aggleton; Rok Ajulu; Keith Alcorn; Chris Alden; Calle Alemedal; Almaz Amine; Betty Amailuk; Akosua Adomako Ampofo; Mary Amuyunzu-Nyamongo; Edward Anderson; Roy Anderson; Michael Angaga; Maha Aon; Jerry Ash; Richard Ashcroft; Dorothy Atieno; Omu Anzala; Sam Avrett;

### B

Bertrand Badré; Khadija Bah; Harvey E Jr Bale; Tony Barnett; Luc Barriere-Constantin; Michael Bartos; Jacqueline Bataringaya; Ahmed Bawa; Clive Bell; Carol Bellamy; Paul Bennell; Gebre Egziabher Tewolde Berhan; Seth Berkley; Abdelmalak Berrebeh; Jean-Claude Berthélemy; Stef Bertozzi; David Bevan; Nadia Beza; Alok Bhargava; Iman Bibars; David Bloom; Lizet Boerstra; Lori Bollinger; Patrick Bond; René Bonnel; David Booth; Maganga Boumba; Richard Boustred; Albert Bressand; Daniel Brockington; Nathalie Broutet; Gro Harlem Brundlandt; Heather Budge-Reid; Anet Bujra; Kate Butcher;

### C

Mary Caesar; Edwin Cameron; Heather Cameron; Rebecca Carter; Lucian Cernat; Alya Chamari; V Chandra-Mouli; Hannah Chaplin; Rufaro R Chatora; Imam El Hadj Cisse Djiguiba; Fiona Clark; Julia Cleves; Jenny Clover; Ernestina Coast; Lisa Cook; Hoosen Coovadia; Peter Cornelius; Mary Crewe; Elizabeth Cromwell; Jonathan Crush;

### D

Patricia Daley; Ramatu Daroda; Ged Davis; Luc De Bernis; Kevin de Cock; Josef Decosas; Benny Dembitzer; Frank Beadle de Palomo; Alan Detheridge; Alex de Waal; Isabell de Zoysa; Mamadou Diouf; Belinda Dodson; Sunday Dogonyaro; Julie Downs; Zenabou Drabo; Nico Drager; Alexandra Draxler; Gerard Drenth; Scott Drimie; Chris Dye; Tim Dyson;

### E

Esther Eidinow; Shirin Elahi; Hicham El Rouby; Shewit Emmanuel; Enabling Dimensions; Eduardo Escobedo; José Esparza;

### F

Marika Fahlen; Samir Faiadh; Bode-law Faleyimu; Omolulu Falobi; Timothy Farley; John Farrington; Tayo Fatunla; Anthony

Fauci; Baruch Fischhoff; Molly Fitzgerald; Stuart Flavell; Virginia Davis Floyd; Geoff Foster; Melissa Fourie; Thabo Fourie; Joseph Francois; Friedrich Ebert Stiftung; Katherine French; The Futures Group;

### G

Maciej Gajewski; Laurie Garrett; Quentin Gausset; Helen Gayle; Erick Gbodossou; Stephen Gelb; Stefan Germann; Tegegnetwork Gettu; Peter Ghys; Diana Gibb; Charles F Gilks; David Gordon; Baba Goumbala; Robert Greener; Meskerem Grunitzky-Bekele; Geeta Rao Gupta; Samantha Guy;

### H

Hussein Hammouda; Fama Hane-Ba; Keith Hansen; Corynne Harvey; Joe Martín Harvey; Paul Harvey; Suzette Heald; Barbara Heinzen; Peter Heller; Joanne Hemmings; Sylvie Herda; Mark Heywood; Patricia Hindmarsh; Dan Hogan; Jaco Homsy; Robert Houdek; Genevieve Hutchinson;

### I

Mike Isbell;

### J

Abdoulie Janneh; Richard Jeffries; Laurence John; Desmond Johns;

### K

Magid Kagimu; Andrew Kailembo; Grace Kalimugogo; Koosum Kalyan; Sarah Degnan Kambou; Musimbi Kanyoro; Ossy MJ Kasilo; Elly Katabira; Charles Ibnou Katy; Michel Kazatchkine; David Keen; Michael J Kelly; David Kihumuro-Apuuli; Rachel King; Tracey King; Karusa Kiragu; Art Kleiner; Barbara Klugman; Stephen Kramer; Georgina Krebs; Nambusi Kyegombe; Primrose Kyeyune;

### L

Marie Laga; Murray Last; Theodore Lebel; Vivian Lee; Garth Le Pere; Jeffrey Lewis; Rene Loewenson; Angela Lomosi; Mark Loudon;

### M

Shaun McCarthy; Frances McCaul; Craig McClure; William (Bill) McGreevy; Alexandra MacLean; Fiona McLean; Vincent Magombe; Ajay Mahal; Mahesh Mahalingam; Malegapuru Makgoba; Metsi Makhetha; Ennita Manyumwa; Hein Marais; Daria Martin; Adele Maruatona; Elizabeth Marum; Laban Masimba; Paul Masson; Macdonald Maswabi; Brian Chituwo Mateta; Lucky Mazibuko; Ali Mazrui; John

Mbaku; Soleymane Mboup; Suman Mehta; Guy Mhone; Carole Akuavi Mijola; Heather Milkiewicz; D Miller; Anne Mills; Thandika Mkandawire; Sibongile Mkhabela; Khadija Moalla; Dilys Morgan; Iman Mortagy; Roland Msiska; Promise Mthembu; Mbulawa Mugabe; Sobbie Mulindi; Arthur Muliro; Lydia Mungherera; Alison Munro; Michael Munywoki; Richard O. Musebe; Sisule Musungu;

## N

Peter S Navario; Nikki Naylor; Marie Louise Ndala; Ndiori Ndiaye; Francis Jim Ndowa; Mistry Neeraj; Trevor Neilsen; Moise Nembot; Mariane Ngoulla; Gregory Niblett; Patrick Noack; Marcus Noland; Pelucy Ntambirweki; James Ntozi; Hazel Nunn; Kasirim Nwuke; Elizabeth Nyamayaro; Joseph M Nyasani;

## O

Thoraya Ahmed Obaid; Christine Obbo; Carla Obermeyer; Cecilia Oh; Peter Okaalet; Jay Okey; Benjamin Olley; Funmi Olonisakin; Peter Ondeng; Katja Oppinger; Mohamed Osman; Babatunde Osotimehin; Niya Osundare; Adrian Otten; Hulda Ouma; Dapo Oyewole;

## P

Joan Parker; Vangie Parker; Warren Parker; Brad Parks; Mark Pearson; Bernard Pecoul; JDY Peel; Dario Peluso; Marco Peluso; Jos Perriens; Robyn Pharoah; Joy Phumaphi; Peter Piot; Nana Poku; Sara Post; Eleanor Preston-Whyte; James Putzel;

## R

Gita Ramjee; Mamphela Ramphele; Kamoun Ridha; Belinda Ridley; Peter Robbs; Tamsen Roachat; Andrew Rogerson; Mattia Romani; Roxana Rogers; Andrew Rogerson; Mattia Romani; David Ross; Jane Rowley; Gabriel Rugalema; Brad Ryder;

## S

Jeffrey Sachs; Xavier Sala-i-Martin; Joshua A Salomon; Mohamed Sammud; Art Sandoval; Landing Savane; Allan Schapira; Martin Schoenteich; Brooke Schoepf; Bernhard Schwartlander; Hakan Seckinelgin; Alinah K. Segobye; Tabitha Sewe; Halima Shariff; Robin Shattock; Lorraine Sherr; Clare Short; Michel Sidibe; Yelibi Sibili; Elizabeth Sidiropoulos; Nono Simelela; Charles Simkins; Bernadette Simmons; Ann Smith; Richard Smith; Samantha Smith; Karen Stanecki; Joshua Solomon; Jean-Marc Steens; Alan Stein; Dan Stein; Joanne Stein; Mark Stirling; John Stover; Jeffrey Sturchio;

## T

Manal Mohamed A. Taha; Patrick Taran; Oussama Tawil; Cecilia Taylor-Camara; Thomas Tchetmi; Robert Teh; Fernanda Teixeira; Petra ten Hoop Bender; Thomas Teusher; Dirk W. te Velde; Daphne Topouzis; Rob Tripp; Louis-Phillippe Tsitsol-Meke; Joseph Tumushabe;

## V

Ronald Valdisseri; Phillipe Vandenbrooke; Chris van der Burgh; Louis van der Merwe; Mirjam van Donk; Johan van Zyl; James Vidal; German Velasquez; Coenraad Visser;

## W

Catriona Waddington; Mark Wainberg; Neff Walker; Saul Walker; Charles Wambebe; Onyekachi Wambu; Mitchell Warren; Catherine Watt; Charlotte Watts; Jonathon Weber; Beatrice Were; Wilson Milton Were; Howard White; Alan Whiteside; Steve Wiggins; Marissa Wilkins; Angela Wilkinson; Brian Williams; Marie-Hélène Wilreker; Rachel Wilson; Gemma Wilson-Clark; Kate Wood; Alain Wouters;

## Y

Graham Yeo; Meseret Yirga;

## Z

Elizabeth Zaniewski; Zapiro.

## Annexe 4 : Glossaire

### Aide publique au développement (APD)

Dans le contexte de cet ouvrage, on a retenu la définition suivante : Dons ou prêts à des pays ou territoires figurant dans la Partie I de la liste des bénéficiaires de l'aide du Comité d'aide au développement (pays en développement) qui sont : a) accordés par le secteur public ; b) dont l'objectif principal est la promotion du développement économique et de la protection sociale ; c) à des taux financiers de faveur [s'il s'agit d'un prêt, il comporte un élément de don supérieur ou égal à 25%]. Outre les flux financiers, une coopération technique est incluse dans l'aide accordée. La coopération technique fait partie de l'aide. Sont exclus les dons, prêts et crédits à but militaire. Les paiements de transfert vers les particuliers (par exemple, les retraites, les dommages et intérêts et les versements des assurances) ne sont habituellement pas comptés.

### Année de vie ajustée sur la qualité de la vie (QALY)

Une année de vie ajustée sur la qualité de la vie (QALY) prend en compte à la fois la quantité et la qualité de la vie gagnée grâce aux interventions sanitaires. Il s'agit du produit arithmétique de l'espérance de vie et d'une mesure de la qualité des années de vie restantes. Si la durée de vie d'une personne est raccourcie ou affectée par une mauvaise santé (comme le SIDA) susceptible d'être évitée ou améliorée par un traitement adéquat, la QALY fournit une certaine mesure de la valeur du traitement calculée en années de vie améliorées.

### ARV

(Médicament) antirétroviral

### Epidémie

Une maladie qui se propage rapidement dans un segment démographique de la population humaine, comme par exemple tous les habitants d'une zone géographique ; une base militaire ou une unité de population semblable ; ou toutes les personnes d'un certain âge ou sexe, telles que les enfants ou les femmes d'une région. Les maladies épidémiques peuvent se transmettre d'une personne à une autre à partir d'une source contaminée, telles que les denrées alimentaires ou l'eau.

### Epidémiologie

Branche de la science médicale qui étudie l'incidence et la répartition d'une maladie dans une population ainsi que les mesures de lutte contre cette maladie.

### Incidence du VIH

L'incidence du VIH (parfois appelée

incidence cumulative) est la proportion de personnes qui ont été infectées par le VIH pendant une durée spécifiée. L'*ONUSIDA* se réfère normalement au nombre de personnes (de tous les âges) ou aux enfants (0-14 ans) qui ont été infectés au cours de l'année précédente.

### Infecté(e) par le VIH

Qualificatif différent de 'séropositif(ve) au VIH' (car parfois il peut s'agir d'un résultat de test faussement positif, notamment chez le nourrisson jusqu'à l'âge de 18 mois). L'expression 'infecté(e) par le VIH' est habituellement utilisée pour indiquer que le VIH a été mis en évidence au moyen d'analyses du sang ou des tissus.

### Infections opportunistes

Maladies causées par divers organismes, dont certains n'entraînent habituellement pas de maladie chez une personne bien portante dont le système immunitaire est intact. Les personnes vivant avec une infection à VIH avancée sont atteintes d'infections opportunistes au niveau des poumons, du cerveau, des yeux et d'autres organes.

### Observance du traitement

Mesure dans laquelle un patient prend ses médicaments en respectant exactement le mode de prescription (on dit aussi 'respect du traitement').

### Organisation confessionnelle

Expression désignant les organisations comme les églises et autres organisations religieuses.

### Orphelins

Dans le contexte du VIH et du SIDA, il est préférable de parler d'"enfants rendus orphelins du fait du SIDA" ou d'"orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH et le SIDA". Dans la présente publication, ce terme est utilisé pour décrire un enfant qui a perdu au moins l'un de ses parents.

### Pandémie

Maladie prévalente dans tout un pays, sur tout un continent ou dans le monde entier. On emploiera de préférence le mot pandémie lorsqu'il s'agit d'une maladie mondiale, et celui d'épidémie lorsqu'on se situe au niveau du pays ou de la région. Voir EPIDEMIE

### Prévalence du VIH

Habituellement exprimée en pourcentage, la prévalence du VIH quantifie la proportion d'individus qui, dans une population, ont contracté le VIH à un moment particulier dans le temps. L'*ONUSIDA* signale normalement la prévalence du VIH chez l'adulte (de 15 à 49 ans).

### Produit intérieur brut

Valeur de tous les biens et services produits dans un pays en une année (voir aussi revenu national brut). Le PIB peut être calculé en ajoutant toutes les recettes d'une économie – salaires, intérêts, bénéfices et rentes – ou toutes les dépenses – consommation, investissements, achats publics, et les exportations nettes (exportations moins importations). Ces deux résultats devraient être égaux parce que les dépenses d'une personne sont toujours égales aux recettes d'une autre, de sorte que la somme de toutes les recettes doit être égale à la somme de toutes les dépenses.

### Revenu national brut

Anciennement appelé 'produit national brut', le 'revenu national brut' comprend la valeur totale des biens et des services produits dans un pays (c-à-d. son 'produit intérieur brut'), augmenté des recettes totales provenant des autres pays (principalement les intérêts et les dividendes), moins tout paiement semblable versé aux autres pays.

### Scénario

Un scénario est une histoire qui décrit un avenir possible. Il recense certains événements significatifs, les principaux acteurs et leurs motivations, et montre comment fonctionne le monde. Les scénarios se présentent toujours en groupes pour exprimer l'incertitude de l'avenir. Les scénarios ne sont pas l'histoire de ce qui devrait arriver, mais décrivent ce qui pourrait arriver. Ce ne sont ni des prévisions, ni des projections, ni des extrapolations du présent. Les bons scénarios sont plausibles, logiques, et à la fois pertinents et mobilisateurs. Un ensemble de scénarios constitue un instrument qui peut être utilisé pour améliorer la prise de décisions en faisant face aux hypothèses, en admettant l'incertitude, en élargissant les perspectives, et s'employant à résoudre les principaux dilemmes et conflits.

### Surveillance

Collecte, analyse et interprétation systématiques et continues des données relatives à une maladie ou un problème de santé. Recueillir des échantillons de sang à des fins de surveillance s'appelle séro-surveillance.

### Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)

Le SIDA est une maladie mortelle causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ce virus détruit la capacité de l'organisme à lutter contre l'infection et la maladie, ce qui peut finalement conduire à la mort. Actuellement, les médicaments peuvent ralentir la réplication du virus, mais ne sont pas en mesure de guérir le SIDA.

### Thérapie antirétrovirale (ART)

Traitement qui utilise des médicaments antirétroviraux pour supprimer les réplifications virales et améliorer les symptômes. Pour un traitement antirétroviral efficace, il faut utiliser simultanément trois ou quatre antirétroviraux. Comme le précisent les « *Recommandations pour une approche de santé publique. Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées* » (juin 2002). Ces recommandations (que l'on peut consulter à l'adresse <http://www.who.int/>) visent à soutenir et faciliter une gestion et une amélioration adéquates de l'accès aux traitements antirétroviraux, et portent sur les schémas thérapeutiques de première et de seconde intentions recommandés chez l'adulte et l'enfant, les raisons pour changer de traitement antirétroviral, la surveillance des patients, les effets indésirables de l'ART, et donnent des conseils spécifiques pour certains sous-groupes de malades.

### Traitement antirétroviral hautement actif (HAART)

Nom donné aux schémas thérapeutiques recommandés par les principaux experts en matière de VIH pour supprimer vigoureusement la réplication virale et le progrès de la maladie due au VIH. Plus récemment, certains médicaments ont été mis au point pour empêcher le virus d'entrer dans la cellule. Le schéma thérapeutique HAART associe habituellement au moins trois médicaments différents dans une seule formule 'association à doses fixes' (FDC). Il a été démontré que ces schémas thérapeutiques réduisaient la quantité de virus de sorte qu'il devient indétectable dans le sang du patient (toutefois, il ne leur est toujours pas possible d'éliminer complètement le virus de l'organisme, et ne peuvent donc pas 'guérir' le VIH).

### Vaccin

Substance contenant des composants antigéniques provenant d'un organisme infectieux. En stimulant la réponse immunitaire, et non pas la maladie, il protège contre toute infection ultérieure due à cet organisme. Il existe des vaccins préventifs (par exemple contre la rougeole ou les oreillons) ainsi que des vaccins thérapeutiques.

### Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Virus qui affaiblit le système immunitaire, et conduit en fin de compte au SIDA. Etant donné que VIH signifie 'virus de l'immunodéficience humaine', il est superflu de faire référence au *virus du VIH*.

### Usages anciens et usages dorénavant préférés

Ancien	Préféré
Epidémie de VIH/SIDA	Epidémie de SIDA
Groupes à risque élevé	Populations-clés à risque élevé
Groupes vulnérables	Plus susceptibles d'être exposés au VIH
Le plus vulnérable à l'infection	Le plus susceptible d'être exposé au VIH
Lutte contre le SIDA	Riposte au SIDA
Pays en développement	Pays à faible et moyen revenus
Personnes vivant avec le VIH/SIDA	Personnes vivant avec le VIH et le SIDA
Prévalence du VIH/SIDA	Prévalence du VIH
Prévention du VIH/SIDA	Prévention du VIH
Taux de prévalence	Prévalence
Test du VIH/SIDA	Test du VIH
VIH/SIDA	VIH et SIDA
VIH/SIDA	Maladie due au VIH ou au SIDA

## Annexe 5 : Bibliographie

Des centaines de documents ont été compulsés pour l'élaboration de ce projet. Il est possible d'en consulter la bibliographie complète sur le site internet du projet (<http://www.unaids.org/aidsscenarios>) et sur le CD-ROM annexe, disponible auprès de l'ONUSIDA. Nous énumérons ci-dessous les documents qui se sont avérés particulièrement utiles, ainsi que des références et les documents qui ont été demandés spécifiquement pour le projet.

- AbouZahr C et al. (2003) *Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities. An analysis of trends, levels and differentials, 1990–2001*. New York/Genève, UNICEF/OMS. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.childinfo.org>
- Adam I (2004) Ghana to blacklist NGOs. BBC News. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.news.bbc.co.uk>.
- Africa All Party Parliamentary Group (2004) *Averting catastrophe: AIDS in 21st century Africa*, A report from the Africa All Party Parliamentary Group. London, Africa All Party Parliamentary Group/The Royal African Society.
- Afrobarometer (2004) *Public opinion and HIV/AIDS: Facing up to the future*, Briefing Paper No. 12, April 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.afrobarometer.org>.
- Afrobarometer (2004) *Afrobarometer media briefing and summary of findings*. Press release, April 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.afrobarometer.org>.
- Amuyunzu-Nyamongo M, Karusa K (2003) *Gender Roles and Sexual Behaviour in Africa*. Projet de document.
- Anderson A (2001) *Global pentecostalism in the new millennium*. Aarhus, The Charismatic Movement and the Churches Centre for Multireligious Studies.
- Anderson A (2001) *Pentecostals in Africa The shape of future Christianity?* Aarhus, Centre for Multireligious Studies.
- Anderson E, Chaplin H, coordinated by Wiggins S with assistance from Cromwell E, Farrington J, Harvey P, Tripp R (2003) *How will Africa feed itself in the year 2025, under the three different scenarios?* Overseas Development Institute. Projet de document.
- Appadurai A (2004) The capacity to aspire: *Culture and the terms of recognition*. In: Rao V, Walton M, eds. *Culture and Public Action: A Cross-Disciplinary Dialogue on Development Policy*. Palo Alto, Stanford University Press.
- Arhin-Tenkorang D, Conceicao P (2003) Beyond communicable disease control: Health in the age of globalisation. In: Kaul I et al. *Providing global public goods: Managing globalization*. New York, Oxford University Press. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.undp.org>
- Ashford L (2000) *Social marketing for adolescent sexual health: Results of operations research projects in Botswana, Cameroon, Guinea, and South Africa*. Washington DC, Population Reference Bureau et Population Services International.
- Association médicale islamique d'Ouganda (2001) *Jihad on AIDS: Self discipline using Allah's guidance*. Première Consultation internationale sur le VIH/SIDA des leaders musulmans. 1–4 novembre. Kampala, Ouganda.
- Attawell K, Mundy J (2003), *Provision of antiretroviral therapy in resource-limited settings: a review of experience up to August 2003*. Préparé par le Health Systems Resource Centre pour le Département pour le développement international (DFID) du Royaume-Uni en collaboration avec l'OMS. Londres, DFID.
- Avrett S (2003) *HIV vaccines: Exploring future scenarios in Africa*. Projet de document.
- Bachmannand MO, Booyesen FLR (2003), Health and economic impact of HIV/AIDS on South African households: A cohort study. *BMC Public Health*, 3:14–21.
- Bale H E, Gajewski M (2003) *The pharmaceutical industry's role in fighting the AIDS pandemic in Africa*. Projet de document.
- Banque mondiale (2003) *Africa development indicators*. Washington DC. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.worldbank.org>
- Banque mondiale (2004) *Perspectives économiques mondiales 2004: Réaliser les promesses de développement du Programme de Doha - Septembre 2003*.
- Banque mondiale (2003) *Global development finance – Striving for stability in development finance*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.worldbank.org>
- Banque mondiale (2004) Development aid is melting away: Wolfensohn. *World Bank Press Review*, May 12, 2004.
- Barnett T, Blaikie P (1992) *AIDS in Africa: Its present and future impact*. New York, Guilford Press.
- Barnett T, Whiteside A (2002) *AIDS in the 21st century: Disease and globalisation*. New York, Palgrave-Macmillan.
- Baylies C, Bujra J (2000) *AIDS, Sexuality and gender in Africa: Collective strategies and struggles in Tanzania and Zambia*. London/New York, Routledge.
- BBC News (2004) Polio vaccination boycott spreads. BBC News, Tuesday, 24 February.
- Bennell P (2003) *HIV and the education sector*. Projet de document.
- Berman D (2002) Supply crisis of BMS ARVs in Kenya. *E-drug*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.essentialdrugs.org/edrug/>
- Berthélemy JC, Söderling L (2001) *Will there be new emerging countries in Africa by the year 2020?* Conference on Development Policy in Africa: Public and Private Perspectives Oxford University, CSAE, 29–31 March 2001.
- Bloom D, Canning D, Jamison D (2004) Health, Wealth, and Welfare. *Finance & Development*, March:10–15.
- Boerstra L (2003) *What are and might be the implications of the interaction between HIV and Malaria infection?* Projet de document.
- Bollinger L, Cooper-Arnold K, Stover J (2004) Where are the gaps? The effects of HIV-prevention interventions on behavioural change. *Studies in Family Planning*, 35(1):27–38.

- Bond P (2002) The new partnership for Africa's development: Social, economic and environmental contradictions. *CNS*, June, 13(2).
- Bond P (2003) *Africa in a responsible global village?* Projet de document.
- Bond P (2003) *African access to global markets?* Projet de document.
- Booth D (2003) Introduction and overview. *Development Policy Review*, 21(2):131–159.
- Bonnel R (2003) *HIV/AIDS and economic and social development*. Projet de document.
- Bonnel R (2003) *Debt burden and structural adjustment*. Projet de document.
- Brody S, Potterat JJ (2003) Assessing the role of anal intercourse in the epidemiology of AIDS in Africa. *International Journal of STD and AIDS*, 14(7):431–436.
- Bryant M, Mugenyi P, Whalen C (2003) *Is widespread resistance to anti-retroviral agents inevitable in Africa?* (Abstract) Pour la 131<sup>e</sup> réunion annuelle de la American Public Health Association (APHA), 15–19 novembre. Washington DC, American Public Health Association. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.apha.confex.com>
- Burton I, Kates RW, White GF (1993) *The environment as hazard*, 2nd ed. New York, Guilford Press.
- Caraël M (1997) Urban-rural differentials in HIV/STDs and sexual behaviour. In: Herbst G, ed. *Sexual cultures and migration in the era of AIDS: anthropological and demographic perspectives*. Oxford, Clarendon Press.
- Castleman T, Seumo-Fosso E, Cogill B (2003) *Food and nutrition implications of antiretroviral therapy in resource limited settings*. Washington DC, Food and Nutrition Technical Assistance Project, Academy for Educational Development. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.fantaproject.org>
- CBC (2003) *Enabling corporate citizenship for sustainable development: Joint action plan for business and governments* (projet). Submission by the Commonwealth Business Council to the Commonwealth Business Forum and Commonwealth Heads of Government Meeting, Décembre 2003.
- CEA (2003) *Rapport économique sur l'Afrique 2003 : Accélérer le rythme du développement*. Addis-Abeba (E.03.II.K.1). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.uneca.org>
- Centre for Health and Gender Equity (2004) *Debunking the myths in the U.S. global AIDS strategy: An evidence-based analysis*. Maryland, USA, Centre for Health and Gender Equity.
- CENUE/CNUCED/UNESCO/UIT/OCDE/Eurostat *Statistical Workshop: Monitoring the Information Society: Data, Measurement and Methods. Benchmarking Connectivity in Africa: Towards Effective Indicators for Measuring Progress in the Use of ICTs in Developing Countries*. Pour plus d'information : <http://www.itu.int>
- Clemens MA, Kenny CJ, Moss TJ (2004) *The trouble with the MDGs: Confronting expectations of aid and development success*. Economics Working Paper (0405011) archive at WUSTL. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ideas.repec.org>
- CNUCED (2003) *Le développement économique en Afrique : Résultats commerciaux et dépendance à l'égard des produits de base*. UNCTAD/GDS/AFRICA/2003/1. Pour plus d'information, voir : <http://www.unctad.org>
- CNUCED (2004) *Les pays les moins avancés, rapport 2004 : Commerce international et réduction de la pauvreté*. Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unctad.org>
- CNUCED/Secrétariat du Commonwealth (2001) *Duty and quota free market access for LDCs: An analysis of Quad initiatives*. UNCTAD/DITC/TAB/Misc.7. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unctad.org>
- Commission on Capital Flows to Africa (2003) *A ten-year strategy for increasing capital flows to Africa*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.iie.com>
- Conseil oecuménique des églises (2001) *Increased partnership between faith-based organizations, Governments and inter-governmental organisations*. Statement by faith-based organisations facilitated by the World Council of Churches for the UN Special Assembly on HIV/AIDS, June 25–27. Voir <http://www.wcc-coe.org>
- Conseil oecuménique des églises (2001) *Plan of action: The ecumenical response to HIV/AIDS in Africa*. Global Consultation on the Ecumenical Response to the Challenge of HIV/AIDS in Africa. Nairobi, Kenya, 25–28 novembre 2001.
- CRDI (en cours) Acacia Initiative: Communities and the Information Society in Africa Program Initiative. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.web.idrc.ca>
- Creese A et al. (2002) Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *The Lancet*, 359:1635–1642.
- Daley P, Brockington D (2003) *HIV/AIDS and migration*. Projet de document.
- Daniels N (2004) *How to achieve fair distribution of ARTs in "3 by 5": Fair process and legitimacy in patient selection*. Pour la consultation sur l'accès équitable aux soins liés au VIH/SIDA, 26–27 janvier. Genève, ONUSIDA/OMS.
- Darkoh E (2004) Challenges and insights from Botswana's national anti-retroviral programme. *AIDS Analysis Africa*, 14(4).
- Day, J. H. et al. (2003) Attitudes to HIV voluntary counselling and testing among mine works in South Africa: Will availability of antiretroviral therapy encourage testing? *AIDS Care*, 15(5):665–672.
- De Cock K et al. (2003) *UNAIDS scenario on voluntary counselling and HIV testing*. Projet de document.
- De Waal A, Abdul Raheem T (2004) What is the value of NEPAD? *Africa Analysis*, 441, 20 February. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.sarpn.org.za>
- De Zoyza I (2003) *Scenarios for the future: Prevention of mother-to-child transmission of HIV*. Projet de document.
- Decosas J (2002) *The social ecology of AIDS in Africa* (projet). Préparé pour le projet UNRISD, VIH/SIDA et développement. Genève, UNRISD.
- Decosas J (2003) *Community cohesion*. Projet de document.
- Department of Health (2002) *The impact of HIV on the health sector*. Cape Town, HSRC Publishers. Disponible à l'adresse suivante : [www.hsrcpublishers.ac.za](http://www.hsrcpublishers.ac.za).
- Devarajan S, Dollar D, Holmgren T (2001) *Aid and reform in Africa: Lessons from ten case studies*. Washington DC, Banque mondiale.
- Devlin R, Castro L (2002) *Regional banks and regionalism: A new frontier for development financing*. Prepared for the Conference on Financing for Development: Regional Challenges and the Regional Development Banks at the Institute for International Economics, February 19, 2002. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.iadb.org>
- DFID (2002) *What are we doing to tackle world poverty? A quick guide to the Department for International Development*. DFID, Londres. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.dfid.gov.uk>
- DFID (2004) *The causes of conflict in sub-Saharan Africa*. Londres. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.dfid.gov.uk>
- Dodson B, Crush J (2003) *Mobile 'deathhoods': Migration and HIV/AIDS in Africa*. Projet de document.
- Draxler A (2003) *Education and HIV/AIDS: Will the circle be vicious or virtuous?* Projet de document.
- ECI Africa Consulting (2003) *Impact of OVCs on fiscal systems & governance*. Projet de document.
- Epstein H (2003) AIDS in South Africa: The invisible cure. *The New York Review of Books*, 50(11), 17 July.
- Foss AM et al. (2003) Shifts in condom use following microbicide introduction: should we be concerned? *AIDS*, 17:1227–1237.
- Foster M, Keith A (2003) *The case for increased aid. Final report to the Department for International Development, Volume 1: Main Report*. Essex, Mick Foster Economics Ltd.
- François J F (2003) *Trade modelling*. Projet de document.
- French K (2003) *Impact of the HIV/AIDS epidemic in Russia and Eastern Europe, India and China*. Projet de document.

- Gausset Q (2001) AIDS and cultural practices in Africa: The case of the Tonga (Zambia). *Social Science and Medicine*, 52(4):509–518.
- Gayle Martin, H (2003) *A comparative analysis of the financing of HIV/AIDS programmes in Botswana, Lesotho, Mozambique, South Africa, Swaziland and Zimbabwe*. Prepared for the Social Aspects of HIV/AIDS and Health Research Programme of the Human Sciences Research Council (South Africa). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hsrcpublishers.ac.za>
- Gbodossou EVA et al. (2003) *The role of traditional medicine in the fight against HIV/AIDS in Africa*. Projet de document.
- German T, Randel J (2002) Never richer, never meaner. In: *The reality of aid 2002*, Manila, Reality of Aid. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.devinit.org>
- Gillson I et al. (2004) *Understanding the impact of cotton subsidies on developing countries* (Working Paper). Londres, Overseas Development Institute.
- Global HIV Prevention Working Group (2002) *A Blueprint for Action*, July. Seattle, Washington, The Bill & Melinda Gates Foundation.
- Global HIV Prevention Working Group (2003) *Access to HIV prevention: Closing the gap*. May. Seattle, The Bill & Melinda Gates Foundation.
- Graham W and Hussein J (2003) *Measuring and estimating maternal mortality in the era of HIV/AIDS*. Workshop on HIV/AIDS and adult mortality in developing countries (UN/POP/MORT/2003/8). New York, Division de la Population du Département des Affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies.
- Graham Y (2003) *Africa in 2023: Reducing marginalisation and enhancing the quality of integration into the global economy*. Projet de document.
- Gray PB (2004) HIV and Islam: Is HIV prevalence lower among Muslims? *Social Science and Medicine* 58:1751–1756.
- Green E (1994) *AIDS and STDs in Africa: Bridging the gap between traditional healers and modern medicine*. Oxford/Boulder, Co., Westview Press.
- Greenhill R, Sisti E (2003) *Real progress report on HIPC*. London, Jubilee 2000 Research. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.jubilee2000uk.org>
- Hargreaves JR et al. (2002) Socioeconomic status and risk of HIV infection in an urban population in Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 7(9):793–802.
- Harsch E (2004) Agriculture: Africa's 'engine for growth': Small-scale farmers hold the key, says NEPAD plan. *Africa Recovery*, 17(4):13.
- Heald S (2002) It's never as easy as ABC: Understandings of AIDS in Botswana. *Journal of Aids Research*, 1(1):1–10.
- Heald S (2003) An absence of anthropology: Critical reflections on anthropology and AIDS policy and practice in Africa. In: Ellison G, Parker M, Campbell C, eds. *Learning from HIV/AIDS: a biosocial approach*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Heald S, Segobye A (2003) *Cultural and religious values*. Projet de document.
- Held D (2004) *Globalisation: the dangers and the answers*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.openDemocracy.net>.
- Heller P (2003) *The debt problem of low-income countries: The challenge of achieving debt sustainability*. Projet de document.
- Hogle JA, ed. (2002) *What happened in Uganda? Declining HIV prevalence, behaviour change, and the national response*. Project Lessons Learned Case Study, September. Washington DC, USAID.
- International Crisis Group (2004) Northern Uganda: Understanding and solving the conflict. *Africa Report* 77, 14 April.
- Isbell M (2003) *Prevention summary*. Projet de document.
- Jacobson JL (2003) *Bush global AIDS plan: Long on rhetoric, short on science and solutions. "Smoke and mirrors strategy" fails to meet needs of women and girls*. Maryland, Centre for Health and Gender Equity. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.genderhealth.org>
- Josephine SK, Agapit AY, Komla TA *Churches and the HIV/AIDS pandemic. Analysis of the situation in 10 West/Central African Countries*. Conseil œcuménique des églises et Alliance mondiale des unions chrétiennes féminines (YWCA), mars 2001.
- Kambou S (2003) *The gender imperative: Evolving gender roles and the HIV and AIDS epidemic in Africa*. Projet de document.
- Kasilo OMJ et al. (2003) *Traditional herbal medicines for HIV/AIDS*. Projet de document.
- Kaul I et al. eds. (2003) *Providing global public goods: Managing Globalisation*. New York/Oxford, PNUD/Oxford University Press.
- Keen D, Lee V (2003) *Human and physical security in the context of HIV/AIDS: Some trends*. Projet de document.
- Kelly M (2003) *The role of religion in the HIV/AIDS epidemic (with special reference to Christianity and Islam)*. Projet de document.
- Kilby JM, Eron JJ (2003) Novel therapies based on mechanisms of HIV-1 cell entry. *New England Journal of Medicine*, 29 May:2228–2238.
- King R (2002) *Des remèdes ancestraux pour une maladie nouvelle : L'intégration des guérisseurs traditionnels à la lutte contre le SIDA accroît l'accès aux soins et à la prévention en Afrique de l'Est; Collaboration with traditional healers for AIDS prevention and care: A literature review*. Genève, ONUSIDA.
- Kirby A (2004) World 'going too slow on poverty', *BBC News*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.news.bbc.co.uk>
- Koenig MA et al. (2004) Coercive sex in rural Uganda: prevalence and associated risk factors. *Social Science and Medicine* 58(4):787–798.
- Kramer S (2003) *Ability and propensity to change behaviour*. Projet de document.
- Krebs G, Stein A, T. RoCHAT (2003) *Maternal health and child development: Applying what we know to the context of HIV/AIDS*. Projet de document.
- Kull S, Hetherington L (2004) *New poll finds Africans favorable toward globalisation, but think rich countries are not treating them fairly*. June. Toronto, Globescan Media Release.
- Kyegombe N with Anderson E, Booth D (2003) *Poverty*. Overseas Development Institute. Projet de document.
- Le Blanc M, Meintel D, Pich\_V (1991) The African sexual system: Comment on Caldwell et. al. *Population and Development Review*, 17(3):497–505.
- Le Pere G (2003) *National and ethnic differences*. Projet de document.
- Leclerc-Madlala S (2002) Silence, AIDS and sexual culture in Africa. *AIDS Bulletin*, September.
- Liese B, Blanchet N, Dussault G (2003) *Background paper: The human resource crisis in health services in sub-Saharan Africa*. Washington DC, Banque mondiale.
- Lockwood M (1995) Structure and behaviour in the social demography of Africa. *Population and Development Review* 21(1):1–32.
- McLellan F (2001) Human rights: a critical framework for the response to HIV/AIDS. *The Lancet*, 358:144. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.thelancet.com/>
- MacPhail C, Campbell C (2001) 'I think condoms are good but I hate those things': Condom use among adolescents and young people in a southern African township. *Social Science and Medicine* 52:1613–1627.
- Macklin R (2004) *Ethics and Equity in Access to HIV Treatment – 3X5 Initiative*. Pour la consultation sur l'accès équitable aux soins liés au VIH/SIDA, 26–27 janvier. Genève, ONUSIDA/OMS.
- Mahal A (2003) *The aids epidemic and public service delivery in the health and education sectors in Africa: An assessment*. Projet de document.
- Manning R (2004) Development co-operation 2003 report: Organisation for Economic Co-operation and Development. *The DAC Journal*, 5(1).
- Marcus R (1993) *Gender and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: the cases of Uganda and*

Malawi, Report No. 13. September. Préparé pour le Centre for Development Studies.

Swansea, University College of Swansea.

- Marsden D (2003) *Rights, culture and contested modernities*. Keynote paper for Intrac 5th International Evaluation Conference, 31 March, Amsterdam.
- Masson P, Milkiewicz H (2003) *Regional monetary integration and NEPAD: Complementary ways for Africa to gain from the global economy*. Projet de document.
- Mazrui A (1986) *The Africans: A triple heritage*. Londres, BBC Productions.
- Mhone G (2003) *Labour markets and employment in southern Africa – The employment, poverty and development nexus* (draft report). Report and Recommendations of the Expert Group Meeting, 3–6 February. Lusaka, CEA, Bureau pour l'Afrique australe (ECA/SRDC/SA/EGM/2003/07).
- Mills A, Shillcutt S (2004) *Challenge paper on communicable diseases*. Copenhagen Consensus. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.Copenhagenconsensus.com>.
- Mulindi S (2003) *The impact of HIV/AIDS in Africa: Future directions for research*. Projet de document.
- Mutua M (2000) *The African human rights system: A critical evaluation*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.undp.org>
- Mutume G (2004) Women break into African Politics. *afrol News*, 10 May. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.afrol.com>
- Navario P (2003) *Position paper: Resource mobilization*. Projet de document.
- Obbo C (2003) *Cultural and religious sensibilities and behaviour change*. Projet de document.
- Obermeyer C (2000) Sexuality in Morocco: changing context and contested domain. *Culture, Health and Sexuality*, 2(3): 239–254.
- Okaalet P (2002) *The role of faith-based organisations in the fight against HIV and AIDS*. Statement before the US Senate Foreign Relations Committee, 13 February 2002.
- OMS (2003) *Orientations stratégiques pour améliorer la santé et le développement des enfants et des adolescents*, Genève (WHO/FCH/CAH/02.21). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int>
- OMS (2003) *Resources, aid effectiveness and harmonisation, Issues for discussion: Session 2*. Background document for the High Level Forum on the Health Millennium Development Goals, Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int>
- OMS (2003) *Improving health workforce performance, Issues for discussion: Session 4*. Background document for the High Level

Forum on the Health Millennium Development Goals, Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int>

- OMS (2003) *Harmonisation and MDGs: A perspective from Tanzania and Uganda*. Background document for the High Level Forum on the Health Millennium Development Goals, Geneva. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int>
- OMS (2004), *Rapport sur la santé dans le monde, 2004: Changer le cours de l'histoire*. Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int>
- ONUSIDA (1999) *Sexual behavioural change for HIV: Where have theories taken us?* Genève.
- ONUSIDA (2002) *Le Point sur l'épidémie de SIDA, décembre 2002*. Genève, ONUSIDA/OMS.
- ONUSIDA (2003) *S'éloigner du gouffre – En quête d'une thérapie antirétrovirale au Botswana, en Afrique du Sud et en Ouganda. Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA*. Genève.
- ONUSIDA (2003) *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003: Suivi de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2001*. Genève.
- ONUSIDA (2004) *Global context of women and girls with regard to AIDS*. Présentation sur la Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA. Genève. Pour plus d'information, voir : <http://www.unaids.org>
- ONUSIDA (2004) *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004, 4<sup>ème</sup> rapport mondial*. Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org>
- Organisation internationale du Travail (2003) *Migration and HIV/AIDS, Challenges for dignity and governance in Africa*. Projet de document.
- Organisation internationale du Travail (2004) *Une mondialisation juste : créer des opportunités pour tous*. Rapport de la Commission mondiale sur la dimension sociale de la globalisation. Genève, OIT. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ilo.org>
- Organisation internationale pour les Migrations (2003) *Scenarios for the future: Migration*. Projet de document.
- Oxfam (2002) *Rigged rules and double standards: Trade, globalisation, and the fight against poverty*. Londres, Oxfam.
- Parker W (2003) *Behaviour change: A review*. Projet de document.
- Parry CDH, Abdool-Karim Q. (2000). Substance abuse and HIV/AIDS in South Africa. In NIDA, eds. (1999) *Proceedings of 2nd Global Research Network Meeting on HIV Prevention Drug-Using Populations, Atlanta*, pp.81-88. Washington, DC, US Department of Health & Human Services. Citing Morojele NK (1997) Preliminary

findings of a qualitative investigation of drug use: perceptions of drug users and key informants.

- Pearson M (2003) *To what extent will the MDGs be achieved, particularly the poverty MDG?* Projet de document.
- Pearson M (2003) *Review of human resources in the health sector*. Projet de document.
- Pecoul B (2003) *Development of and access to HIV research products*. Projet de document.
- PhRMA (2003) Researchers are testing 83 medicines for HIV/AIDS; progress being made in developing vaccines. In: *Medicines in Development for HIV/AIDS 2003 Survey*, Washington, Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.phrma.org>
- Piot P (2003) *AIDS: The need for an exceptional response to an unprecedented crisis*. A Presidential Fellows Lecture by Dr Peter Piot, Executive Director of UNAIDS. Preston Auditorium, World Bank, 20 November. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org>
- PNUD (2001) *Perspectives de l'urbanisation mondiale : Révision 2001*. Genève.
- PNUD (2003) Understanding the link between development planning and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa, *Regional Project on HIV and Development Concept Paper 2*, July. Lusaka.
- PNUD (2003) *UNDP Southern Africa capacity initiative: Meeting the challenge of capacity erosion in Southern Africa in an HIV/AIDS war*. New York. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.undp.org>
- PNUD (2003) *The impact of AIDS*. Genève, Division de la Population du Département des Affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.undp.org>
- PNUE (2002) *Etat de l'environnement en Afrique. Le passé, le présent, et les perspectives d'avenir*. Genève, Earthprint.
- Putzel J (2003) *Institutionalising an emergency response: HIV/AIDS and governance in Uganda and Senegal*. Mai. Londres, DFID.
- Putzel J (2004) *Effective governance regarding HIV/AIDS in Africa*. Projet de document.
- Reality of Aid (2002) Political overview: The reality of aid 2002. Conditionality and ownership. In: *The Reality of Aid 2002. Manila, Reality of Aid*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.realityofaid.org>
- Rockefeller Foundation (2002) *Microbicides for HIV prevention: the power to protect*. The Rockefeller Foundation Microbicide Initiative <http://www.rockfound.org>

- Rodrik D (2002) *Feasible globalizations*. New York, Harvard University.
- Rodrik D (2004) *Getting institutions right*. New York, Harvard University.
- Sachs J (2004) *Millennium development compact*. Commissioned by the UN Secretary General and supported by the UN Development Group as part of the Millennium Project. Washington DC, Communications Development Incorporated. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unmillenniumproject.org>
- Sachs JD et al. (2004) *Ending Africa's poverty trap*. Boston, Harvard Medical School. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.med.harvard.edu>
- Sachs J (2004) Small amounts spent on promoting Africa's economy can save billions and make the West more secure. *The Economist*, 22 May.
- Seckinelgin H (2003) *Paradoxes of civil society and government relations: The fight against HIV/AIDS epidemic in Africa*. Projet de document.
- Sherr L (2004) *The psychological impact of the AIDS epidemic – Concerns for Africa*. Projet de document.
- Situmbeko LC, Zulu JJ (2004) *Zambia: Condemned to debt: How the IMF and World Bank have undermined development*. Londres, Mouvement pour le Développement mondial. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.wdm.org.uk>
- Smith R (2003) *European settings and response to the Black Death and AIDS scenarios in Africa: Some brief reflections*. Projet de document.
- Smith S with Booth D, Rogerson A (2003) *The future of aid*. Overseas Development Institute. Projet de document.
- Stein D, Olley B (2003) *AIDS in Africa – Scenarios for the future: A psychosocial perspective*. Projet de document.
- Stein J (2004) *The impact of antiretroviral provision on perceptions of HIV/AIDS risk and patterns of sexual risk behaviour*. Projet de document.
- Stover J et al. (2002) Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *The Lancet*. New York. 360:73. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.thelancet.com/>
- Stover J et al. (2002) *The epidemiological impact of an HIV/AIDS vaccine in developing countries*. A product of the World Bank Public Services, Development Research Group, and part of a joint research project with the European Commission on "The Economics of AIDS Vaccines in Developing Countries." Disponible à l'adresse suivante : <http://www.econ.worldbank.org>
- Stover J, et al. (2004) *Epidemiological and costings estimates*. Prepared for the project.
- Swart-Kruger J and Richter LM (1997) *AIDS-related knowledge, attitudes, and behaviour among South African street youth: reflections on power, sexuality and the autonomous self*. *Social Science and Medicine*, 45(6):957–966.
- Szabo R and Short RV (2000) How does male circumcision protect against HIV infection? *British Medical Journal*, 320:1592–1594.
- Te Velde D W (2003) *Access to global markets by African countries*. Projet de document.
- Teh R (2003) *Access to global markets*. Projet de document.
- Ten Brummelhuis H, Herdt G, eds. (1995) *Culture and sexual risk: Anthropological perspectives on AIDS*. Amsterdam, Gordon and Breach Publishers.
- The Pew Global Attitudes Project (2003) *Views of a changing world: How global publics view: War in Iraq, democracy, Islam and governance, globalisation*. June. Washington DC,
- The Pew Research Centre For The People & The Press. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.people-press.org>
- Topouzis D (2003) *Challenges for agricultural and rural development policy and programming in countries affected by HIV/AIDS*. Projet de document.
- Tumushabe J (2003) *Famine and food insecurity in Africa: Scenarios for the future*. Projet de document.
- Ugah N (2004) Nigeria: The odds against women politicians. *All Africa*, 9 April 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.allafrica.com>
- UNICEF/ONU/DIDA/OMS (2002) *Les jeunes et le VIH/SIDA : Une solution à la crise*. New York/Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unicef.org>
- USAID (2003) *Research: Male circumcision and HIV prevention*. Factsheet, August. Pour plus d'information : <http://www.usaid.gov>
- USAID (2004) The President's emergency plan for AIDS relief: US five-year global HIV/AIDS strategy. Office of the United States Global AIDS Coordinator.
- Van der Satraten A et al. (1998) Sexual coercion, physical violence and HIV infection among women in steady relationships in Kigali, Rwanda. *AIDS and Behaviour* 2(1):61–73.
- Van Binsbergen W (2003) *Challenges for the sociology of religion in the African context – prospects for the next fifty years*. Document lu lors de la session du 50e anniversaire de Social Compass, XXVIIe Conférence de la Société internationale de Sociologie des Religions (SISR), Turin, Italie, 21-25 juillet 2003.
- Van de Walle E, Van de Walle F (1988), Birth spacing and abstinence in sub-Saharan Africa. *International Family Planning Perspectives*, 14(1): 25–26.
- Vandemoortele J (2003) *The MDGs and pro-poor policies: can external partners make a difference?* Poverty Group, December. New York. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.sarpn.org.za>
- Vandemoortele J, Delamonica (2000) The 'education vaccine' against HIV. *Current issues in Comparative Education*, 3(1):1 December. Disponible à l'adresse suivante : [www.tc.columbia.edu](http://www.tc.columbia.edu)
- Vidal J, Velasquez G (2003) *Trading public health. A dangerous step forward*. Projet de document.
- Wade R (2003) *What strategies are viable for developing countries today? The World Trade Organization and the shrinking of 'development space'*. Working Paper No.31. Development Research Centre, DESTIN (LSE). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.crisisstates.com>
- White H (2003) *Debt, adjustment and HIV/AIDS: What are the links?* Projet de document.
- Whiteside A (2002) *The causes and consequences of the AIDS crisis in Southern Africa*, Presentation for the Health Economics and HIV/AIDS Research Division. Durban, University of Natal. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.nu.ac.za/heard>
- Whiteside A et al. (2003) *What is driving the HIV/AIDS epidemic in Swaziland, and what more can we do about it?* Avril. Swaziland/Genève, NERCHA/ONUSIDA. Disponible à l'adresse suivante : [www.nercha.org](http://www.nercha.org)
- Wilkinson A, Elahi S, Eidinow E (2003) Special issue: Riskworld. *Journal of Risk Research*, 6(4–6): 289–579.
- Wood K, Aggleton P (2003) *HIV-related stigma and discrimination*. Projet de document.
- Yamson I (2003) *Creating an enabling environment for corporate citizenship and sustainable development: Key roles for business and governments*. From conference A New Agenda for Corporate Citizenship, 2 July. Londres, Commonwealth Business Council.
- Zulu EM et al. (2004) Urbanization, poverty and sex: roots of risky sexual behaviours in slum settlements in Nairobi, Kenya. In: Kalipeni E et al., eds. *HIV & AIDS in Africa: Beyond epidemiology*. Londres, Blackwell.
- Zuma K et al. (2003) Risk factors for HIV infections among women in Carletonville, South Africa: Migration, demography and sexually transmitted diseases. *International Journal of STD and AIDS* 14(12):814–817.

## Annexe 6 : Exercices accompagnant les scénarios

### Exercice 1 : Courte synthèse présentant les scénarios

Une courte présentation devra aborder la méthode du scénario, les cinq énergies déterminantes ainsi que donner une introduction aux scénarios eux-mêmes et un court résumé de chacun. Il pourra être utile d'interrompre chaque présentation de scénario et d'engager une discussion afin d'aider l'auditoire à assimiler et à s'orienter dans chaque avenir décrit dans le scénario. Après chaque scénario, demander aux participants d'examiner le scénario, par exemple : leur demander quels mots-clés ils pourraient utiliser pour décrire cet avenir ; ce qu'ils aiment ou n'aiment pas dans cet avenir. Inviter les participants à partager le résultat de leurs discussions en réunion plénière avant de passer à la présentation du scénario suivant.

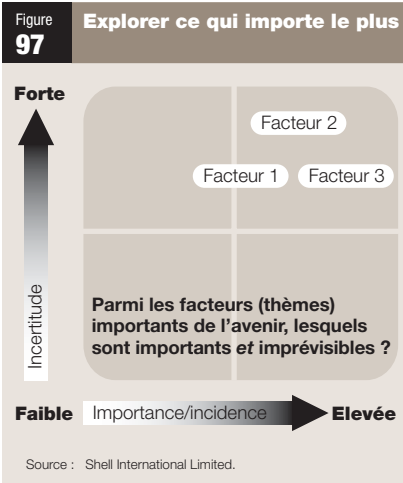
**Temps nécessaire : au moins  
20-30 minutes**

**Matériels : présentations Microsoft  
PowerPoint sur le CD-ROM disponible  
auprès de l'ONUSIDA.**

### Exercice 2 : Raconter ses propres histoires

Demander aux participants d'écrire des histoires concernant des personnages particuliers, ou sur eux-mêmes, comme s'ils vivaient dans les différents scénarios. Ceci pourrait approfondir leur compréhension des facteurs, énergies déterminantes et incertitudes fondamentales (et des relations systémiques entre eux) qui déterminent l'avenir du VIH et du SIDA. Comme cet exercice exige que les personnes réfléchissent au fait de vivre dans un scénario, il approfondira leur compréhension des menaces et des opportunités que chaque avenir peut présenter. Grâce à ces histoires, les membres d'un groupe peuvent arriver à préciser, partager et établir la carte des attentes de chacun ou du groupe en ce qui concerne l'avenir du VIH et du SIDA, et peuvent mieux comprendre les diverses parties prenantes.

Lors de l'atelier de Johannesburg, les participants ont inventé plusieurs histoires, décrivant la vie des gens dans chaque scénario. Les personnes dont on parlait représentaient un vaste éventail de groupes sociaux différents. Leurs vies étaient décrites pendant toute la durée de chaque scénario, en commençant par le présent. Les récits donnaient des détails des événements importants qui, au sein des communautés ou des pays des personnages, en Afrique ou dans le monde, avaient eu des répercussions sur leur vie. Chaque récit finissait par une description de ce que leur personnage pensait de son avenir. Ces histoires se trouvent sur le CD-ROM disponible auprès de l'ONUSIDA.



### Exercice 3 : Elaborer des scénarios spécifiques à un pays

Le processus utilisé pour élaborer les scénarios du SIDA en Afrique peut également être employé à la construction de scénarios pour un pays particulier. Les scénarios spécifiques à un pays peuvent aider à mettre au point et à tester les politiques et les plans nationaux. Ce processus de construction de scénario se présente ainsi :

- **Etape 1 : Explorer différentes perspectives pour déterminer ce qui compte vraiment**

Le but de cette première étape est d'explorer la série de questions concernant l'avenir du VIH et du SIDA dans un pays, à l'aide d'entrevues non directives, de réunions et d'ateliers avec des décideurs et des guides de l'opinion. Il importe également à ce stade d'identifier l'horizon visé par ce projet : les nouveaux scénarios ont-ils une perspective qui porte sur 10 ou 20 ans ?

Employer les cinq énergies déterminantes du changement identifiées par le projet initial peut aider les participants à déterminer les questions essentielles pour l'avenir du VIH et du SIDA dans un pays particulier. L'ensemble des questions pertinentes devraient inclure probablement de nombreux domaines différents. Il importe donc d'examiner les influences d'origine tant intérieure et étrangère qu'internationale.

Mettre au point une synthèse des questions évoquées pendant les entrevues et les réunions préliminaires. Cela donnera au processus une base solide pour les futurs travaux de recherche, en établissant ce qui compte réellement. En outre, on pourrait commencer à réfléchir sur la manière dont chaque question serait susceptible d'évoluer. Les entrevues peuvent également s'avérer très précieuses pour choisir des participants aux ateliers et les principales perspectives d'expert.

- **Etape 2 : Détecter les facteurs importants et incertains**

Etant donné la gamme de questions pertinentes déjà identifiées, cette étape porte principalement sur la détection des facteurs-clés qui façonnent chacune d'elles.

Regrouper ces facteurs-clés peut aider à révéler les énergies déterminantes du changement. Y a-t-il encore d'autres questions ou perspectives essentielles ? (Voir la **Figure 97**.)

- **Etape 3 : Identifier les énergies déterminantes prédéterminées et majeures, mais incertaines**

Explorer deux questions essentielles :

- Quelles sont les énergies déterminantes « prédéterminées », c'est-à-dire relativement immuables et qui ont des répercussions bien précises ?
- Quels éléments-clés auront les plus importantes répercussions tout en étant en même temps les plus incertains ?

Une matrice peut être utilisée pour classer et hiérarchiser les principales énergies déterminantes en ce qui concerne leurs répercussions et leur incertitude.

- **Etape 4 : Etablir les caractéristiques des énergies déterminantes**

Cette étape explore les effets que pourraient avoir les énergies déterminantes. Pour chacune, il est important de déterminer à la fois la situation actuelle et comment elle pourrait changer à l'avenir. Quelles sont les différentes solutions à envisager, et en quoi consiste l'éventail des possibilités ? Au terme de cette étape, les concepteurs de scénarios devraient être parvenus à un accord sur l'ensemble des résultats essentiels (tant prédéterminés qu'incertains) qu'il est nécessaire de faire apparaître dans l'ensemble final des scénarios.

- **Etape 5 : Mettre au point des scénarios esquissés**

Créer deux ou trois histoires de scénarios esquissés montrant le rôle possible des énergies déterminantes, ainsi que la manière dont elles pourraient interagir. Décrire la logique de chaque scénario, ce qui donnera un aperçu des événements qui constituent l'histoire ; les énergies déterminantes qui sont essentielles pour que ces événements se produisent ; et les rôles de chaque acteur. Etablir les points où commence la diversification des scénarios, quelles sont les principales différences entre les scénarios qui sont à la base de leur évolution divergente ? Les participants devraient donner aux scénarios des noms évocateurs à leurs sens qui donnent une idée de l'essence des histoires. Cette étape peut

être réalisée en demandant à différents groupes de mettre au point des scénarios esquissés simultanément, avant de présenter et de combiner leurs résultats.

- **Etape 6 : S'entendre sur les scénarios**

Elaborer un ensemble d'histoires de scénarios en partageant, comparant et opposant les scénarios conçus par différents groupes. Comparer les histoires finales aux questions posées au début du processus – sont-elles bien adaptées ? De plus, les histoires devraient être plausibles et logiques avec elles-mêmes. Si nécessaire, de nouvelles discussions et d'autres analyses peuvent servir à améliorer la plausibilité, la mission difficile et la pertinence de chaque scénario et des scénarios en tant qu'ensemble.

- **Etape 7 : Explorer les incidences**

Lorsqu'un accord est trouvé au sujet des histoires, celles-ci peuvent être explorées : les utilisateurs peuvent réfléchir aux opportunités, contraintes et menaces que présente chaque scénario.

### Exercice 4 : Tester ou remettre en question une conception ou une stratégie

- **Etape 1 : Présenter la stratégie existante**

Présenter et examiner la stratégie en question : ainsi, chacun pourra se familiariser avec tous ses détails. Il est essentiel d'explorer les hypothèses qui étayent cette stratégie.

- **Etape 2 : Présenter les scénarios du SIDA en Afrique**

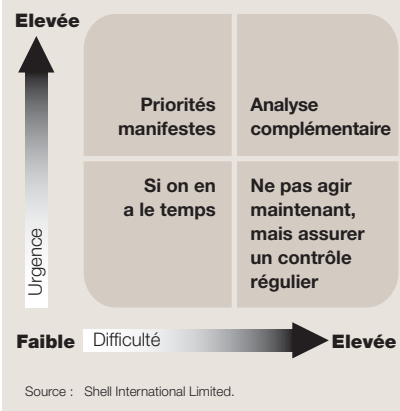
A l'aide des cinq énergies déterminantes de changement identifiées dans le cadre du projet *Le SIDA en Afrique*, explorer la stratégie en question et la manière dont elle peut évoluer.

Présenter les scénarios : des discussions devraient suivre la présentation de chaque scénario. Les participants de l'atelier pourront souhaiter examiner la manière dont les menaces et les opportunités présentées dans chaque scénario vont affecter la stratégie existante. Après chaque discussion, tenter de parvenir à un accord sur l'ensemble de questions-clés pour le scénario en cause.

- **Etape 3 : S'entendre sur une liste de questions valables pour les trois scénarios**

Réfléchir aux questions évoquées pendant la discussion et voir s'il est nécessaire d'ajouter ou de changer quelque chose. Trier la liste de questions en séparant celles qui sont

Figure 98 **Déterminer les options**



communes à tous les scénarios de celles qui sont spécifiques ou particulières à un scénario ou à une paire de scénarios. Les menaces et opportunités qui se retrouvent dans tous les scénarios représenteront vraisemblablement des questions qui doivent être traitées, quel que soit l'avenir. Les questions spécifiques à un ou deux scénarios représentent des options stratégiques – choix à faire éventuellement, selon le risque qu'ils représentent.

- **Etape 4 : Hiérarchiser les questions stratégiques et décider de ce qu'il faut faire**

Hiérarchiser les questions selon le degré de difficulté rencontré pour les résoudre et selon l'urgence avec laquelle elles doivent être traitées (**Figure 98**). Les questions qui sont à la fois les plus urgentes et les plus difficiles à traiter devront faire l'objet d'une analyse complémentaire. Si elles sont communes aux trois scénarios, alors elles représentent des difficultés fondamentales pour l'application de la stratégie existante. Si elles sont spécifiques à un scénario, elles représentent une option stratégique (comme auparavant).

En cas de questions spécifiques à un scénario à la fois très urgentes et très difficiles, les participants devront explorer les ripostes possibles, et ensuite les classer par ordre de préférence et compte tenu de ce qui peut être fait. Déterminer les obstacles susceptibles de bloquer les progrès de l'action à entreprendre pour chaque riposte aidera à établir le rôle que les autres parties prenantes pourraient éventuellement jouer.

Le SIDA en Afrique : Trois scénarios pour l'horizon 2025





Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA  
**ONUSIDA**  
HCR-UNICEF-PAM-PNUD-UNFPA-ONUDD  
OIT-UNESCO-OMS-BANQUE MONDIALE

Les décisions que nous prenons pour l'avenir sont guidées par l'image que nous nous faisons du fonctionnement du monde et par ce qui nous semble possible. Les scénarios racontent le futur, mais leur véritable objectif est d'aider à prendre de meilleures décisions concernant le présent. On peut s'en servir pour remettre en question ses suppositions et ses convictions, et pour aller au-delà de sa vision habituelle du monde.

Cet ouvrage et le CD-ROM qui l'accompagne cherchent à approfondir la manière dont les gens appréhenderont le déroulement probable de l'épidémie de SIDA en Afrique au cours des 20 prochaines années, à leur faire mieux comprendre les contextes et les impacts de l'épidémie, et enfin à leur montrer comment certaines politiques pourraient changer la face de l'Afrique de demain.

**“ Aucune nation ne peut progresser tant que l'on n'accorde pas la plus grande attention à la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA.**

—Président Obasanjo du Nigeria, Mai 2004.

