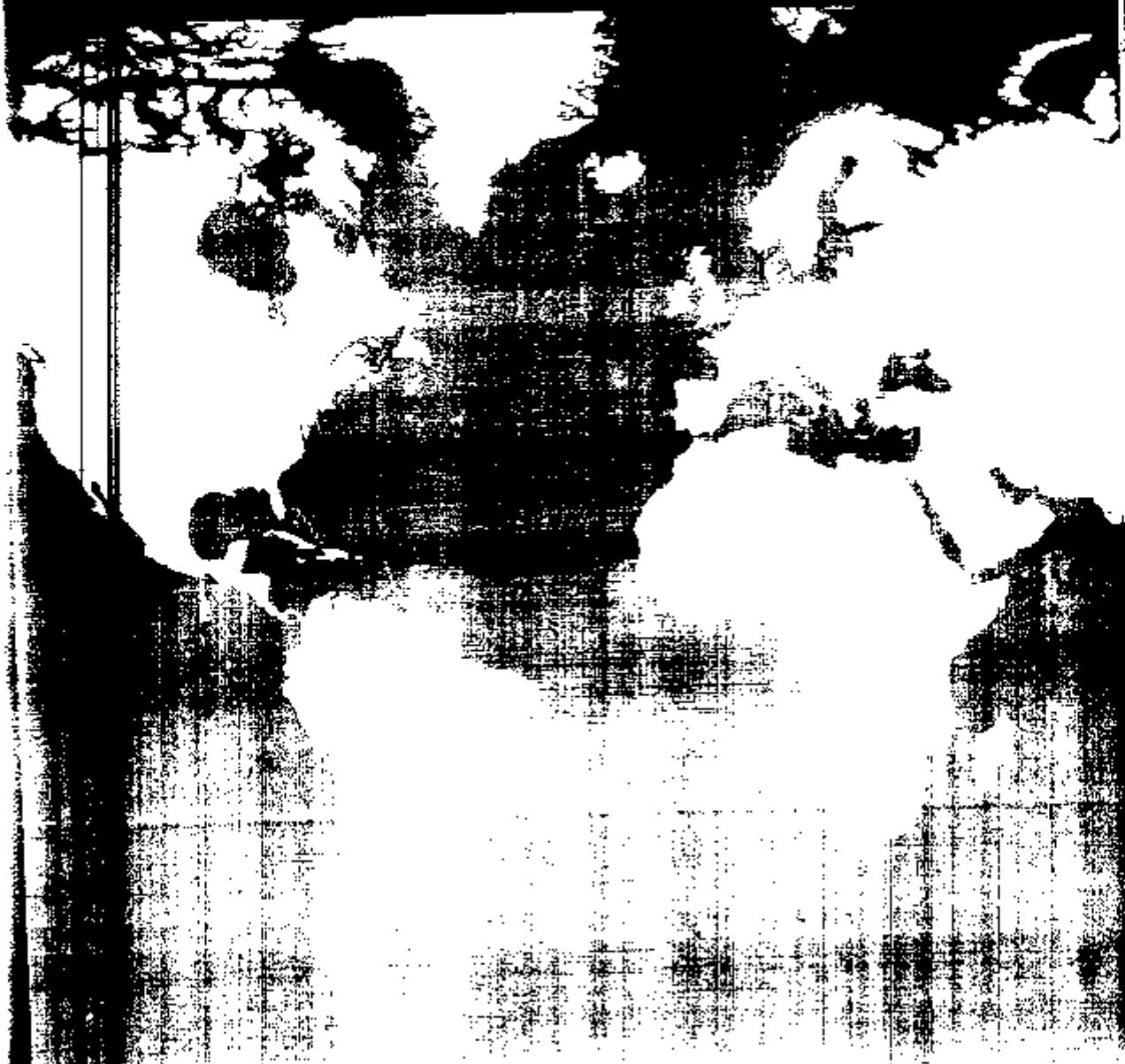




**Suivi de la Session extraordinaire
de l'Assemblée générale des
Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2001**

**Rapport d'activité sur
la riposte mondiale à l'épidémie
de VIH/SIDA, 2003**



ONUSIDA/04.03F (version française, mai 2004)

Version originale anglaise, UNAIDS/03.37E, septembre 2003 :
Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003
(Follow-up to the 2001 United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS)

Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2004.

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

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent

de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

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

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

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

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)

1. Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et lutte 2. Infections à VIH – prévention et lutte 3. Indicateurs de l'état de santé 4. Evaluation des programmes 5. Coopération internationale 6. Institutions Internationales – économique I. ONUSIDA II. Série

ISBN 92 9 173289 3

(Classification NLM : WC 503.6)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
téléphone : (+41) 22 791 36 66 – fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>

**Suivi de la Session extraordinaire
de l'Assemblée générale des Nations Unies
sur le VIH/SIDA, 2001**

**Rapport d'activité sur la riposte mondiale
à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003**



V. Atteindre les objectifs de la Déclaration d'engagement : les enjeux	78
1. Insuffisance des ressources financières pour mettre en œuvre et élargir les interventions	78
2. Manque de ressources humaines et de capacité technique dans de nombreux domaines de la programmation sur le VIH, notamment au niveau local	78
3. Stigmatisation et discrimination	79
4. Renforcement des capacités de suivi et d'évaluation	79
5. Autres enjeux	80
Conclusions et recommandations	81
Annexes	
1. Interventions standard sur le VIH/SIDA utilisées par l'ONUSIDA pour mesurer les besoins en matière de ressources et la disponibilité des ressources dans les pays à faible et moyen revenus	83
2. Liste des pays ayant fourni des rapports nationaux sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement	84
3. Pourcentage d'écoles disposant d'enseignants formés qui dispensent une éducation VIH/SIDA basée sur les compétences psychosociales	85
4. Pourcentage de grandes sociétés publiques et privées dans certains pays, qui ont adopté des politiques globales relatives au VIH/SIDA sur le lieu de travail	86
5. Pourcentage de patients atteints d'infections sexuellement transmissibles qui sont correctement diagnostiqués, conseillés et traités	87
6. Estimation du pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH bénéficiant d'une prophylaxie antirétrovirale	88
7. Pourcentage d'adultes atteints d'une infection à VIH avancée qui bénéficient d'un traitement antirétroviral	90
8. Pourcentage de jeunes femmes (entre 15 et 24 ans) ayant une bonne connaissance du VIH/SIDA	92
9. Pourcentage de jeunes femmes (entre 15 et 24 ans) ayant des connaissances précises des méthodes de prévention du VIH	93
10. Pourcentage de jeunes femmes (entre 15 et 24 ans) n'ayant pas d'idées fausses concernant le VIH/SIDA	94
11. Pourcentage de jeunes (entre 15 et 24 ans) qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel	95
12. Pourcentage de jeunes (entre 15 et 24 ans) en Afrique subsaharienne qui admettent avoir eu des rapports sexuels à risque au cours de l'année écoulée	96
13. Age moyen lors du premier rapport sexuel – Afrique subsaharienne	96
14. Scolarisation : proportion des orphelins par rapport aux non-orphelins	97
15. Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (âgées de 15 à 24 ans)	98
16. Prévalence du VIH parmi les professionnel(les) du sexe	99
17. Estimation du nombre de consommateurs de drogues injectables ; pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui sont infectés par le VIH ; et pourcentage de consommateurs de drogues injectables en contact avec des services de prévention	101
18. Estimation du pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus	102

Acronymes

ANASE	Association des Nations de l'Asie du Sud-Est
ARV	Antirétroviral(aux)
CARICOM	Communauté des Caraïbes
CCM	Mécanisme(s) de coordination pays
CCP	Conseil de Coordination du Programme
CDI	Consommateur(s) de drogues injectables
CEI	Communauté des États Indépendants
CNS	Conseil national du SIDA
CRIS	Système d'information sur la riposte des pays
CTV	Conseil et test volontaires
HAART	TraITEMENT antirétroviral hautement actif
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IEC	Information, éducation et communication
IST	Infection(s) sexuellement transmissible(s)
MICS	Enquêtes par grappes à indicateurs multiples
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement économiques
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUDC	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PNB	Produit national brut
PNS	Programme national de lutte contre le SIDA
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PVS	Personne(s) vivant avec le VIH/SIDA
R&D	Recherche et développement
SADC	Communauté de Développement de l'Afrique australe
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TME	Transmission de la mère à l'enfant
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNRISD	Institut de Recherche des Nations Unies pour le Développement social
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Nous souhaitons exprimer notre gratitude aux membres des Conseils nationaux du SIDA, aux Programmes de lutte contre le SIDA, au personnel des Nations Unies et aux représentants des organisations communautaires pour leur contribution généreuse à la préparation de ce rapport de situation.

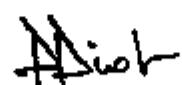
Préface

En 2003, le monde a plus de chances que jamais de modifier le cours de l'épidémie mondiale de VIH. Comme le montre le présent rapport, le niveau des ressources disponibles pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA s'est élevé de manière spectaculaire et pratiquement tous les pays fortement touchés disposent maintenant d'un plan d'action stratégique multisectoriel pour combattre l'épidémie. On note en particulier un vaste élan mondial en faveur de l'élargissement de l'accès aux traitements du VIH/SIDA dans les pays en développement – perspective que bien peu de gens auraient pu imaginer il y a quelques années seulement.

Pourtant ce rapport met aussi en lumière les enjeux auxquels nous sommes confrontés. Malgré l'abondance de l'information portant sur des interventions avérées, la couverture de la prévention du VIH est extrêmement faible. Des interventions de prévention fondamentales, telles que l'accès au conseil et au test volontaires, ne sont à la portée que d'un individu sur neuf dans les pays en développement et moins d'une femme enceinte sur vingt peut accéder à des services de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant. Une majorité des pays dans le monde n'ont mis en place aucune protection juridique pour interdire la discrimination à l'encontre des populations vulnérables et plus de la moitié des pays d'Afrique subsaharienne ne disposent d'aucune loi pour prévenir la discrimination fondée sur le statut sérologique d'une personne positive au VIH. En Afrique subsaharienne, où plus de 4 millions de personnes pourraient dès maintenant bénéficier d'une thérapie antirétrovirale, seules 50 000 environ (soit quelque 1% des personnes qui en ont besoin) ont actuellement accès à ces médicaments.

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, adoptée lors de la Session extraordinaire historique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, reflète l'importance cruciale que revêt une information correcte. Les 189 Etats Membres qui ont adopté la Déclaration d'engagement souhaitaient produire davantage qu'une liste de souhaits de leurs politiques préférées. En fixant, dans cette Déclaration, des objectifs concrets assortis de délais et en demandant que des efforts sans précédent soient déployés pour mesurer les progrès accomplis dans le monde pour atteindre ces objectifs, les Etats Membres envisageaient que la Déclaration devienne un outil sans précédent pour promouvoir davantage de transparence ainsi qu'un sens de l'urgence et de la solidarité axé sur les résultats pour combattre l'épidémie.

S'appuyant sur les mandats de la Déclaration d'engagement, le Secrétariat et les Coparrainants de l'ONUSIDA ont collaboré à l'élaboration d'une série d'indicateurs mondiaux/régionaux et nationaux pour mesurer les progrès faits par la communauté internationale pour atteindre les objectifs de la Déclaration conformément aux Objectifs de développement pour le Millénaire. Le présent rapport, qui fournit des données obtenues par la première utilisation de ces indicateurs, représente l'évaluation la plus complète à ce jour de l'état d'avancement des actions mondiales, régionales et nationales entreprises pour résoudre les problèmes posés par le VIH/SIDA. Le prochain rapport mondial est prévu dans deux ans, en 2005. Nous espérons que les responsables des politiques, les donateurs, les autorités nationales, les militants, les journalistes et les personnes concernées partout dans le monde jugeront cet effort utile et susceptible de contribuer à susciter un engagement accru à la réalisation des objectifs adoptés lors de la Session extraordinaire des Nations Unies en 2001. Les besoins sont urgents et manifestes. L'information cruciale fournie ici nous permettra de mesurer objectivement nos progrès et d'assurer que nous serons tenus pour responsables des résultats.



Dr Peter Piot

Directeur exécutif

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

Introduction

A l'issue de la Session extraordinaire historique de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/SIDA en juin 2001, 189 Etats Membres ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Cette Déclaration est le reflet du consensus mondial relatif à un cadre global permettant d'atteindre l'Objectif de Développement pour le Millénaire qui est de stopper et de commencer à inverser l'épidémie de VIH/SIDA d'ici à 2015.

Reconnaissant la nécessité d'une action multisectorielle sur plusieurs fronts, la Déclaration d'engagement décrit les actions mondiales, régionales et nationales destinées à prévenir les nouvelles infections à VIH, élargir l'accès aux soins de santé et atténuer l'impact de l'épidémie. Si les gouvernements ont, les premiers, adopté la Déclaration, la portée du document va bien au-delà du secteur public, pour atteindre l'industrie privée et les groupes syndicaux, les organisations confessionnelles, les ONG et les autres entités de la société civile, notamment les organisations de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Depuis son adoption en 2001, la Déclaration d'engagement est de plus en plus reconnue dans le monde comme un outil crucial de plaidoyer et de transparence.

Comme le définit la Déclaration d'engagement, le succès de la lutte contre le SIDA est mesuré par la réalisation d'objectifs concrets assortis de délais. La Déclaration demande un suivi attentif des progrès dans la mise en œuvre des engagements pris, requérant du Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, la présentation de rapports de situation annuels qui auront pour but de cerner les problèmes et d'identifier les obstacles et de recommander les mesures susceptibles d'accélérer la réalisation des objectifs de la Déclaration.

Conformément à ces mandats, le Secrétariat de l'ONUSIDA a collaboré en 2002 avec les Coparrainants de l'ONUSIDA et d'autres partenaires pour élaborer une série d'indicateurs de base permettant de mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement. Au cours de l'année écoulée, l'Unité Suivi et Evaluation de l'ONUSIDA a travaillé avec les pays et d'autres partenaires afin de recueillir les données nécessaires pour fixer à la fois les bases de suivi de chacun des indicateurs et les mécanismes de collecte de l'information en continu.

Les indicateurs de base (voir Annexe 1) sont groupés en quatre grandes catégories :

- Une série d'indicateurs au niveau mondial est destinée à mesurer *les actions et les engagements mondiaux*.
- Une autre série d'indicateurs contrôle *les actions et engagements nationaux* en suivant les dépenses intérieures des pouvoirs publics sur le VIH/SIDA et en évaluant l'élaboration et la mise en œuvre des politiques à l'échelon du pays, sur la base d'un Indice composite des politiques nationales comprenant 20 items.
- Les indicateurs sur *les programmes et comportements nationaux* mesurent le pourcentage des individus admissibles qui bénéficient de services essentiels et le degré auquel des populations particulières adoptent des comportements plus sûrs pour réduire le risque de transmission.
- Les indicateurs de *l'impact au niveau national* suivent le nombre des nouvelles infections parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans et les nourrissons nés de mères infectées par le VIH.

L'ONUSIDA a entrepris la collecte et l'analyse des données relatives aux cinq indicateurs mondiaux (voir Section I), avec l'aide de l'Institut de Recherche des Nations Unies pour le Développement social (UNRISD), l'Organisation internationale du Travail (OIT) et la New Academy of Business, qui a réalisé des enquêtes utilisées pour traiter les Indicateurs mondiaux 3 et 4 relatifs aux politiques sur le lieu de travail. L'information concernant les trois autres indicateurs mondiaux a été principalement recueillie par le Secrétariat de l'ONUSIDA.

Pour évaluer les divers indicateurs nationaux, l'ONUSIDA a examiné les rapports nationaux soumis à l'ONUSIDA à la demande du Secrétaire général des Nations Unies aux 189 Etats Membres. Sur ce nombre, 103 Etats ont présenté des rapports nationaux, dont 29 en Afrique subsaharienne, 17 en Asie et dans le Pacifique, 21 en Amérique latine et aux Caraïbes, 14 en Europe orientale et en Asie centrale, 8 en Afrique du Nord et au Moyen-Orient et 14 dans les pays à revenu élevé (voir Annexe 2). Dans la majorité des cas, le rapport national a été compilé sous l'égide des Comités nationaux du SIDA ou organismes équivalents et plus des trois quarts des rapports intègrent des contributions de trois ministères ou davantage.

Les directives de l'ONUSIDA recommandaient instamment aux pays d'organiser un ou plusieurs grands forums de consultation avant de soumettre les rapports nationaux afin de s'assurer la participation des organisations de la société civile et du secteur privé. L'information fournie par les pays indique que deux tiers environ des rapports nationaux notent la participation de la société civile. Dans 53% des rapports on relève également la participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Pratiquement tous les pays ont rempli le questionnaire sur l'Indice composite des politiques nationales. Cependant, 40% seulement des pays ayant présenté un rapport ont fourni des informations concernant les indicateurs sur les programmes et comportements nationaux ou sur l'impact au niveau national.

Le niveau inégal de notification entre les différentes régions constitue une limite importante d'une telle collecte de données, la plus grande proportion par région des pays présentant des rapports se trouvant en Afrique subsaharienne et le niveau le plus faible de notification se trouvant dans les pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient. De plus, certains pays ont tendance à fournir des informations plus approfondies sur le programme national et les indicateurs de comportement, alors que d'autres ne donnent que peu ou pas d'information dans ce domaine, ce qui rend difficiles les comparaisons entre régions et entre pays. Toutefois, les exemples donnés dans les rapports des pays ont été utilisés pour illustrer dans la mesure du possible les domaines dans lesquels les pays ont progressé ou ont entrepris des activités particulières. Les données nationales présentées dans ce rapport ont été examinées par l'ONUSIDA et comparées avec d'autres sources, afin d'en confirmer la validité. Toutefois, les données nationales présentées dans les rapports des pays proviennent exclusivement de l'information fournie par les pays eux-mêmes et l'ONUSIDA ne peut certifier que l'information est complète et correcte.

Ce rapport – le premier d'une série de rapports réguliers de l'ONUSIDA sur le degré d'avancement de la riposte mondiale – est l'évaluation la plus complète à ce jour des ripostes nationales au VIH/SIDA. Il est destiné à être lu comme un rapport parallèle mais plus détaillé au Rapport du Secrétaire général sur *Les progrès faits dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*, présenté à l'Assemblée générale en septembre 2003.

Principales conclusions

L'ONUSIDA a examiné les progrès faits dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement et en a tiré les principales conclusions suivantes :

- **Dépenses internationales et internes.** Les montants consacrés aux programmes sur le VIH/SIDA dans les pays à faible et moyen revenus atteindront 4,7 milliards de dollars en 2003, soit une augmentation de 20% par rapport à 2002 et de 500% par rapport à 1996. Ces augmentations sont dues à la fois aux donateurs internationaux et aux pays touchés eux-mêmes. L'ONUSIDA estime que l'ensemble des dépenses intérieures des pouvoirs publics en faveur des programmes sur le VIH/SIDA en 2002 dans 58 pays à faible et moyen revenus a représenté environ 995 millions de dollars, soit le double des montants documentés en 1999. Cependant, malgré cette importante augmentation, les dépenses actuelles ne représentent même pas la moitié des sommes qui seront nécessaires d'ici à 2005 et même pas un tiers des ressources qu'il faudra d'ici à 2007.
- **Financement de la recherche et du développement sur les vaccins et les microbicides.** L'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estiment que les sommes consacrées à la recherche et au développement d'un vaccin VIH par le secteur public en 2001 se sont montées à 430-470 millions de dollars, les National Institutes of Health des Etats-Unis représentant entre 57% et 63% des dépenses mondiales. En outre, le Gouvernement des Etats-Unis a investi 62 millions de dollars dans la recherche et le développement de microbicides en 2001, chiffre qui devrait passer à 214 millions de dollars en 2003.
- **Plaidoyer et leadership.** Un suivi des médias indique que la sensibilisation du grand public au VIH/SIDA est en hausse dans de nombreuses parties du monde, y compris dans les régions dans lesquelles l'épidémie commence maintenant à constituer un problème important, telles que l'Europe orientale et l'Asie centrale. Il y a en outre des raisons de penser que les activités de plaidoyer portent des fruits dans de nombreux pays et encouragent les pouvoirs publics à adopter des politiques de réforme afin de renforcer la riposte à l'épidémie. Néanmoins, ce suivi indique que les leaders politiques de nombreux pays, en particulier les pays dans lesquels l'épidémie se déroule à bas bruit ou est concentrée, ne se sont toujours pas engagés dans le combat contre l'épidémie.
- **Cadres politiques nationaux.** Ces dernières années ont vu une augmentation importante du nombre des pays qui disposent de stratégies nationales globales et multisectorielles contre le VIH/SIDA, ainsi que d'organes nationaux de coordination de la riposte sous l'égide des pouvoirs publics. En 2003, pratiquement tous les pays fortement touchés avaient mis en place des cadres politiques permettant de monter une action efficace contre le VIH/SIDA. Cependant, de nombreux pays indiquent que malgré l'existence de stratégies multisectorielles, la riposte à l'épidémie reste dans une large mesure concentrée dans le seul secteur de la santé, avec une collaboration limitée de la part de tout l'éventail des ministères qui devraient s'engager activement dans la lutte contre l'épidémie.
- **Faiblesses des politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA.** Malgré les importants progrès accomplis dans l'élaboration de cadres stratégiques nationaux aux fins d'une riposte efficace, de nombreux pays risquent de ne pas parvenir à atteindre les cibles politiques 2003 de la Déclaration d'engagement, en raison de faiblesses cruciales dans les activités nationales. Il s'agit notamment de:

- **La discrimination liée au VIH.** Trente-huit pour cent des pays, dont près de la moitié des pays d'Afrique subsaharienne, n'ont toujours pas adopté de législation visant à prévenir la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
 - **Les populations vulnérables.** Seuls 36% des pays ont mis en place des mesures juridiques pour interdire la discrimination à l'égard des populations particulièrement vulnérables au VIH/SIDA.
 - **La gestion des dimensions sexospécifiques de l'épidémie de VIH.** Le fardeau de l'épidémie sur les femmes et les filles continue à s'alourdir. En décembre 2002, les femmes représentaient 50% de toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde et 58% en Afrique subsaharienne. En dépit du fait que de nombreuses inégalités bien documentées contribuent à la vulnérabilité des femmes et des filles, près d'un tiers des pays ne disposent pas de politiques donnant aux femmes un accès équitable aux services essentiels de prévention et de prise en charge.
 - **Les migrations transfrontalières.** Quand bien même les déplacements de populations augmentent fréquemment la vulnérabilité au VIH/SIDA, moins de la moitié des pays ont adopté des stratégies visant à promouvoir des mesures efficaces de prévention du VIH parmi les migrants frontaliers.
 - **L'accès aux médicaments.** En moyenne, 80% des pays qui ont répondu au questionnaire ont indiqué disposer d'une politique visant à assurer ou améliorer l'accès aux médicaments liés au VIH. Cependant, dans la région de l'Asie-Pacifique, où 7 millions de personnes vivent actuellement avec le VIH/SIDA, plus d'un tiers des pays n'ont pas encore adopté de politiques visant à promouvoir l'accès aux médicaments liés au VIH, dont les antirétroviraux.
 - **L'atténuation de l'impact socio-économique de l'épidémie.** Plus de 40% des pays connaissant une épidémie généralisée (c.-à-d. qui ont un taux de prévalence du VIH supérieur à 1% dans la population générale) n'ont toujours pas évalué l'impact socio-économique du VIH/SIDA, entravant ainsi les efforts essentiels à déployer pour atténuer les effets de l'épidémie sur la société.
- **Efficacité des politiques nationales.** En complément des conclusions de l'Indice composite des politiques, une étude qualitative (intitulée Indice d'effort du Programme SIDA) conduite dans 54 pays en 2003 suggère que l'Afrique et l'Asie sont relativement efficaces en matière de soutien politique et de formulation des politiques et que toutes les régions montrent des signes d'amélioration pour ce qui est de la prévention du VIH. Les pays africains ont davantage tendance à mettre en avant les efforts destinés à atténuer l'impact de l'épidémie que les pays d'autres régions qui connaissent des épidémies moins graves. Les domaines les moins convaincants des activités nationales sont les ressources, les droits de la personne et la prise en charge.
- **Couverture extrêmement faible de la prévention du VIH.** Si la plupart des pays ont formulé des cadres stratégiques d'action, seule une fraction des populations exposées au risque d'infection à VIH ont réellement accès aux services essentiels de prévention.
- **Education fondée sur les compétences essentielles.** Sur les 30 pays qui fournissent des données sur cet indicateur, la moitié s'efforcent d'intégrer une approche fondée sur les compétences essentielles dans leurs programmes d'enseignement. La recherche suggérant que l'éducation pour la santé sexuelle et reproductive fondée sur les compétences essentielles encourage des modes de vie sains et réduit les comportements à risque, d'autres pays commencent à intégrer une telle approche dans les programmes scolaires.

- **Connaissances de base sur le VIH/SIDA.** Une information correcte sur le VIH/SIDA constitue un préalable à toute prévention efficace du VIH. Pourtant, dans 31 des 38 pays dans lesquels des jeunes femmes (entre 15 et 24 ans) ont été questionnées sur les faits essentiels relatifs au VIH/SIDA en 2000, moins de 30% d'entre elles étaient capables de répondre correctement à une série de questions de base sur la transmission du VIH.
 - **Comportement de réduction des risques chez les jeunes.** Les résultats de l'enquête indiquent que l'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnels est plus élevée dans les zones urbaines que rurales et parmi les jeunes hommes que parmi les jeunes femmes. Cependant, il est plus fréquent pour les jeunes hommes d'admettre avoir eu des rapports sexuels à risque (c.-à-d. des rapports avec un partenaire non marital avec lequel ils ne cohabitent pas) dans l'année écoulée. Les données suggèrent également que l'utilisation du préservatif varie considérablement entre les pays, avec des chiffres se situant entre 2% et 88% en Afrique subsaharienne. Dans cette région, entre 15% et 20% des jeunes indiquent qu'ils ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, les jeunes filles signalant en moyenne un début plus précoce de leur activité sexuelle que les hommes.
 - **Prise en charge des infections sexuellement transmissibles.** Etant donné que les infections sexuellement transmissibles (IST) non soignées multiplient le risque de transmission du VIH, la lutte contre les IST constitue un élément fondamental de la prévention efficace du VIH. Pourtant, sur la base des maigres informations recueillies, un pays sur quatre seulement en Afrique subsaharienne indique que 50% au moins des personnes atteintes d'IST sont correctement diagnostiquées, conseillées et traitées.
 - **Prévention de la transmission mère-enfant (TME).** Quatre ans après que des recherches ont indiqué qu'une dose relativement peu coûteuse de névirapine administrée à la mère et au nouveau-né réduisait considérablement les risques de transmission du VIH au nourrisson, les services de prévention de la transmission mère-enfant (TME) restent pratiquement inexistant dans de nombreux pays fortement touchés par le VIH. A l'exception du Botswana, où 34% des femmes enceintes étaient en mesure d'accéder à ces services à la fin de 2002, la prévention de la TME est extrêmement faible dans les pays les plus gravement touchés par le VIH/SIDA dans le monde.
 - **Couverture des services à l'intention des consommateurs de drogues injectables (CDI) et comportements à moindre risque.** Le peu d'information émanant des pays dans lesquels la consommation de drogues injectables est un mode avéré de transmission du VIH révèle que moins de 5% des CDI disposent des services de prévention recommandés. C'est peut-être en raison de cet accès limité aux services de prévention que la majorité des consommateurs de drogues n'ont toujours pas adopté des comportements susceptibles de réduire le risque de transmission du VIH.
- **Couverture extrêmement faible de la thérapie antirétrovirale :** Si on estime que 5 à 6 millions de personnes ont aujourd'hui besoin d'une thérapie antirétrovirale dans les pays à faible et moyen revenus, seules 300 000 d'entre elles bénéficiaient de ces médicaments en décembre 2002. Bien que la couverture reste faible en Afrique subsaharienne, certains pays, comme le Botswana, le Cameroun, l'Ouganda et le Nigéria ont déployé de grands efforts pour élargir la couverture par la thérapie antirétrovirale avec l'aide à la fois des secteurs public et privé. Les pays des Caraïbes qui ont fourni des informations à l'ONUSIDA indiquent une couverture inférieure à 1%. En Asie, où plus de 7 millions de

personnes vivent avec le VIH/SIDA, aucun pays n'a dépassé 5% de couverture par la thérapie antirétrovirale et plusieurs pays annoncent des taux particulièrement faibles.

- ***Enfants rendus orphelins ou vulnérables par le SIDA.*** Trente-neuf pour cent des pays connaissant une épidémie généralisée ne disposent d'aucune politique nationale permettant d'apporter un soutien essentiel aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA. Quatre pays sont en train d'élaborer des politiques de ce type, mais un quart des pays dans lesquels l'épidémie est généralisée indiquent n'avoir actuellement aucun plan pour l'élaboration de ces stratégies. Sachant que le nombre d'enfants rendus orphelins par le SIDA devrait grimper à 25 millions au moins d'ici à 2010, il est urgent de formuler et de mettre en œuvre des stratégies visant à promouvoir l'éducation des enfants vulnérables, à leur apporter un soutien psychosocial crucial et à faire en sorte que ces enfants soient protégés de la violence, de la discrimination et des abus. Cependant, les données relatives à la fréquentation scolaire en Afrique subsaharienne suggèrent que certains pays se sont fermement engagés à aider les enfants vulnérables : la proportion des orphelins fréquentant l'école par rapport aux non-orphelins est pratiquement de 1:1 dans plus de la moitié des pays examinés.
- ***Aborder les dimensions sexospécifiques de l'épidémie de VIH.*** Le fardeau de l'épidémie sur les femmes et les filles est toujours plus lourd. En décembre 2002, les femmes représentaient 50% de toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde et 58% en Afrique subsaharienne. Même si les inégalités nombreuses et bien documentées contribuent à la vulnérabilité des femmes et des filles, près d'un tiers des pays n'ont aucune politique assurant aux femmes l'égalité d'accès aux services cruciaux de prévention et de soins.
- ***Le VIH/SIDA et le lieu de travail.*** Si l'engagement du monde des affaires dans la riposte à l'épidémie s'est sensiblement renforcé en 2002, la plupart des firmes transnationales ne considèrent pas le VIH/SIDA comme un problème touchant gravement les entreprises et très peu ont adopté les politiques globales d'entreprises proposées par la Déclaration d'engagement. L'intégration du VIH/SIDA dans les politiques relatives au lieu de travail parmi les ONG est aussi inégale. Si les organisations du système des Nations Unies ont plus tendance que les ONG à dispenser les traitements du VIH et autres services à leur personnel séropositif au VIH, il conviendra de déployer des efforts supplémentaires pour mettre en œuvre les pratiques recommandées au sein des Nations Unies.
- ***Prévalence du VIH parmi les jeunes, les groupes à haut risque et les nouveau-nés.*** Les données nationales indiquent que l'épidémie continue de s'accroître dans toutes les parties du monde, l'Afrique subsaharienne demeurant la région la plus touchée.

L'épidémie est toujours la plus grave en Afrique australe, où des taux de prévalence du VIH extrêmement élevés sont annoncés parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans dans plusieurs pays, tels que le *Swaziland* (39%), le *Botswana* (32%), l'*Afrique du Sud* (24%), le *Kenya* (22%), la *Namibie* (18%), le *Zimbabwe* (18%) et le *Malawi* (18%). En Afrique orientale, la prévalence dans cette population continue à baisser en *Ouganda* – passant de 30% au début des années 1990 à 9% en 2002. En Afrique occidentale et centrale, les taux nationaux de prévalence restent relativement faibles, bien qu'il y ait des raisons de penser que le VIH se soit récemment répandu dans des pays tels que le *Cameroun* (12%).

L'épidémie en Amérique latine et dans les Caraïbes est bien établie. Un total de 12 pays de la région ont une prévalence estimée de 1% ou davantage parmi les femmes enceintes. Dans d'autres régions, la prévalence nationale est relativement faible, car

l'épidémie est dans l'ensemble concentrée dans certaines populations particulières. Le *Cambodge*, *Djibouti*, le *Myanmar* et la *Thaïlande* constituent des exceptions à cette règle, avec des taux de prévalence parmi les femmes enceintes supérieurs à 1%.

Parmi les groupes à haut risque, de nombreux pays annoncent des épidémies concentrées. En Asie, la prévalence du VIH parmi les CDI est extrêmement élevée dans certaines parties de la *Chine* (40%), de l'*Inde* (68%), de l'*Indonésie* (50%), du *Myanmar* (70%), du *Népal* (50%), de la *Thaïlande* (85%) et du *Viet Nam* (80%).

L'Europe orientale et l'Asie centrale continuent à subir l'épidémie à la croissance la plus rapide dans le monde, principalement parmi les consommateurs de drogues injectables. La *Fédération de Russie* reste en tête de l'épidémie avec une prévalence du VIH proche de 60% parmi les CDI de certaines zones. Cependant, de nombreux autres pays de cette région connaissent actuellement des épidémies dont l'émergence est rapide.

La couverture des programmes de prévention de la transmission mère-enfant étant extrêmement faible, les taux de transmission du VIH aux nouveau-nés demeurent élevés dans les pays à épidémie généralisée. Sur les 17 pays d'Afrique subsaharienne fournissant des données concernant la prévention de la TME, 12 ne disposent pratiquement pas de programmes de prophylaxie par les ARV, la prévalence du VIH parmi les nouveau-nés y atteignant 25%.

- **Suivi et évaluation.** Trois quarts des pays ont indiqué que le suivi et l'évaluation des activités nationales demeuraient un problème majeur et les pays citent fréquemment leur capacité limitée de suivi et d'évaluation comme raison de leur faible aptitude à fournir des informations pertinentes sur les indicateurs nationaux. Seuls 43% des pays indiquent avoir mis en œuvre un plan national de suivi et d'évaluation et 24% seulement indiquent disposer d'un budget national spécifique à de telles activités.

Indicateurs des actions et des engagements mondiaux

Indicateurs des actions et des engagements nationaux

*Indicateurs des programmes et des comportements
nationaux*

Indicateurs de l'impact au niveau national

I. Indicateurs des actions et des engagements mondiaux

- 1. Montant des fonds consacrés par les donateurs internationaux à la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays en développement et les pays en phase de transition**
- 2. Montant des fonds publics mis à la disposition de la recherche et du développement de vaccins et de microbicides**
- 3. Pourcentage de sociétés transnationales présentes dans les pays en développement, qui ont mis en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail**
- 4. Pourcentage d'organisations internationales qui ont mis en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail**
- 5. Evaluation des efforts de plaidoyer en matière de VIH/SIDA**

La Déclaration d'engagement affirme qu'une action efficace à l'échelon pays exige un leadership mondial fort et soutenu contre l'épidémie. La Déclaration demande une augmentation considérable et durable des ressources à l'appui des programmes de lutte contre le VIH/SIDA ; un plaidoyer à un niveau élevé pour consolider le leadership et l'engagement ; une collaboration sur le VIH/SIDA considérablement intensifiée entre les pays et une amélioration de la coordination des efforts régionaux ; ainsi que l'intégration de bonnes politiques sur le lieu de travail dans les opérations des sociétés transnationales et des organisations internationales.

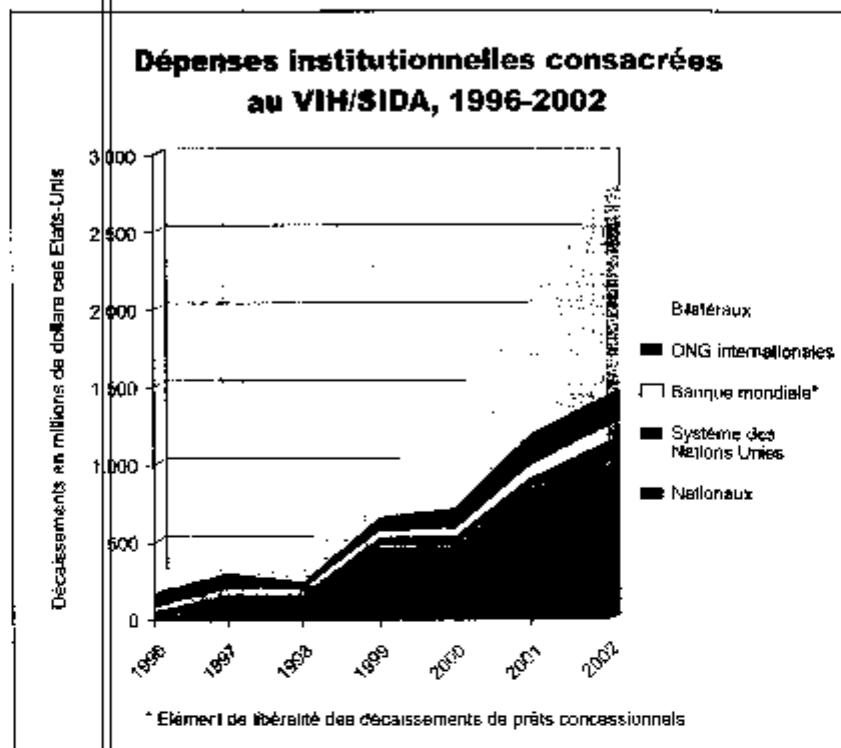
Pour chacun des cinq indicateurs mondiaux, l'ONUSIDA a adopté une approche adaptée pour suivre les progrès dans la mise en œuvre des dispositions de la Déclaration d'engagement à l'échelle mondiale. Comme on le verra ci-dessous, les efforts de suivi déployés par l'ONUSIDA ont révélé une augmentation importante des ressources consacrées aux programmes contre le VIH/SIDA dans les pays en développement, ainsi qu'une sensibilisation croissante du public à l'épidémie dans les pays où l'épidémie commence maintenant à constituer un problème important. Cependant, les ressources actuelles sont loin d'atteindre les montants nécessaires pour mettre en place une lutte globale contre le VIH/SIDA et des secteurs clés, tels que le monde du travail, restent sous-exploités dans la riposte mondiale.

1. Financements internationaux consacrés au VIH/SIDA

Montants des fonds consacrés par les donateurs internationaux à la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays en développement et les pays en phase de transition

A partir de 2002, l'ONUSIDA a considérablement amélioré sa capacité de suivi des ressources mises à la disposition des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays à faible et moyen revenus. Cette activité ne comprend pas les fonds qui ont été promis mais ne sont pas encore approuvés ni les ressources qui ont été engagées mais non pas encore été décaissées.

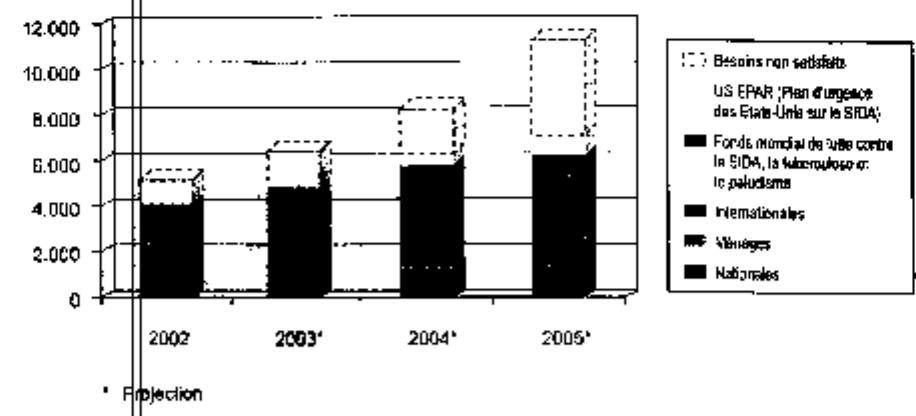
Etant donné la nouveauté relative de ce domaine d'activité, il reste des lacunes dans la capacité du Programme à suivre les flux de ressources avec une précision optimale. Il est prévu que les améliorations en cours dans les méthodologies de suivi des ressources optimiseront considérablement la capacité à saisir en temps opportun les données pertinentes en matière de dépenses.



Sur la base des meilleures informations disponibles, l'ONUSIDA estime que les dépenses consacrées au VIH/SIDA dans les pays à faible et moyen revenus se monteront à 4,7 milliards de dollars en 2003. Ceci représente une augmentation de 20% par rapport aux dépenses de 2002 (3,9 milliards de dollars) et de près de 500% par rapport à 1996.

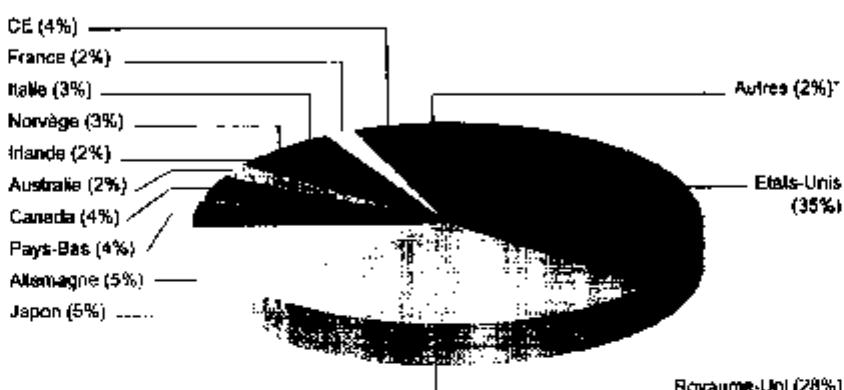
Estimation des ressources disponibles pour le VIH/SIDA 2002-2005

(Décaissements en millions de dollars des Etats-Unis)



Les sources extérieures devraient représenter 57% environ des dépenses consacrées aux programmes sur le VIH/SIDA dans les pays à faible et moyen revenus en 2003. Parmi les montants internationaux dépensés en 2003, il est prévu 1,6 milliard de dollars d'aide bilatérale et 600 millions de dollars de financement multilatéral (y compris le Fonds mondial). Entre 1996 et 2002, l'aide extérieure consacrée au VIH/SIDA (bilatéraux, Commission européenne, fondations internationales, ONG, système des Nations Unies et prêts de la Banque mondiale) a été pratiquement multipliée par six – de 297 millions de dollars à près de 1,8 milliard de dollars – et ce montant devrait augmenter de près de 40% en 2003 pour passer à 2,5 milliards de dollars.

Distribution en pourcentage des dépenses bilatérales consacrées aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA parmi les pays à revenu élevé en 2003



* Comité d'aide au développement de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE)

Budgets bilatéraux et décaissements prévus pour des programmes de lutte contre le VIH/SIDA pour quelques pays à revenu élevé et la Commission européenne en 2003

Pays / Groupe	Budgétisés En millions de dollars des Etats-Unis	Décaissements prévus En millions de dollars des Etats-Unis
Etats-Unis	838,3	576,8
Royaume-Uni	408	452,1
Allemagne	133,7	107,1
Japon	95	85
Canada	93,8	88,3
CE	93,2	65
Pays-Bas	82	65
Norvège	50,8	50,8
Irlande	44,9	40
Australie	39	39
Italie	36,4	25,0
France	36,3	25,0
Autres	49,5	40
TOTAL	2.000,9	

C'est l'Afrique subsaharienne qui a reçu la plus grande part de l'aide financière internationale – 56% des montants décaissés par certains pays donateurs en 2000, année la plus récente pour laquelle on dispose d'estimations régionales. L'Asie et le Pacifique arrivent au deuxième rang avec 18%, suivis de l'Asie occidentale et de l'Afrique du Nord (9%), de l'Amérique latine et des Caraïbes (9%) et de l'Europe orientale (1%). Les dépenses mondiales et interrégionales ont absorbé 19% de l'aide au développement axée sur le VIH en 2000.

Ressources financières consacrées au VIH/SIDA – évolution prometteuse en 2003

Au cours de l'année écoulée, des faits nouveaux importants ont accéléré la mobilisation de nouvelles ressources conséquentes en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA. Les gouvernements des Etats-Unis et d'Europe ont annoncé en 2003 leur intention d'augmenter considérablement leur financement du VIH/SIDA par les voies à la fois bilatérales et multilatérales. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme – lui-même conséquence de la dynamique mise en place par la Déclaration d'engagement – avait réuni d'ici à juin 2003 des promesses de dons à hauteur de 4,6 milliards de dollars et approuvé des subventions d'un montant de 1,5 milliard de dollars pour des interventions sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme dans 93 pays. (La mesure dans laquelle le Fonds mondial contribuera à d'autres augmentations de l'aide internationale en faveur du VIH/SIDA au-delà de 2003 n'est pas encore claire, étant donné que la majorité des contributions déjà promises portent sur cinq ans ou plus, ce qui limite les montants disponibles aujourd'hui pour approuver des propositions nationales supplémentaires. On estime que le Fonds mondial aura besoin de 2 milliards de dollars au moins en 2003 et de 4,6 milliards de dollars en 2004 pour satisfaire les demandes attendues de la part des pays éligibles.)

Malgré les progrès récemment faits dans la mobilisation des ressources destinées à la lutte contre le SIDA, les fonds attendus en 2003 restent néanmoins bien en deçà de la somme nécessaire pour monter une riposte efficace¹. L'ONUSIDA estime que l'écart séparant les dépenses prévues en 2003 et la capacité estimée des programmes au niveau des pays est de 1,6 milliard de dollars. Les dépenses actuelles représentent moins de la moitié des 10,7 milliards de dollars qui seront nécessaires pour financer un ensemble complet de 25 interventions en 2005 et moins d'un tiers des 14,9 milliards de dollars qui seront nécessaires d'ici à 2007.

L'estimation des lacunes actuelles et futures en matière de ressources a été préparée par des experts économiques et facilitée par l'ONUSIDA, mise à jour dans le rapport intitulé *Financial Resources for HIV/AIDS Programmes in Low- and Middle-Income Countries over the Next Five Years* (Ressources financières pour des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays à faible et moyen revenus au cours des cinq prochaines années), qui a été présenté au Conseil de Coordination du Programme en décembre 2002². Le cadre analytique élaboré par l'ONUSIDA incorpore des données concernant les coûts unitaires et la couverture actuelle pour des interventions standard ainsi que les limites en matière de capacité de programmation dues à des insuffisances des infrastructures essentielles ou des capacités humaines. Il est prévu que la capacité d'absorption pour les interventions de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH et de soutien aux orphelins dans les pays à faible et moyen revenus passera de 4,7 milliards

¹ L'ONUSIDA estime que 53% des montants nécessaires en 2003 devraient être consacrés à des services de prévention – 40% à la prise en charge et aux traitements et 7% aux activités de soutien des orphelins.

² A consulter sur le site web de l'ONUSIDA : http://www.unaids.org/about/governance/files/PCB_13_02_5_en.doc

de dollars en 2002 à 8,3 milliards de dollars en 2004, lorsque les ressources supplémentaires et l'existence de cadres politiques stratégiques permettront l'extension accrue des interventions à l'échelon pays.

Soutenir les efforts en matière de VIH/SIDA par l'aide au développement

La Déclaration reconnaît que la riposte au VIH/SIDA exige non seulement de nouvelles dépenses en faveur des programmes liés spécifiquement au VIH, mais aussi un élargissement des programmes de l'aide internationale pour permettre aux pays d'atténuer la pauvreté et le sous-développement qui accroissent la vulnérabilité au VIH/SIDA. La Déclaration demande aux pays donateurs de consacrer 0,7% de leur produit national brut à l'ensemble de l'aide publique au développement, conformément à l'objectif convenu. Le Danemark montre aujourd'hui la voie à cet égard, lui qui a consacré 1,03% de son PNB en 2001 à l'aide publique au développement. Les autres pays donateurs qui atteignent ou dépassent cet objectif de 0,7% sont notamment la Norvège (0,83%), le Luxembourg (0,82%), les Pays-Bas (0,82%) et la Suède (0,81%).

2. Fonds publics consacrés à la recherche et au développement

Montant des fonds publics mis à la disposition de la recherche et du développement de vaccins et de microbicides

Alors que des experts de premier plan avertissent que le taux des nouvelles infections à VIH pourrait s'accélérer de 25% ou davantage au cours de cette décennie, la mise au point de nouvelles techniques de prévention constitue une priorité sanitaire absolue pour la planète. Deux approches préventives – les vaccins et les microbicides – offrent l'espoir d'un élargissement important de la gamme d'outils disponibles pour prévenir la propagation du VIH.

Malheureusement, le monde ne s'est pas pressé d'investir dans la recherche et le développement pour résoudre des problèmes de santé touchant principalement les pays en développement. Dix pour cent seulement des 70 milliards de dollars dépensés chaque année pour la recherche biomédicale sont consacrés aux maladies qui représentent 90% du fardeau de morbidité de la planète.

Vaccins. Si un vaccin préventif offre le meilleur espoir d'inverser l'épidémie mondiale, la recherche d'un vaccin sûr et efficace doit faire face à de nombreux obstacles. Outre les problèmes scientifiques considérables qui doivent être surmontés, bien peu de grandes compagnies ont activement entrepris des programmes de recherche sur un vaccin contre le VIH et la recherche vaccinale n'a, dans le passé, représenté qu'une fraction relativement modeste des investissements du secteur public dans la recherche biomédicale liée au VIH³.

- **Premier essai de Phase III.** En 2003, VaxGen, une compagnie implantée aux Etats-Unis, a annoncé les résultats du premier essai d'efficacité de Phase III d'un vaccin VIH expérimental. Conduit aux Etats-Unis et en Europe, l'essai portait sur un vaccin à gp120 de sous-type B, destiné à produire des anticorps contre le VIH. Si l'essai n'a pas démontré son efficacité à prévenir l'infection, il a néanmoins permis d'établir la faisabilité des essais vaccinaux de Phase III.

³ Aux National Institutes of Health des Etats-Unis, qui sont la plus importante source de financement de la recherche biomédicale liée au VIH, la recherche vaccinale représente 11% du budget de recherche en matière de VIH/SIDA.

- **Dépenses en matière de recherche et de développement de vaccins.** Pour établir les critères de base du suivi des dépenses relatives aux vaccins dans tous les secteurs à l'avenir, l'ONUSIDA et l'OMS ont conduit une enquête auprès de 12 importants programmes de recherche du secteur public ou du secteur privé en 2002 (voir encadré). Les 12 programmes ont répondu au questionnaire de l'ONUSIDA/OMS.

Principaux programmes de recherche participant à l'enquête sur les dépenses en matière de R&D de vaccins

- Agence nationale de Recherche sur le SIDA (France)
- Centers for Disease Control and Prevention (Etats-Unis)
- National Institutes of Health (Etats-Unis)
- Projet de recherche sur le SIDA Ethiopie-Pays-Bas (Pays-Bas)
- EURONAVAC (Communauté européenne)
- Réseau des essais vaccinaux sur le VIH (Etats-Unis)
- Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA
- Istituto Superiore di Sanità (Italie)
- Institut national des maladies infectieuses (Japon)
- National Institute of Biological Standards and Control (Royaume-Uni)
- South African AIDS Vaccines Initiative (Afrique du Sud)
- Walter Reed Army Institute of Research (Etats-Unis)

Sur la base des réponses à l'enquête, l'ONUSIDA et l'OMS estiment que les dépenses du secteur public sur la recherche-développement en matière de vaccins VIH se sont montées à 430-470 millions de dollars en 2001. Les National Institutes of Health (NIH) des Etats-Unis ont dépensé 269 millions de dollars dans ce domaine, soit 57-63% des dépenses mondiales.

Bien que les chiffres définitifs ne soient pas encore connus, il est probable que les dépenses sur la R&D en matière de vaccins en 2003 dépasseront considérablement les niveaux de 2001. Les NIH annoncent que leurs dépenses de recherche sur un vaccin VIH cette année se monteront à 422 millions de dollars – une augmentation de 57% par rapport à 2001 – et la Fondation Bill et Melinda Gates, la Plate-forme d'essais cliniques dans les pays en développement de la Commission européenne et d'autres entités apporteront vraisemblablement d'importants nouveaux investissements à la recherche vaccinale cette année.

Microbicides. Le manque de moyens de prévention contrôlés par les femmes entrave les efforts déployés pour prévenir la transmission sexuelle, en particulier dans les régions où les problèmes économiques, politiques et sociaux empêchent les femmes de négocier l'utilisation du préservatif avec leurs partenaires sexuels. La mise au point de stratégies efficaces de prévention que les femmes elles-mêmes pourraient contrôler représente une priorité vitale.

- **Appui philanthropique privé.** Au cours de ces dernières années, la recherche s'est davantage portée sur des efforts de mise au point d'un ou plusieurs microbicides sûrs et efficaces pour la prévention du VIH et des autres IST. En 2002, la Fondation Rockefeller a lancé le Partenariat international en faveur des microbicides qui, d'ici à mars 2003, avait attiré des contributions d'un montant supérieur à 100 millions de dollars, y compris une subvention sur cinq ans de plus de 60 millions de dollars de la Fondation Bill et Melinda Gates.

- **Dynamique de la recherche.** L'appui du secteur public et des organisations philanthropiques à la recherche des microbicides est particulièrement important, étant donné le fait qu'aucune des grandes compagnies pharmaceutiques ne s'est encore engagée dans ce domaine. Malgré l'échec des encouragements commerciaux offerts pour améliorer les investissements du secteur privé dans le domaine des microbicides, six produits candidats sont en préparation en 2003 pour être soumis à des essais d'efficacité à grande échelle.
- **Manque de financement.** La Fondation Rockefeller estime qu'il faudra 775 millions de dollars au cours des cinq prochaines années pour améliorer la probabilité de découvrir un microbicide sûr et efficace d'ici à 2010⁴. Au cours de l'année fiscale s'achevant en 2001, le Gouvernement des Etats-Unis a investi 62 millions de dollars dans la R&D sur les microbicides – chiffre qui devrait passer à 214 millions de dollars en 2003.

Accroître les ressources pour la recherche sur le VIH/SIDA : la Fondation Bill et Melinda Gates

La Fondation Bill et Melinda Gates a pris une place de premier plan dans le renforcement des engagements mondiaux dans le domaine de la recherche et du développement sur les vaccins et microbicides contre le VIH/SIDA. La Fondation a offert plus de 126 millions de dollars à l'initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA, afin d'accélérer la mise au point et l'évaluation clinique de vaccins candidats prometteurs. En 2003, des responsables de haut niveau de la fondation se sont joints à des spécialistes de la recherche sur le VIH/SIDA pour proposer la création d'une entreprise mondiale sur les vaccins VIH, afin de renforcer, d'accélérer et de coordonner d'une manière stratégique les divers efforts déployés pour étudier les pistes à suivre pour la vaccination contre le VIH. Une subvention de 20 millions de dollars de la Fondation Gates contribue à financer l'essai de Phase III du Carraguard, un important microbicide candidat et la Fondation a offert une autre contribution de 60 millions de dollars portant sur plusieurs années au Partenariat international pour les microbicides.

3. Lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail dans les sociétés transnationales

Pourcentage de sociétés transnationales présentes dans les pays en développement qui ont mis en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail

L'épidémie de VIH affecte de façon défavorable l'industrie dans de nombreuses régions du monde, notamment en Afrique subsaharienne, où elle contribue à la perte de la main-d'œuvre, des compétences et de l'expérience, accroît l'absentéisme et impose aux compagnies des coûts supplémentaires de soins de santé, de prestations de pensions et de formation du personnel. AngloGold, une filiale de la compagnie Anglo-American, estime que près d'un quart des 90 000 ouvriers de ses mines d'or et de diamant sont infectés par le VIH et que le SIDA coûte à la compagnie jusqu'à six dollars pour chaque once d'or produite. Comme l'affirme la Déclaration d'engagement, une action efficace est nécessaire de la part de l'industrie pour atténuer l'impact à long terme de l'épidémie sur la croissance économique.

⁴ <http://www.global-campaign.org/fundingneeds.htm>. Cette étude pharmaco-économique, commandée par la Fondation Rockefeller, ne comprend pas les coûts de la recherche pour trouver de nouvelles pistes ; des activités destinées à introduire et rendre accessibles les nouveaux produits ; des frais généraux organisationnels ; et des efforts de plaidoyer.

Le lieu de travail joue un rôle potentiellement crucial dans le renforcement des activités de prévention, de prise en charge et de soutien du VIH. Comme le reconnaît le *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail*, le lieu de travail offre de nombreuses occasions d'améliorer la sensibilisation au SIDA, de fournir des services de prévention du VIH et d'élargir la couverture des services de santé et d'appui. Une récente étude au Zimbabwe, par exemple, a révélé que les ouvriers des usines disposant de programmes de prévention du VIH fondés sur les pairs avaient des taux d'infection inférieurs de 34% à ceux d'autres lieux de travail comparables n'offrant pas de tels programmes. Des études ont déterminé que pour les compagnies, le coût des programmes de traitement et de prise en charge était compensé par le fait de garder productifs et en bonne santé leurs ouvriers.

Au cours de ces dernières années, le monde des affaires a commencé à se mobiliser contre l'épidémie. La Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/SIDA, qui regroupe aujourd'hui plus de 100 sociétés internationales, s'efforce d'encourager la participation des entreprises à la lutte contre le SIDA, travaillant fréquemment en partenariat avec les conseils nationaux des entreprises, comme c'est le cas de la South African Business Coalition on HIV/AIDS. Avec plus de 50 sociétés membres, l'initiative pour la santé mondiale du Forum économique mondial a pour but «d'encourager un meilleur engagement du secteur privé dans le combat mondial contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme».

S'appuyant sur le *Recueil de directives pratiques du BIT*, l'ONUSIDA a défini qu'une bonne politique en matière de VIH/SIDA sur le lieu de travail dans les entreprises internationales devrait comprendre au moins les éléments suivants :

- Prévention de la stigmatisation et de la discrimination fondées sur une sérologie positive au VIH lors du recrutement et de la promotion du personnel et en cas d'indemnités d'emploi, de maladie et de licenciement.
- Des services sur le lieu de travail fournissant :
 - une information de base sur le VIH/SIDA ;
 - une information sur les risques et la prévention de la transmission du VIH spécifiquement liés au lieu de travail ;
 - la promotion du préservatif ;
 - le conseil et le test volontaires (CTV) ;
 - le diagnostic et le traitement des IST ; et
 - la fourniture des médicaments liés au VIH.
- La formation à la lutte contre le VIH/SIDA dans les situations de conflit, d'urgence et de catastrophes, s'il y a lieu.

Pour mieux suivre la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement, l'ONUSIDA et l'UNRISD ont entrepris une enquête auprès des 100 plus importantes sociétés transnationales classées en fonction de leurs actifs à l'étranger, afin d'obtenir une information sur les réponses des entreprises à l'épidémie. Il convient d'être prudent en généralisant les résultats de cette enquête, car seules 30 des 100 plus grandes sociétés transnationales ont répondu, mais l'enquête a néanmoins apporté des résultats intéressants.

- **Politiques sur le lieu de travail.** Sur les 30 compagnies ayant répondu, 70% déclarent disposer de politiques ou programmes pour faire face au VIH/SIDA sur le lieu de travail. Globalement, ce chiffre représente 21% des 100 plus importantes sociétés transnationales.

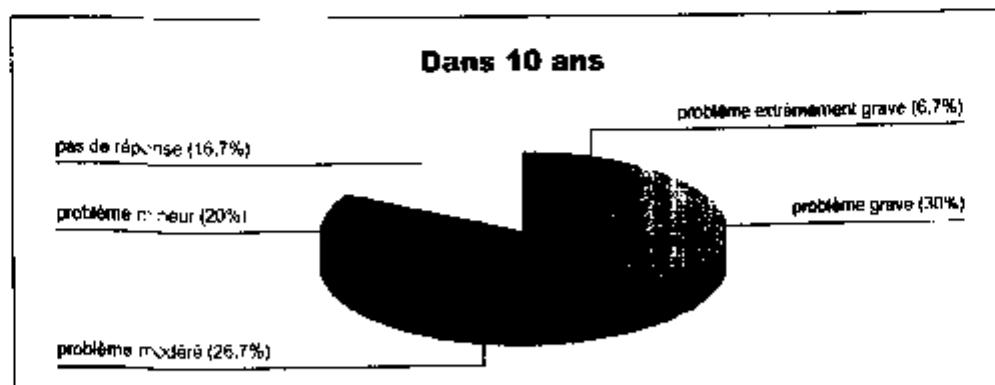
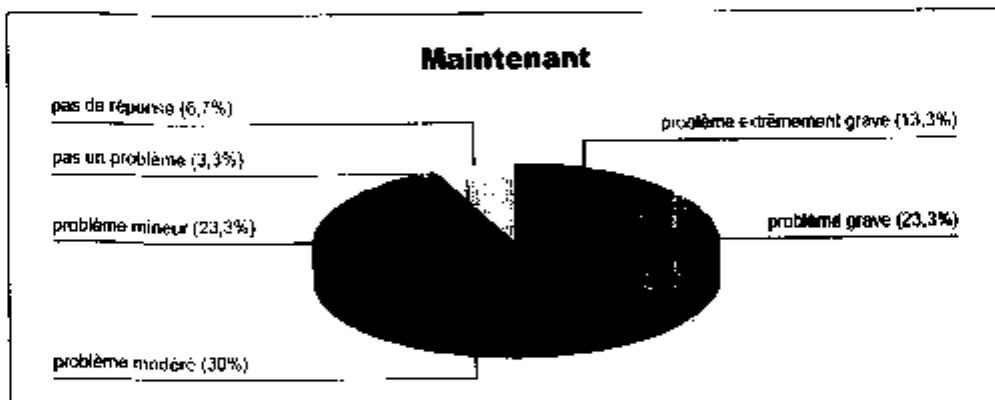
Une étude complémentaire a été entreprise pour évaluer le degré d'engagement des compagnies en faveur des politiques relatives au VIH/SIDA sur le lieu de travail. Plus

particulièrement, l'UNRISD a consulté les sites web des 100 plus grandes sociétés transnationales, découvrant que 39% d'entre elles mentionnaient le VIH/SIDA, mais que 11% seulement fournissaient une information claire se rapportant spécifiquement aux politiques ou programmes sur le lieu de travail. Sur la base de cette étude de suivi, l'ONUSIDA et l'UNRISD ont conclu que l'estimation de 21% notée ci-dessus pour la couverture des politiques sur le lieu de travail est probablement plus proche de la réalité que le score positif de 70% relevé pour le nombre relativement restreint des compagnies ayant répondu.

- **Perception de l'impact du VIH/SIDA sur l'entreprise.** La plupart des grandes sociétés transnationales ne considèrent pas encore le VIH/SIDA comme un problème grave pour leur entreprise. Environ 57% des sociétés transnationales ayant répondu ont caractérisé le VIH/SIDA comme n'étant pas un problème ou comme étant un problème mineur ou modéré, mais ce pourcentage tombe à 47% lorsque les compagnies doivent estimer l'impact de l'épidémie sur leurs opérations d'ici à 2013. Vingt-trois pour cent ont déclaré que le VIH/SIDA était déjà un grave problème et 13% ont estimé qu'il s'agissait d'un problème extrêmement grave. Sept pour cent n'ont fourni aucune réponse.

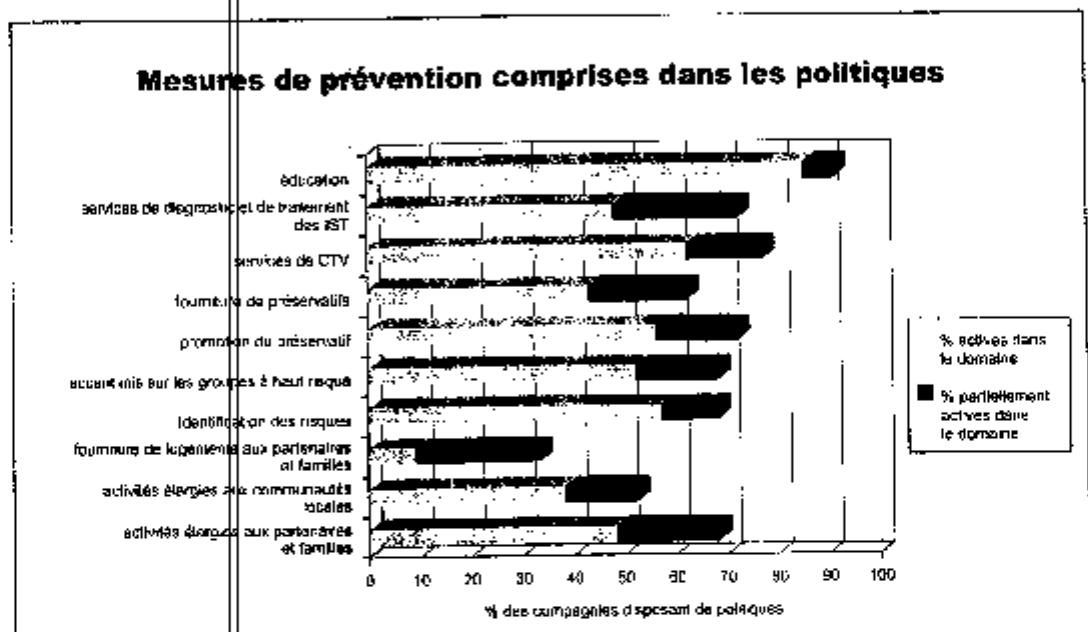
La perception de l'impact de l'épidémie sur les opérations d'une entreprise dépend beaucoup des régions où les sociétés sont présentes. Les compagnies ayant des activités dans les pays en développement ont beaucoup plus tendance à considérer que l'épidémie affecte leurs opérations de façon défavorable. Quatre-vingt-quatre pour cent des sociétés ayant répondu ont indiqué que l'épidémie de VIH avait un impact négatif sur leurs filiales en Afrique subsaharienne.

Attitudes des conseils d'administration de 30 compagnies concernant la menace présente et à venir que constitue le VIH/SIDA pour leur entreprise



- **Prévention.** Les mesures de prévention offertes par les compagnies à leurs employés varient considérablement. Plus de 90% des sociétés interrogées qui disposent de politiques sur le VIH indiquent qu'elles organisent des activités d'éducation sur le VIH/SIDA, plusieurs d'entre elles déclarant utiliser des approches fondées sur les pairs. Plus de 60% déclarent qu'elles offrent le conseil et le test volontaires à leurs employés et plus de la moitié encouragent l'utilisation du préservatif (bien qu'un peu plus de 40% seulement mettent effectivement des préservatifs à la disposition de leurs employés).

Le degré auquel les mesures de prévention sont à la disposition des partenaires, des familles et des communautés locales des employés varie, même si la plupart des réponses indiquent que l'accès à une partie au moins de ces programmes va au-delà des travailleurs eux-mêmes.

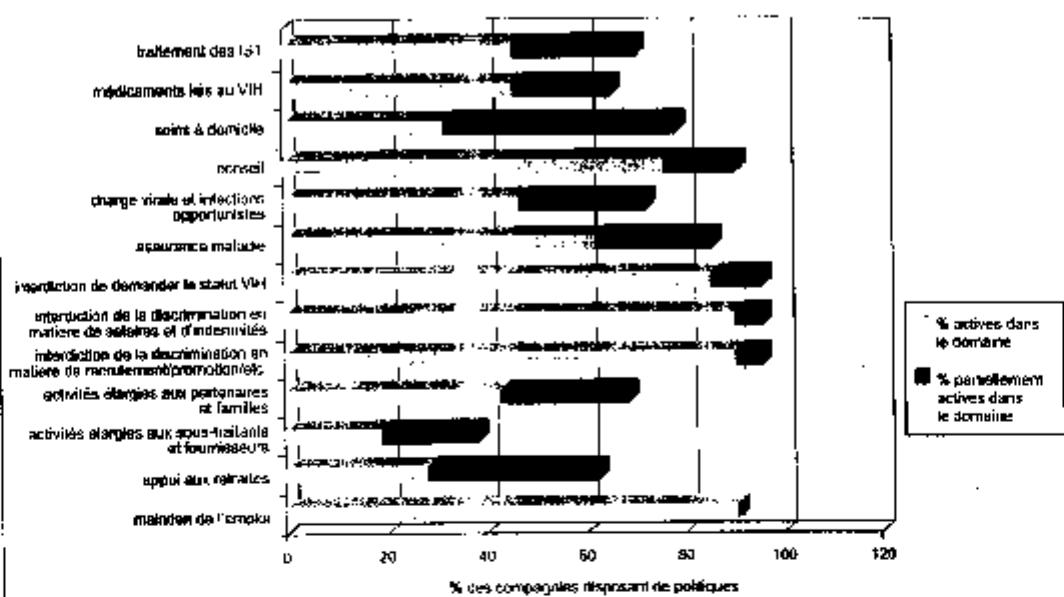


- **Traitements, soins et atténuation de l'impact.** Plus de 60% des compagnies ayant répondu indiquent qu'elles fournissent une certaine couverture par la thérapie antirétrovirale – il s'agit d'un pourcentage notable, étant donné que ce n'est que récemment que les premières sociétés, p. ex. Heineken et Anglo-American, ont annoncé qu'elles fourniraient gratuitement le traitement par les ARV aux employés séropositifs au VIH. La couverture sanitaire est limitée pour les membres des familles et généralement inexiste pour les sous-traitants et les fournisseurs.

Les résultats de l'enquête n'indiquent pas clairement si la couverture sanitaire fournie par la compagnie est financièrement abordable ou complète. Plusieurs sociétés ont déclaré qu'elles sefforcent de faciliter l'accès des employés aux services nécessaires mais ne peuvent pas toujours en garantir l'accès, car ces services sont rares ou inexistant.

- **Politiques antidiscriminatoires.** Plus de 80% des compagnies ayant répondu affirment interdire la discrimination en matière de recrutement, de salaires et d'indemnités. Un pourcentage analogue dispose de politiques interdisant à la direction d'exiger des employés qu'ils divulguent leur statut sérologique.

Mesures d'atténuation comprises dans les politiques



4. Lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail dans les organisations internationales

Pourcentage d'organisations internationales qui ont mis en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail

Enquête portant sur les organisations internationales. Pour évaluer les politiques et programmes sur le lieu de travail des organisations internationales, le Secrétariat de l'ONUSIDA a demandé à la New Academy of Business de conduire une enquête parmi ces groupes. En 2003, 182 organisations internationales ont reçu un questionnaire concernant les politiques relatives au VIH et 43 ont répondu (26 ONG, 8 institutions des Nations Unies et 9 institutions bilatérales).

- **Peu de politiques sur le lieu de travail.** Quatorze pour cent seulement des organisations examinées disposent de politiques sur le VIH/SIDA qui adhèrent aux normes recommandées (telles que les définis le Recueil des directives pratiques du BIT). Parmi les organisations internationales ayant répondu, 38% estimaient que leur organisation n'avait pas besoin d'une politique ou d'un programme particulier sur le VIH/SIDA sur le lieu de travail. Moins de la moitié des organisations examinées (43%) ont indiqué avoir une politique et un programme de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail couvrant tous les secteurs de l'organisation.
- **Services de santé de base.** En ce qui concerne les politiques spécifiques au lieu de travail, des pourcentages bien plus importants d'organisations semblent satisfaire aux exigences du Recueil des directives pratiques du BIT. Près des trois quarts (73%) fournissent des services gratuits ou abordables de conseil et de test volontaires et plus de 90% offrent une éducation sur le VIH/SIDA au personnel. Toutes les organisations participant à l'enquête affirment interdire la discrimination en matière de recrutement, de promotion, de transfert et de compensation.

- **Traitements du VIH/SIDA.** Vingt et un pour cent des organisations internationales interrogées fournissent à leurs employés une assurance couvrant les traitements du VIH/SIDA. Moins d'une sur cinq (18%) déclare fournir des soins à domicile gratuits pour le personnel atteint de maladies liées au VIH (mais aucune des ONG n'a fourni de réponse). Selon les résultats de l'enquête, les institutions des Nations Unies tendent davantage que les ONG à élargir la couverture aux partenaires, aux familles, aux communautés locales et aux fournisseurs.

L'enquête révèle qu'une proportion importante (80%) des organisations dans le domaine du développement international s'est efforcée de fournir des médicaments liés au VIH à des prix abordables. Plus de 70% des organisations ayant répondu sont en mesure, au moins partiellement, «d'assurer que des services abordables ou gratuits sont disponibles pour le traitement des IST». Pour ce qui est des médicaments contre le VIH et du traitement des IST, toutes les organisations qui ont répondu par la négative provenaient du secteur des ONG.

Dans l'ensemble, si la grande majorité des organisations internationales se conforment à certains aspects clés des politiques recommandées sur le lieu de travail (par exemple la fourniture de services essentiels de prévention du VIH ou l'adoption de politiques antidiscriminatoires), peu d'organisations ont adopté une approche globale du VIH/SIDA sur le lieu de travail. Bien que les résultats de l'enquête ne permettent pas des conclusions définitives, plusieurs explications apparaissent plausibles. Certaines ONG, par exemple, manquent peut-être de moyens pour couvrir les coûts élevés des thérapies antirétrovirales. De même, si les organisations confessionnelles encouragent systématiquement la sensibilisation au SIDA sur le lieu de travail, il leur arrive de s'abstenir de promouvoir activement l'utilisation du préservatif ; en effet, 10% seulement des organisations ayant répondu indiquent qu'elles mettent des préservatifs à la disposition des employés.

Oxfam : gérer le VIH/SIDA sur le lieu de travail

En juin 2001, un audit organisationnel des lieux de travail d'Oxfam en Afrique australe a conclu que le VIH/SIDA aurait des effets importants sur l'organisation, à savoir une augmentation de l'absentéisme et des coûts financiers associés aux indemnités de santé, la baisse de la productivité et la perte des capacités institutionnelles. Ces projections ont rendu les responsables d'Oxfam conscients de la nécessité de s'attaquer au VIH/SIDA dans toutes les sphères de leurs opérations, y compris le lieu de travail, et ont mené à la décision d'intégrer le VIH/SIDA dans les politiques et pratiques organisationnelles de l'Oxfam. L'Oxfam a élaboré une politique séparée relative au VIH/SIDA sur le lieu de travail à l'intention de son personnel, couvrant la non-discrimination, la confidentialité, la prévention du VIH, la thérapie antirétrovirale et l'accès à la prise en charge et au soutien. Le personnel et les partenaires sont également encouragés à analyser l'impact probable de l'épidémie et à adapter leurs programmes en conséquence. Par exemple, le Programme international commun de l'Oxfam au Malawi a organisé des ateliers de sensibilisation du personnel à la suite desquels des «coins préservatifs» ont été installés dans les bureaux de l'Oxfam, des personnes de référence sur le VIH et le SIDA ont été désignées et des sessions mensuelles d'information sur le VIH/SIDA organisées.

Le VIH/SIDA sur le lieu de travail onusien. Comme tout autre lieu de travail, les Nations Unies doivent aussi résoudre les problèmes présentés par le VIH et le SIDA. Le personnel des Nations Unies doit faire face à une vulnérabilité accrue étant donné la forte mobilité due aux fréquents voyages professionnels, les périodes d'ajustement accompagnant les changements de lieu d'affec-

tation et l'éloignement de la famille et des réseaux d'appui. En outre, de par son mandat, le système des Nations Unies se doit de jouer un rôle exemplaire dans la promotion des bonnes pratiques d'emploi en ce qui concerne le VIH/SIDA.

■ **Politique des Nations Unies sur le VIH/SIDA et le lieu de travail.** Depuis 1991, la politique du système des Nations Unies en matière de personnel et de VIH/SIDA offre un cadre politique aux initiatives sur le lieu de travail onusien. La concrétisation de nouveaux développements en matière de politique internationale dans le domaine du VIH/SIDA apportée par la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA et le Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail a offert au système des Nations Unies l'occasion d'examiner son action, à la fois sur ses propres lieux de travail et dans le contexte de son mandat élargi.

Le 23 septembre 2002, le Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, a noté que l'adhésion des Nations Unies à ses propres mandats restait inégale. Le Secrétaire général a ordonné aux institutions des Nations Unies d'évaluer leur politique relative au lieu de travail et si nécessaire, de prendre des mesures immédiates pour mettre en place des pratiques correspondant aux normes recommandées.

■ **Enquête auprès du personnel des Nations Unies.** Pour évaluer les attitudes et les connaissances du personnel des Nations Unies sur le VIH/SIDA, l'ONUSIDA a effectué une enquête auprès de plus de 8000 employés des Nations Unies (approximativement 10% de la totalité du système des Nations Unies) dans 82 sièges et bureaux dans les pays. L'enquête a révélé les points suivants :

- 17% du personnel des Nations Unies ne savent pas ce qu'est le VIH/SIDA ;
- environ un quart (26%) affirme comprendre les bases du traitement du VIH/SIDA ;
- 5% savent qu'ils sont séropositifs au VIH, mais ne souhaitent pas le divulguer au travail de peur de perdre leur emploi ou d'être traités différemment ;
- plus de 40% indiquent ne pas connaître leur sérologie VIH, mais ils craignent d'être perçus de façon négative s'ils cherchent à s'informer ;
- près de la moitié déclare n'avoir jamais reçu d'information sur le VIH/SIDA de la part des Nations Unies et compte plutôt sur les médias comme principale source d'information ; et
- 40% souhaitent recevoir davantage d'informations sur le VIH/SIDA.

Même si les personnes ayant répondu à l'enquête de l'ONUSIDA ne sont peut-être pas représentatives de la totalité des employés des Nations Unies, les résultats de l'enquête identifient néanmoins les domaines où les politiques des Nations Unies sur le lieu de travail en matière de VIH/SIDA pourraient être améliorées. Les résultats de l'enquête ont notamment contribué à l'élaboration par l'ONUSIDA d'une stratégie d'apprentissage sur le VIH/SIDA, qui est actuellement appliquée.

Une autre activité visant à évaluer les politiques sur le lieu de travail aux Nations Unies a été entreprise par l'Equipe spéciale interinstitutions sur le VIH/SIDA et le monde du travail. Ce groupe a enquêté auprès des institutions des Nations Unies pour déterminer dans quelle mesure leurs politiques et pratiques étaient conformes à celles que recommande le *Recueil de directives pratiques du BIT*. Le rapport de l'Equipe interinstitutions souligne le fait que, malgré certaines très bonnes pratiques dans certaines institutions, le lieu de travail onusien dans son ensemble n'a pas systématiquement intégré le VIH/SIDA dans sa culture de planification des ressources humaines et qu'il devra renforcer sa riposte à l'impact du VIH/SIDA sur son personnel et sa capacité organisationnelle.

Les Nations Unies au Kenya : l'accès aux traitements du VIH/SIDA est élargi aux sous-traitants

En juillet 2003, les institutions des Nations Unies basées à Nairobi ont publié un nouveau règlement exigeant que toutes les entreprises avec lesquelles elles travaillent offrent une couverture médicale du VIH/SIDA à leurs employés. Ces entreprises doivent inscrire leurs employés dans des systèmes d'assurance maladie leur permettant d'accéder aux traitements appropriés du VIH/SIDA et d'en bénéficier.

Bien que les Nations Unies à Nairobi aient commencé à offrir des médicaments contre le SIDA à leurs 1800 employés à temps complet en 1992, la nouvelle politique s'appliquera à tous les personnels employés par des sous-traitants. La nouvelle politique – une première pour les Nations Unies en Afrique – offrira des médicaments antirétroviraux à 400 employés qui passent plus de la moitié de leur semaine de travail dans le complexe des Nations Unies. Ces personnes sont employées par 17 sous-traitants qui offrent des services de jardiniers-paysagistes, nettoyeurs, électriciens, des services d'entretien général des bâtiments, d'agence de voyages, de traiteur, de transport et d'expédition et de messagerie.

L'Equipe spéciale des Nations Unies sur les ressources humaines et le VIH/SIDA a identifié plusieurs activités à conduire au cours de l'année à venir, notamment :

1. Promotion des politiques et du Recueil de directives pratiques du BIT

Un examen des questions suivantes est également envisagé : absences, horaires flexibles, participation à des funérailles, planification de la succession et prise en charge après la retraite, afin de favoriser l'instauration d'un lieu de travail humain au sein du système des Nations Unies.

2. Prestations de sécurité sociale

Plaider en faveur d'une amélioration des prestations destinées au personnel grâce à différentes dispositions contractuelles.

3. Prévention et sensibilisation

Renforcement de la compétence du personnel des Nations Unies en matière de VIH/SIDA par :

- la promotion de la stratégie d'apprentissage dans l'ensemble du système des Nations Unies

- l'élaboration d'un guide de mise en œuvre à l'intention des institutions spécialisées des Nations Unies et de leurs équipes dans les pays

- la formation d'animateurs régionaux

- la formation à la sensibilité pour tous les administrateurs de chacune des institutions des Nations Unies

- l'élaboration d'une stratégie efficace de communication et de promotion pour faciliter l'intégration du VIH/SIDA dans les politiques et pratiques sur le lieu de travail.

4. Prise en charge et soutien

Améliorer les services de prise en charge et de soutien par :

- l'évaluation des activités actuelles dans le domaine de la prise en charge et du soutien

- l'identification des meilleures pratiques

- une étude pour déterminer s'il est possible de fournir des services gratuits de CTV au personnel.

5. Plaidoyer en matière de VIH/SIDA

Evaluation des efforts de plaidoyer en matière de VIH/SIDA

Principaux faits nouveaux en 2002-2003. L'efficacité croissante des efforts de plaidoyer en matière de VIH/SIDA (par les ONG, les personnes vivant avec le VIH/SIDA, les institutions des Nations Unies, les diplomates, les groupes confessionnels, les chefs d'entreprises, les organisations syndicales et tout un éventail d'autres acteurs) se traduit par une augmentation de l'engagement politique et des ressources disponibles pour les programmes sur le VIH/SIDA. Au cours des 12 à 18 derniers mois, un renforcement marqué du plaidoyer en matière de SIDA est apparu sur plusieurs fronts et parmi des acteurs divers.

- **Pays développés.** Dans les pays développés, les groupes de plaidoyer ont intensifié leur demande d'une augmentation massive du soutien financier international aux programmes sur le VIH/SIDA. Se joignant à leurs homologues des pays en développement, les activistes de la lutte contre le SIDA dans les pays donateurs ont exigé une accélération des efforts entrepris pour élargir l'accès aux traitements dans les situations où les ressources sont limitées. De plus en plus, le VIH/SIDA devient un thème important du dialogue diplomatique (par exemple, lors de réunions mondiales telles que le sommet du G8 et le Forum économique mondial ou lors de rencontres diplomatiques bilatérales). En juillet 2003, une réunion mondiale à Paris (présidée en commun par des ministres des Etats-Unis et de la France) a souligné la nécessité d'accroître l'appui financier au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- **Leadership régional.** Un nombre croissant d'organismes régionaux manifestent un engagement plus déterminé et plus clair à coopérer dans la lutte contre le VIH/SIDA.
 - **Europe orientale et Asie centrale.** En mai 2002, une réunion au sommet de la Communauté des Etats Indépendants (CEI) a adopté le Programme de riposte urgente des Etats Membres de la CEI à l'épidémie de VIH/SIDA et les chefs de gouvernement ont par la suite désigné des coordinateurs nationaux à un niveau élevé qui sont responsables de tout un éventail d'actions multisectorielles.
 - **Afrique subsaharienne.** En différentes occasions (notamment lors d'un sommet sans précédent à Abuja en 2000 et sous les auspices de la Communauté de développement de l'Afrique australe), les leaders africains ont affirmé et renforcé leur détermination à collaborer dans la lutte contre le VIH/SIDA. AIDS Watch Africa, un groupe réunissant des chefs d'Etat africains, surveille les progrès faits dans la mise en œuvre de la Déclaration d'Abuja 2001. En juillet 2003, à Maputo, un Forum mondial sur la santé et le développement a été organisé à l'occasion du Sommet de l'Union africaine et il a rassemblé des chefs d'Etat africains, des responsables des Nations Unies et des experts du SIDA venus du monde entier. Un Sommet extraordinaire des chefs d'Etat et de gouvernement de la Communauté de Développement de l'Afrique australe (SADC) s'est également tenu à Maseru, au Lesotho, pour faire face à la menace du VIH/SIDA dans la région et définir la riposte nécessaire. Les Premières-Dames africaines se mobilisent pour combattre le VIH/SIDA sur le continent, s'attaquant à la stigmatisation et à la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
 - **Asie & Pacifique.** L'ONUSIDA collabore avec les pays de la région Asie et Pacifique pour mettre en œuvre le programme d'action adopté par le Forum du leadership sur

le VIH/SIDA et le développement en Asie et dans le Pacifique, lancé en août 2002. Les leaders des pays membres de l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE) se sont également regroupés pour promouvoir la solidarité et la coopération régionales dans la lutte contre le VIH/SIDA.

- **Caraïbes.** Les membres du Partenariat pan-caraïbe contre le VIH/SIDA lancé en 2001 représentent aujourd'hui quelque 63 institutions, notamment des institutions des Nations Unies, des ONG régionales, des donateurs multilatéraux et bilatéraux, des entreprises du secteur privé et tous les gouvernements de la région. La mobilisation régionale contre le VIH/SIDA a particulièrement bénéficié du leadership et de l'engagement personnels du Dr Denzil L. Douglas, Premier Ministre de Saint-Kitts-et-Nevis.
- **Aide des Nations Unies aux efforts régionaux.** Le Secrétaire général a contribué à renforcer encore le plaidoyer au niveau régional en désignant des ambassadeurs de haut niveau comme envoyés spéciaux pour le SIDA dans différentes régions. Ces personnalités sont les suivantes : Sir George Alleyne (Caraïbes) ; le professeur Lars Kallings (Europe orientale et Asie centrale) ; Stephen Lewis (Afrique) ; et Nafis Sadik (Asie).
- **Leadership et plaidoyer à l'échelon pays.** Le plaidoyer a également fait d'importants progrès dans de nombreux pays, y compris ceux dans lesquels le VIH/SIDA constitue aujourd'hui un problème émergent. En Indonésie, par exemple, où les taux d'infection à VIH sont en hausse, une réunion extraordinaire du cabinet a été organisée en 2002 pour s'attaquer à l'épidémie. Le Président s'est publiquement exprimé sur les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et le pays s'est lancé dans une stratégie quinquennale contre le VIH/SIDA. De même, en Inde, le Premier Ministre a accueilli en juillet 2003 plus de 1000 représentants de tous les échelons du gouvernement lors d'une convention nationale des élus visant à s'attaquer au problème croissant posé par le VIH/SIDA. En Chine, la première conférence nationale sur le VIH/SIDA en 2001 a contribué à améliorer la sensibilisation nationale à l'épidémie et à renforcer la réponse à la fois des secteurs gouvernementaux et non-gouvernementaux.

Evaluation de la couverture médiatique. De par sa nature, l'efficacité du plaidoyer dans le domaine du SIDA est difficile à évaluer. Il est problématique d'évaluer l'efficacité alors que les efforts de plaidoyer exigent souvent de nombreuses années pour parvenir aux résultats désirés, mais encore la diversité des formes que peut prendre le plaidoyer (par exemple médias, campagnes de sensibilisation, groupes de pression et mobilisation de la base) rend également plus difficile la mesure du succès. Etant donné que le plaidoyer se produit à tous les niveaux dans toutes les régions du monde et qu'il est le fait de toute une série de parties prenantes diverses, il est virtuellement impossible d'évaluer avec précision l'impact collectif de ces activités.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA s'est efforcé d'évaluer au moins une manifestation du plaidoyer en comparant la couverture médiatique du VIH en octobre/novembre 2001 avec la même couverture en octobre/novembre 2002 dans 10 pays choisis (Brésil, Chine, Fédération de Russie, Ghana, Honduras, Jamaïque, Kazakhstan, Myanmar, Népal et Zimbabwe). L'analyse a également porté sur des déclarations liées au SIDA annoncées par des groupes mondiaux et régionaux, tels que l'Union africaine, la Communauté caraïbe (CARICOM) et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

Se fondant sur les articles de presse dans les archives en ligne de l'ONUSIDA, l'analyse a identifié 569 articles liés au VIH. L'analyse s'est efforcée d'évaluer les attitudes courantes face à l'épidémie dans les 10 pays choisis, de définir les tendances de la couverture et de noter les lacunes ou les domaines de préoccupation importants.

L'analyse a détecté une forte augmentation entre 2001 et 2002 dans l'importance de la couverture médiatique du VIH, et, particulièrement, dans le nombre d'articles portant sur la sensibilisation au VIH/SIDA en Chine, en Fédération de Russie, au Ghana et au Zimbabwe, ce qui indique que le débat public sur l'épidémie est peut-être en augmentation dans ces pays. Au Brésil, au Honduras et au Kazakhstan, la couverture a baissé au cours des deux années. La Jamaïque et le Myanmar montrent une augmentation modeste de la couverture médiatique.

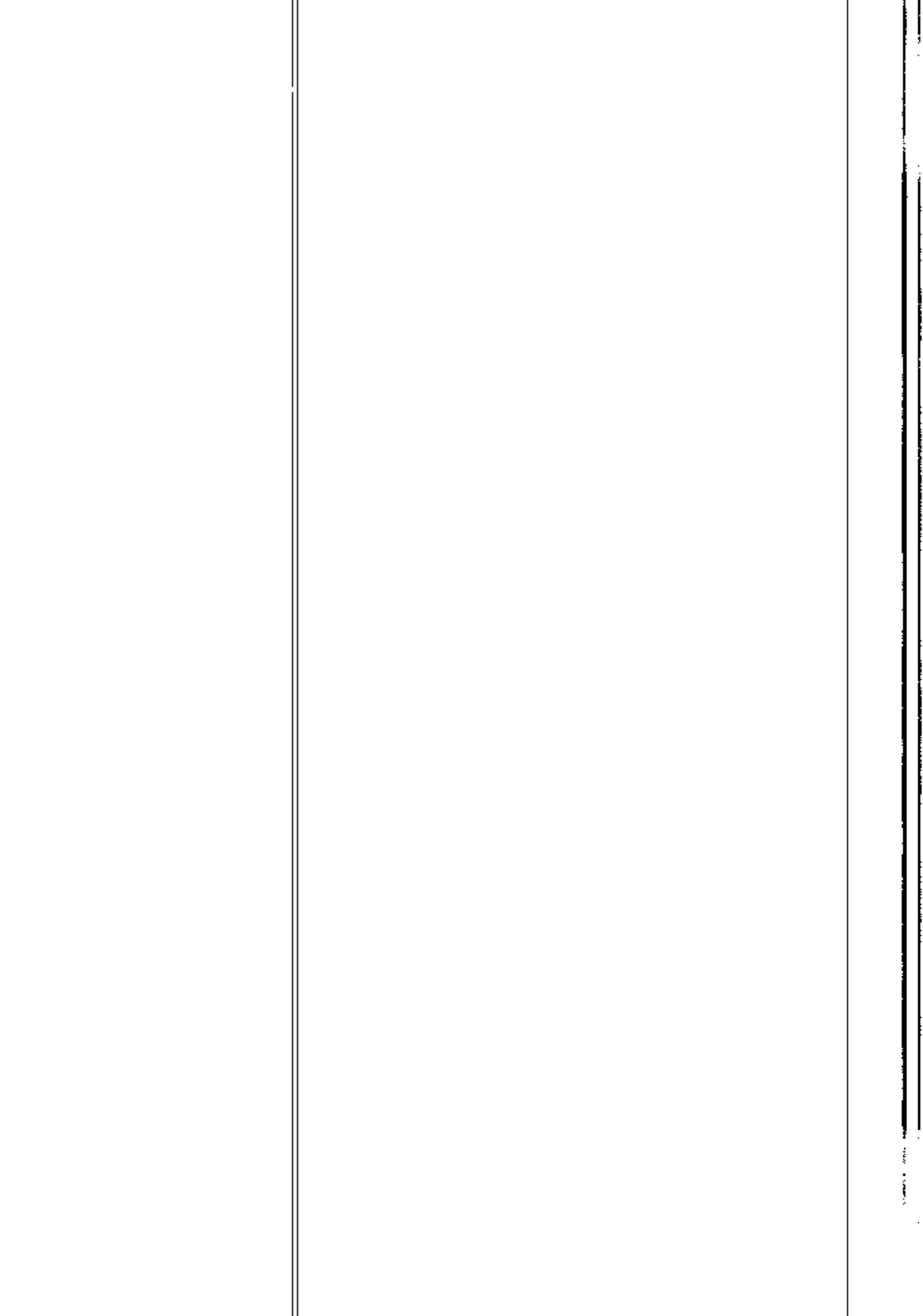
A l'exception de l'ANASE, le nombre de déclarations sur le VIH faites par les organismes régionaux dans les médias a augmenté entre 2001 et 2002. La baisse de la couverture médiatique du VIH/SIDA dans les pays de l'ANASE (11 articles en 2001 et aucun en 2002) s'explique peut-être par l'importante couverture médiatique qui avait été donnée à la Déclaration sur le VIH/SIDA de novembre 2001 adoptée au septième sommet de l'ANASE à Bandar Seri Begawan, où les chefs de gouvernement se sont engagés à se rassembler contre l'épidémie.

Si la couverture médiatique portait souvent sur les actions du gouvernement, un seul article (en 2001) a transcrit les Déclarations de chefs d'Etat ou de chefs de gouvernement. Dans plusieurs pays (y compris la Chine, le Ghana, la Jamaïque et le Kazakhstan) la couverture s'est portée particulièrement sur les efforts déployés pour modifier les lois et politiques afin de favoriser une riposte plus efficace au VIH/SIDA. Le 17 octobre 2002, le *South China Morning Post* a rapporté que la première loi en Chine visant à protéger les personnes infectées par le VIH de la discrimination avait été passée à Suzhou (province de Jiangsu, Chine orientale).

Si une bonne partie de la couverture médiatique peut être interprétée comme étant discriminatoire, une proportion plus importante des articles en 2002 met en question la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, notamment au Brésil, en Chine, en Fédération de Russie, au Ghana, en Jamaïque et au Zimbabwe. La couverture médiatique a également largement porté sur les efforts déployés pour prévenir la propagation du VIH parmi les jeunes.

Il convient d'user de prudence lorsqu'on essaie de tirer des conclusions générales sur une base mondiale ou régionale de l'expérience faite dans 10 pays. Néanmoins, les conclusions suivantes semblent plausibles :

- Dans les pays où l'épidémie de VIH est en train d'émerger rapidement ou de devenir plus sérieuse, il y a lieu de penser que le plaidoyer contribue à améliorer la sensibilisation et l'intérêt du public. Dans les pays où le VIH/SIDA s'aggrave, la baisse de couverture notée entre 2001 et 2002 pourrait constituer un motif de préoccupation.
- Comme le montre la couverture médiatique, le plaidoyer a un important impact sur le contexte politique de nombreux pays, lorsque les décideurs nationaux envisagent de changer les lois et les politiques pour renforcer la riposte à l'épidémie.
- La faible visibilité des leaders nationaux dans la couverture médiatique suggère qu'un grand nombre de responsables de haut niveau ne se sont toujours pas engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA.
- Dans certains pays, la stigmatisation liée au VIH/SIDA décline quelque peu lorsque la couverture médiatique de la maladie devient plus importante. Néanmoins, la couverture médiatique souligne que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH restent une sérieuse menace pour l'efficacité de la riposte dans de nombreuses parties du monde.



II. Indicateurs des actions et des engagements nationaux

1. Montant des fonds nationaux engagés par les gouvernements pour combattre le VIH/SIDA

2. Indice des politiques nationales relatives au VIH/SIDA

A. Plan stratégique

1. Le pays a élaboré des stratégies multisectorielles pour combattre le VIH/SIDA.
2. Le pays a intégré la question du VIH/SIDA dans son plan de développement général.
3. Le pays dispose d'un organe multisectoriel, national et fonctionnel de coordination/de gestion des questions liées au VIH/SIDA.
4. Le pays dispose d'un organe fonctionnel national en charge de la question du VIH/SIDA qui assure la promotion d'une interaction entre le gouvernement, le secteur privé et la société civile.
5. Le pays dispose d'un organe fonctionnel en charge de la question du VIH/SIDA qui aide à la coordination des organisations de la société civile.
6. Le pays a évalué l'impact du VIH/SIDA sur sa situation socio-économique à des fins de planification.
7. Le pays dispose d'une stratégie qui traite les questions en rapport avec le VIH/SIDA au sein de ses services nationaux de personnel en uniforme (y compris les forces armées et les forces de défense civile).

B. Prévention

1. Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie générale de promotion de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC) sur le VIH/SIDA.
2. Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie de promotion d'une éducation pour la santé sexuelle et reproductive destinée aux jeunes.
3. Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie de promotion de l'IEC et d'autres interventions de santé destinée à des groupes dont les taux d'infection à VIH sont élevés ou en augmentation.
4. Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie de promotion de l'IEC et d'autres interventions de santé destinée aux migrants transfrontaliers.
5. Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie d'élargissement de l'accès, y compris pour les groupes les plus vulnérables, aux produits de prévention essentiels.
6. Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie de réduction de la transmission mère-enfant du VIH.

C. Droits de la personne

1. Le pays dispose de lois et de réglementations qui protègent contre la discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
2. Le pays dispose de lois et de réglementations qui protègent contre la discrimination de groupes de personnes recensés comme particulièrement vulnérables au VIH/SIDA.

2. Indice des politiques nationales relatives au VIH/SIDA (suite)

- 3. Le pays dispose d'une politique qui assure aux hommes et aux femmes un accès équitable à la prévention et aux soins, en portant une attention toute particulière en la matière aux populations vulnérables.
- 4. Le pays dispose d'une politique qui garantit que les protocoles de recherche sur le VIH/SIDA impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique.

D. Soins et appui

- 1. Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie de promotion des soins et d'un appui complets en rapport avec le VIH/SIDA, en portant une attention toute particulière en la matière aux groupes vulnérables.
- 2. Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie qui garantit ou améliore l'accès aux médicaments en rapport avec le VIH/SIDA, en portant une attention particulière en la matière aux groupes vulnérables.
- 3. Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie qui traite les besoins supplémentaires des orphelins et des autres enfants vulnérables.

Information à l'échelon pays

Pour mesurer les progrès accomplis au niveau national dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement, l'ONUSIDA utilise trois mesures différentes :

- Le degré des engagements et des actions nationaux, mesuré par le volume de ressources intérieures consacrées à des activités liées au VIH/SIDA et par l'adoption, sur le plan national, des politiques et pratiques définies dans la Déclaration ;
- La mesure dans laquelle les engagements et les actions nationaux se traduisent dans la mise en œuvre de services qui bénéficient à ceux qui en ont besoin, dans l'augmentation du niveau de connaissances liées au VIH dans des populations clés et dans la réduction des comportements à risque ; et
- La mesure dans laquelle les engagements et les actions nationaux se traduisent concrètement par la baisse du nombre des nouvelles infections.

La présente section du rapport, fondée sur 103 rapports nationaux, examine la première de ces mesures – les engagements et actions nationaux mesurés en termes de volume de ressources et d'adoption de politiques judicieuses en matière de VIH.

- 90% de ces rapports ont été élaborés par les Commissions nationales du SIDA ou organes équivalents.
- Dans deux tiers des cas, la contribution de représentants de la société civile a été sollicitée.
- Dans 53% des rapports nationaux, les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont été consultées. La participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA semble la plus élevée en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (71% des pays ayant répondu), puis en Afrique subsaharienne (71%), en Europe orientale et Asie centrale (63%), en Asie du Sud et du Sud-Est (57%) et dans les pays à revenu élevé (aucun).

- Trois quarts des pays indiquent que les rapports nationaux sont disponibles dans le domaine public.

1. Montant des fonds nationaux engagés par les gouvernements pour combattre le VIH/SIDA

Tout en reconnaissant que les ressources sont sérieusement limitées dans un grand nombre des pays les plus touchés, la Déclaration d'engagement demande aux gouvernements des pays à faible et moyen revenus d'augmenter le niveau des ressources consacrées aux programmes sur le VIH/SIDA.

L'ONUSIDA estime que les dépenses intérieures totales des gouvernements pour les programmes sur le VIH/SIDA en 2002 dans 58 pays à faible et moyen revenus se sont montées à quelque 995 millions de dollars – soit le double des sommes documentées en 1999. En outre, l'ONUSIDA estime que les ménages touchés par le VIH dans ces pays ont dépensé un montant approximativement équivalent en 2002.

Dans son estimation des dépenses publiques pour les activités liées au VIH/SIDA en 2002, l'ONUSIDA s'est intéressé aux fonds réellement décaissés, plutôt qu'aux montants autorisés mais pas encore mis à la disposition des programmes.

S'il y a lieu de penser que de nombreux gouvernements accroissent leurs dépenses consacrées à des activités liées au VIH/SIDA, une bonne partie de l'augmentation relevée par rapport à 1999 peut probablement être attribuée à une amélioration de l'information relative aux efforts nationaux. Trois quarts des dépenses intérieures consacrées au VIH/SIDA en 2002 peuvent être retracées à sept pays à moyen revenu : l'Afrique du Sud, le Brésil, la Colombie, la Fédération de Russie, le Mexique, la Thaïlande et le Venezuela. Diverses analyses comparant les dépenses consacrées au VIH/SIDA dans les pays à faible et moyen revenus avec les budgets publics généraux indiquent que de nombreux pays n'ont pas encore accordé la priorité à la riposte au VIH/SIDA dans l'affectation des ressources nationales.

Un examen par région révèle les exemples suivants d'appui intérieur aux programmes sur le VIH/SIDA :

- **Asie de l'Est et Pacifique.** En Chine, le gouvernement central a accru ses dépenses consacrées à la prévention du VIH de 1,8 million de dollars environ en 2001 à 12 millions de dollars en 2002.
- **Europe orientale et Asie centrale.** Dans cette région, qui connaît la propagation la plus rapide du VIH, les pouvoirs publics ont consacré des sommes relativement modestes aux activités liées au VIH/SIDA : 10 millions de dollars au Bélarus, 2,7 millions de dollars au Kazakhstan, 219 000 dollars au Kirghizistan et 132 000 dollars au Tadjikistan.
- **Amérique latine et Caraïbes.** L'Amérique latine compte plusieurs pays à moyen revenu qui ont consacré des ressources publiques intérieures importantes à la lutte contre le VIH/SIDA, y compris le Brésil (750 millions de dollars en 2002), le Mexique (212 millions de dollars) et le Venezuela (71 millions de dollars). L'Argentine, qui, en 2002, a dû faire face à une grave crise économique, a dépensé environ 75 millions de dollars pour des programmes sur le VIH/SIDA. Les pouvoirs publics d'Amérique centrale et des Caraïbes ont consacré considérablement moins de ressources intérieures au VIH/SIDA, mais ceci s'explique partiellement par le fait que la plupart de ces pays sont relativement petits. Antigua, pays de 68 000 habitants, a dépensé 259 000 dollars pour des programmes sur le VIH/SIDA en 2002.

- **Asie du Sud et du Sud-Est.** Le gouvernement vietnamien a dépensé 4 millions de dollars pour le VIH/SIDA en 2002, 91% de ces dépenses étant à l'appui d'activités de prévention du VIH. Avec un revenu national brut par habitant de 260 dollars, le Cambodge a dépensé près de 2 millions de dollars pour des programmes sur le VIH/SIDA en 2002. Le Myanmar, qui connaît l'augmentation la plus forte des infections à VIH dans la région, a dépensé environ 3,4 millions de dollars de fonds publics intérieurs pour le VIH/SIDA.
- **Afrique subsaharienne.** Certains gouvernements (par exemple le Lesotho et le Malawi) se sont engagés à consacrer 2% de leur budget public à des programmes sur le VIH/SIDA. En Afrique du Sud, les gouvernements central et provinciaux ont budgétisé environ 160 millions de dollars pour l'année fiscale 2003. La Botswana, qui dispose d'un revenu moyen à élevé et compte 2 millions d'habitants, a dépensé 70 millions de dollars pour des programmes sur le VIH/SIDA en 2002. Le Nigéria, pays à faible revenu de 127 millions d'habitants, où l'infection à VIH se propage rapidement, a dépensé environ 14,1 millions de dollars en ressources publiques intérieures pour des programmes sur le VIH/SIDA.

2. Politiques nationales relatives au VIH/SIDA

La Déclaration d'engagement prévoit l'élaboration et la mise en œuvre rapides de cadres politiques nationaux bien conçus pour guider l'action contre le VIH/SIDA. Un environnement politique favorable est nécessaire pour encourager une action multisectorielle contre l'épidémie de VIH et faire en sorte que les ripostes nationales soient aussi stratégiques que possible. En outre, un cadre politique global protège et favorise le respect des droits de la personne, reconnaît les dimensions sexospécifiques de l'épidémie, contribue à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination et encourage la participation active des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Pour évaluer jusqu'à quel point les pays ont adopté et mis en œuvre l'éventail de politiques relatives au VIH/SIDA approuvées par la Déclaration d'engagement, l'ONUSIDA a mis au point un Indice composite des politiques nationales comprenant 20 indicateurs qui portent presque tous sur les questions de politiques mentionnées dans la Déclaration. Les indicateurs traitent de quatre orientations politiques clés pour une action nationale efficace :

- élaboration, mise en œuvre et intégration des plans stratégiques nationaux sur le SIDA ;
- prévention de la transmission du VIH ;
- protection et promotion des droits de la personne ; et
- prise en charge et soutien des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA.

Ces indicateurs ont été traduits en un questionnaire de 20 questions, envoyé aux 189 Etats Membres qui ont adopté la Déclaration d'engagement. Pour répondre au questionnaire, les pays avaient accès à un document d'orientation préparé par l'ONUSIDA en 2002, *Suivi de la Déclaration d'engagement : Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base*. Les pays ont été priés d'utiliser un format standard créé par l'ONUSIDA pour leur rapport sur les 20 indicateurs de l'Indice composite des politiques nationales, en répondant à chaque question par oui, non, sans objet et, le cas échéant, en fournissant des observations ou des explications écrites.

Au 1er juin 2003, 87 pays avaient remis des réponses complètes au questionnaire de l'Indice des politiques – 23 en Afrique subsaharienne, 8 en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, 15 en Asie et dans le Pacifique, 20 en Amérique latine et aux Caraïbes, 11 en Europe orientale et Asie centrale et 10 pays à revenu élevé. La présente section résume les réponses fournies par ces 87 pays. Les réponses reçues ultérieurement n'ont pas montré de différences significatives par rapport aux principales conclusions. Dans les cas où les questions n'étaient pas pertinentes aux ripostes natio-

nationales de certains pays (si par exemple le pays a une faible prévalence du VIH) les réponses de ces pays n'ont pas été prises en compte dans le calcul des pourcentages mentionnés dans le rapport.

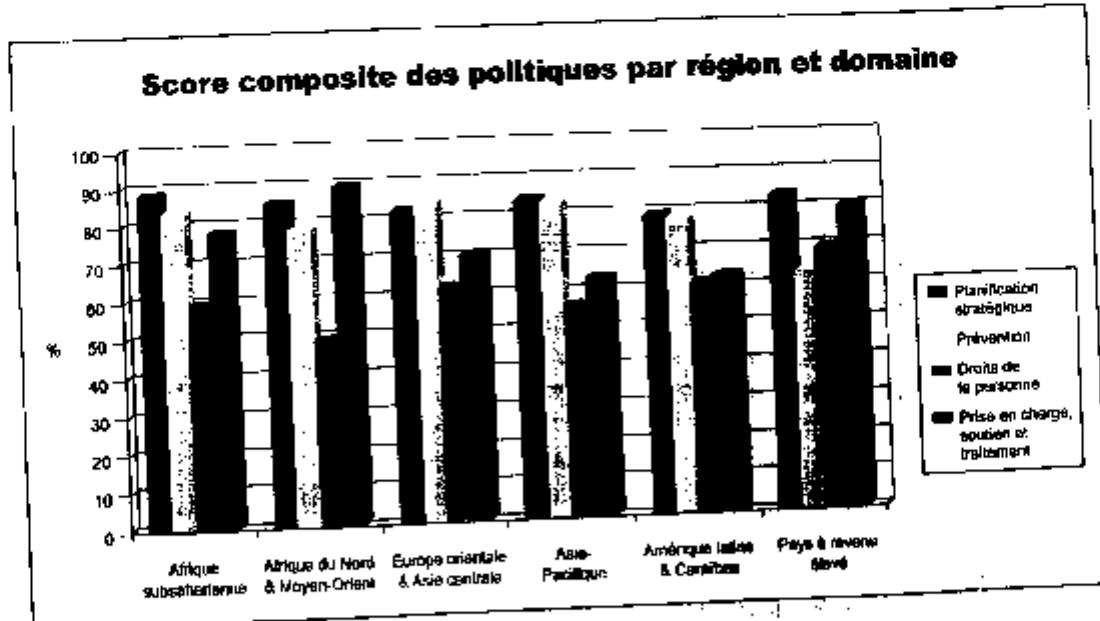
Toutefois, des différences significatives apparaissent dans le taux de réponses positives à des questions particulières, ce qui indique que l'élaboration des politiques nationales est beaucoup plus avancé dans certains domaines et dans certains des pays ayant répondu que dans d'autres (voir graphique ci-dessous). Par exemple, dans les différents domaines politiques, les scores les plus élevés ont été notés dans les domaines du leadership, de l'engagement et de la prévention. Les scores les plus faibles ont été obtenus dans les domaines des droits de la personne, notamment en ce qui concerne les lois et règlements en place à l'intention des groupes vulnérables et ceux visant à assurer un accès équitable aux services de prévention et de prise en charge pour les hommes et pour les femmes.

S'il existe relativement peu de variations régionales visibles entre les domaines politiques, les scores des pays à revenu élevé sont fréquemment beaucoup plus faibles que ceux d'autres régions. Il y a à cela plusieurs explications. Le niveau de réponse des pays à revenu élevé a été comparativement faible, mais un grand nombre des questions de l'enquête de l'ONUSIDA étaient spécifiquement ciblées pour obtenir des renseignements concernant la riposte au VIH/SIDA dans les pays en développement, où vivent 95% des personnes infectées par le VIH/SIDA.

Même si les résultats suggèrent que quelques progrès ont été faits dans l'élaboration de cadres politiques généraux relatifs au VIH/SIDA, il est recommandé d'user de prudence dans l'interprétation des résultats. Comme l'ont noté de nombreux pays dans leurs réponses et comme les sections ultérieures du rapport le confirment, l'adoption d'une politique recommandée ne garantit pas que cette politique se concrétise réellement.

Par exemple, les pays indiquent que la concrétisation d'une politique est souvent entravée par le manque de ressources financières ou de capacité technique. En outre, si un score faible montre qu'il faudra encore travailler à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques, l'absence d'une politique officielle dans un domaine particulier ne signifie pas qu'il n'existe aucun service dans ce domaine à l'échelon du pays. Le Bangladesh, par exemple, souligne que, s'il n'existe pas de politique nationale officielle dans plusieurs domaines de la prévention, un grand nombre d'ONG effectuent un grand travail dans ces domaines (p. ex. auprès des groupes vulnérables et des jeunes).

Score composite des politiques par région et domaine



En plus des données de l'Indice composite des politiques nationales, un projet commun ONUSIDA/USAID a cherché à documenter plus en détail les changements intervenus dans les politiques nationales au cours des deux dernières années. Cette étude, intitulée Indice d'effort du programme SIDA, qui sera examinée de manière plus approfondie à la fin de la présente section, est fondée sur l'information fournie par des experts nationaux de 44 pays concernant l'existence de certains éléments des programmes et de leur qualité. Les résultats de cet Indice montrent que :

- Des changements positifs importants en matière de politique sont intervenus au cours des deux années écoulées, les plus grands progrès étant observés en Afrique et en Asie ;
- Des améliorations marquantes ont été observées en matière d'organisation, d'appui à la politique et de disponibilité des ressources, alors que les domaines des droits de la personne et du contexte juridique se sont peu améliorés ; et
- Un quart des pays rapportent qu'ils ont adopté des stratégies multisectorielles et lancé des programmes de prévention de la TME et de CTV au cours des deux années écoulées.

Ces résultats sont conformes à ceux de l'Indice composite des politiques et donnent plus de poids encore à la conclusion selon laquelle l'environnement politique du VIH/SIDA a connu des changements positifs depuis l'adoption de la Déclaration d'engagement.

Les données recueillies et présentées ici ont conduit l'ONUSIDA à conclure que des progrès importants ont été faits pour atteindre un grand nombre des objectifs 2003 en matière d'élaboration des politiques décrits dans la Déclaration d'engagement.

A. Plan stratégique

A1 Le pays a élaboré des stratégies multisectorielles pour combattre le VIH/SIDA

La Déclaration d'engagement demande que tous les pays élaborent et mettent en œuvre des stratégies nationales multisectorielles sur le SIDA d'ici à 2003. Parmi les 87 pays ayant répondu à l'enquête de l'ONUSIDA, 93% déclarent avoir adopté des stratégies nationales, y compris tous les pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie et du Pacifique et d'Europe orientale et d'Asie centrale participant à l'enquête. Les pays à revenu élevé ont une probabilité plus faible d'avoir adopté des plans nationaux multisectoriels.

- **Elaboration de politiques en cas d'épidémies émergentes.** Les réponses positives proviennent principalement des pays qui sont fortement touchés par l'épidémie. Plusieurs pays dont les épidémies sont plus récentes ou les taux de prévalence sont faibles sont actuellement en train de mettre en place des plans nationaux multisectoriels ou concentrent leurs activités nationales dans le secteur de la santé.
- **Actualisation des stratégies nationales.** Avec l'évolution des circonstances (par exemple le passage d'une épidémie localisée à une épidémie généralisée, le fait que les programmes de traitement deviennent une option viable et l'adoption d'approches financièrement abordables pour la prévention de la transmission mère-enfant), les pays ont reconnu la nécessité de réexaminer et d'actualiser leurs stratégies nationales. Le Cambodge et l'Afrique du Sud, par exemple, sont en train de revoir leurs plans nationaux. En août 2002, le Conseil national indonésien du SIDA a élaboré une nouvelle stratégie multisectorielle sur le SIDA (finalisée en avril 2003) en adoptant un processus consultatif et participatif avec la société civile, les provinces, le secteur privé et les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

- **Les enjeux d'une riposte multisectorielle.** Plusieurs pays rapportent que les ripostes nationales restent concentrées dans le secteur de la santé. Si les politiques elles-mêmes sont peut-être globales, il arrive fréquemment qu'elles ne soient pas mises en œuvre par manque de ressources financières, techniques ou humaines.

A2 Le pays a intégré la question du VIH/SIDA dans ses programmes de développement général

En adoptant la Déclaration d'engagement, les pays ont convenu d'intégrer, d'ici à 2003, la question du VIH/SIDA dans la planification du développement, y compris les stratégies de lutte contre la pauvreté, les postes du budget national et les plans sectoriels de développement. Cet engagement reconnaît le rôle central joué par le VIH/SIDA dans les perspectives futures du développement (un point tout récemment encore souligné dans le *Rapport mondial sur le développement humain 2003*, produit par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)) et la nécessité de mettre en place des ripostes énergiques aux nombreux problèmes qui aggravent la vulnérabilité au VIH/SIDA et amplifient l'impact de l'épidémie sur les sociétés, les communautés et les familles.

Quatre-vingt-douze pour cent des pays ayant répondu et disposant des plans de développement mentionnés ci-dessus indiquent qu'ils ont intégré la question du VIH/SIDA dans ces instruments. Les résultats de l'enquête étaient légèrement plus faibles en Asie et dans le Pacifique et en Amérique latine et aux Caraïbes, certains pays expliquant que la nécessité d'une telle intégration était moins pressante étant donné leur taux relativement faible de prévalence du VH.

A3 Le pays dispose d'un organe multisectoriel, national et fonctionnel de coordination/ de gestion des questions liées au VIH/SIDA

A4 Le pays dispose d'un organe fonctionnel national en charge de la question du VIH/SIDA qui assure la promotion d'une interaction entre le gouvernement, le secteur privé et la société civile

A5 Le pays dispose d'un organe fonctionnel en charge de la question du VIH/SIDA qui aide à la coordination des organisations de la société civile

Les priorités essentielles définies dans la Déclaration d'engagement soulignent la participation active de diverses parties prenantes dans la riposte nationale et la coordination optimale des activités sur le VIH/SIDA. D'ici à 2003, la Déclaration demande aux pays d'avoir encouragé la collaboration et la création de partenariats novateurs entre les secteurs public et privé. La Déclaration engage en outre les pays à avoir, d'ici à 2003, créé et renforcé les mécanismes nécessaires à la participation du secteur privé, des partenaires de la société civile, des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des groupes vulnérables aux actions nationales.

- **Nombre élevé d'organes de coordination des politiques.** Quatre-vingt-huit pour cent des pays répondant à l'enquête de l'ONUSIDA indiquent avoir créé des organes nationaux multisectoriels opérationnels pour gérer et coordonner les efforts nationaux. Quatre-vingt-neuf pour cent affirment disposer d'un organisme destiné à faciliter les interactions entre le gouvernement, le secteur privé et la société civile. Un nombre moins élevé de pays – 81% – disposent d'un organisme qui contribue à coordonner les actions de la société civile en matière de VIH/SIDA.

Fréquemment, le même organisme s'occupe des multiples tâches de coordination mentionnées dans les indicateurs A3, A4 et A5. Dans un quart environ des pays ayant répondu, ces diverses tâches sont effectuées par le biais des Mécanismes de coordination pays (CCM) plus récemment introduits, qui ont été créés spécialement pour appuyer les efforts nationaux déployés pour obtenir un financement auprès du Fonds mondial de lutte

contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. La *République-Unie de Tanzanie*, par contre, dispose de plusieurs organismes de coordination chargés des diverses questions de coordination, notamment une Commission nationale sur le VIH/SIDA, le Réseau des organisations de la société civile de Tanzanie et les CCM nationaux.

- **Coordination aux niveaux des provinces et des districts.** Certains pays ont fait un pas vers une plus grande décentralisation de la planification et de la coordination du VIH/SIDA. La *Papouasie-Nouvelle-Guinée* et l'*Ouganda*, par exemple, ont mis en place des comités provinciaux du SIDA en plus de l'organisme national. De même, au *Maroc*, des comités multisectoriels ont été créés aux niveaux régional et provincial, afin d'élaborer des plans stratégiques locaux, de coordonner les activités et d'assurer le suivi de la mise en œuvre. D'autres pays, tels que *Madagascar*, ont l'intention de créer des comités de coordination du SIDA à ces niveaux dans un proche avenir.
- **Importance d'un appui suffisant aux efforts de coordination.** Cependant, plusieurs pays ont noté qu'il faudrait renforcer ces organes de coordination et leur apporter un investissement financier et politique plus important afin d'améliorer l'efficacité des efforts de coordination. Bien que le Ministère de la Santé de la *Fédération de Russie* ait créé un conseil consultatif qui comprend les principaux ministères fédéraux, des représentants régionaux et des organisations de la société civile, le pays rapporte que la faiblesse de l'appui reçu des plus hauts niveaux politiques a empêché que ces efforts ne soient totalement efficaces.

A6 Le pays a évalué l'Impact du VIH/SIDA sur la situation socio-économique à des fins de planification

Selon la Déclaration d'engagement, les pays devraient, d'ici à 2003, avoir évalué l'Impact socio-économique de l'épidémie, afin d'élaborer et de mettre en place des stratégies susceptibles d'atténuer le fardeau de l'épidémie pour la société.

Sur 28 pays connaissant des épidémies de VIH généralisées (prévalence > 1% dans la population adulte) et qui ont répondu au questionnaire de l'ONUSIDA, 16 (57%) ont indiqué qu'ils avaient examiné l'impact socio-économique du VIH/SIDA dans leur pays. Par exemple, les *Philippines* ont, avec l'appui du PNUD, commandé une évaluation multidisciplinaire à méthodes multiples de l'impact de l'épidémie, afin d'accélérer l'intégration du VIH/SIDA dans la planification globale du développement national. Le *Malawi* a utilisé l'assistance technique du PNUD et de la Banque mondiale pour achever une série d'études par secteur visant à mieux comprendre l'impact de l'épidémie sur différents segments de la société. Une évaluation de l'Impact au *Belize* a été soutenue par le Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA et coordonnée par le Ministère du Développement économique. Certains pays ont rapporté que plusieurs études avaient été entreprises mais que leurs résultats n'étaient pas encore suffisamment synthétisés pour contribuer à la planification stratégique nationale.

A7 Le pays dispose d'une stratégie qui traite les questions en rapport avec le VIH/SIDA au sein de ses services nationaux de personnel en uniforme (y compris les forces armées et les forces de défense civile)

Prenant pour thème les implications du VIH/SIDA pour la sécurité, le Conseil de sécurité des Nations Unies a pour la première fois organisé un débat sur une question de santé en janvier 2000 ; il a, par la suite, adopté une série de stratégies visant à intégrer la prévention du VIH dans les opérations internationales de maintien de la paix et mis en lumière la menace que pourrait présenter l'épidémie pour la sécurité internationale, notamment dans les situations de conflit et de maintien de la paix.

La Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA a souligné elle aussi les implications du VIH/SIDA pour la sécurité en adoptant la Déclaration d'engagement, qui demande aux pays d'éaborer et de mettre en œuvre, d'ici à 2003, des stratégies nationales visant à incorporer des éléments de sensibilisation, de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA dans les activités entreprises en réponse aux situations d'urgence. En adoptant la Déclaration d'engagement, les pays se sont engagés à fournir une information sur la sensibilisation au VIH/SIDA et à s'assurer le concours des services en uniforme dans la formulation et la mise en œuvre des programmes de sensibilisation et de prévention du VIH/SIDA.

Des données toujours plus nombreuses soulignent l'importance des efforts nationaux déployés pour s'occuper du VIH/SIDA parmi les personnels des services en uniforme. Dans de nombreux pays, où les militaires constituent souvent une force stabilisatrice importante, les taux d'infection à VIH parmi les personnels en uniforme sont considérablement plus élevés que ceux de la population dans son ensemble.

■ **Stratégies à l'intention des services en uniforme.** Soixante-dix-huit pour cent des pays ayant répondu au questionnaire de l'ONUSIDA rapportent qu'ils disposent d'une stratégie nationale sur le VIH/SIDA à l'intention des services en uniforme. Ce chiffre varie entre 81% et 90% pour la plupart des régions, mais il est plus faible en Amérique latine et aux Caraïbes et dans les pays à revenu élevé, avec 65% et 55% respectivement.

Il semblerait qu'un nombre croissant de pays commencent à se rendre compte de la menace que présente l'épidémie pour la sécurité nationale et régionale. Le nombre des pays qui utilisent les outils programmatiques et les autres formes d'assistance élaborés par l'ONUSIDA est en augmentation.

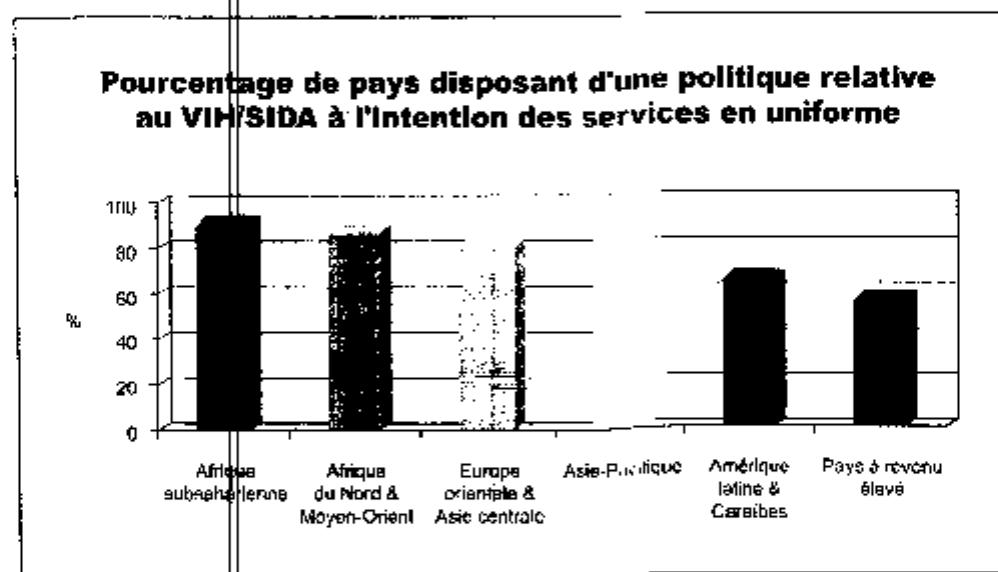
Gérer le VIH/SIDA parmi les services en uniforme au Botswana et en République populaire démocratique lao

Au Laos, les Ministères de la Défense et de la Sécurité sont membres du nouveau Comité national de lutte contre le SIDA. La police comme l'armée ont été intégrées dans l'élément comportemental des activités de surveillance de deuxième génération du pays. La police et l'armée se préparent à former des éducateurs pour les pairs et il est prévu de lancer une action sur le VIH/SIDA à l'intention des jeunes dans la police et l'armée.

Au Botswana, des responsables du VIH/SIDA à temps complet ont été désignés en 2002 au sein du département de la police, des forces de défense et des services de sécurité dans les prisons. Parmi les activités entreprises en 2002, on peut noter des programmes de prévention, la formation d'éducateurs pour les pairs, une analyse de la situation et des initiatives visant à décourager le viol et les agressions sexuelles.

■ **Faiblesse de la coordination dans le cadre des secours d'urgence.** Outre l'information fournie par les pays sur cette question, un suivi indépendant effectué par le Secrétariat de l'ONUSIDA fournit des renseignements plus détaillés sur la manière dont les pays ont mis en œuvre la série de mesures liées à la sécurité envisagées dans la Déclaration d'engagement. Cette enquête dans 54 pays en 2003 a révélé que 16 pays (29%) indiquent avoir mis en place un système de coordination entre les structures nationales de secours d'urgence et les mécanismes nationaux liés au VIH/SIDA. Bien que certains pays, tels que l'Erythrée et l'Ouzbékistan signalent que ces processus sont en cours d'établissement, il semblerait que le niveau de coordination entre les activités sur le VIH/SIDA et les efforts de secours d'urgence soit faible ou inexistant dans la plupart des pays.

- **La formation des personnels de secours d'urgence dans le domaine du VIH/SIDA est limitée.** En outre, 12% seulement des pays fournissent une formation en matière de lutte contre le VIH/SIDA dans les situations d'urgence. La Thaïlande constitue une exception notable, car elle comprend un élément sur le VIH/SIDA dans le cadre de sa formation du personnel militaire pour les situations de guerre et de post-conflit. Près de la moitié (47%) des pays ayant répondu à l'ONUSIDA signalent que les organisations humanitaires disposent de politiques et programmes sur le VIH/SIDA et le lieu de travail, avec un taux de réponse positive particulièrement élevé (75%) en Afrique.
- **Cadre pour un plan d'action stratégique.** Une réunion de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA et la sécurité nationale s'est tenue en 2002 afin d'élaborer un cadre pour un plan d'action stratégique spécialement destiné aux services en uniforme. Conséquence directe du plan d'action, l'ONUSIDA a adopté une approche parallèle pour cibler les services en uniforme au moyen de partenariats régionaux et nationaux couvrant un total de 36 pays. Les objectifs sont de (1) prévenir la transmission du VIH parmi les personnels des services en uniforme, en mettant l'accent particulièrement sur les jeunes recrues grâce à une formation à l'éducation par les pairs, à la fourniture et à la distribution de préservatifs et à des services de prise en charge et de soutien ; et (2) s'assurer le concours des services en uniforme dans la lutte contre le VIH/SIDA en faisant en sorte qu'ils participent à la planification stratégique nationale sur le VIH/SIDA.



B. Prévention

Les objectifs de la Déclaration d'engagement relatifs à la prévention sont largement déterminés par le but général de la Déclaration qui est de réduire la prévalence du VIH parmi les jeunes hommes et femmes (âgés de 15 à 24 ans) de 25% d'ici à 2005 dans les pays les plus touchés et d'ici à 2010 dans le monde entier. Aux termes de la Déclaration d'engagement, les pays devraient, en 2003, avoir fixé des objectifs nationaux pour réduire l'incidence du VIH dans les groupes vulnérables qui connaissent des taux élevés ou en hausse d'infection à VIH. Un ensemble standard de 17 interventions essentielles de prévention est présenté à l'Annexe 1. La présente section résume les données concernant l'adoption par les pays des politiques de prévention recommandées, l'information concernant l'accès réel aux services de prévention étant résumée dans une section ultérieure du rapport.

B1 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie générale de promotion de l'information, de l'éducation et de la communication sur le VIH/SIDA

L'information, l'éducation et la communication (IEC) sur le VIH/SIDA constituent des éléments essentiels de l'ensemble des services de prévention nécessaires pour réduire le nombre des nouvelles infections à VIH. L'IEC comprend, sans y être limitée, des activités telles que les campagnes dans les médias, l'éducation sur le SIDA en milieu scolaire et les programmes d'éducation par les pairs, qui ont pour but de susciter des changements dans les connaissances et les comportements susceptibles de réduire le risque d'exposition et d'infection au VIH.

Quatre-vingt-huit pour cent des pays ayant répondu indiquent qu'ils disposent de politiques concernant l'IEC. Sur le plan régional, le pourcentage de pays disposant de telles politiques est élevé et toutes les régions atteignent 80% ou davantage. Le *Botswana*, par exemple, a créé un Conseil consultatif sur les changements de comportements et la communication, composé de 25 membres et chargé de donner des avis sur des questions programmatiques. La *République populaire démocratique Jao* s'efforce de veiller à ce que 85% de la population bénéficient de l'éducation et de la sensibilisation au VIH/SIDA ici à 2005 et 100% d'ici à 2010 – une entreprise majeure lorsqu'on sait que le pays compte 47 groupes ethniques différents qui ont des langues et des cultures multiples.

Les réponses suggèrent que certains pays doivent prendre conscience du fait qu'une stratégie globale d'information, d'éducation et de communication constitue un élément essentiel de la prévention du VIH. Les pays connaissant des épidémies généralisées et concentrées doivent de toute urgence fixer des objectifs de couverture concrets afin de guider leur action programmatique. Le *Burkina Faso*, par exemple, un pays dans lequel le taux de prévalence du VIH chez l'adulte est de 6%, ne dispose d'aucune stratégie nationale sur l'information, l'éducation et la communication en matière de VIH/SIDA. Le *Pérou*, par contre, a mis en place une stratégie IEC qui encourage la monogamie et le report du début de l'activité sexuelle mais n'encourage pas officiellement l'utilisation du préservatif dans la population générale. D'autres pays, comme la *Papouasie-Nouvelle-Guinée*, indiquent qu'ils ne disposent pas de stratégie IEC officielle mais qu'ils mettent en œuvre des programmes IEC.

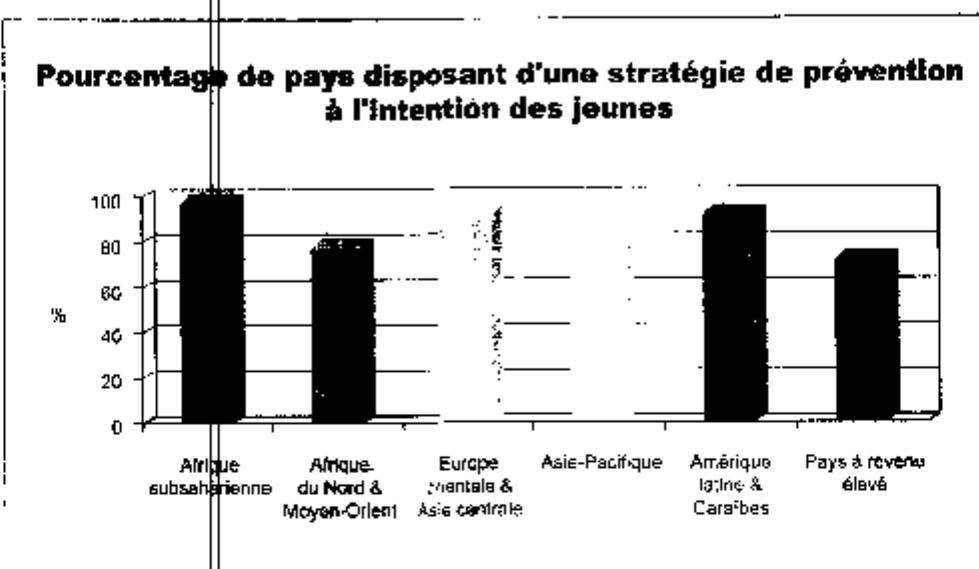
L'Arménie encourage la sensibilisation et l'éducation au SIDA

Le Programme national de prévention du VIH/SIDA de l'Arménie donne la priorité aux campagnes d'information et de sensibilisation de la population générale, aux activités dans le domaine des médias, à la formation des journalistes, à la mise en place de sites de conseil et de test volontaires dans les grandes villes et à la création d'un centre national d'information et d'une permanence téléphonique sur le SIDA.

B2 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie de promotion d'une éducation pour la santé sexuelle et reproductive destinée aux jeunes

Selon la Déclaration d'engagement, les pays doivent, d'ici à 2003, avoir élaboré ou renforcé des stratégies, politiques et programmes visant à développer des services de qualité à l'écoute des jeunes pour l'information, l'éducation et le conseil relatifs à la santé sexuelle. La même année, les pays doivent également avoir renforcé leurs programmes de santé sexuelle et reproductive et engagé les familles et les jeunes à participer à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes relatifs au VIH/SIDA.

Quatre-vingt-huit pour cent des pays ayant répondu indiquent qu'ils ont mis en place une politique ou une stratégie pour encourager l'éducation pour la santé sexuelle et reproductive chez les jeunes, bien que les pays à revenu élevé et les pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient soient moins nombreux à avoir adopté ces politiques que d'autres régions. Dans les pays à revenu élevé, qui comprennent l'Europe occidentale, plusieurs pays comme la *Macédoine, Malte, la Serbie et le Monténégro* n'ont pas encore élaboré de politiques de ce type.



Il faut noter que la plupart des pays des régions d'Asie-Pacifique, d'Amérique latine-Caraïbes et d'Afrique subsaharienne, dont les populations jeunes sont considérables, ont indiqué avoir mis en place des politiques qui devraient instaurer un contexte favorable à une couverture à grande échelle des programmes. On remarque plusieurs exemples exceptionnels d'engagement parmi quelques pays dont les politiques nationales sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents sont intégrées dans les processus nationaux ou sectoriels de planification du développement, au-delà du secteur de la santé.

- L'*Ouganda* indique que sa politique nationale relative à la santé des adolescents fait partie intégrante de son processus national de développement.
- Au *Honduras*, le Ministère de la Santé a adopté des objectifs spécifiques à la santé sexuelle et reproductive des jeunes.
- Le *Cambodge* a entrepris une série d'efforts visant à intégrer le VIH/SIDA dans les activités du Ministère de l'Education, de la Jeunesse et des Sports.
- En consacrant 2002 à une campagne à plusieurs volets pour combattre la propagation du VIH, le Premier Ministre du *Népal* a lancé une action nationale qui donne la priorité aux efforts de prévention parmi les jeunes.
- Un autre pays sans politique officielle, l'*Ethiopie*, indique que des activités sont en cours pour élaborer une telle politique, mentionnant un forum national sur la jeunesse qui a permis de formuler un plan sur trois ans concernant le VIH/SIDA.
- Pour stimuler les actions nationales, le Forum de coopération de l'*ANASE* sur le VIH/SIDA intensifie les efforts régionaux de plaidoyer en faveur de l'éducation et de la formation fondés sur les compétences psychosociales à l'intention des jeunes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

La Namibie donne la priorité à la prévention du VIH parmi les jeunes

Le deuxième Plan national de développement de la Namibie vise à former, d'ici à 2004, 80% des jeunes fréquentant les établissements d'enseignement à la santé reproductive, à la sexualité, au VIH/SIDA et aux IST. En collaboration avec l'UNICEF et l'Ecole de médecine de l'Université du Maryland, le Ministère de l'Education de base administre un programme intitulé 'Mon avenir est mon choix' qui fournit aux jeunes une information sur la santé sexuelle et reproductive, la grossesse, les IST et le VIH/SIDA et leur enseigne les compétences nécessaires pour leur permettre de choisir des modes de vie sains.

B3 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie de promotion de l'IEC et d'autres interventions de santé destinée à des groupes dont les taux d'infection à VIH sont élevés ou en augmentation

Quatre-vingt-un pour cent des pays indiquent disposer de politiques ou de stratégies pour prévenir le VIH dans les populations vulnérables. Il est particulièrement encourageant de noter le niveau élevé de réponses positives en Europe orientale et en Asie centrale (90%), où ces politiques sont particulièrement importantes, étant donné la concentration de l'épidémie dans ces groupes vulnérables. Pour la plupart des autres régions, ce chiffre est supérieur à 85%, sauf en Amérique latine et dans les pays à revenu élevé, où il est de 75% et 60% respectivement.

Un grand nombre de pays ont indiqué qu'ils donnent la priorité aux interventions dans diverses populations, en fonction des circonstances nationales. Par exemple :

- Le Brésil a indiqué que ses stratégies IEC mettent surtout l'accent sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(l)e)s du sexe, les jeunes et les consommateurs de drogues injectables.
- Avec l'aide de donateurs internationaux, le Népal met en œuvre plusieurs stratégies de prévention à l'intention des professionnel(l)e)s du sexe, de leurs clients et des consommateurs de drogues injectables.
- La stratégie sur cinq ans relative au VIH/SIDA et aux IST en République de Moldova accorde la priorité à la réduction des risques parmi les consommateurs de drogues injectables et comporte la création du premier programme de distribution de méthadone de la région.
- La stratégie nationale du Zimbabwe encourage les interventions à l'intention des professionnel(l)e)s du sexe, des jeunes, des populations mobiles et des détenus, parmi d'autres populations.

B4 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie de promotion de l'IEC et d'autres interventions de santé destinée aux migrants transfrontaliers

La Déclaration d'engagement demande que, d'ici à 2005, les pays aient élaboré et commencé à mettre en œuvre des stratégies de prévention du VIH à l'intention des migrants et des travailleurs mobiles, portant notamment sur la fourniture d'information sur la santé et de services sociaux. Cet objectif de la Déclaration veut s'attaquer à la corrélation bien connue entre mobilité des populations et risque accru d'infection à VIH.

A deux ans de la date butoir de réalisation de cet objectif, 47% seulement des pays indiquent disposer d'une politique de prévention du VIH à l'intention des migrants transfrontaliers. Certains pays, comme l'Indonésie, seraient en train d'élaborer des stratégies nationales de ce type.

Malgré la proportion plutôt faible de pays qui abordent la question des migrants transfrontaliers dans leurs politiques nationales, plusieurs pays ont entrepris des initiatives potentiellement importantes dans ce domaine.

- Le **Zimbabwe** a appliqué plusieurs stratégies pour atténuer les risques liés à la migration transfrontalière, y compris le projet appuyé par l'USAID intitulé 'corridors de l'espérance' à l'intention des chauffeurs-routiers.
- Le **Guatemala** indique que plusieurs initiatives transfrontalières sont en cours en Amérique centrale et la **Namibie** signale que le Commissaire national aux réfugiés a mis en œuvre des programmes sur le VIH/SIDA dans tous les lieux de rassemblement des réfugiés et dans le principal camp de réfugiés du pays, où vivent environ 22 000 personnes.
- Dans la région de l'Asie, l'**ANASE** souligne que la mobilité des populations est considérée comme un domaine prioritaire de son programme sur le VIH/SIDA. Un consensus a été trouvé concernant l'élargissement des stratégies de prévention, notamment des programmes effectués avant le départ, après l'arrivée et au moment de la réintégration au retour à l'intention des millions de travailleurs qui sont employés hors de leur pays.

B5 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie d'élargissement de l'accès, y compris pour les groupes les plus vulnérables, aux produits de prévention essentiels

La Déclaration d'engagement exige que, d'ici à 2005, les pays aient élargi l'accès aux produits de prévention essentiels, y compris les préservatifs masculins et féminins et le matériel d'injection stérile. Cette exigence de la Déclaration reconnaît les lacunes actuelles dans la fourniture des outils essentiels de prévention et leur accès et engage la communauté internationale à prendre des mesures énergiques pour combler ces lacunes.

- **Lacunes en matière d'accès aux préservatifs.** Le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) estime que les fournitures actuelles de préservatifs masculins (6 à 9 milliards par an) ne représentent qu'un quart des besoins. La fourniture actuelle de préservatifs masculins en Afrique, où l'épidémie est principalement alimentée par la transmission sexuelle, n'équivaut qu'à trois préservatifs environ par année pour chaque homme adulte. Le UNFPA estime que les dépenses internationales consacrées aux préservatifs en 2000 n'ont couvert que 19% des besoins. De même, si de nombreuses études ont prouvé que le préservatif féminin était à la fois efficace pour prévenir la transmission du VIH et généralement acceptable pour les femmes et leurs partenaires sexuels, l'accès au préservatif féminin reste limité dans les pays à faible et moyen revenus.
- **Pratiques d'injection dangereuses.** Dans les pays à faible et moyen revenus, la plupart des établissements de santé ne se conforment pas aux précautions universelles, notamment aux mesures destinées à assurer que les injections sont stériles. Les experts de l'OMS estiment que les injections dangereuses ont été la cause de 160 000 infections dans la région Asie-Pacifique en 2000.
- **Elaboration des politiques nationales.** Quatre-vingt-un pour cent des pays ayant répondu au questionnaire indiquent disposer d'une politique nationale d'élargissement de l'accès aux produits de prévention essentiels. Si le chiffre mondial est relativement élevé, le score comparativement faible de l'Afrique subsaharienne (73%) souligne combien il est

nécessaire que les pays prennent des mesures immédiates pour réaliser l'objectif 2005 de la Déclaration.

Les réponses requises montrent que les pays suivent toute une série de stratégies pour améliorer l'accès aux techniques de prévention.

- Le Kazakhstan indique que le nombre de seringues distribuées aux CDI en 2002 (16 000) est deux fois et demie plus élevé que celui de 2001 ; dans le même temps, la distribution de préservatifs a doublé en 2002 et le pays a ouvert 69 nouveaux sites de conseil et de test volontaires.
- En 2002, le Botswana a acheté 31 millions de préservatifs par l'intermédiaire du secteur public, ce qui a permis la distribution de 44 préservatifs par personne sexuellement active (entre 15 et 59 ans) et le pays a également introduit des mécanismes d'assurance de la qualité dans ses programmes de distribution de préservatifs.
- En République populaire démocratique Iao, la politique nationale a pour but de permettre l'accès au CTV dans toutes les provinces d'ici à 2005.

Elargir l'accès au préservatif en Inde

Le Gouvernement indien a adopté une stratégie nationale d'élargissement de l'accès au préservatif comprenant des programmes de distribution gratuite et de commercialisation à but social. La stratégie nationale comprend des interventions ciblées pour améliorer l'accès au préservatif parmi les groupes particulièrement vulnérables, notamment les professionnel(l)e)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les employés des transports et les travailleurs migrants.

B6 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie de réduction de la transmission mère-enfant du VIH

La Déclaration d'engagement prévoit une baisse de 20% d'ici à 2005 et de 50% d'ici à 2010 du nombre de nouveau-nés infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées. Pour atteindre cet objectif, les pays devront adopter et mettre en œuvre des stratégies permettant d'appliquer à grande échelle une série complète de services susceptibles de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant.

Quatre-vingt-huit pour cent des pays indiquent avoir mis en place des politiques nationales de prévention de la TME. Les scores les plus élevés sont notés en Amérique latine et aux Caraïbes (100%) et en Afrique subsaharienne (91%). Mais il est quelque peu préoccupant de voir les scores positifs relativement faibles en Asie (78%), où la prévention de la TME s'est déjà révélée comme un impératif crucial de santé publique dans plusieurs pays.

Les informations concernant la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement révèlent toute une gamme de ripostes nationales.

- En 2002, le Belarus a lancé une campagne de formation des obstétriciens, des gynécologues et des pédiatres aux méthodes efficaces de prévention de la TME.

- **Le Malawi** a lancé en 2003 une Initiative de prévention de la TME qui comprend des directives nationales, des stratégies d'alimentation infantile à l'intention des femmes séropositives au VIH et la négociation d'un approvisionnement gratuit en névirapine et en outils de diagnostic appropriés.
- **Le Botswana** intensifie son programme national visant à l'accès universel et gratuit à l'AZT et à la névirapine pour toutes les femmes enceintes, ainsi qu'à la distribution gratuite de substituts du lait maternel pour les mères qui le souhaitent. Entre décembre 1999 et juin 2002, le pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un conseil en matière de prévention de la TME a passé de 60% à 74%, alors que la proportion de femmes enceintes séropositives au VIH ayant bénéficié d'AZT a passé de 30% à 60%.

C. Droits de la personne

C1 Le pays dispose de lois et de réglementations qui protègent contre la discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Selon la Déclaration d'engagement, '*Le respect des droits des personnes atteintes du VIH/SIDA entraîne l'adoption de mesures efficaces*'. La Déclaration demande que, d'ici à 2003, les pays aient promulgué, renforcé ou fait appliquer des lois visant à éliminer toute forme de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/SIDA et à combattre la stigmatisation et l'exclusion sociale liées au VIH.

Les résultats de l'enquête indiquent que de nombreux pays risquent de ne pas atteindre le but de la Déclaration qui est de fonder les ripostes nationales sur le respect des droits de la personne. Sur l'ensemble du monde, 82% des pays indiquent disposer de mesures juridiques pour protéger les personnes vivant avec le VIH/SIDA de la discrimination. En Afrique subsaharienne, où quelque 30 millions de personnes vivent actuellement avec le VIH/SIDA, la moitié seulement (52%) des pays ayant répondu ont adopté des lois contre la discrimination. De même, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, seul un pays sur deux dispose de telles lois.

En outre, les réponses des pays indiquent que ces chiffres exagèrent même peut-être l'engagement des pouvoirs publics à éradiquer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Plusieurs des pays qui ont répondu de manière positive n'ont pas adopté de mesures contre la discrimination particulière au VIH mais comptent plutôt sur les lois générales interdisant toute une série de pratiques discriminatoires. D'autres déclarent que, si les lois nationales interdisent techniquement la discrimination fondée sur le VIH, la sensibilisation du public à ces lois est souvent faible et les moyens de faire appliquer les mesures sont insuffisants.

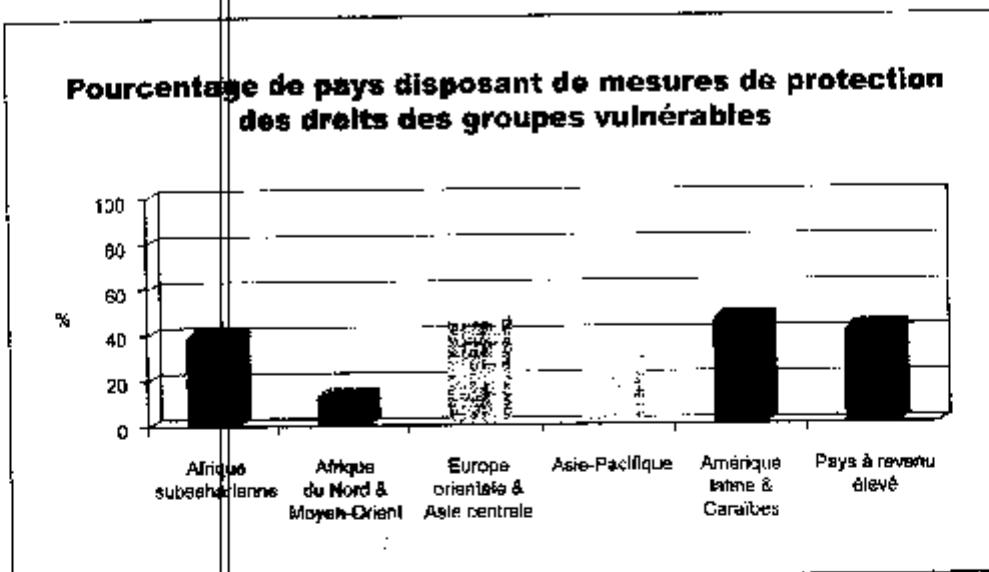
Lutte contre la discrimination liée au VIH aux Pays-Bas

L'Article 1 de la constitution des Pays-Bas interdit la discrimination pour quelque motif que ce soit. En outre, la Loi nationale relative aux examens médicaux prévoit qu'aucune personne ne peut être privée d'indemnités de chômage ou d'assurance pour des raisons médicales. La loi aux Pays-Bas interdit aux employeurs d'obliger leurs éventuels employés à se soumettre à un test VIH et le pays ne comporte aucune restriction de voyage pour les personnes vivant avec le VIH.

C2 Le pays dispose de lois et de réglementations qui protègent contre la discrimination de groupes de personnes recensés comme particulièrement vulnérables au VIH/SIDA

La stigmatisation et la discrimination qui entravent la mise en place de ripostes efficaces à l'épidémie ne s'étendent pas seulement aux personnes qui sont infectées par le VIH, mais aux membres de groupes qui sont particulièrement vulnérables à l'infection, notamment les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les jeunes vulnérables. La Déclaration recommande que, d'ici à 2003, les pays renforcent ou fassent appliquer, selon les besoins, les mesures juridiques susceptibles d'éliminer la discrimination à l'encontre des membres des groupes vulnérables et de promouvoir leurs droits humains. Les initiatives législatives de ce type jouent un rôle essentiel dans une riposte globale au VIH/SIDA et elles contribuent notamment à assurer l'accès aux services de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH.

- **Faible prévalence des lois antidiscriminatoires à l'intention des populations vulnérables.** Les réponses des pays à cet indicateur particulier figurent parmi les moins nombreuses de tous les indicateurs, 36% seulement indiquant que des politiques antidiscriminatoires de ce type ont été mises en place à l'intention des populations vulnérables. Les réponses positives ont été particulièrement rares en Asie et dans le Pacifique ainsi qu'en Afrique du Nord et au Moyen-Orient.
- **Discrimination sanctionnée par les pouvoirs publics.** Dans de nombreuses régions du monde, les populations vulnérables restent la cible d'une discrimination sanctionnée par les pouvoirs publics. Dans de nombreux pays, l'homosexualité reste illégale et punissable d'emprisonnement, tout comme le commerce du sexe. Dans certains pays où la consommation de drogues injectables est le moteur de l'épidémie, les politiques officielles à l'égard de cette population sont surtout punitives et les pouvoirs publics mettent peu l'accent sur des services complets de prévention et de prise en charge des CDI, par exemple sur la sensibilisation à la toxicomanie, sur l'éducation au VIH/SIDA et sur la promotion de pratiques sexuelles à moindre risque.
- **Entraves à l'accès aux services.** Les mesures destinées à améliorer l'accès des professionnel(le)s du sexe aux services de prévention, de prise en charge et de soutien, par exemple au traitement des IST et à la fourniture de préservatifs, sont ralenties par des cadres législatifs qui pénalisent les professionnel(le)s du sexe et les empêchent de se faire soigner. Par contraste, dans des pays comme le Bénin, la Côte d'Ivoire et le Sénégal, où les efforts de prévention ont particulièrement ciblé les professionnel(le)s du sexe et d'autres groupes vulnérables, ces initiatives ont efficacement maîtrisé l'incidence du VIH et des IST.



Même si la plupart des pays pourraient bien ne pas atteindre les objectifs de la Déclaration dans ce domaine, certains pays font preuve d'initiatives importantes dans la protection et la promotion des droits des populations vulnérables. Plusieurs zones du Brésil, par exemple, auraient adopté des législations interdisant la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle. Malgré les obstacles dus aux cadres législatifs, quelques pays (**Bénin, Brésil, Cambodge**) ont fait un pas vers l'amélioration d'un accès équitable aux services de prévention du VIH pour les populations vulnérables. La République de Moldova aurait entamé l'examen complet de sa législation nationale pour la rendre conforme aux conventions relatives aux droits de la personne.

C3 Le pays dispose d'une politique qui assure aux hommes et aux femmes un accès équitable à la prévention et aux soins, en portant une attention toute particulière en la matière aux populations vulnérables

Le fardeau de l'épidémie pour les femmes et les filles s'est considérablement accru ces dernières années, les femmes représentant aujourd'hui la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde et près de 60% de toutes les personnes infectées par le VIH en Afrique subsaharienne. Ces tendances sont le reflet des inégalités économiques, juridiques et sociales multiples auxquelles doivent faire face les femmes et les filles dans de nombreuses parties du monde.

Conscients de la nécessité d'intégrer les dimensions sexospécifiques dans les ripostes nationales à l'épidémie, les 189 Etats Membres qui ont adopté la Déclaration d'engagement ont convenu de plusieurs objectifs susceptibles de donner aux femmes et aux filles les moyens de se protéger de l'infection à VIH. D'ici à 2005, les pays doivent mettre en œuvre des stratégies nationales pour promouvoir les droits de la femme et lui donner les moyens de prendre des décisions sur les questions concernant sa sexualité. D'ici à 2005, les pays doivent avoir mis en place des mesures pour assurer l'accès des femmes et des filles à des services complets de soins de santé, y compris la santé sexuelle et reproductive.

L'Indicateur C3 évalue à quel point les pays ont pris des mesures pour assurer l'égalité d'accès aux services de prévention, de prise en charge et autres du VIH. Dans l'ensemble, 69% des pays indiquent avoir mis en place des politiques pour faire en sorte que les femmes aient un accès équitable aux services liés au VIH. Dans un pays sur trois environ, des mesures immédiates sont nécessaires pour assurer aux deux sexes l'égalité d'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA, comme le demande la Déclaration.

Même si de nombreux pays ne sont pas parvenus à intégrer l'égalité entre les sexes dans les cadres nationaux relatifs au VIH/SIDA, plusieurs pays s'attaquent activement à la question des disparités d'accès aux services entre les hommes et femmes. Le groupe de travail sur la sexospécificité et le VIH/SIDA du Kenya, par exemple, a publié des recommandations pour faire en sorte que les femmes aient un accès équitable aux soins de santé. En 2001, le Ministère des Affaires féminines du Cambodge a élaboré une politique nationale pour promouvoir les droits des femmes et des filles exposées au risque d'infection à VIH.

C4 Le pays dispose d'une politique qui garantit que les protocoles de recherche sur le VIH/SIDA impliquant des sujets humains seront examinés et approuvés par un comité d'éthique

Dans le cadre d'un renforcement de l'efficacité des efforts de recherche sur le VIH/SIDA dans le monde, les pays ont convenu, en application de la Déclaration d'engagement, de faire en sorte que d'ici à 2003 tous les essais de la recherche biomédicale liés au VIH soient fondés sur les directives et les meilleures pratiques internationales et évalués par des comités d'éthique indépendants. Actuellement, 70% des pays figurant dans l'enquête ont déclaré qu'ils exigeaient un examen éthique des protocoles de recherche liés au VIH. Le niveau de réponse est particulièrement faible en Europe orientale et en Asie centrale, où moins de la moitié des pays assurent l'examen des protocoles d'essais cliniques par un comité d'éthique.

L'Inde a formulé des directives pour faire en sorte que les recherches sur le VIH/SIDA impliquant des sujets humains soient examinées et approuvées par des comités d'éthique à la fois dans les institutions et au niveau national. Aux Philippines, des directives éthiques ont été élaborées par le Conseil national du SIDA et pour fournir des avis concernant le consentement éclairé, la confidentialité, les soins, la discrimination et d'autres questions pertinentes à la participation à une recherche clinique.

D. Soins et appui

D1 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie de promotion des soins et d'un appui complets en rapport avec le VIH/SIDA, en portant une attention toute particulière en la matière aux groupes vulnérables

La Déclaration d'engagement affirme que 'les soins, l'appui et le traitement sont des éléments essentiels d'une action efficace'. La Déclaration adopta une approche globale des soins, de l'appui et du traitement, qui englobe non seulement la thérapie antirétrovirale, mais également les autres médicaments pour traiter les infections opportunistes et la prise en charge psychosociale des individus et des familles infectées et affectées par le VIH. Aux termes de la Déclaration, les pays sont vivement encouragés à élaborer des stratégies nationales susceptibles de fournir d'ici à 2003 des services complets de prise en charge aux personnes, familles et communautés affectées par le VIH.

Plus des trois quarts (76%) des pays figurant dans l'enquête de l'ONUSIDA indiquent avoir mis en place de telles politiques. C'est en Europe orientale et en Asie centrale que les scores sont les plus faibles, ce qui reflète l'émergence plus récente de l'épidémie dans cette région. Etant donné la propagation rapide de l'infection à VIH en Europe orientale et en Asie centrale et le fait que plus d'un million de personnes de la région vivent déjà avec le VIH/SIDA, les pays qui ne disposent pas encore de stratégies globales de prise en charge (soit plus d'un tiers) devront rapidement les élaborer et les mettre en œuvre.

Récemment, suite à la baisse des prix de la thérapie antirétrovirale et à la disponibilité accrue des appuis extérieurs aux programmes de traitement du VIH, de nombreux pays ont pris des mesures pour améliorer l'accès à une prise en charge globale. Le Viet Nam a étendu son réseau de centres de conseil, de soins et de prise en charge du VIH/SIDA à 40 provinces. Le Malawi utilise les montants

octroyés par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour faciliter l'accès à la prise en charge et au traitement, pour promouvoir une utilisation rationnelle des médicaments liés au VIH y compris les antirétroviraux et pour intégrer les soins dans les domaines du VIH et de la tuberculose.

Plusieurs pays indiquent que si les stratégies nationales encouragent une prise en charge globale du VIH/SIDA, la mise en œuvre de ces stratégies s'est souvent révélée hésitante, en raison généralement de l'insuffisance des ressources. Le **Lesotho**, par exemple, a collaboré avec des ONG à la préparation de manuels sur les soins à domicile, la prise en charge clinique du VIH/SIDA, le conseil, le soutien nutritionnel et la prise en charge et l'appui spirituels des personnes infectées et affectées par le VIH. Pourtant, aujourd'hui, la thérapie antirétrovirale n'existe encore que sous la forme d'une prophylaxie après exposition dans les établissements de santé et les médicaments susceptibles de traiter ou de prévenir les infections opportunistes liées au VIH ne sont pas universellement accessibles. Cette année, la **Chine** a créé plus de 50 sites de démonstration dans le domaine de la prévention et de la prise en charge du VIH, mais les autorités nationales admettent que la portée et la couverture du programme sont actuellement insuffisantes étant donné la taille et la population sans égales du pays.

Promotion de la prise en charge globale du VIH/SIDA en Ouganda

La stratégie nationale de l'Ouganda sur le VIH/SIDA pour la période 2001-2006 vise à réduire la morbidité, l'incapacité et la mortalité liées au VIH et à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le cadre, qui regroupe de nombreuses parties prenantes, s'appuie sur trois grandes stratégies:

- le conseil, y compris le conseil et le test volontaires ;
- la prévention de la transmission mère-enfant ; et
- la prise en charge clinique du VIH/SIDA, y compris la chimoprophylaxie, le traitement des infections opportunistes, la thérapie antirétrovirale, les soins palliatifs et la prise en charge pédiatrique du VIH/SIDA.

D2 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie qui garantisse ou améliore l'accès aux médicaments en rapport avec le VIH/SIDA, en portant une attention particulière en la matière aux groupes vulnérables

La Déclaration d'engagement demande aux pays de mettre en place d'ici à 2003 des stratégies globales permettant de fournir les médicaments liés au VIH, y compris la thérapie antirétrovirale et les médicaments pour le traitement et la prévention des infections opportunistes. La Déclaration demande que des efforts soient déployés d'urgence pour parvenir au niveau le plus élevé possible de traitement du VIH/SIDA.

Quatre-vingts pour cent des pays ayant répondu indiquent disposer de politiques pour assurer ou améliorer l'accès aux médicaments liés au VIH. Cependant, bien que la région de l'Asie-Pacifique abrite 7,2 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA, moins de deux tiers des pays de cette région indiquent disposer de politiques pour promouvoir l'accès aux médicaments liés au VIH.

Plusieurs pays, tels que l'**Arménie**, le **Bélarus**, le **Burkina Faso** et le **Malawi** rapportent que leurs plans d'élargissement de l'accès aux médicaments liés au VIH bénéficieront des nouvelles ressources fournies par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. L'**Ouganda** signale que sa participation à l'Initiative de l'ONUSIDA 'Accélérer l'accès' l'a aidé à obtenir des baisses de prix importantes pour les médicaments contre le VIH/SIDA et que l'importation

de médicaments antirétroviraux génériques a permis d'accélérer les efforts déployés pour élargir l'accès aux traitements en Ouganda. La Chine rapporte que quatre médicaments antirétroviraux ont été produits dans le pays, permettant la préparation de trois 'cocktails' d'ARV différents.

Pourtant les réponses à l'enquête révèlent aussi les obstacles qui continuent à se dresser devant l'accès au traitement du VIH/SIDA. Bien que le Programme national de lutte contre le SIDA du Paraguay fournit une thérapie antirétrovirale à 300 personnes vivant avec le VIH/SIDA, ce programme doit généralement être interrompu plusieurs mois chaque année en raison de l'insuffisance des fonds. En Inde, où le secteur privé produit des ARV génériques, le secteur public ne fournit pas gratuitement la thérapie antirétrovirale, mais l'accès est gratuit pour les médicaments contre les infections opportunistes et plusieurs compagnies privées offrent une couverture par la thérapie antirétrovirale à leurs employés.

D3 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie qui traite les besoins supplémentaires des orphelins et des autres enfants vulnérables

On estime que le VIH/SIDA a déjà fait quelque 14 millions d'orphelins et l'ONUSIDA prévoit que ce nombre pourrait passer à 25 millions d'ici à 2010. Selon la Déclaration d'engagement, les pays devront élaborer d'ici à 2003, et mettre en œuvre d'ici à 2005, des politiques et stratégies nationales susceptibles de fournir un milieu favorable aux orphelins et aux autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA. Les services d'appui aux orphelins et aux autres enfants vulnérables devront comporter un conseil et un appui psychosocial appropriés, des programmes visant à assurer leur scolarisation et l'accès à un logement, l'accès à des services nutritionnels, sanitaires et sociaux et une protection contre la violence, l'exploitation, la discrimination et d'autres formes d'abus.

Pourcentage de pays connaissant une épidémie généralisée de VIH et disposant d'une politique à l'intention des orphelins



- **Impact croissant des enfants rendus orphelins par le SIDA.** Les réponses à l'enquête révèlent que le fardeau croissant de la prise en charge d'un nombre toujours plus grand d'orphelins du SIDA commence à se faire sentir dans de nombreux pays. Bien que les pays soient plus nombreux à aborder la question des politiques officielles relatives aux orphelins et aux autres enfants vulnérables, l'intégration du soutien aux orphelins dans les cadres politiques nationaux reste inégale et insuffisante.
- **Cadres politiques nationaux.** Sur les 28 pays de l'enquête qui ont un taux de prévalence du VIH supérieur à 1%, 17 (61%) disposent de politiques traitant des besoins et des

vulnérabilités spécifiques aux orphelins et aux autres enfants vulnérables et quatre autres pays (14%) sont en train d'élaborer ces politiques. Un pays sur quatre ne dispose encore d'aucune politique pour fournir un environnement favorable aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le SIDA.

■ **Exemples de réponses nationales.** Si l'on se réfère aux réponses nationales au questionnaire de l'ONUSIDA, l'impact croissant causé par un nombre toujours plus grand d'enfants orphelins du SIDA a suscité diverses actions dans les pays.

- La **Namibie** a élaboré un cadre politique national relatif aux orphelins, réuni un groupe de travail permanent sur les orphelins et les enfants vulnérables et lancé un fonds destiné à améliorer les ressources des programmes d'appui axés sur les enfants.
- L'**Ouganda** et la **République-Unie de Tanzanie** signalent qu'ils sont en train d'élaborer des politiques nationales sur les orphelins et les autres enfants vulnérables.
- Au **Cambodge**, il existe un fonds national destiné à des services d'appui pour les enfants infectés et affectés par le VIH/SIDA, mais les ressources sont actuellement insuffisantes pour satisfaire les besoins existants.

Promouvoir des services complets pour les enfants rendus orphelins par le SIDA au Malawi

La stratégie nationale du Malawi relative aux enfants orphelins du SIDA s'efforce, par le biais de diverses mesures de renforcement des capacités, de donner aux communautés et aux ménages les moyens d'utiliser le capital social et les autres ressources disponibles pour s'occuper des enfants affectés par l'épidémie. Il existe au Malawi 97 groupes communautaires de prise en charge des orphelins et un sur cinq d'entre eux offre un soutien à la scolarisation des enfants. Le Ministère des Questions féminines, de la Jeunesse et des Services communautaires administre un système d'enregistrement des orphelins au niveau du pays, du district et des communautés. La stratégie du Malawi met l'accent sur les programmes enseignant les compétences essentielles et fournit l'appui psychosocial nécessaire. Les administrateurs nationaux indiquent que des ressources bien plus importantes sont nécessaires pour soutenir ces initiatives et d'autres en faveur des orphelins et des enfants vulnérables et qu'il faudra à l'avenir s'occuper d'un éventail plus large de problèmes, notamment la protection des enfants contre les abus, la stigmatisation et la discrimination.

E. Indice d'effort du programme SIDA

En complément des conclusions de l'Indice composite des politiques nationales, l'Indice d'effort du programme SIDA a pour objet de mesurer le volume des activités entreprises par les programmes nationaux pour faire face à l'épidémie de SIDA.

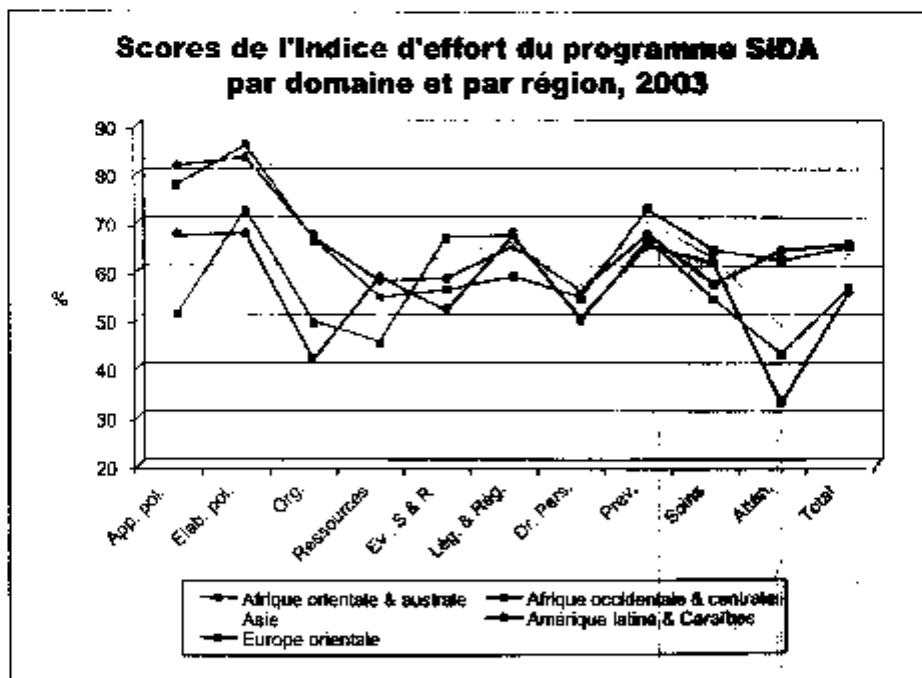
L'enquête a demandé à des experts dans chacun des pays de quantifier les efforts nationaux dans 10 domaines programmatiques différents. L'enquête a porté sur 40 pays en 2000 et 54 pays en 2003. Cette enquête rapide n'a pas pour but de classer les pays, car l'effort exigé des programmes varie en fonction de la gravité de l'épidémie et les experts des divers pays appliquent peut-être des normes différentes dans leur jugement de qualité. Néanmoins, l'Indice d'effort du programme SIDA est utile pour mettre en lumière les forces et les faiblesses des ripostes nationales et pour identifier les progrès faits au cours des deux à trois dernières années. Cette section présente les résultats de 44 des 54 pays examinés en 2003.

Résultats de l'Indice d'effort du programme SIDA, 2003. Le graphique ci-après montre le profil de l'effort par catégorie et par région. L'Afrique et l'Asie sont relativement efficaces en matière de soutien politique et de formulation des politiques et toutes les régions montrant des signes d'amélioration pour ce qui est de la prévention du VIH. Les pays africains ont davantage tendance à mettre en avant les efforts destinés à atténuer l'impact de l'épidémie que les pays d'autres régions qui connaissent des épidémies moins graves. Les domaines les moins convaincants des activités nationales sont les ressources, les droits de la personne et les soins.

Plusieurs éléments essentiels des programmes semblent être mis en œuvre dans pratiquement tous les pays. Il s'agit notamment des politiques nationales globales ; de l'examen systématique du sang ; du traitement des IST ; des bases juridiques relatives aux mesures de prévention telles que l'IEC, les préservatifs, le traitement des IST et le CTV ; de la surveillance parmi les femmes enceintes ; et de l'adoption des instruments internationaux essentiels concernant les droits de la personne, tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Convention relative aux droits de l'enfant, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

Malgré l'adoption presque universelle des accords internationaux essentiels sur les droits de la personne, bien peu de pays ont mis en œuvre des mesures efficaces pour faire appliquer ces déclarations, par exemple en mettant en place des réseaux ou des points focaux juridiques sur le SIDA au sein des gouvernements pour contrôler et garantir leur application.

La plupart des experts donnent également de mauvaises notes à leur pays pour ce qui est du niveau des ressources consacrées aux programmes de prévention et de soins. Parmi les autres éléments qui sont mal notés, on peut trouver l'appui aux programmes à l'intention des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou des consommateurs de drogues injectables et la disponibilité des thérapies antirétrovirales et du traitement des infections opportunistes.



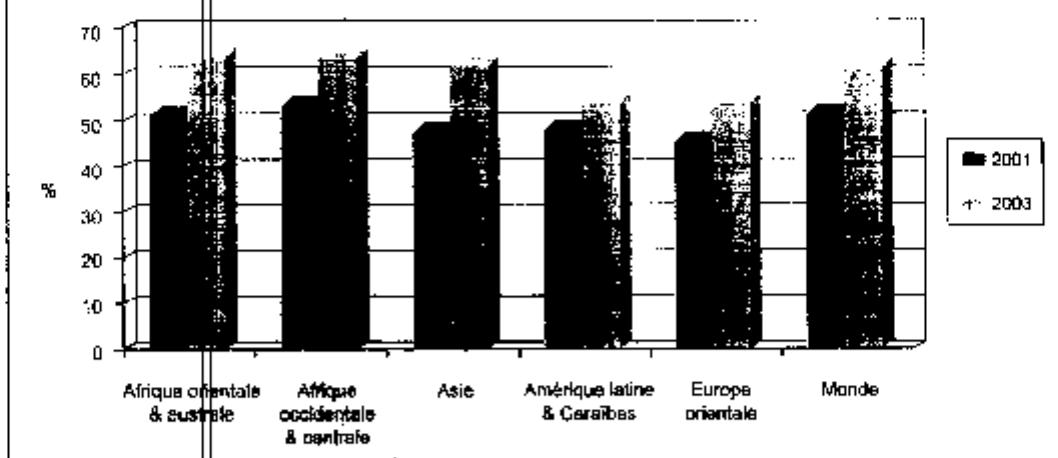
Clé : App. pol. = appui politique ; Etab. pol. = élaboration des politiques ; Org. = structure organisationnelle ; Ev. S. & R. = évaluation, suivi et recherche ; Leg. & Rég. = législation et réglementation ; Dr. Pers. = droits de la personne ; Prev. = prévention ; Soins = prise en charge et traitement ; Altén. = atténuation de l'impact.

Améliorations survenues entre 2001 et 2003. Les scores de l'Indice pour 2003 peuvent être comparés à ceux de 2000 et aux estimations rétrospectives pour 2001 fournies par les experts en 2003. L'analyse de cette information indique que d'importants progrès ont été faits dans le renforcement de la formulation et de la mise en œuvre des politiques nationales sur le VIH/SIDA depuis 2000. Des progrès ont été accomplis dans toutes les régions, les plus importantes améliorations étant observées en Afrique et en Asie (voir graphique ci-après). Ces améliorations sont à relever dans les structures organisationnelles, l'appui politique et la disponibilité des ressources, les progrès les plus modestes étant faits dans les domaines des droits de la personne et du contexte juridique et réglementaire.

Exemples d'améliorations :

- **Ressources.** Presque tous les pays ont annoncé des améliorations dans la disponibilité des ressources. L'augmentation des financements va généralement à la prévention de la transmission mère-enfant, à la thérapie antirétrovirale, aux activités dans le domaine des droits de la personne, au conseil et au test volontaires, aux programmes à l'intention des jeunes, aux préservatifs, à l'élaboration des politiques et à la communication en faveur des changements de comportements.
- **Participation multisectorielle.** Dix des 44 pays ont indiqué avoir adopté des programmes multisectoriels depuis 2001. Les secteurs du gouvernement les plus fréquemment impliqués dans ces nouveaux programmes sont notamment la jeunesse, les transports, les finances, l'agriculture, la main-d'œuvre, les travaux publics, le tourisme, le commerce et la culture.
- **Prévention.** Un quart des pays ont indiqué que des programmes pour la prévention de la transmission mère-enfant et pour le conseil et le test volontaires ont été mis en place depuis 2001.
- **Appui politique.** Dix pays ont annoncé que la société civile était maintenant représentée dans l'organisme national de coordination sur le SIDA.
- **Droits de la personne.** Dix pays indiquent qu'ils ont récemment mis en œuvre des programmes spécifiques pour réduire la stigmatisation.

Evolution des scores de l'Indice d'effort du programme SIDA par région, 2001-2003



III. Indicateurs des programmes et comportements nationaux

- 1. Pourcentage d'écoles dans lesquelles les enseignants ont été formés à une éducation VIH/SIDA basée sur les compétences psychosociales et qui l'ont dispensée au cours de la dernière année scolaire.**
- 2. Pourcentage de grandes entreprises/sociétés qui ont mis en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail.**
- 3. Pourcentage de patients atteints d'IST fréquentant des centres de soins qui ont été correctement diagnostiqués, traités et conseillés.**
- 4. Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME.**
- 5. Pourcentage de personnes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent une association d'antirétroviraux.**
- 6. Pourcentage de CDI qui ont adopté des comportements qui réduisent la transmission du VIH.**
- 7. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui, à la fois, ont des connaissances exactes des manières de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (Cible : 90% d'ici à 2005 et 95% d'ici à 2010).**
- 8. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels avec des partenaires sexuels occasionnels.**
- 9. Ratio de scolarisation actuelle des orphelins par rapport aux non-orphelins, âgés de 10 à 14 ans.**

Si l'on veut réaliser des progrès durables contre l'épidémie, les politiques agréées par la Déclaration d'engagement, telles que les reflètent les indicateurs de la Section II sur les engagements et actions nationaux, doivent se concrétiser dans des programmes fondés sur des bases scientifiques capables d'atteindre ceux qui en ont besoin. Les indicateurs de la présente section visent à mesurer la couverture atteinte par les interventions essentielles sur le VIH/SIDA et à déterminer jusqu'à quel point ces interventions favorisent les changements de comportements et/ou l'utilisation des services.

Comme on l'expliquera plus en détail dans l'examen de chacun des indicateurs de la présente section, l'ONUSIDA a utilisé plusieurs techniques et sources d'information pour évaluer la portée des programmes actuels. Il s'agit notamment de l'analyse d'enquêtes récemment entreprises qui font autorité, d'enquêtes complémentaires commandées pour examiner des indicateurs particuliers et de la collecte de données relatives à la couverture programmatique auprès des informateurs clés appropriés.

1. Education sur le VIH/SIDA fondée sur les compétences psychosociales dans les écoles

Pourcentage d'écoles dans lesquelles les enseignants ont été formés à une éducation VIH/SIDA basée sur les compétences psychosociales et qui l'ont dispensée au cours de la dernière année scolaire

La Déclaration d'engagement demande que, d'ici à 2006, 90% des jeunes (entre 15 et 24 ans) aient accès aux interventions essentielles de prévention, notamment aux services permettant d'acquérir les compétences psychosociales nécessaires pour réduire la vulnérabilité à l'infection par le VIH. D'ici à 2010, ce pourcentage passera à 95%.

Pour atteindre cet objectif, il est crucial d'intégrer les programmes d'éducation sur les compétences psychosociales dans les écoles. L'éducation pour la santé fondée sur les compétences et sur des méthodes d'enseignement interactives a montré qu'elle favorisait des modes de vie sains et réduisait les comportements à risque. Des programmes complets d'acquisition des compétences psychosociales aident les jeunes à éviter les comportements indésirables ou malsains, à prendre de l'assurance et à améliorer leurs compétences en matière d'adaptation et de communication. Un bon exemple d'une approche globale de l'éducation sur les compétences psychosociales est le partenariat FRESH (Privilégier un programme efficace de santé scolaire) soutenu par les Nations Unies, qui rassemble principalement le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'OMS et la Banque mondiale et qui porte en particulier sur l'éducation à la prévention du VIH/SIDA fondée sur les compétences, sur des politiques sanitaires relatives à la discrimination liée au VIH/SIDA dans les écoles, un environnement scolaire sain, des services de conseil à l'école et des clubs de santé dans le domaine du VIH/SIDA.

Pour recueillir l'information contenue dans le présent document, les pays ont été priés de faire rapport sur les activités dans le domaine des compétences psychosociales dans les écoles primaires et secondaires. Les pays pouvaient choisir d'obtenir cette information soit par le biais d'une enquête dans les écoles soit en examinant les données globales de suivi du programme. Étant donné la faiblesse des systèmes actuels de suivi à l'échelon pays, 34 pays seulement ont fourni des renseignements sur les programmes d'éducation fondés sur les compétences psychosociales – 12 en Afrique subsaharienne, 7 en Asie et dans le Pacifique, 8 en Amérique latine et dans les Caraïbes, 2 en Afrique du Nord et au Moyen-Orient et 5 en Europe orientale et en Asie centrale. Aucun pays à revenu élevé n'a répondu.

L'information sur les programmes d'éducation fondés sur les compétences psychosociales dans les 34 pays ayant répondu est présentée à l'Annexe 3. Même si l'est difficile de comparer l'information disponible par pays (certains rapports ne traitent que des écoles en milieu urbain, d'autres des écoles primaires ou des écoles secondaires et certains ne traitent que de quelques éléments de l'indice composite), les données présentées suggèrent que de nombreux pays déploient des efforts pour incorporer une approche fondée sur les compétences psychosociales dans leurs programmes d'enseignement. Étant donné l'absence de renseignements pertinents, il n'est pas possible d'extraire l'expérience des 34 pays ayant répondu à celle des pays qui n'ont pas répondu et il n'est pas non plus judicieux de présumer que les pays qui n'ont pas fourni d'information ne progressent pas dans la mise en place d'une éducation fondée sur les compétences psychosociales.

- **Afrique subsaharienne.** Parmi les 12 pays d'Afrique subsaharienne ayant répondu, le Botswana (voir encadré) semble à la pointe des efforts régionaux pour encourager l'éducation fondée sur les compétences essentielles. L'Ouganda a dirigé un programme interactif pilote d'éducation sur la santé dans les écoles qui intègre la prévention du VIH. Une enquête portant sur plus de 280 étudiants (âge moyen 14 ans) ayant suivi le

programme pilote pendant deux ans a révélé que la proportion d'étudiants qui affirment être sexuellement actifs a passé de 42,9% à 11,1% dans le groupe d'intervention, alors qu'aucun changement significatif n'a été relevé dans le groupe contrôle. Les changements restent significatifs si l'on tient compte du sexe ou du lieu d'habitation (zone rurale ou urbaine). Les étudiants du groupe d'intervention avaient davantage tendance à parler des questions sexuelles avec leurs pairs et leurs enseignants.

Promotion de la prévention du VIH par l'éducation au Botswana

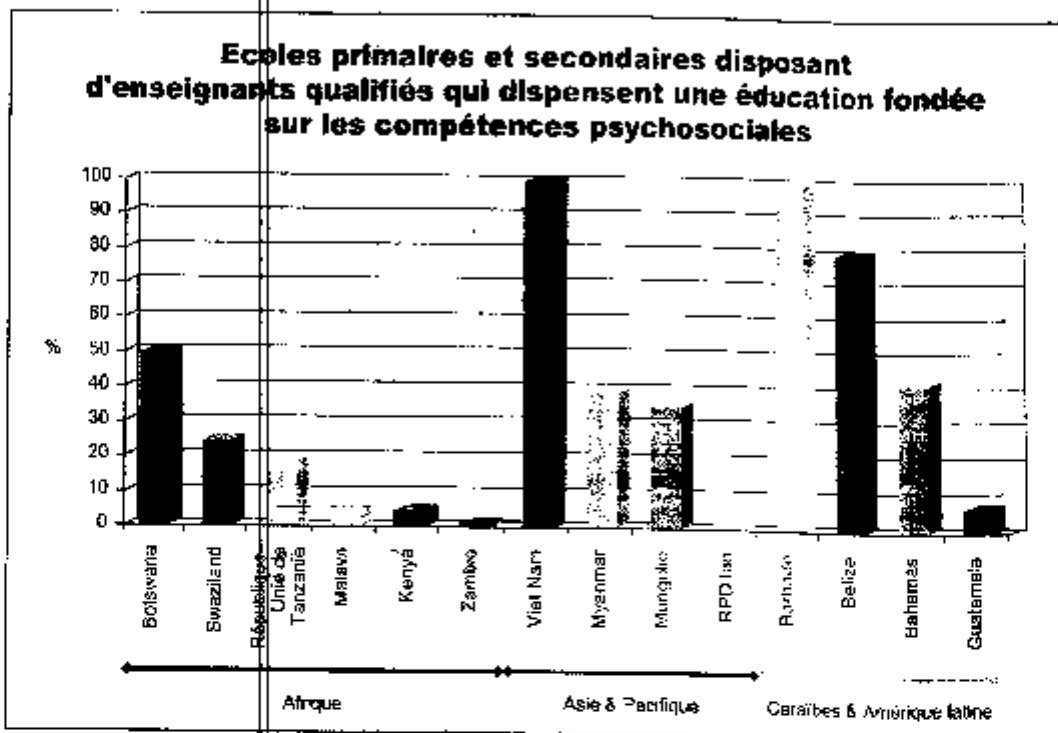
Avant de lancer un programme à grande échelle pour impliquer les écoles dans la riposte au VIH/SIDA, le Botswana a entrepris des études de base susceptibles de contribuer à l'élaboration de ce programme. Suite à ces recherches, le pays a intégré le VIH/SIDA dans les programmes scolaires à tous les niveaux, a produit des brochures d'apprentissage individuel en setswana et en anglais, introduit le conseil psychosocial dans les établissements d'enseignement et formé tous les enseignants primaires et secondaires à l'éducation fondée sur les compétences psychosociales.

En outre, le pays a lancé un programme de renforcement des capacités des enseignants, un programme national télévisé d'enseignement à distance qui s'adresse aux enseignants et aux étudiants des établissements primaires, secondaires et tertiaires. Prenant modèle sur le programme brésilien TV Escola qui a rencontré un grand succès, le programme a fourni des postes de télévision et des magnétoscopes à 325 des 979 écoles, collèges techniques et centres d'enseignement du pays.

■ **Asie et Pacifique.** En Thaïlande, le Ministère de l'Education a fait en sorte que l'information concernant le VIH/SIDA soit intégrée dans les programmes scolaires à tous les niveaux et qu'un enseignant au moins dans chacune des 33 200 écoles publiques et 421 établissements privés du pays ait été formé à l'éducation au VIH. Plus récemment, la Thaïlande a centré ses interventions en milieu scolaire sur une approche participative d'apprentissage et de compétences psychosociales, avec l'aide d'un groupe d'éducateurs travaillant dans les écoles de l'ensemble du pays pour mieux intégrer les programmes fondés sur les compétences essentielles dans l'enseignement. Après avoir introduit l'éducation sur le VIH/SIDA dans les écoles en 1991, le Ministère vietnamien de l'Education et de la Formation, en collaboration avec l'UNICEF et certaines ONG internationales, a lancé en 2002 un essai pilote d'un programme d'enseignement dans les écoles intitulé 'vie saine et compétences psychosociales', qui a pour but de donner aux élèves les compétences dont ils ont besoin pour prendre leurs décisions concernant la consommation de drogues et le VIH/SIDA.

■ **Amérique latine et Caraïbes.** Dans cette région, ce sont la Barbade et le Belize qui ont fait le plus de progrès pour exposer les étudiants à l'éducation sur le VIH/SIDA fondée sur les compétences psychosociales. A la Barbade, l'éducation sur le VIH/SIDA fondée sur les compétences psychosociales commence dès l'école primaire et se poursuit ultérieurement avec des méthodes et un contenu appropriés à l'âge des élèves. Le théâtre, la poésie, la danse et d'autres méthodes originales sont utilisés pour exposer les enfants des écoles à ces programmes fondés sur les compétences psychosociales. En outre, le pays a lancé le 'Programme des Champions', auquel participent des personnalités du monde du spectacle et du sport, qui animent un module sur le VIH/SIDA et interagissent avec les élèves dans les écoles primaires.

- **Europe orientale et Asie centrale.** Les cinq pays de cette région ayant répondu ont principalement porté leur attention sur les écoles secondaires et n'ont que peu de programmes fondés sur les compétences psychosociales au niveau primaire. Sur ces cinq pays, il semble que la Fédération de Russie ait le mieux progressé dans son intégration des programmes fondés sur les compétences psychosociales.



2. Lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail

Pourcentage de grandes entreprises/sociétés qui ont mis en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail

La Déclaration d'engagement demande aux sociétés de promulguer des politiques susceptibles de réduire la stigmatisation et de prévenir la discrimination fondée sur l'infection à VIH lors du recrutement, de la promotion, du licenciement et du versement des indemnités. La Déclaration encourage d'autre part les sociétés à adopter des politiques globales sur le VIH/SIDA sur le lieu de travail pour apporter une information de base sur le VIH/SIDA, informer les employés des risques et de la prévention de la transmission liés à un travail particulier, encourager l'utilisation du préservatif, offrir un accès au conseil et au test volontaires ainsi qu'au diagnostic et au traitement des IST et fournir des médicaments liés au VIH/SIDA. Ces dispositions sont conformes au *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail*, également adopté en juin 2001, qui fournit des orientations aux gouvernements, aux employeurs et aux organisations syndicales sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes sur le VIH/SIDA dans le monde du travail.

Comme on l'a mentionné à la Section 1, l'ONUSIDA, pour répondre à l'Indicateur mondial 3, a examiné les plus importantes sociétés transnationales afin de déterminer combien d'entre elles avaient adopté des politiques et programmes relatifs au VIH/SIDA sur le lieu de travail. Pour obtenir les informations nécessaires concernant la distribution de ces programmes dans les pays, des études supplémentaires ont été effectuées dans des pays choisis pour évaluer la mesure dans laquelle l'industrie était un partenaire à part entière de la riposte nationale au VIH/SIDA.

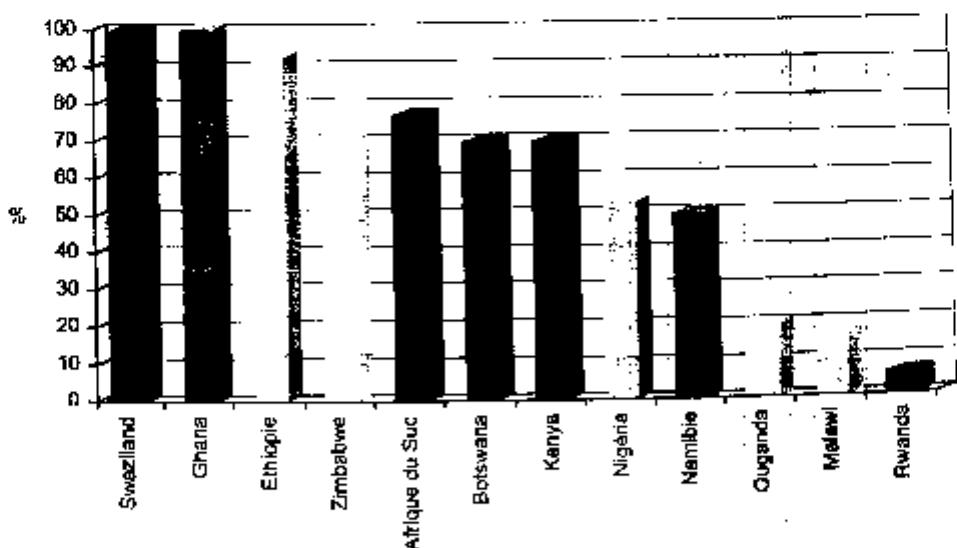
Les pays ont été priés de fournir des renseignements sur les politiques relatives au lieu de travail dans les grandes sociétés publiques et privées. Sur les 103 pays qui ont fourni une information sur la riposte nationale, 26 seulement ont donné une information concernant les politiques et programmes sur le lieu de travail – 17 en Afrique subsaharienne, 5 en Asie et dans le Pacifique, 4 en Amérique latine et dans les Caraïbes et aucun dans les autres groupes de pays (Afrique du Nord et Moyen-Orient, Europe orientale et Asie centrale et pays à revenu élevé).

Les réponses des pays sont résumées à l'Annexe 4. En général, elles montrent que peu de sociétés ont adopté des politiques globales pour faire face au VIH/SIDA sur le lieu de travail, même si de nombreuses entreprises ont introduit plusieurs des éléments recommandés. Les compagnies offrent généralement une éducation sur le VIH/SIDA à leurs employés et il est fréquent qu'elles distribuent des préservatifs. Certaines ont officiellement interdit la discrimination liée au VIH et facilitent l'accès des employés au CTV ainsi qu'au diagnostic et au traitement des IST. Cependant, seules quelques grandes sociétés offrent les médicaments contre le VIH/SIDA. Il est intéressant de noter que les entreprises privées ont davantage tendance à adopter des éléments essentiels des politiques recommandées relatives au VIH/SIDA sur le lieu de travail que les entreprises publiques.

Engagement accru dans le monde du travail en Indonésie

L'Association des employeurs indonésiens, l'ONUSIDA, l'OIT et la Fondation Kusuma Buana ont lancé une campagne de prévention du VIH sur le lieu de travail en 1997 et 200 sociétés environ y ont participé depuis. Quelque 200 entreprises ont utilisé les modules d'éducation sur le VIH/SIDA préparés par la Fondation indonésienne sur le SIDA et la Fondation Kusuma Buana. En février 2003, la Déclaration tripartite d'engagement à la lutte contre le VIH/SIDA dans le monde du travail a été signée par le Ministre de l'Emploi, les présidents de la Chambre du Commerce et de l'Industrie indonésienne et de l'Association des employeurs indonésiens ainsi que par plusieurs présidents de syndicats. Une Coalition indonésienne des entreprises pour lutter contre le VIH/SIDA a également été créée.

Pourcentage de grandes sociétés disposant de politiques sur le VIH/SIDA



Données provenant des Rapports de pays de l'UNGASS fondées sur une enquête auprès des 30 plus grands employeurs

3. Infections sexuellement transmissibles : prise en charge globale des cas

Pourcentage de patients atteints d'IST fréquentant des centres de soins qui ont été correctement diagnostiqués, traités et conseillés

Les IST non soignées augmentent considérablement (multiplient plusieurs fois) l'efficacité de la transmission du VIH. C'est pourquoi le diagnostic et le traitement en temps opportun des IST sont depuis longtemps reconnus comme un des piliers d'une prévention efficace du VIH. Malheureusement dans de nombreuses parties du monde les services IST sont souvent inaccessibles.

En 2001, une étude de l'OMS portant sur les pays en développement et les pays en voie de transition, a estimé que moins de 18% des personnes qui auraient besoin de services IST étaient en mesure de les obtenir. La réalisation des objectifs ambitieux de prévention du VIH de la Déclaration exigera une extension rapide des activités de lutte contre les IST.

Actuellement les données concernant cet indicateur sont limitées. D'après les informations fournies par les pays en 2003, moins de 10% d'entre eux avaient effectué des enquêtes dans les centres de soins pour évaluer le pourcentage de patients atteints d'IST qui étaient correctement diagnostiqués, traités et conseillés. En l'absence d'enquêtes dans les établissements de soins, les pays ont fourni leurs propres estimations de la prise en charge des cas d'IST, fondées sur d'autres données de surveillance.

Les données disponibles sont résumées à l'Annexe 5. Il convient de noter en particulier les résultats de l'Afrique subsaharienne, où deux seulement des huit pays ayant répondu ont une couverture de prise en charge des IST supérieure à 50% (*Maurice* et *Zimbabwe*). Une information limitée a été fournie par l'Europe orientale et l'Asie centrale, où l'augmentation rapide des cas de syphilis et de blennorragie, associée à un début précoce de l'activité sexuelle, créent les conditions idéales pour une propagation rapide du VIH. Cependant, les quelques rapports transmis par la *Bélarus*, le *Kazakhstan*, le *Kirghizistan*, la *Slovaquie* et le *Tadjikistan* montrent que les efforts particuliers pour améliorer la prise en charge des cas d'IST ont permis d'atteindre des scores supérieurs à 75%.

4. Prévention de la transmission mère-enfant : prophylaxie antirétrovirale

Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME

Chaque année, on estime que 800 000 nourrissons contractent le VIH pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. En 1999, des chercheurs ont signalé qu'une seule dose de névirapine administrée aux mères séropositives et à leur nouveau-né réduisait le risque de transmission de 50% ou davantage. Associée à des efforts visant à accroître l'accès au conseil et au test volontaires, à une amélioration de l'accès aux soins prénatals et au conseil relatif à l'allaitement, la névirapine est capable de réduire considérablement le nombre d'enfants qui contractent le VIH dès leur naissance. Les programmes de prévention de la TME sont également un pont idéal vers la prise en charge et le traitement à plus long terme des mères séropositives au VIH.

Bien que la Déclaration d'engagement donne la priorité à la mise en œuvre et à l'extension rapides des programmes de prévention de la transmission mère-enfant, de nombreux pays connaissent des difficultés pour améliorer l'accès à ce type de service. Les pays ont été priés de transmettre les données de surveillance des programmes de prévention de la TME jusqu'à décembre 2002. L'ONUSIDA a complété l'information fournie par les pays grâce à des données par pays disponibles auprès de l'OMS.

Les chiffres de couverture en décembre 2002 sont résumés à l'Annexe 6. Certains pays connaissant des épidémies graves, comme le **Botswana** (qui a une couverture de 34,3%), ont fait des progrès importants pour offrir une prophylaxie par les ARV aux femmes enceintes séropositives au VIH qui fréquentent les services de santé publique. Mais en général, l'accès à cette intervention indispensable reste terriblement limité.

Dans d'autres régions, les services de prévention de la TME sont également totalement inexistant ou ne sont accessibles qu'à une petite fraction de la population. Au **Guyana** et en **Namibie**, les deux pays les plus fortement touchés de la région des Caraïbes, la couverture de la prévention de la TME est de 0,1% et de 0% respectivement. Au **Cambodge** et au **Myanmar**, deux des pays les plus touchés d'Asie, moins de 3% des femmes enceintes ont actuellement accès à une prophylaxie par les ARV.

5. Traitement du VIH : association d'antirétroviraux

Pourcentage de personnes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent une association d'antirétroviraux

La thérapie antirétrovirale est en mesure de réduire considérablement la morbidité et la mortalité liées au VIH et d'améliorer la qualité de vie. Ceci vaut particulièrement pour les pays développés, où l'accès aux ARV est pratiquement universel. Entre 1995 et 2001, par exemple, avec l'intensification de l'utilisation de la thérapie antirétrovirale aux Etats-Unis, les décès liés au VIH ont baissé de plus de 83%.

- **Retombées sanitaires durables de la thérapie antirétrovirale.** Une étude récente analysant les données de près de 10 000 patients dans 70 centres de santé européens suggère que la baisse initiale de la mortalité et de la morbidité après l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif (HAART) s'est maintenue et que les effets secondaires éventuels à long terme associés au HAART n'ont pas modifié son efficacité dans le traitement du SIDA. L'incidence du SIDA et la mortalité tombent de 8% tous les six mois depuis 1998, indiquant ainsi que les résultats médicaux se sont améliorés au fur et à mesure que les cliniciens gagnaient en expérience dans l'administration du HAART et que d'autres schémas thérapeutiques par les ARV étaient mis en place.
- **L'occasion d'intégrer prévention et traitement.** L'accès aux traitements offre aussi de nouvelles occasions de prévention, car il constitue un réel encouragement à procéder au conseil et au test volontaires et donne la possibilité de cibler les interventions de prévention sur les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Un accès accru au traitement peut contribuer à réduire la stigmatisation liée au VIH et à mobiliser les personnes vivant avec le VIH/SIDA, leur famille et leur communauté.
- **Accès limité à la thérapie antirétrovirale dans les pays à faible et moyen revenus.** On estime que 5 à 6 millions d'adultes dans les pays en développement ont actuellement besoin d'ARV et pourtant l'ONUSIDA et l'OMS pensent que 300 000 personnes seulement bénéficient aujourd'hui de ces thérapies dans les pays à faible et moyen revenus (800 000 dans l'ensemble du monde). Le Brésil compte plus d'un tiers des patients des pays en développement qui reçoivent actuellement ces médicaments.

Elargissement de l'accès aux médicaments contre le VIH/SIDA au Brésil

Si l'on considère l'expérience du Brésil, qui a commencé à fournir la thérapie antirétrovirale dans le cadre du service de santé publique en 1996, l'impact mondial potentiel d'un élargissement de l'accès aux traitements est évident. D'après les informations fournies par le Brésil, le pays offre actuellement des ARV à 119 500 patients. Depuis le début de son programme de traitement par les ARV, le Brésil a connu une baisse de la mortalité liée au SIDA de 50%, évitant environ 90 000 décès. Les économies réalisées grâce à la baisse des hospitalisations et des coûts de traitement des infections opportunistes sont estimées à plus d'un milliard de dollars. Les admissions dans les hôpitaux, l'incidence de la tuberculose et les taux de maladies opportunistes ont considérablement baissé. Après plus de six ans d'accès à la thérapie antirétrovirale dans le cadre du système de santé publique brésilien, les niveaux de résistance à la thérapie antirétrovirale au Brésil sont encore considérablement plus faibles que les niveaux notifiés en Amérique du Nord et en Europe occidentale. Selon les autorités nationales, les principaux facteurs du succès du programme brésilien sont notamment une mobilisation sociale efficace, la participation des communautés affectées et l'engagement actif des ONG de la société civile.

■ *Initiatives nationales importantes.* Plusieurs pays suivent la voie tracée par le Brésil en matière d'élargissement de l'accès aux ARV.

- L'accès à la thérapie antirétrovirale en **Ouganda** a passé de 7 centres en 2000 à 23 en 2002, profitant à quelque 10 000 personnes. Cependant, même les coûts fortement réduits des médicaments antirétroviraux dans les dispensaires ougandais sont hors de portée de la plupart des patients. Pour améliorer l'accessibilité financière et logistique de la thérapie antirétrovirale, le Ministère de la Santé a créé un comité national chargé de mettre en place, en consultation avec les principales parties prenantes, un plan national d'élargissement de l'accès à la thérapie antirétrovirale. Des sous-comités de ce groupe national s'occupent de l'élaboration des politiques, de la logistique, des soins cliniques, du plaidoyer et des finances. Pour aider l'Ouganda à surmonter les obstacles infrastructurels à l'élargissement, l'Alliance académique pour le traitement du SIDA en Afrique, Pfizer International et l'Université Makerere travaillent à la création d'un institut de pointe sur les maladies infectieuses.
- La **Thaïlande** prend des mesures pour améliorer l'accès à la thérapie antirétrovirale. Actuellement, l'Office pharmaceutique du Gouvernement produit plusieurs ARV génériques. En moyenne, la Thaïlande estime avoir besoin de 500 dollars par patient et par année pour traiter un cas d'infection à VIH avancée. Associant les dépenses nationales à l'assistance apportée par le Fonds mondial, le pays a récemment annoncé son plan d'élargissement de l'accès à la thérapie antirétrovirale de 2 000 patients en 2002 à 13 000 d'ici à septembre 2003. Un projet visant à rendre la thérapie antirétrovirale universellement accessible, pour atteindre entre 50 000 et 60 000 patients au cours de l'année fiscale débutant en octobre 2003 est actuellement à l'étude.
- Le **Botswana** s'est engagé à rendre la thérapie antirétrovirale accessible partout dans le pays au cours des cinq prochaines années.

- La Chine a l'intention de créer une centaine de sites de traitement dans 100 comtés à prévalence élevée.
 - La République de Moldova a élaboré un protocole national sur la thérapie antirétrovirale fondé sur les principes directeurs de l'OMS et collabore avec l'ONUSIDA pour obtenir des médicaments aux prix les plus favorables.
 - En 2002-2003, certains pays des Caraïbes et d'Amérique latine ont négocié des baisses importantes des prix pratiqués par sept fabricants de médicaments génériques et un fabricant de médicaments de marque, permettant aux pays d'économiser jusqu'à 120 millions de dollars par an, ce qui permettra d'inscrire 150 000 patients supplémentaires dans les programmes de traitement par les ARV.
- **Accroître l'appui des donateurs à la thérapie antirétrovirale.** Les efforts déployés par ces pays et par d'autres pour élargir l'accès à la thérapie antirétrovirale bénéficieront probablement, dès 2003, d'une augmentation importante de l'appui financier et technique de la communauté internationale. La Banque mondiale s'est engagée à donner la priorité aux programmes de traitement dans ses activités de prêt et les projets de thérapie antirétrovirale approuvés par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et la paludisme ont commencé à recevoir d'importantes nouvelles ressources en 2003. Le Gouvernement des Etats-Unis a lancé une initiative sur cinq ans pour élargir l'accès à la thérapie antirétrovirale à 2 millions de personnes dans 14 pays fortement touchés d'Afrique et des Caraïbes et le Fonds mondial estime que les projets qu'il a approuvés permettront à 500 000 personnes d'accéder aux thérapies antirétrovirales. L'utilisation efficace de ces nouvelles ressources sans précédent profitera également d'un renforcement des conseils techniques de l'OMS qui, en 2002, a ajouté les médicaments ARV à sa liste de médicaments essentiels et publié des directives concernant l'élargissement des programmes par les ARV dans les situations où les ressources sont limitées.

Malgré l'impulsion mondiale sans précédent donnée à l'élargissement des traitements, les enjeux restent considérables, comme le montre l'information fournie à l'ONUSIDA. Les pays ont été priés de communiquer les données de surveillance des programmes de thérapies par les ARV jusqu'à décembre 2002 et l'ONUSIDA a complété cette information par des données de couverture particulières à chaque pays obtenues auprès des bureaux de l'OMS. Les résultats sont résumés à l'Annexe 7.

En Afrique subsaharienne, où l'OMS estime que la couverture par les ARV est d'environ 1%, les plus grands succès accomplis pour atteindre les patients des pays à forte prévalence sont observés au Botswana et en Ouganda, qui annoncent une couverture de 7,9% et de 6,3% respectivement jusqu'à décembre 2002. D'autres pays tels que le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Nigéria ont également récemment déployé des efforts pour améliorer la couverture par les ARV. En Afrique du Sud, en Zambie et au Zimbabwe, par contre, pays qui ont des taux d'infection parmi les plus élevés du monde, l'OMS indique que la couverture dans le secteur public était effectivement nulle en 2002. Les pays des Caraïbes qui ont fourni des informations à l'ONUSIDA indiquent une couverture inférieure à 1%. En Asie, où plus de 7 millions de personnes vivent avec la VIH/SIDA, aucun pays ne dépasse une couverture de 5% par les ARV et plusieurs pays annoncent des taux particulièrement faibles.

Collaboration Internationale pour élargir l'accès au traitement

La Coalition Internationale pour l'accès au traitement du VIH est une coalition formée de personnes vivant avec le VIH/SIDA, de militants dans le domaine du VIH/SIDA, d'ONG, de gouvernements, de fondations, du secteur privé, d'institutions universitaires et de recherche et d'organisations internationales. Leur but commun est d'élargir l'accès à des traitements appropriés du VIH pour toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA, conformément aux objectifs de la Déclaration d'engagement. La Coalition utilisera et suscitera toutes les occasions possibles de mobiliser des appuis en faveur d'un élargissement de l'accès au traitement et à la prise en charge du VIH/SIDA. Elle prévoit également de saisir toutes les occasions de promouvoir la recherche et le développement de meilleurs médicaments et d'accélérer les efforts déployés pour rendre les médicaments disponibles et abordables pour les populations des pays en développement. La force de la coalition réside dans les compétences et capacités complémentaires de ses partenaires. Les différents membres contribueront aux divers éléments du plan d'action de la coalition.

6. Consommateurs de drogues injectables : pratiques d'injection et sexuelles sans danger

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont adopté des comportements qui réduisent la transmission du VIH (indicateur de base)

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables contactés par les services de prévention (indicateur alternatif)

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA demande que soient fournis des services essentiels de prévention pour réduire le risque de transmission du VIH par la consommation de drogues injectables. Les services recommandés par la Déclaration comprennent notamment un accès élargi aux produits essentiels, y compris entre autres, le matériel d'injection stérile ; des efforts de réduction des risques liés à la consommation de drogues ; un accès élargi au conseil et au test volontaires et confidentiels ; et le traitement précoce et efficace des infections sexuellement transmissibles.

- **Importante contribution à la propagation du VIH.** A ce jour, plus de 135 pays ont notifié la consommation de drogues injectables dans leurs populations et plus de 110 d'entre eux rapportent des cas d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables (ONUDC). On estime que dans le monde, entre 5 et 10 millions de personnes s'injectent des drogues et de 5% à 10% de toutes les nouvelles infections à VIH dans le monde sont le résultat de l'utilisation commune de matériel d'injection contaminé. Une fois le virus introduit dans les groupes de consommateurs de drogues injectables, les pays devront faire face à une croissance explosive de l'infection à VIH. Dans de nombreux pays d'Europe, d'Asie, du Moyen-Orient ainsi que dans le cône austral de l'Amérique latine, l'utilisation commune de matériel d'injection non stérile est le principal mode de transmission du VIH, représentant de 30% à 90% de toutes les infections notifiées. Dans certains pays, des épidémies de VIH qui ont pris naissance parmi les CDD et leurs partenaires sexuels se sont propagées à la population générale.
- **Une prévention efficace est possible.** L'expérience acquise par de nombreux pays confirme cependant que la réduction du risque de VIH/SIDA parmi les consommateurs de drogues injectables est un objectif réalisable. Des programmes de prévention correctement conçus peuvent réduire les taux de transmission du VIH et des autres maladies transmises par le sang, telles que l'hépatite B et C, ainsi que les infections sexuellement transmis-

sibles. Même lorsque le VIH/SIDA est bien ancré dans une communauté ou une région, les programmes de prévention peuvent limiter notablement la propagation du VIH.

Ces programmes de prévention sont généralement composés d'un ensemble d'interventions, comprenant le recours à diverses options de traitement (par exemple le traitement orienté vers l'abstinence ou les drogues de substitution), l'accès à des aiguilles et des seringues propres, l'éducation au SIDA, la formation aux compétences psychosociales, la distribution de préservatifs et le conseil et le test volontaires et confidentiels.

- **Données limitées sur les CDI.** Les informations essentielles concernant la consommation de drogues injectables (par exemple le nombre de consommateurs, le taux d'infection à VIH parmi eux et la couverture par les services de santé) ne sont pas disponibles auprès de certains pays clés actuellement. Vingt pays dans lesquels l'utilisation commune du matériel d'injection parmi les consommateurs de drogues constitue une voie importante de transmission du VIH ont été spécialement approchés pour obtenir des informations concernant l'un des indicateurs (ou les deux) de l'UNGASS mentionnés ci-dessus. Sur ces 20 pays, 9 ont fourni des informations concernant la couverture (5 en Asie et dans le Pacifique, 1 en Amérique latine, 1 en Afrique du Nord et au Moyen-Orient et 2 en Europe orientale et en Asie centrale) et 3 ont donné des indications concernant les comportements sans risque.

La plupart des pays qui n'ont pas répondu ont indiqué qu'ils ne disposaient pas de données pour l'instant et n'avaient pas encore mis en place les mécanismes appropriés de collecte de l'information. En outre, les pays qui ont fourni une information sur les indicateurs ont souligné les difficultés rencontrées dans la collecte de celle information, en particulier des séries de données incomplètes et des mécanismes inappropriés de collecte des données, par exemple l'impossibilité de rassembler les données provenant des divers départements du gouvernement et des organisations non gouvernementales. Les pays qui ont fourni des informations sur l'indicateur de couverture ont également donné une information sur le nombre estimé des consommateurs de drogues injectables (voir Annexe 18).

- **Faible couverture des services destinés aux CDI.** Dans l'ensemble, plus de la moitié des neuf pays ayant répondu annoncent une couverture inférieure à 5% des services destinés aux CDI. Le nombre estimé de consommateurs de drogues injectables dans ces pays varie entre 20 000 et près de 800 000.

- **Asie.** En Asie du Sud-Est, la couverture varie de 1,5% en Indonésie à 62% au Viet Nam. Pour ces pays, le nombre estimé de consommateurs de drogues injectables est d'environ 650 000, avec des taux nationaux d'infection variant entre 7% (Chine) et 41% (Viet Nam). Le nombre estimé de consommateurs de drogues injectables dans les deux pays d'Asie du Sud – Pakistan et Népal – est de 80 000 ; les scores de couverture sont de 0,4% (Pakistan) et 21,9% (Népal) et le taux d'infection à VIH parmi les CDI n'a été estimé que pour le Népal (40%).
- **Europe orientale et Asie centrale.** Les deux pays qui ont répondu dans cette région ont annoncé une couverture de 1,8% (Bélarus) et de 2,2% (Roumanie). Le nombre total de consommateurs de drogues injectables dans ces pays est de 80 000 ; l'information concernant le taux national d'infection n'a été obtenu que pour le Bélarus (6,7%).
- **Amérique latine.** En l'Amérique latine, l'information n'a été obtenue que pour le Brésil, qui annonce une couverture de 10,5%, un nombre estimé de CDI de 800 000 et un taux national d'infection parmi les CDI de 0,4%.

- **Moyen-Orient.** Dans la région du Moyen-Orient, l'information a été obtenue pour l'Iran, qui annonce 136 000 consommateurs de drogues injectables et 0,6% de couverture.

7. Connaissances relatives à la prévention du VIH chez les jeunes

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui, à la fois, ont des connaissances exactes des moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du VIH

La Déclaration d'engagement a fixé comme objectif mondial la possibilité, pour 90% des jeunes d'ici à 2005 et 95% d'ici à 2010, d'accéder à une information, une éducation et des services suffisants pour réduire leur vulnérabilité au VIH/SIDA. Les données réunies au cours d'enquêtes nationales dans les ménages ont permis à l'ONUSIDA d'évaluer la compréhension des problèmes clés liés à la transmission du VIH parmi les jeunes. Bien que les connaissances à elles seules n'entraînent pas automatiquement des changements durables du comportement, elles constituent un préalable essentiel pour l'adoption de comportements sains.

■ **Privilégier l'action en faveur des femmes.** Dans l'ensemble, l'information réunie par l'ONUSIDA est extraite des Enquêtes démographiques et sanitaires et des Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) de l'UNICEF. Ces enquêtes portent particulièrement sur les femmes qui, selon les données disponibles, ont des niveaux de connaissances plus faibles que les hommes. Les Enquêtes démographiques et sanitaires comme les MICS utilisent des échantillons stratifiés en deux étapes avec des modèles de questionnaires analogues, ce qui facilite la comparaison des données entre les deux types d'enquête. Pour la plupart des pays, l'information disponible date de 2000, ce qui n'est peut-être pas un reflet précis des niveaux de connaissances en 2003.

L'Indicateur 7 des programmes et comportements nationaux est composé des réponses des jeunes à la série de questions suivantes :

- Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit en ayant des rapports sexuels uniquement avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?
- Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation du préservatif ?
- Une personne qui a l'air en bonne santé peut-elle être infectée par le VIH ?
- Peut-on attraper le VIH par des piqûres de moustiques ?
- Peut-on attraper le VIH en partageant un repas avec une personne infectée ?

■ **Faibles niveaux de connaissances.** L'Annexe 8 résume les données disponibles fournies par les pays, ainsi qu'une information particulière à chaque pays réunie à partir de bases de données mondiales concernant les connaissances des jeunes femmes sur le VIH en 2000. L'Annexe 9 donne le pourcentage de jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) qui ont des connaissances exactes des méthodes de prévention du VIH. L'Annexe 10 résume les pourcentages de jeunes femmes qui n'entretiennent aucune des principales idées fausses concernant le VIH/SIDA.

Même en admettant qu'il est probable que les connaissances concernant le VIH se soient améliorées dans de nombreux pays depuis 2000, l'information résumée dans ces annexes révèle un niveau préoccupant de connaissances sur le VIH/SIDA au sein d'une

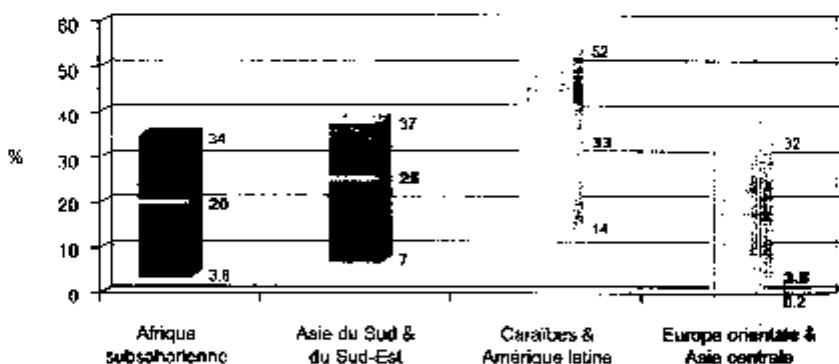
population particulièrement vulnérable. Sur les 38 pays ayant participé à l'enquête, 7 seulement montrent des niveaux de connaissances générales supérieurs à 30%.

■ **Variations régionales dans les niveaux de connaissances.** Les comparaisons régionales sont difficiles car l'Afrique subsaharienne a été sur-échantillonnée dans ces enquêtes. Cependant, il convient de noter que les jeunes femmes d'Amérique latine et des Caraïbes manifestent généralement des niveaux de connaissances considérablement plus élevés que leurs homologues des autres régions.

A l'intérieur des régions, on observe des variations importantes entre les pays. Si près des deux tiers des jeunes femmes du *Cambodge* savent que l'utilisation du préservatif réduit le risque de transmission, moins d'un quart des jeunes femmes de l'*Indonésie* le savent. De même, les jeunes femmes de *Cuba* ont deux fois plus de chances que les jeunes femmes de *Haïti* de reconnaître les effets protecteurs du préservatif. En Afrique subsaharienne, 84% des jeunes femmes du *Malawi* savent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être infectée par le VIH, par rapport à 22% au *Niger*, alors qu'au *Swaziland*, les jeunes femmes sont trois fois plus nombreuses que leurs homologues de la *République centrafricaine* à savoir que le VIH ne peut être transmis par les piqûres de moustiques ou les repas pris en commun.

En règle générale, la proportion de jeunes femmes qui affichent des connaissances correctes des méthodes de prévention est plus élevée dans les pays fortement touchés par le VIH/SIDA, à l'exception de *Haïti*, où le niveau des connaissances est excessivement faible. Le niveau des connaissances tend également à être plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Pour ce qui des méthodes de prévention, les jeunes femmes reconnaissent généralement que la monogamie est une méthode de prévention plus efficace que l'utilisation du préservatif.

Pourcentages médians (avec maximum et minimum) de femmes âgées de 15 à 24 ans ayant de bonnes connaissances du VIH/SIDA



8. Comportements de réduction des risques chez les jeunes

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire sexuel occasionnel

Age médian lors du premier rapport sexuel

Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui ont été sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois et ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital avec lequel ils ne cohabitent pas au cours de la même période

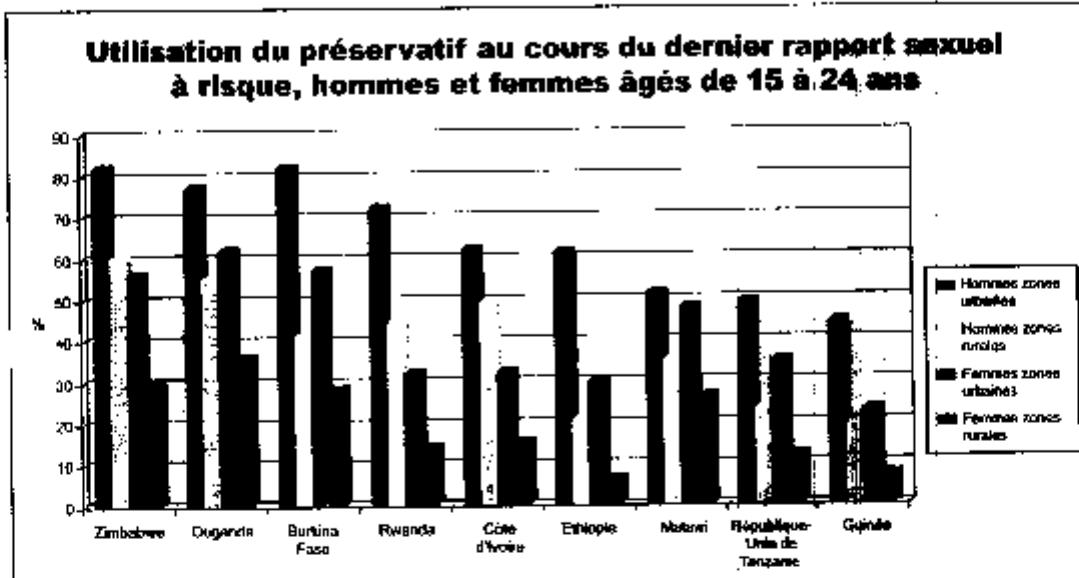
Sur la base des résultats des enquêtes de comportements effectuées, les pays ont été priés de fournir des informations sur les tendances des comportements sexuels parmi les jeunes (15-24 ans). L'Annexe 11 résume l'information sur le pourcentage de jeunes dans les pays choisis qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel.

L'Afrique subsaharienne est à la fois la région la plus fortement touchée et une zone où les niveaux de transmission sexuelle du VIH parmi les jeunes sont élevés, c'est pourquoi des analyses supplémentaires à partir d'enquêtes existantes ont été effectuées pour les pays de cette région. L'Annexe 12 décrit le pourcentage de jeunes (15-24 ans), répartis par sexe, qui déclarent avoir eu des rapports sexuels à risque au cours de l'année précédant l'enquête. L'Annexe 13 résume l'âge médian lors du premier rapport sexuel pour les jeunes d'Afrique subsaharienne, répartis par sexe et en fonction de leur lieu de résidence rural ou urbain.

Les résultats de l'enquête indiquent que les jeunes hommes ont plus tendance que les jeunes femmes à déclarer utiliser un préservatif avec des partenaires occasionnels. Ceci est partiellement dû au fait que les jeunes femmes ne sont pas en mesure de négocier l'utilisation du préservatif par peur d'insulter ou de fâcher leurs partenaires ou encore d'être considérées comme ayant des mœurs légères. Les données suggèrent également que l'utilisation du préservatif est plus répandue dans les zones urbaines que dans les zones rurales et que les pratiques sexuelles à moindre risque parmi les jeunes varient considérablement d'un pays à l'autre. En Afrique subsaharienne, par exemple, c'est au **Botswana** que l'utilisation du préservatif est la plus répandue, avec 88% pour les hommes et 75% pour les femmes et c'est au **Tchad** qu'elle est la plus faible avec 2% pour les hommes comme pour les femmes. Les jeunes hommes du **Zimbabwe** ont une probabilité deux fois plus élevée que ceux du **Malawi** d'utiliser des préservatifs et les jeunes femmes d'**Ouganda** ont une probabilité trois fois et demie plus forte d'utiliser des préservatifs que leurs homologues du **Congo** et de la **République démocratique du Congo**.

Les jeunes hommes ont davantage tendance à admettre qu'ils ont eu des rapports sexuels à risque au cours de l'année écoulée. Les jeunes hommes du **Kenya** ont deux fois plus de risque d'avoir eu de tels rapports au cours de l'année écoulée que les jeunes hommes du **Rwanda**. Si 7% seulement des jeunes femmes d'**Ethiopie** admettent avoir eu des rapports sexuels à risque au cours des 12 derniers mois, plus de la moitié des jeunes femmes de **Côte d'Ivoire** rapportent un tel comportement.

Aider les jeunes à retarder l'activité sexuelle avec pénétration jusqu'au moment où ils auront acquis les compétences personnelles et sociales nécessaires pour se protéger constitue un important objectif de la prévention du VIH. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, comme le résume l'Annexe 13, entre 15% et 20% des jeunes hommes et femmes indiquent avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et les jeunes femmes rapportent un âge médian plus précoce que les jeunes hommes. Ici aussi, l'âge d'initiation à l'activité sexuelle varie énormément entre les pays – de 16 à 22,1 ans pour les hommes et de 16,3 à 20,8 pour les femmes.



9. Scolarisation des orphelins

Ratio de scolarisation actuelle des orphelins par rapport aux non-orphelins, âgés de 10 à 14 ans

Selon la Déclaration d'engagement, les pays doivent avoir élaboré d'ici à 2003 et mis en œuvre d'ici à 2005 des politiques à l'appui des enfants rendus orphelins par le SIDA et des autres enfants affectés par l'épidémie. La Déclaration reconnaît que la scolarisation est un élément clé des programmes d'appui aux orphelins.

Les dispositions de la Déclaration relative aux orphelins sont conformes aux stratégies et principes identifiés pour améliorer l'appui socio-économique et émotionnel apporté aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA. L'une des stratégies essentielles identifiées par les Coparrainants de l'ONUSIDA consiste à «renforcer la capacité des enfants et des jeunes à satisfaire leurs propres besoins», ce qui dépend dans une large mesure de la protection et de l'expansion des possibilités d'éducation offertes aux orphelins et aux autres enfants vulnérables.

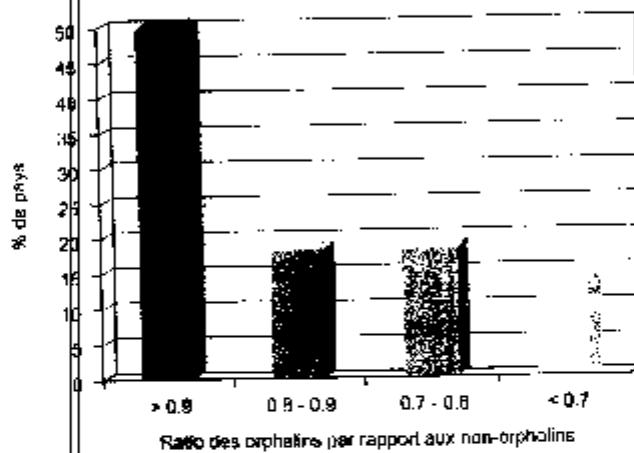
Pour effectuer le suivi de la scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins (indicateur évident des préjudices en matière d'éducation potentiellement associés à l'état d'orphelin), l'ONUSIDA s'est appuyé sur les enquêtes effectuées dans les ménages – principalement les MICS de l'UNICEF 2000. Les résultats de ces enquêtes sont résumés à l'Annexe 14. Bien que ce tableau porte sur l'Afrique subsaharienne, car elle est la région la plus fortement touchée, les nombres absolus d'orphelins en Asie et dans certaines parties des Caraïbes sont importants et exigent l'attention immédiate des pouvoirs publics et des donateurs.

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les enfants (entre 10 et 14 ans) qui ont perdu leurs deux parents ont moins de chances d'être scolarisés que ceux qui vivent avec l'un des parents. Cependant, le fait que le ratio soit pratiquement de 1:1 dans la moitié des pays d'Afrique subsaharienne est significatif de l'engagement déterminé de ces pays à aider les enfants vulnérables. Il convient d'interpréter ces résultats avec prudence, car les chiffres pourraient sous-estimer la portée des conséquences associées à l'état d'orphelin en laissant de côté les enfants des rues et les enfants placés en institutions, qui sont plus souvent orphelins que ceux qui vivent dans des

familles. Une analyse par sexe du ratio des orphelins ne semble pas indiquer de constante dans les schémas susceptibles de suggérer une discrimination entre garçons et filles. La scolarisation moins systématique des orphelins semble associée à des niveaux de scolarisation généralement faibles.

Plusieurs pays africains ont pris des mesures pour élargir les services d'appui aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA. Au Lesotho, où 40 000 enfants reçoivent des allocations pour couvrir les frais de scolarité dans les écoles primaires et secondaires, la Première Dame a fait de l'appui aux orphelins une priorité à la fois personnelle et officielle. Le Mozambique finalise actuellement une stratégie nationale de protection et de prise en charge des orphelins et un partenariat entre les pouvoirs publics et les organisations de la base a été conclu pour élargir l'appui apporté aux initiatives communautaires dans ce domaine.

Distribution en pourcentage des pays d'Afrique subsaharienne par ratio de scolarisation — orphelins par rapport aux non-orphelins



IV. Indicateurs de l'impact au niveau national

1. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui sont infectés par le VIH (Cible : réduction de 25% dans les pays les plus affectés d'ici à 2005 et de 20% au niveau mondial d'ici à 2010)
2. Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus (Cible : réduction de 20% d'ici à 2005 et de 50% d'ici à 2010)

1. Réduction de la prévalence du VIH

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui sont infectés par le VIH (Indicateur de base pour les pays connaissant des épidémies généralisées)

Le pourcentage de jeunes femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans qui fréquentent les consultations prénatales d'un site de surveillance sentinelle du VIH dans la capitale, dans d'autres zones urbaines et dans les zones rurales est utilisé comme valeur représentative pour l'indicateur de base concernant la prévalence du VIH parmi les jeunes. Des enquêtes communautaires de la prévalence du VIH dans diverses situations parmi les jeunes hommes et femmes ont montré que la surveillance sentinelle du VIH parmi les femmes enceintes entre 15 et 24 ans fournit une estimation valable de la prévalence parmi les jeunes.

C'est en Afrique australe que l'épidémie reste la plus sérieuse, avec des taux de prévalence du VIH extrêmement élevés parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans notifiés dans plusieurs pays, par exemple le *Swaziland* (39%), le *Botswana* (32%), l'*Afrique du Sud* (24%), le *Kenya* (22%), la *Namibie* (18%), le *Zimbabwe* (18%) et le *Malawi* (18%). En Afrique orientale, la prévalence dans cette population continue à baisser en *Ouganda* – passant de 30% au début des années 1990 à 9% en 2002. En Afrique occidentale et centrale, les taux nationaux de prévalence restent relativement faibles, bien qu'il y ait des raisons de penser que le VIH se soit récemment répandu dans des pays tels que le *Cameroon* (12%). (Pour plus de détails, voir l'Annexe 15.)

L'épidémie en Amérique latine et dans les Caraïbes est bien établie. Un total de 12 pays de la région ont une prévalence estimée de 1% ou davantage parmi les femmes enceintes. Dans d'autres régions, la prévalence nationale est relativement faible, car l'épidémie est dans l'ensemble concentrée dans certaines populations particulières. Le *Cambodge*, *Djibouti*, le *Myanmar* et la *Thaïlande* constituent des exceptions à cette règle, avec des taux de prévalence supérieurs à 1% parmi les femmes enceintes.

- 1a. Prévalence du VIH parmi les professionnel(les) du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Indicateur alternatif pour les pays connaissant des épidémies à bas taux ou concentrées)

La prévalence du VIH parmi les groupes à haut risque est obtenue par le biais d'enquêtes sérologiques particulières dans ces groupes de la population. Tout indique que les taux d'infection sont fréquemment extrêmement élevés dans certaines populations vulnérables.

- **Professionnel(les) du sexe.** En Afrique subsaharienne la prévalence parmi les professionnel(les) du sexe dépasse souvent 50% et certains pays comme l'*Ethiopie*, la *Zambie*, l'*Afrique du Sud* et le *Ghana* rapportent des taux de 74%, 69%, 50,5% et 50%

respectivement (voir Annexe 16). Sur les 11 pays de la région Asie-Pacifique pour lesquels des données récentes de la prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe sont disponibles, trois ont des taux excessivement élevés : le **Myanmar** (38%), le **Népal** (36%) et le **Cambodge** (29%). En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, **Djibouti** reste le pays le plus touché, avec une prévalence du VIH atteignant 2% parmi les femmes enceintes et 27,5% parmi les professionnel(le)s du sexe dans les principales zones urbaines.

- **Consommateurs de drogues injectables.** De nombreux pays annoncent des épidémies concentrées parmi les consommateurs de drogues (voir Annexe 17). En Asie, la prévalence du VIH parmi les CDI est extrêmement élevée dans certaines parties de la **Chine** (40%), de l'**Inde** (68%), de l'**Indonésie** (50%), du **Viet Nam** (80%), du **Myanmar** (70%), du **Népal** (50%) et de la **Thaïlande** (85%). Au **Brésil**, où la prévalence du VIH parmi les CDI peut varier de 1,9% dans certaines zones à 42% dans d'autres, les programmes de prévention semblent porter des fruits, comme le montre la baisse importante de la prévalence du VIH parmi les CDI de plusieurs régions.

L'Europe orientale et l'Asie centrale continuent à subir l'épidémie à la croissance la plus rapide dans le monde, principalement parmi les consommateurs de drogues injectables. La **Fédération de Russie** reste au premier plan de l'épidémie avec une prévalence du VIH proche de 80% parmi les CDI de certaines zones. Cependant, de nombreux autres pays de cette région connaissent actuellement des épidémies dont l'émergence est rapide. L'**Ukraine** reste le pays le plus touché non seulement de la région, mais de l'ensemble de l'Europe ; la prévalence du VIH parmi les CDI de ce pays varie entre 8% et 74%.

Réduire la vulnérabilité des consommateurs de drogues injectables au VIH/SIDA en Iran

L'augmentation marquée de l'infection à VIH parmi les CDI en Iran a suscité des actions de la part des gouvernements provinciaux et central, qui se sont associés à des experts et à des dispensateurs de soins de santé pour créer un modèle novateur intégrant la prise en charge du VIH/SIDA, le traitement des IST et des services à l'intention des consommateurs de drogues à Kermanshah. Ce programme, implanté dans un dispensaire, a pour but de réduire la stigmatisation associée au VIH/SIDA et à la consommation de drogues, de stimuler la participation des familles et des partenaires des CDI et d'impliquer les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA en Iran rapporte que le projet est parvenu à fournir des services essentiels à une population extrêmement vulnérable et à améliorer l'appui du public aux efforts de réduction des risques à l'intention des CDI.

- **Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.** L'information est extrêmement limitée concernant la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), bien que les données fournies par plusieurs pays indiquent que les taux d'infection sont souvent élevés dans cette population vulnérable. En Amérique latine et dans les pays à revenu élevé, les HSH constituent la proportion la plus importante des infections à VIH. Dans sept pays d'Amérique centrale, des enquêtes portant sur les HSH révèlent des taux d'infection entre 8% et 18%, alors que d'autres enquêtes en **Argentine**, au **Brésil**, au **Mexique** et au **Pérou** ont découvert des taux de prévalence variant de 11% à 18%. Au **Cambodge**, en **Inde** et en **Thaïlande**, des enquêtes analogues ont révélé des taux d'infection à VIH de 14%, 20% et 15% respectivement.

2. Réduction de la transmission mère-enfant

Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus

Le pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus est calculé sur la base des données de couverture des programmes de prévention de la TME.

Comme on l'a vu dans la section portant sur les Indicateurs des programmes et comportements nationaux, le traitement antirétroviral au cours de la grossesse et de l'accouchement n'a été mis en œuvre qu'à petite échelle. Cette faible couverture entraîne des taux élevés de prévalence du VIH parmi les nouveau-nés, comme le montre l'Annexe 18. Sur les 17 pays d'Afrique subsaharienne fournissant des données sur la prévention de la TME, 12 n'ont pratiquement pas mis en place de programmes de prophylaxie par les ARV et connaissent une prévalence du VIH parmi les nouveau-nés de mères infectées atteignant 25%.

En Amérique latine et aux Caraïbes, à part l'**Argentine, le Belize, le Brésil et l'Uruguay**, où des stratégies de prophylaxie par les ARV produisent des résultats, la plupart des autres pays ayant fourni des données ne disposent pratiquement pas d'un programme de prévention de la TME. La prévalence du VIH dans ces pays parmi les nouveau-nés varie entre 23% et 25%.

V. Atteindre les objectifs de la Déclaration d'engagement : les enjeux

Dans leur compte rendu des progrès faits dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement, les pays ont identifié de nombreux obstacles à une efficacité et une exhaustivité plus grandes de leur action contre l'épidémie de VIH. En plus de l'insuffisance des ressources, plusieurs difficultés se sont imposées avec évidence, soulignant la nécessité d'un renforcement des capacités.

Parmi les difficultés les plus fréquemment relevées par les pays pour atteindre les objectifs de l'UNGASS, on peut noter les quatre défis suivants :

- Insuffisance des ressources financières pour mettre en œuvre et élargir les interventions
- Manque de ressources humaines et de capacité technique dans de nombreux domaines de la programmation sur le VIH, notamment au niveau local
- Stigmatisation et discrimination
- Faiblesse des systèmes de suivi et d'évaluation

1. Insuffisance des ressources financières pour mettre en œuvre et élargir les interventions

Plus de 50% des pays ont mentionné l'insuffisance des ressources financières comme un des principaux obstacles à la mise en œuvre et à l'élargissement de leurs programmes sur le VIH/SIDA et à la réalisation des objectifs adoptés dans la Déclaration d'engagement. Comme nous l'avons déjà noté, l'engagement financier croissant des donateurs bilatéraux, des entités multilatérales, des grandes fondations et des pays touchés eux-mêmes contribuera probablement à combler au moins partiellement ce déficit de ressources. Dans son rapport sur la mise en œuvre de la Déclaration, *Haïti* recommande qu'un cadre juridique et constitutionnel soit mis en place pour assurer une bonne allocation budgétaire des finances publiques aux activités sur le VIH/SIDA. Plusieurs pays ont souligné la nécessité à la fois de développer les capacités de mobilisation des ressources à l'échelon pays et de mettre en œuvre des mécanismes efficaces de transparence et de suivi des fonds pour veiller à ce que les ressources soient utilisées aussi efficacement que possible.

2. Manque de ressources humaines et de capacité technique dans de nombreux domaines de la programmation sur le VIH, notamment au niveau local

Un pays sur trois indique qu'il est nécessaire d'accroître les ressources humaines pour s'attaquer au VIH/SIDA. Au *Botswana*, ce manque de ressources humaines est devenu une préoccupation majeure et un plan en la matière a été élaboré pour tenter de résoudre ce problème. L'*Afrique du Sud* a indiqué que le grand enjeu de la mise en œuvre avait trait aux capacités, pour ce qui est notamment des compétences cliniques des agents de santé à prendre en charge des patients atteints de tuberculose, d'IST et d'infections opportunistes.

Un grand nombre de pays soulignent qu'il est urgent de renforcer la capacité au niveau local. Les pays insistent généralement sur l'importance d'un renforcement des capacités des personnels des ONG et des organisations communautaires en matière de mise en œuvre des programmes de prévention, notamment dans les zones rurales et parmi les groupes vulnérables. De nombreux pays ont également noté la nécessité d'améliorer les capacités des agents de santé à administrer

les médicaments de prévention de la TME, les médicaments antirétroviraux et les traitements des infections opportunistes.

Les pays rapportent qu'ils appliquent diverses méthodes pour pallier les insuffisances des capacités. L'Afrique du Sud, par exemple, a dégagé des fonds publics supplémentaires pour former des agents de santé. Au Maroc, des comités multisectoriels ont été créés pour faciliter la mise en œuvre du Plan stratégique national au niveau local.

3. Stigmatisation et discrimination

Quelque 25% des pays estiment que la stigmatisation et la discrimination sont des obstacles majeurs à la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement.

La Chine rapporte que la discrimination et les préjugés à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA perdurent parmi le personnel médical, comme le montre le fait que certaines institutions médicales pratiquent des tests sérologiques sur des patients sans leur consentement et refusent de traiter ceux qui se révèlent positifs – pratiques qui violent les réglementations nationales. Le rapport du Malawi souligne le manque de reconnaissance et de moyens accordés aux organisations de personnes vivant avec le VIH/SIDA pour mettre en question la stigmatisation et la discrimination tant au niveau institutionnel qu'individuel. Le Botswana observe que la stigmatisation entrave l'extension de la prévention de la TME, car de nombreuses femmes redoutent de participer à ces programmes par crainte de réactions négatives de la part de leurs partenaires.

4. Renforcement des capacités de suivi et d'évaluation

Trois quarts des pays indiquent que le suivi et l'évaluation des activités et des progrès nationaux restent de grands problèmes, les pays citant fréquemment leur capacité limitée en matière de systèmes d'information et de suivi et d'évaluation comme étant une entrave à leur aptitude à fournir une information pertinente aux indicateurs nationaux. En particulier, ils manquent souvent de données fiables concernant la qualité des services IST, les politiques sur le VIH et le lieu de travail et la couverture des traitements antirétroviraux et de la prévention de la TME.

Seuls 43% des pays indiquent qu'ils disposent d'un plan national de suivi et d'évaluation et 24% seulement disposent d'un budget national pour le suivi et l'évaluation permettant d'effectuer ces activités. Si la plupart des pays ont une unité de suivi et d'évaluation spécifique (85%) et/ou un système officiel d'information sanitaire (88%), plus de 33% ne disposent pas d'un système d'information sanitaire opérationnel au niveau sous-national.

Soulignant que l'égalité entre les sexes et l'émancipation des femmes sont cruciales pour réduire la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH/SIDA, la Déclaration d'engagement a adopté plusieurs objectifs visant à donner aux femmes et aux filles les moyens de se protéger de l'infection à VIH. Pour évaluer les progrès réalisés par les pays dans ce domaine, neufs indicateurs demandaient des données ventilées par genre (diagnostic précis des IST, couverture par les ARV, pratiques sexuelles parmi les CDI, connaissances des jeunes en matière de prévention, utilisation du préservatif, rapports sexuels à risque et début de l'activité sexuelle, scolarisation des orphelins et pourcentage de jeunes affectés par le VIH). Malheureusement, moins d'un pays sur cinq a été en mesure de fournir ces données détaillées.

Avec les systèmes d'information actuellement en place, il sera très difficile d'évaluer dans quelle mesure les pays ont progressé vers la réalisation de ces objectifs, à moins que les pays n'appliquent les méthodes suivantes :

- Examen des programmes actuels de prévention et de prise en charge pour faire en sorte qu'ils tiennent compte du genre et de l'âge.

- Examen de leurs politiques pour faire en sorte que les hommes et les femmes aient un accès équitable aux services.
- Renforcement des systèmes de collecte de données pour incorporer des données sexo-spécifiques et les analyser en fonction du genre.
- Notification systématique des problèmes de genre dans la prévention du VIH, y compris la violence sexuelle, les soins et l'atténuation de l'impact.

Renforcement de la capacité de suivi et d'évaluation au Ghana

Un plan et un cadre nationaux de suivi et d'évaluation ont été élaborés à l'issue de consultations avec des partenaires et les principales parties prenantes. En outre, des responsables du suivi et de l'évaluation au niveau de la région et du district ont été désignés et postés dans les 10 régions et les 110 districts du pays. Ils sont notamment chargés de :

- Documenter les principales activités en matière de VIH/SIDA dans la région et préparer des rapports trimestriels sur les activités régionales pour la Commission nationale du SIDA du Ghana.
- Organiser la diffusion de l'information sur le VIH/SIDA à tous les niveaux au sein de la région.
- Préparer et mettre en œuvre un plan régional de suivi et d'évaluation.
- Devenir une référence en matière d'information sur le VIH/SIDA pertinente à la région.
- Organiser des forums pour les responsables du suivi et de l'évaluation au niveau du district afin d'encourager la diffusion des meilleures pratiques.

5. Autres enjeux

En outre, les pays ont identifié plusieurs autres obstacles importants, dont certains constituent des problèmes systémiques ou à moyen terme qui entravent sérieusement les efforts déployés pour inverser le cours de l'épidémie. En Afrique subsaharienne, la pauvreté, les conflits et la famine aggravent la vulnérabilité et réduisent la capacité des pays à faire face au fardeau que représente pour eux le VIH/SIDA, ce qui, à son tour, exacerbe la pauvreté et amènent les avancées du développement. Le Malawi, reconnaissant l'interaction cyclique et mortelle entre la pauvreté chronique, la famine et le VIH/SIDA, a souligné le problème que constitue la promotion d'une culture de l'espoir et d'un mode de vie positif dans ce contexte. Il est largement admis que de nouvelles approches sont nécessaires pour intégrer le VIH/SIDA dans les actions humanitaires et les grands plans macro-économiques.

Un pays sur cinq a noté qu'une augmentation de l'engagement politique, du leadership, de la mobilisation sociale et de la création de partenariats sera nécessaire pour instaurer le contexte approprié au renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA. Plusieurs pays, notamment les Philippines, ont reconnu qu'il fallait poursuivre l'intégration du VIH/SIDA dans les programmes de développement et les départements gouvernementaux existants. Un pays sur trois a déclaré qu'il était nécessaire d'améliorer la coordination entre les divers acteurs et de formaliser les mécanismes permettant de faciliter la communication relative aux meilleures pratiques, la définition des rôles et responsabilités et la coordination des activités. Haïti, par exemple, recommande la mise en place de forums de discussion structurés pour assurer le partenariat et le dialogue entre les pouvoirs publics et les autres secteurs de la société.

Les difficultés auxquelles sont confrontés les pays restent bien présentes et ne sont pas limitées par la géographie. Même dans les pays à revenu élevé, où la lutte contre l'épidémie avait enregistré de nombreuses avancées, on a relevé que l'autosatisfaction par rapport au VIH était devenue de moins dans certaines sociétés, que de nouveaux groupes vulnérables étaient apparus et que les taux de prévalence du VIH étaient à nouveau à la hausse, indiquant la nécessité de trouver de nouvelles approches de prévention.

Il faut donc redoubler de vigilance, d'engagement et d'effort pour franchir ces obstacles surmontables, afin d'atteindre les objectifs arrêtés par la Déclaration d'engagement et l'Objectif de développement pour le Millénaire, consistant à inverser le cours de l'épidémie d'ici à 2015.

Conclusions et recommandations

Lorsqu'on évalue les progrès réalisés jusqu'ici pour mettre en œuvre la Déclaration d'engagement, il semble évident que plusieurs pays risquent de ne pas parvenir à atteindre les objectifs adoptés lors de la Session extraordinaire des Nations Unies en juin 2001. Toutefois, les buts de la Déclaration d'engagement des Nations Unies peuvent encore être atteints. La mise en œuvre immédiate d'une série complète d'interventions (voir Annexe 1) permettrait d'éviter 29 millions de nouvelles infections d'ici à 2010 et d'inverser le cours de l'épidémie de SIDA. Par conséquent, l'engagement et l'action nécessaires pourraient permettre d'atteindre l'objectif consistant à réduire les niveaux mondiaux de prévalence de 25% d'ici à 2010. Si cette riposte élargie ne se concrétise pas, l'ONUSIDA estime qu'il se produira 45 millions de nouvelles infections d'ici à 2010.

Pour réaliser l'expansion rapide des interventions de prévention et de prise en charge pour parvenir à cet objectif, une augmentation importante des ressources sera nécessaire. Le coût de l'élargissement des activités de prévention, de prise en charge, de traitement et de soutien a été estimé à 10,5 milliards de dollars par an au moins d'ici à 2005. Il faudra en outre développer la capacité humaine à effectuer ces interventions et améliorer les infrastructures pour répondre à la demande qui suivra l'élargissement des services. Pour relever ces défis, un engagement financier et politique est indispensable. Les coûts d'expansion des programmes de prévention sont élevés, mais tout retard sera encore bien plus coûteux.

L'ONUSIDA engage donc instamment les pays à prendre les mesures suivantes pour faire en sorte que les objectifs de la Déclaration d'engagement soient atteints :

1. Avec l'appui des pouvoirs publics à l'échelon le plus élevé, les pays devraient immédiatement évaluer leurs politiques nationales, en les comparant avec les dispositions de la Déclaration pour 2003 et accélérer la formulation et la mise en œuvre des politiques nécessaires pour mettre le pays en conformité avec la Déclaration.
2. Bien que l'engagement politique en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA se soit considérablement accru au cours de ces dernières années, le nombre de leaders politiques qui mènent vigoureusement les efforts nationaux de lutte contre l'épidémie est encore trop restreint. Un leadership politique déterminé serait tout particulièrement crucial en Asie, dans le Pacifique et en Europe orientale, où une action décisive est nécessaire pour éviter une explosion du VIH/SIDA.
3. Si la riposte au VIH/SIDA s'étend maintenant bien au-delà des ministères de la santé de la plupart des pays, l'engagement de groupes constitutifs importants demeure insuffisant. Les pays devraient en priorité rechercher la participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA en particulier et de la société civile en général. Toutes les entreprises qui font des affaires dans les pays à faible et moyen revenus devraient adopter le Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail.

4. Le mouvement en faveur de l'augmentation du financement des activités liées au VIH/SIDA dans les pays à faible et moyen revenus doit s'accélérer. Pour financer la riposte mondiale nécessaire à assurer la réalisation des engagements futurs fixés par la Déclaration, le financement annuel des programmes de lutte contre le VIH/SIDA doit doubler d'ici à 2005 par rapport aux niveaux actuels et tripler d'ici à 2007. En plus d'un appui financier aux programmes sur le VIH/SIDA, il est urgent de soutenir des stratégies susceptibles de renforcer la capacité institutionnelle dont les pays auront besoin pour poursuivre à long terme une riposte efficace. En augmentant leur appui financier aux efforts de lutte contre le VIH/SIDA, les donateurs devront accorder une attention toute particulière au transfert de technologie, au développement de la capacité technique à l'échelon pays et aux autres mécanismes susceptibles d'instaurer une capacité nationale à long terme qui viendra soutenir une riposte efficace, notamment dans les domaines de la gestion des ressources ainsi que du suivi et de l'évaluation.
5. Les pays doivent, de toute urgence, faire en sorte qu'un ensemble complet de services de prévention du VIH soit mis en place et sa couverture élargie, afin que l'accès à ces services soit garanti à tous les groupes vulnérables.
6. Tous les pays devraient élaborer et mettre en œuvre des stratégies nationales pour faire en sorte que les personnes vivant avec le VIH/SIDA bénéficient d'une prise en charge et de traitements complets. La communauté internationale s'est engagée à fournir les thérapies antirétrovirales à 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA d'ici à 2005, ce qui représenterait 30% à 40% environ des personnes ayant besoin de traitement cette année-là (par rapport aux 5% qui en bénéficient actuellement).
7. La mise en œuvre et l'exécution de mesures visant à éradiquer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA sont nécessaires d'urgence pour faire en sorte que les nouvelles ressources et l'engagement politique croissant se traduisent réellement en programmes susceptibles de stopper et de finir par inverser le cours de l'épidémie. Comme l'envisage la Déclaration, les pays devraient adopter, mettre en œuvre et exécuter des politiques nationales de prévention de la discrimination à l'égard des populations particulièrement vulnérables, leur garantissant la pleine jouissance de leurs droits fondamentaux.
8. En plus de l'exécution de politiques visant à assurer un accès équitable aux services, les pays devraient examiner et revoir les lois, politiques et pratiques qui accroissent la vulnérabilité des femmes et des filles. Les donateurs accorderont la priorité aux programmes qui renforcent le pouvoir économique des femmes, les gouvernements nationaux favoriseront les réformes juridiques nécessaires et les acteurs internationaux collaboreront à l'éradication du trafic sexuel et des autres pratiques qui accroissent la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH/SIDA.
9. Tous les pays qui connaissent une épidémie généralisée devraient élaborer et mettre en œuvre des stratégies nationales visant à prendre en charge les enfants toujours plus nombreux rendus orphelins ou vulnérables à cause de l'épidémie.
10. Une action internationale urgente est requise pour atténuer la situation de crise que connaissent les pays d'Afrique australe et orientale. En particulier, la perte de capacité institutionnelle dans des secteurs nationaux clés exige la mobilisation de partenaires sectoriels internationaux pour aider ces pays à faire face à l'impact croissant de l'épidémie. Un large éventail de donateurs et de parties prenantes devront collaborer pour aider les pays à élargir les programmes essentiels de lutte contre le VIH/SIDA.

Annexe 1**Interventions standard sur le VIH/SIDA utilisées par l'ONUSIDA pour mesurer les besoins en matière de ressources et la disponibilité des ressources dans les pays à faible et moyen revenus****Interventions de prévention**

1. Campagnes dans les médias
2. Conseil et test volontaires (CTV)
3. Commercialisation à but social du préservatif
4. Education sur le SIDA en milieu scolaire
5. Education par les pairs pour les jeunes non scolarisés
6. Projets de proximité à l'intention des professionnel(le)s du sexe et de leurs clients
7. Projets de proximité à l'intention des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
8. Programmes de réduction des risques à l'intention des consommateurs de drogues injectables
9. Sécurité du sang
10. Promotion et distribution des préservatifs par le secteur public
11. Traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)
12. Programmes de prévention sur le lieu de travail
13. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (TME)
14. Prophylaxie après exposition
15. Sécurité des injections
16. Précautions universelles
17. Politique, plaidoyer, administration et recherche

Services de prise en charge

1. Soins palliatifs
2. Diagnostic de l'infection à VIH (dépistage du VIH)
3. Traitement des infections opportunistes
4. Prophylaxie des infections opportunistes
5. Thérapie antirétrovirale (ARV), y compris les services de laboratoire permettant le suivi du traitement

Appui aux orphelins

1. Soutien communautaire à la prise en charge des orphelins
2. Orphelinats
3. Subventions pour les frais de scolarisation des orphelins

Annexe 2**Liste des pays ayant fourni des rapports nationaux sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement***

Asie & Pacifique	Pays à revenu élevé	Afrique du Nord & Moyen-Orient
Bangladesh	Allemagne	Arabie saoudite
Cambodge	Australie	Jordanie
Chine	Canada	Liban
Fidji	Espagne	Maroc
Iles Cook	Finlande	Oman
Inde	France	Qatar
Indonésie	Irlande	République arabe syrienne
Mongolie	Luxembourg	Turquie
Myanmar	Macédoine	
Népal	Malte	Afrique subsaharienne
Pakistan	Pays-Bas	Afrique du Sud
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Portugal	Bénin
Philippines	Serbie et Monténégro	Botswana
RPD Iao	Suède	Burkina Faso
Sri Lanka		Burundi
Thaïlande		Cameroun
Viet Nam		Cap-Vert
		Comores
Europe orientale & Asie centrale	Amérique latine & Caraïbes	Côte d'Ivoire
Arménie	Antigua-et-Barbuda	Ethiopie
Bélarus	Argentine	Ghana
Fédération de Russie	Barbade	Kenya
Hongrie	Belize	Lesotho
Kazakhstan	Brésil	Madagascar
Kirghizistan	Chili	Malawi
Lituanie	Colombie	Maurice
Ouzbékistan	EI Salvador	Mozambique
Pologne	Guatemala	Namibie
République de Moldova	Guyana	Nigéria
République tchèque	Haiti	Ouganda
Roumanie	Honduras	République dém. du Congo
Tadjikistan	Jamaïque	République-Unie de Tanzanie
Ukraine	Mexique	Rwanda
	Nicaragua	Seychelles
	Paraguay	Sierra Leone
	Pérou	Swaziland
	République dominicaine	Togo
	Saint-Kitts-et-Nevis	Zambie
	Suriname	Zimbabwe
	Uruguay	

* Reçus avant le 15 juillet 2003

Annexe 3**Pourcentage d'écoles disposant d'enseignants formés qui dispensent une éducation VIH/SIDA basée sur les compétences psychosociales**

Pays	Primaire (%)	Secondaire (%)	Ensemble (%)	Source d'information	Observations
Afrique Subsaharienne					
Botswana			50	SP*	
Cap-Vert			0	SP	
Ethiopie	100	77	97	Enquête dans les écoles	Ecoles publiques urbaines et première partie de l'indicateur seulement
Kenya			5	SP	
Malawi			6,2	SP	
Maurice	100	30			Le chiffre global n'a pu être calculé
Ouganda	100			SP	Ecoles primaires et publiques et première partie de l'indicateur seulement
République-Unie de Tanzanie			19	SP	
Seychelles	88,5	77	84,5	SP	Zones urbaines seulement
Swaziland			25	SP	
Zambie			1,5	SP	
Zimbabwe			75		Source d'information non fournie
Asie du Sud & du Sud-Est					
Mongolie	3,3	67,7	35,5	SP	
Myanmar	32	46,5	39	SP	
Rép. pop. dém. Iao			7,7	SP	
Thaïlande			100	SP	Première partie de l'indicateur seulement ; intégration des compétences psychosociales dans les programmes en cours d'élaboration
Viet Nam	100	100	100	SP & informateurs clés	La définition ONUSIDA de l'indicateur n'a pas été strictement suivie
Amérique latine					
Bahamas	44	41	42,5	SP	
Barbade			100	SP	
Belize			80	SP	
Brésil	41,4			SP	Ecoles primaires et urbaines seulement
Guatemala			7	SP	
République dominicaine			18,8	SP	Première partie de l'indicateur
Europe et Amérique Asie centrale					
Arménie		15,5			Ecoles secondaires seulement
Fédération de Russie			100	SP	
Kazakhstan	0	54,7		SP	Le chiffre global n'a pu être calculé
Kirghizistan		13		SP	Ecoles secondaires et publiques seulement
Tadjikistan		3		SP	Ecoles secondaires seulement
Asie du Moyen-Orient					
Jordanie		26		SP	Ecoles secondaires urbaines seulement
Maroc			26	SP	

* SP = Données de suivi des programmes provenant des rapports de pays à l'UNGASS 2003.

Annexe 4

Pourcentage de grandes sociétés publiques et privées dans certains pays, qui ont adopté des politiques globales relatives au VIH/SIDA sur le lieu de travail

Pays	Globel* (%)	Source d'information	Observations
Afrique subsaharienne			
Afrique du Sud	77	Enquête sur les lieux de travail	Chiffre global fondé sur les données fournies dans le rapport
Botswana	70	UNGASS RP **	Chiffre global fourni dans le rapport
Cap-Vert	0	UNGASS RP	Chiffre global fourni dans le rapport
Comores	0	Enquête sur les lieux de travail	Chiffre global fondé sur les données fournies dans le rapport
Côte d'Ivoire	48	UNGASS RP	Chiffre global fourni dans le rapport
Ethiopie	92,5	Enquête sur les lieux de travail	Chiffre global fondé sur les données fournies dans le rapport
Ghana	100	Enquête sur les lieux de travail	Chiffre global fondé sur les données fournies dans le rapport
Kenya	70	UNGASS RP	Chiffre global fourni dans le rapport
Malawi	17,5	Enquête sur les lieux de travail	Sociétés publiques seulement
Maurice	40	UNGASS RP	Chiffre global fourni dans le rapport
Namibie	49,5	Enquête sur les lieux de travail	Chiffre global fondé sur les données fournies dans le rapport
Nigéria	53	UNGASS RP	Chiffre global fourni dans le rapport
Ouganda	20	UNGASS RP	Chiffre global fourni dans le rapport
Rwanda	6	UNGASS RP	Chiffre global fourni dans le rapport
Seychelles	50	Enquête sur les lieux de travail	Chiffre global fondé sur les données fournies dans le rapport
Swaziland	100	Enquête sur les lieux de travail	Chiffre global fondé sur les données fournies dans le rapport
Zimbabwe	80	UNGASS RP	Chiffre global fourni dans le rapport
Asie du Sud & du Sud-Est			
Philippines	13	Département de la main-d'œuvre et de l'emploi	Chiffre global fondé sur les données fournies dans le rapport
RPD Corée	97,2	UNGASS RP	Chiffre global fourni dans le rapport
Viet Nam	87,5	Enquête sur les lieux de travail	Chiffre global fondé sur les données fournies dans le rapport
Caribes & Amérique latine			
Honduras	0,5	UNGASS RP	Chiffre global fourni dans le rapport
Jamaïque	5	UNGASS RP	Chiffre global fourni dans le rapport
Suriname	24	UNGASS RP	Chiffre global fondé sur les données fournies dans le rapport

* Tous les pays n'ont pas été en mesure de remplir le formulaire national (NPSI 2). Un grand nombre ont fourni des chiffres globaux dans le rapport sans stratifier les divers éléments. Pour ceux qui ont fourni des chiffres détaillés, le chiffre global figurant dans le tableau représente les sociétés disposant d'un des éléments au moins de l'ensemble complet 'prévention-prise en charge'.

** RP = Rapport du pays à l'UNGASS 2003

Annexe 5**Pourcentage de patients atteints d'infections sexuellement transmissibles qui sont correctement diagnostiqués (D), conseillés (C) et traités (T)**

Pays	% de patients IST correctement D/C/T	Source d'information
Afrique subsaharienne		
Botswana	30	UNGASS RP 2003 (enquête 1998)
Burkina Faso	4 (D + T) 13 (C)	UNGASS RP 2003
Kenya	50	UNGASS RP 2003
Madagascar	20 (D + T) 44 (C)	UNGASS RP 2003
Maurice	100	UNGASS RP 2003
Ouganda	21	UNGASS RP 2003
Seychelles	37	UNGASS RP 2003
Zimbabwe	57	UNGASS RP 2003
Asie du Sud & du Sud-Est		
Cambodge	88	OMS 2002
Viet Nam	38	UNGASS RP 2003
Asie de l'Est & Pacifique		
Guam	100 D, 34 T, 18 C	Enquête dans des cliniques publiques et privées 2002
Mongolie	100	UNGASS RP 2003 (Rapport annuel du Centre national pour les Maladies transmissibles 2002)
Samoa	100	MS 2002 (tous traités et conseillés mais le diagnostic n'est pas effectué en laboratoire)
Europe orientale & Asie centrale		
Bélarus	75	UNGASS RP 2003
Kazakhstan	98	UNGASS RP 2003
Kirghizistan	82	UNGASS RP 2003
Slovaquie	100	PNS 2002
Tadjikistan	76	UNGASS RP 2003
Afrique du Nord & Moyen-Orient		
Djibouti	16	MS 2002
Maroc	49	UNGASS RP 2003

UNGASS RP 2003 = Données de suivi des programmes provenant des Rapports des pays à l'UNGASS 2003

OMS 2002 = Données 2002 de suivi des programmes obtenues auprès des bureaux de l'OMS dans les pays

MS = Ministère de la Santé

PNS = Programme national de lutte contre le SIDA

Annexe 6**Estimation du pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH bénéficiant d'une prophylaxie antirétrovirale**

Pays	Etablissements publics (%)	Source d'information
Afrique Subsaharienne		
Afrique du Sud	< 1	OMS 2002
Bénin	0	OMS 2002
Botswana	34	UNGASS RP 2003
Burkina Faso	< 1	UNGASS RP 2003
Ethiopie	< 1	UNGASS RP 2003
Kenya	1	UNGASS RP 2003
Malawi	< 1	UNGASS RP 2003
Maurice*	100	UNGASS RP 2003
Namibie	7	UNGASS RP 2003
Niger	0	OMS 2002
Nigéria	< 1	UNGASS RP 2003
Ouganda	4,6	UNGASS RP 2003
Rép. démocratique du Congo	0	OMS 2002
République-Unie de Tanzanie	0	UNGASS RP 2003
Seychelles*	100	UNGASS RP 2003
Sierra Leone	0	UNGASS RP 2003
Tchad	0	OMS 2002
Asie du Sud & Asie du Sud-Est		
Afghanistan	0	OMS bureau dans le pays
Cambodge	2,7	PNS 2002
Inde	< 1	UNGASS RP 2003
Malaisie	0	OMS 2002
Myanmar	2	UNGASS RP 2003
Népal*	2,1	OMS 2002
Viet Nam	2,3	UNGASS RP 2003
Asie de l'Est & Pacifique		
Guam*	0	PNS 2002
Mongolie*	0	UNGASS RP 2003
Samoa*	0	MS 2002

Pays	Etablissements publics (%)	Source d'information
Amérique du Sud & Amérique latine		
Argentine*	55	UNGASS RP 2003
Barbade*	0	OMS 2002
Belize	70	UNGASS RP 2003
Brésil*	33,6	UNGASS RP 2003
Cuba*	2,5	Cible nationale 2002
Guatemala	10	UNGASS RP 2003
Guyana	< 1	UNGASS RP 2003
Haiti	0	OMS 2002
Panama	0	OMS 2002
Paraguay	40	OMS 2002
Pérou*	14,8	PNS 2002
République dominicaine	0	OMS 2002
Trinité-et-Tobago	0	OMS 2002
Uruguay*	97,8	PNS 2002
Venezuela*	0	Rapport mondial sur le VIH/SIDA, 2002
Europe orientale & Asie centrale		
Arménie*	3	UNGASS RP 2003 (1 femme)
Bélarus*	87,5	UNGASS RP 2003
Chypre*	100	Département des services médicaux et sanitaires
Fédération de Russie	12	UNGASS RP 2003
Kazakhstan*	4,5	UNGASS RP 2003
Kirghizstan*	0	Enquête EURO 2002
République de Moldova*	0	PNS 2003
Tadjikistan*	0	UNGASS RP 2003
Ukraine	49,6	MS 2002
Afrique du Nord & Moyen-Orient		
Maroc*	1	OMS 2002
Qatar*	0	MS registre du VIH 2002

* Pays connaissant des épidémies à faible prévalence/concentrées

UNGASS RP 2003 = Données de suivi des programmes provenant des Rapports des pays à l'UNGASS 2003

OMS 2002 = Données 2002 de suivi des programmes obtenues auprès des bureaux de l'OMS dans les pays

MS = Ministère de la Santé

PNS = Programme national de lutte contre le SIDA

Annexe 7**Pourcentage d'adultes atteints d'une infection à VIH avancée qui bénéficient d'un traitement antirétroviral**

Pays	% d'adultes recevant des ARV	Source d'information
Afrique subsaharienne		
Afrique du Sud	0	OMS 2002
Angola	< 1	OMS 2002
Bénin	2,5	IAA 2002
Botswana	7,9 (2780)	UNGASS RP 2003
Burkina Faso	1,4 (875)	UNGASS RP 2003
Burundi	1,9	IAA 2002
Cameroun	1,5	Cible nationale 2002
Côte d'Ivoire	2,7	UNGASS RP 2003
Erythrée	< 1	OMS 2002
Ethiopie	< 1	OMS 2002
Gambie	6,3	OMS 2002
Ghana	1,6	OMS 2002
Guinée équatoriale	6,6	OMS 2002
Kenya	3	UNGASS RP 2003
Lesotho	< 1	OMS 2002
Malawi	1,6	UNGASS RP 2003
Mali	2,5	OMS 2003
Maurice*	100	UNGASS RP 2003
Mozambique	0	OMS 2002
Namibie	0	OMS 2002
Nigéria	1,5 (8100)	UNGASS RP 2003
Ouganda	6,3 (10 000)	UNGASS RP 2003
Rép. centrafricaine	< 1	Cible nationale 2002
Rép. démocratique du Congo	0	IAA 2002
République-Unie de Tanzanie	< 1	UNGASS RP 2003
Rwanda	< 1 (1500)	UNGASS RP 2003
Sénégal	< 1	IAA 2002
Seychelles*	50,2	UNGASS RP 2003
Sierra Leone	0	OMS 2002
Swaziland	1,7 (450)	UNGASS RP 2003
Zambie	0	OMS 2002
Zimbabwe	0	OMS 2002
Asie du Sud & du Sud-Est		
Afghanistan*	0	OMS bureau dans le pays
Bangladesh*	0	OMS 2002
Cambodge	3	NCHADS 2002
Inde	2	UNGASS RP 2003
Indonésie*	2,7	OMS 2002
Iran (Rép. islamique d')*	100	OMS 2002
Myanmar*	< 1	UNGASS RP 2003
Pakistan*	2,2	OMS 2002
Philippines*	3,5	OMS 2002
Sri Lanka*	2	Cible nationale 2002
Singapour*	0	MS
Thaïlande	4	PNS 2003
Viet Nam*	1	UNGASS RP 2003
Asie de l'Est & Pacifique		
Chine*	5	Cible nationale 2002
Hong Kong (RAS de Chine)*	100	OMS 2002
Papouasie-Nouvelle-Guinée*	0	OMS 2002
Samoa*	100	MS 2002
Tonga*	0	PNS 2003
Amérique latine & Amérique		
Argentine*	91,2 (23 253)	UNGASS RP 2003
Bahamas*	< 1	OMS 2002
Belize	7,7 (26)	UNGASS RP 2003
Bolivie*	< 1	OMS 2002
Brésil*	100 (118 500)	UNGASS RP 2003
Guatemala	46	UNGASS RP 2003
Guyana	0	OMS 2002
Honduras	< 1	OMS 2002

Pays	% d'adultes recevant des ARV	Source d'information
Jamaïque	< 1	IAA 2002
Mexique*	92	UNGASS RP 2003
Nicaragua*	0	OMS 2002
Paraguay*	50 (300)	UNGASS RP 2003
Pérou*	19,2	PNS 2002
République dominicaine	0	Cible nationale 2002
Trinité-et-Tobago	< 1	IAA 2002
Uruguay*	50,5	PNS 2002
Europe orientale & Asie centrale		
Albanie*	0	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Arménie*	0	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Azerbaïdjan*	0	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Bélarus*	< 1	UNGASS RP 2003
Bosnie-Herzégovine*	10	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Bulgarie*	44,5	Département des services médicaux et sanitaires
Chypre*	100	
Croatie*	98,7	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Estonie*	32	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Fédération de Russie*	83,3	OMS 2002
Géorgie*	8	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Hongrie*	97	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Kazakhstan*	1	EURO enquête 2002
Kirghizistan*	0	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Lettonie*	51	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Lituanie*	55	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Macédoine*	20	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Ouzbékistan*	0	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Pologne*	92,9	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
République de Moldova*	8,3	OMS 2002
Roumanie*	64,4	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Serbie & Monténégro*	26,4	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Slovaquie*	95	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Slovénie*	98,3	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Tadjikistan*	0	UNGASS RP 2003
Ukraine	< 1	MS et OMS 2002
Afrique du Nord & Moyen-Orient		
Djibouti*	1,8	MS, OMS 2002
Jordanie*	21,3	UNGASS RP 2003
Liban*	100	PNS 2003
Maroc*	20,7	UNGASS RP 2003
Qatar*	64,9	Registre VIH 2002
Soudan	< 1	OMS 2002
Amérique du Sud & CODE		
Allemagne*	94,7	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Australie*	53,2	Rapport annuel de surveillance
Autriche*	92,6	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Belgique*	93,8	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Danemark*	90,9	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Espagne*	92,3	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Finlande*	94,6	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Islande*	87,5	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Italie*	72,7	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Luxembourg*	96,9	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Malte*	94,3	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Norvège*	89,6	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Pays-Bas*	96	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Royaume-Uni*	92,1	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Suède*	95	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003
Suisse*	95	OMS EURO Enquête sur l'accès aux ARV 2003

* Pays connaissant des épidémies à faible prévalence/concentrées

IAA = Initiative Accélérer l'Accès

UNGASS RP 2003 = Données de suivi des programmes provenant des Rapports des pays à l'UNGASS 2003

OMS 2002 = Données 2002 de suivi des programmes obtenues auprès des bureaux de l'OMS dans les pays

MS = Ministère de la Santé

PNS = Programme national de lutte contre le SIDA

NCHADS = Centre national pour le VIH/SIDA, la dermatologie et les IST

Annexe 8**Pourcentage de jeunes femmes (entre 15 et 24 ans) ayant une bonne connaissance du VIH/SIDA***

Pays	Global (%)	Urbain (%)	Rural (%)	Source d'information
Afrique subsaharienne				
Afrique du Sud	20	26	13	DHS 1998
Botswana	27,9	25,2	29,8	MICS 2000
Burundi	24	40	21	MICS 2000
Cameroun	18	24	7	MICS 2000
Comores	9,9	9,8	10,4	MICS 2000
Côte d'Ivoire	18	19	6	MICS 2000
Gambie	15	20	11	MICS 2000
Guinée-Bissau	8	16	2	MICS 2000
Guinée équatoriale	3,8	1,1	6,1	MICS 2000
Kenya	26	35	22	MICS 2000
Lesotho	18	27	16	MICS 2000
Malawi	34	44	31	DHS 2000
Niger	5	17	2	MICS 2000
Ouganda	28	48	23	DHS 2000
République centrafricaine	5,1	1,5	8,7	MICS 2000
République-Unie de Tanzanie	26	42	22	DHS 1998
Rwanda	23	40	23	DHS 2000
Sao Tomé-et-Principe	11	13	7	MICS 2000
Sierra Leone	16	22	10	MICS 2000
Swaziland	26,9	26,1	26,4	MICS 2000
Tchad	5	2,3	12,2	MICS 2000
Togo	20	21	13	MICS 2000
Zambie	25,6	32	20,9	MICS 2000
Asie du Sud & du Sud-Est				
Cambodge	37	52	33	DHS 2000
Indonésie	6,8	4,2	10,2	MICS 2000
Viet Nam	25,4	20,8	41,3	MICS 2000
Caribes & Amérique latine				
Bolivie	21,6	9,3	29,2	MICS 2000
Cuba	51,8	40,2	56,2	MICS 2000
Guyana	35,6	35,2	36,4	MICS 2000
Haïti	14	24	8	DHS 2000
République dominicaine	33	33	23	MICS 2000
Suriname	26,5	21	36,8	MICS 2000
Trinité-et-Tobago	33	-	-	MICS 2000
Europe orientale & Asie centrale				
Albanie	0,2	0,3	0	MICS 2000
Azerbaïdjan	2,1	0,8	3,2	MICS 2000
Mongolie	32,1	28,1	36,9	MICS 2000
Ouzbékistan	3,4	2,6	5,3	MICS 2000
République de Moldova	16,9	16,2	22,7	MICS 2000

* Bonne connaissance du VIH = réponses correctes pour deux méthodes de prévention et trois idées fausses

MICS = Enquête en groupes à indicateurs multiples de l'UNICEF

DHS = Enquête démographique et sanitaire

Annexe 9**Pourcentage de jeunes femmes (entre 15 et 24 ans) ayant des connaissances précises des méthodes de prévention du VIH**

Pays	L'utilisation du préservatif peut réduire le risque de VIH (%)	Avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire peut réduire le risque de VIH (%)	Source d'information
Afrique subsaharienne			
Afrique du Sud	83	81	DHS 1998
Botswana	76	76	MICS 2000
Burundi	47	71	MICS 2000
Cameroun	46	51	MICS 2000
Comores	41	42	MICS 2000
Côte d'Ivoire	53	55	MICS 2000
Gambie	51	55	MICS 2000
Guinée-Bissau	32	26	MICS 2000
Guinée équatoriale	26	29	MICS 2000
Kenya	53	75	MICS 2000
Lesotho	58	50	MICS 2000
Malawi	66	75	DHS 2000
Niger	30	44	MICS 2000
Ouganda	68	83	DHS 2000
République centrafricaine	20	49	MICS 2000
République-Unie de Tanzanie	62	64	DHS 1999
Rwanda	63	72	DHS 2000
Sao Tome-et-Principe	32	25	MICS 2000
Sierra Leone	30	32	MICS 2000
Swaziland	63	61	MICS 2000
Tchad	21	32	MICS 2000
Togo	63	74	MICS 2000
Zambie	64	78	MICS 2000
Asie du Sud & du Sud-Est			
Cambodge	64	64	DHS 2000
Indonésie	23	40	MICS 2000
Viet Nam	60	63	MICS 2000
Amérique latine			
Bolivie	56	63	MICS 2000
Cuba	89	88	MICS 2000
Guyana	69	73	MICS 2000
Haiti	46	55	DHS 2000
République dominicaine	73	87	MICS 2000
Suriname	58	58	MICS 2000
Trinité-et-Tobago	54	82	MICS 2000
Europe orientale & Asie centrale			
Albanie	42	55	MICS 2000
Azerbaïdjan	11	14	MICS 2000
Mongolie	77	79	MICS 2000
Ouzbékistan	22	32	MICS 2000
République de Moldova	56	63	MICS 2000
Tadjikistan	5	6	MICS 2000
Ukraine	57	62	MICS 2000

MICS = Enquête en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF

DHS = Enquête démographique et sanitaire

Annexe 10

Pourcentage de jeunes femmes (entre 15 et 24 ans) n'ayant pas d'idées fausses concernant le VIH/SIDA

Pays	Une personne qui a l'air en bonne santé peut avoir le VIH (%)	Les piqûres de moustiques ne peuvent pas transmettre le VIH (%)	On ne peut contracter le VIH par des moyens surnaturels (%)	Source d'information
Afrique Subsaharienne				
Afrique du Sud	54	45	70*	DHS 1998
Botswana	79	47	70	MICS 2000
Burundi	86	48	68	MICS 2000
Cameroun	54	34	48	MICS 2000
Comores	55	27	41	MICS 2000
Côte d'Ivoire	51	38	45	MICS 2000
Gambie	53	31	47	MICS 2000
Guinée-Bissau	31	27	28	MICS 2000
Guinée équatoriale	46	15	31	MICS 2000
Kenya	75	55	76	MICS 2000
Lesotho	46	36	56	MICS 2000
Malawi	84	69	80*	DHS 2000
Niger	22	19	34	MICS 2000
Ouganda	76	47	67*	DHS 2000
République centrafricaine	46	22	27	MICS 2000
République-Unie de Tanzanie	65	54	54*	DHS 1999
Rwanda	64	60	68*	DHS 2000
Sao Tomé-et-Principe	65	37	47	MICS 2000
Sierra Leone	35	29	37	MICS 2000
Swaziland	81	55	75	MICS 2000
Tchad	28	13	28	MICS 2000
Togo	87	48	53	MICS 2000
Zambie	75	63	68	MICS 2000
Asie du Sud & du Sud-Est				
Cambodge	62	52	60*	DHS 2000
Indonésie	32	32	47	MICS 2000
Viet Nam	63	44	71	MICS 2000
Caribes & Amérique latine				
Bolivie	55	40	63	MICS 2000
Cuba	91	65	91	MICS 2000
Guyana	84	57	77	MICS 2000
Haiti	68	28	18	DHS 2000
République dominicaine	89	47	87	MICS 2000
Suriname	70	46	57	MICS 2000
Trinité-et-Tobago	96	71	87	MICS 2000
Europe orientale & Asie centrale				
Albanie	40	14	2	MICS 2000
Azerbaïdjan	35	7	15	MICS 2000
Mongolie	57	58	74	MICS 2000
Ouzbékistan	41	15	22	MICS 2000
République de Moldova	79	38	72	MICS 2000
Tadjikistan	8	4	6	MICS 2000
Ukraine	76	39	61	MICS 2000

* "Ne peut être infectée en partageant le repas d'une personne infectée" au lieu de "ne peut contracter le VIH par des moyens surnaturels".

MICS = Enquête en groupes à indicateurs multiples de l'UNICEF

DHS = Enquête démographique et sentimentale

Annexe 11**Pourcentage de jeunes (entre 15 et 24 ans) qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel**

Pays	Hommes (%)	Hommes zones urbaines (%)	Hommes zones rurales (%)	Femmes (%)	Femmes zones urbaines (%)	Femmes zones rurales (%)	Source d'information
Afrique de l'Ouest et centrale							
Afrique du Sud	34			20			DHS 1998
Bénin				19			DHS 2001
Botswana	88			75			MICS 2000
Burkina Faso	55	82	41	41	57	26	DHS 1999
Cameroon	31	38	26	16	23	10	DHS 1998
Congo				12			PSI 1999
Côte d'Ivoire	56	62	49	25	32	15	DHS 1998
Ethiopie	30	61	20	17	30	6	DHS 2000
Gabon	48			33			DHS 2000
Ghana	33			20			DHS 1998
Guinée	32	44	19	17	23	7	DHS 1998
Kenya	43	46	42	14	20	12	DHS 1998
Malawi	38	51	35	32	48	26	DHS 2000
Mali	30			14			DHS 2001
Nigéria	38			21			DHS 1999
Ouganda	62	77	55	44	62	38	DHS 2000
Rép. démocratique du Congo				13			MICS 2000
République-Unie de Tanzanie	31	49	23	21	35	12	DHS 1999
Rwanda	55	72	44	23	32	14	DHS 2000
Togo	41	48	36	22	26	18	DHS 1998
Zambie	38			38			ZSBS 2000
Zimbabwe	69	82	60	42	56	29	DHS 1999
Afrique du Sud-Est							
Cambodge				43			DHS 2000
Inde	51			40			BSS 2001
Népal	52						DHS 2001
Amérique latine et Caraïbes							
Bolivie	22			8			DHS 1998
Brésil	59			32			DHS 1998
Chili	33			18			DHS 1997
Colombie				29			DHS 2000
Haïti	30	45	18	19	26	12	DHS 2000
Jamaïque				38			RHS 1997
Mexique	57			57			BSS 2000
Paraguay				79			RHS 1996
Pérou				19			DHS 2000
République dominicaine	48			12			DHS 1999

MICS = Enquête en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF

DHS = Enquête démographique et sanitaire

RHS = Enquête sur la santé reproductive

PSI = Population Services International

BSS = Enquête de surveillance comportementale

ZSBS = Enquête sur les comportements sexuels, Zambie

Annexe 12

Pourcentage de jeunes (entre 15 et 24 ans) en Afrique subsaharienne qui admettent avoir eu des rapports sexuels à risque* au cours de l'année écoulée

Pays	Hommes (%)	Femmes (%)	Source d'information
Afrique subsaharienne			
Burkina Faso	82	19	DHS 1999
Cameroun	86	41	DHS 1998
Côte d'Ivoire	91	51	DHS 1998
Ethiopie	64	7	DHS 2000
Guinée	92	23	DHS 1999
Kenya	92	39	DHS 1998
Malawi	71	17	DHS 2000
Ouganda	59	22	DHS 2000
République-Unie de Tanzanie	57	40	RCHS 1999
Rwanda	42	10	DHS 2000
Togo	89	51	DHS 1998
Zimbabwe	82	20	DHS 1999

* Les participants à l'enquête ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital avec lequel ils ne cohabitent pas au cours des 12 derniers mois, parmi les participants indiquant avoir eu une activité sexuelle au cours des 12 derniers mois.

DHS = Enquête démographique et sanitaire

RCHS = Enquête sur la santé reproductive et infantile

Annexe 13

Age moyen lors du premier rapport sexuel – Afrique subsaharienne

Pays	Hommes	Hommes zones urbaines	Hommes zones rurales	Femmes	Femmes zones urbaines	Femmes zones rurales	Source d'information
Afrique subsaharienne							
Afrique du Sud				17,8	18	17,6	DHS 1998
Burkina Faso	19,5	18,7	19,8	17,5	18,1	17,3	DHS 1999
Cameroun	17,5	17,4	17,6	16,5	16,6	16,4	DHS 1998
Côte d'Ivoire	17,1	17	17,2	16,5	16,7	16,3	DHS 1998
Ethiopie	22,1	21,9	22,1	19	20,8	18,7	DHS 2000
Ghana	20,5	21,4	20	18,1	19,1	17,6	DHS 1998
Guinée	17,4	16,9	17,7	16,7	17,5	16,4	DHS 1999
Kenya	17,1	17	17,1	17,9	17,4	17,9	DHS 1998
Malawi	16,5	17,8	16,3	17	17	17	DHS 2000
Nigéria	19,4	18,2	19,4	18,1	19	17,6	DHS 1999
Ouganda	18,3	17,3	18,4	17,3	17	17,3	DHS 2000
République-Unie de Tanzanie	16,6	18,2	17	17,1	17,2	17,1	DHS 1999
Rwanda	20,4	19,3	20,6	20,8	20,4	20,9	DHS 2000
Togo	18,1	18,4	17,9	16,7	16,9	16,6	DHS 1998
Zimbabwe	19	19,1	19	18,8	18,4	18,5	DHS 1999

DHS = Enquête démographique et sanitaire

Annexe 14**Scolarisation : proportion des orphelins par rapport aux non-orphelins***

Pays	Garçons	Filles	Ensemble	Source d'information
Afrique subsaharienne				
Afrique du Sud	0,95	0,96	0,95	DHS 1998
Angola			0,9	MICS 2000
Botswana			0,99	MICS 2000
Burundi			0,7	MICS 2000
Cameroun		0,64	0,94	DHS 1998 chiffre d'ensemble DHS 2000 filles
Comores			0,59	MICS 2000
Côte d'Ivoire			0,83	MICS 2000
Ethiopie	0,58	0,64	0,6	DHS 2000
Gabon			0,98	DHS 2001
Gambie			0,85	MICS 2000
Ghana			0,93	DHS 1998
Guinée	0,86	1,55	1,13	DHS 1999
Guinée-Bissau			1,03	MICS 2000
Guinée équatoriale			0,95	MICS 2000
Kenya	0,79	0,71	0,74	DHS 1998
Lesotho			0,87	MICS 2000
Madagascar			0,65	MICS 2000
Malawi	0,96	0,9	0,93	DHS 2000
Mali			0,72	DHS 2001
Mozambique	0,44	0,5	0,47	DHS 1997
Namibie			0,92	DHS 2001
Niger			1,07	MICS 2000
Nigéria	0,89	1,07	0,87	DHS 1998
Ouganda	0,9	1	0,95	DHS 2000
Rep. démocratique du Congo			0,72	MICS 2000
République centrafricaine			0,91	MICS 2000
République-Unie de Tanzanie	0,66		0,74	DHS 1998
Rwanda	0,76	0,86	0,8	MICS 2000
Sénégal			0,74	MICS 2000
Sierra Leone			0,71	MICS 2000
Somalie			0,65	MICS 2000
Soudan			0,96	MICS 2000
Swaziland			0,91	MICS 2000
Tchad			0,98	MICS 2000
Togo			0,96	MICS 2000
Zambie			0,87	MICS 2000
Zimbabwe	0,89	0,82	0,85	DHS 1998

* Ratio de scolarisation actuelle des orphelins par rapport aux non-orphelins, âgés de 10 à 14 ans.

MICS = Enquête en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF

DHS = Enquête démographique et sanitaire

Annexe 15**Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (âgées de 15 à 24 ans)**

Paye	Grandes zones urbaines (%)	Extérieur (%)	Total (%)	Source d'information
Afrique subsaharienne				
Afrique du Sud			24,1	OMS 2002
Angola	2,9		2,9	OMS 2002
Botswana	33,3	31,4	31,8	OMS 2002
Burkina Faso			3,9	UNGASS RP 2003
Cameroon			11,9	OMS 2002
Congo			11	OMS 2002, Brazzaville & Pointe Noire, 15-20 ans seulement
Côte d'Ivoire	8,8	3,8	7,1	OMS 2002
Erythrée	1,3			OMS 2002
Ethiopie	15	12,7		OMS 2002
Ghana	3	2,8	2,9	OMS 2002
Kenya			21,8	OMS 2002
Lesotho	22	18,1	18,1	OMS 2002
Malawi	21	15	17,8	OMS 2002
Mali			0,9	OMS 2002
Maurice			0,1	UNGASS RP 2003
Namibie			17,9	OMS 2002
Nigéria			6	UNGASS RP 2003
Ouganda			8,7	UNGASS RP 2003
République centrafricaine	13,8	13,4		OMS 2002
République-Unie de Tanzanie		15		OMS 2002
Seychelles			0,6	UNGASS RP 2003
Swaziland	40,6	35,9	39,4	OMS 2002
Togo			7,6	UNGASS RP 2003
Zambie			15	OMS 2002
Zimbabwe			16	UNGASS RP 2003
Asie du Sud & du Sud-Est				
Cambodge			2,7	OMS 2002
Myanmar	1,7			UNGASS RP 2003
Caribes & Amérique latine				
Argentine			0,4	UNGASS RP 2003
Brésil			0,7	UNGASS RP 2003
Guatemala			0,5	UNGASS RP 2003
Pérou			0,3	OMS 2002
Suriname			3,8	UNGASS RP 2003
Uruguay	0,2			OMS 2002
Europe orientale & Asie centrale				
Arménie	0	0	0	OMS 2002
Bélarus			0,8	OMS 2002
Fédération de Russie			0,1	OMS 2002
Kazakhstan			0,3	OMS 2002
Kirghizistan			0	OMS 2002
Mongolie	0	0	0	UNGASS RP 2003
République de Moldova			0,4	OMS 2002
Slovénie	0	0	0	OMS 2002
Ukraine			0,3	OMS 2002
Middle East & Moyen-Orient				
Cypre			0	OMS 2002
Djibouti	2,3			OMS 2002
Maroc			0,2	OMS 2002
Qatar	0			OMS 2002

OMS 2002 = données de surveillance les plus récentes 2001/2002 obtenues par l'intermédiaire des bureaux de l'OMS dans les pays; dans le cadre de la surveillance ONUSIDA/OMS du VIH/SIDA.

UNGASS RP 2003 = données de surveillance les plus récentes 2001/2002 obtenues dans les rapports des pays à l'UNGASS 2003

Annexe 16**Prévalence du VIH parmi les professionnel(les) du sexe**

Pays	% professionnel(les) du sexe infecté(e)s par le VIH Grandes zones urbaines	Source d'information
Afrique subsaharienne		
Afrique du Sud	50,3	ONUSIDA 2002 (données 2000)
Angola	19,4	ONUSIDA 2002 (données 1999)
Bénin	40,8	ONUSIDA 2002 (données 1999)
Côte d'Ivoire	31	Retrocidi-dispositaire CDC 2001
Djibouti	27,5	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Ethiopie	73,7	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Ghana	50	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Kenya	27	ONUSIDA 2002 (données 2000)
Mali	23,4	PNS 2000
Maurice	5	PNS 2003
République-Unie de Tanzanie	3,5	ONUSIDA 2002 (données 2000)
Sénégal	7	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Zambie	68,7	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Asie du Sud & du Sud-Est		
Bangladesh	0,2	ONUSIDA 2002 (données 2000)
Cambodge	28,8	PNS 2002
Inde	5,3	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Indonésie	0,2	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Myanmar	38	ONUSIDA 2002 (données 2000)
Népal	36,2	ONUSIDA 2002 (données 1999)
Rép. pop. dém. Iao	0,4	UNGASS RP 2003
Singapour	0,5	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Sri Lanka	0	ONUSIDA 2002 (données 2000)
Thaïlande	6,7	ONUSIDA 2002 (données 2000)
Viet Nam	11	ONUSIDA 2002 (données 2000)
Asie du Sud-Est & Pacifique		
Chine	0,3	UNGASS RP 2003
Hong Kong (RAS de Chine)	0	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Îles Cook	0	PNS 2002
Mongolie	0	PNS 2002
Papouasie-Nouvelle-Guinée	16	ONUSIDA 2002 (données 2000)
Philippines	1	PNS 2002
Samoa	0	PNS 2002
Amérique latine		
Argentine	2,9	UNGASS RP 2003
Brésil	17,8	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Équateur	1,1	ONUSIDA 2002 (données 2001)
Guatemala	4,7	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Guyana	45	ONUSIDA 2002 (données 2000)
Honduras	7,7	ONUSIDA 2002 (données 1999)
Mexique	0,3	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Perou	1,8	ONUSIDA 2002 (données 1999)
République dominicaine	3,5	ONUSIDA 2002 (données 1999)

Pays	% professionnel(l)e(s) du sexe Infecté(e)s par le VIH: Grandes zones urbaines	Source d'information
Europe orientale & Asie centrale		
Albanie	0,5 à 6	PNS 2002
Bélarus	0 à 4	Projet EURO comprenant les taux parmi les professionnel(l)e(s) du sexe dans 11 villes 2002
Bosnie-Herzégovine	40	Rapport de mission OMS EURO 2001. N inconnu
Fédération de Russie	4,4 1	Projet EURO (Moscou) 2002 Rapport du Ministre, 29/03/03
Géorgie	1,4	PNS 2000
Hongrie	1	UNGASS RP 2003
Lettonie	11	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Slovaquie	0,9	PNS 2001
Ukraine	13,2	PNS (1997-2000)
Afrique du Nord & Moyen-Orient		
Djibouti	27,5	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Egypte	0	ONUSIDA 2002 (données 1998)
Jordanie	4,9	PNS 2002
Maroc	0	PNS 2002
République arabe syrienne	0	ONUSIDA 2002 (données 1999)
Tunisie	0	ONUSIDA 2002 (données 1999)
Pays à revenu élevé		
Australie	0,2	PNS 2002

ONUSIDA 2002 = Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA. ONUSIDA 2002. Les données proviennent d'études dans les zones urbaines et le chiffre figurant dans le tableau constitue la médiane pour l'ensemble des sites. Seules les données à partir de 1997 ont été utilisées.

PNS = Programme national de lutte contre le SIDA au sein du Ministère de la Santé

Annexe 17

Estimation du nombre de consommateurs de drogues injectables ; pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui sont infectés par le VIH ; et pourcentage de consommateurs de drogues injectables en contact avec des services de prévention

Pays	Nombre estimatif de CDI	Prévalence du VIH (%)	Couverture (%)
Asie & Pacifique			
Bangladesh		4	
Chine	400 000	7,2	5
Hong Kong (RAS de Chine)		0	
Indonésie	160 000		1,5
Malaisie		16,8	
Myanmar		47,6	
Népal	20 000	40	22
Pakistan	60 000	0	0,4
Philippines		2	
Singapour		0,2	
Thaïlande		39,6	
Viet Nam	84 000	41,5	62,7
Amerique latine			
Argentine		5,8	
Brésil	800 000	0,4	10,5
Europe orientale & Asie centrale			
Belarus	50 000	6,7	1,7
Fédération de Russie		3,2	
Kazakhstan	250 000	3,3	
République de Moldova		1,1	
Roumanie	30 000		2,2
Ukraine		8,6	
Moyen-Orient			
Iran (Rép. islamique d')	140 000		0,6

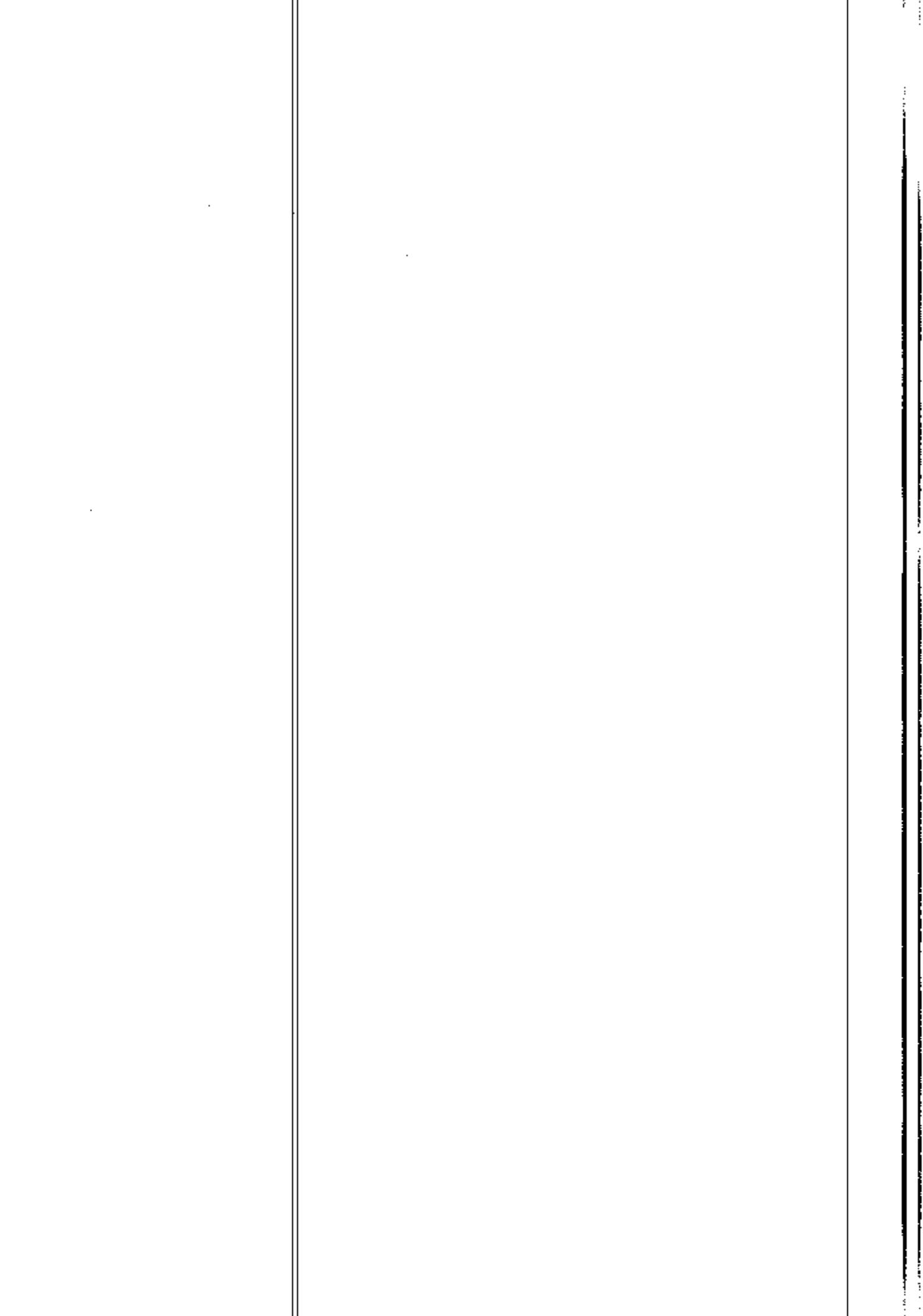
Annexe 18**Estimation du pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus**

Pays	% nourrissons infectés par le VIH **
Afrique subsaharienne	
Afrique du Sud	25
Bénin	25
Botswana	20,8
Burkina Faso	25
Ethiopie	25
Kenya	24,9
Malawi	24,9
Maurice*	12,5
Namibie	24
Niger	25
Nigéria	25
Ouganda	24,4
République démocratique du Congo	25
République-Unie de Tanzanie	25
Seychelles*	12,5
Sierra Leone	25
Tchad	25
Asie du Sud & du Sud-Est	
Afghanistan	25
Cambodge	24,7
Inde	25
Malaisie	25
Myanmar	24,8
Népal*	24,8
Viet Nam	24,8
Asie de l'Est & Pacifique	
Guam*	25
Mongolie*	25
Samoa*	25
Amériques & Amérique latine	
Argentine*	18,1
Barbade*	25
Belize	18,3
Brésil*	20,8
Cuba*	24,7
Guatemala	23,8
Guyana	24,9
Haiti	25
Mexique	24
Panama	25
Pérou*	23,1
République dominicaine	25
Trinité-et-Tobago	25
Uruguay*	12,6
Venezuela*	25

Pays	% nourrissons infectés par le VIH **
Europe centrale & Asie centrale	
Arménie*	24,6
Bélarus*	14,1
Fédération de Russie	23,5
Kazakhstan*	24,4
Kirghizistan *	25
République de Moldova*	25
Tadjikistan*	25
Ukraine	18,8
Afrique du Nord & Moyen-Orient	
Maroc*	24,9
Qatar*	25

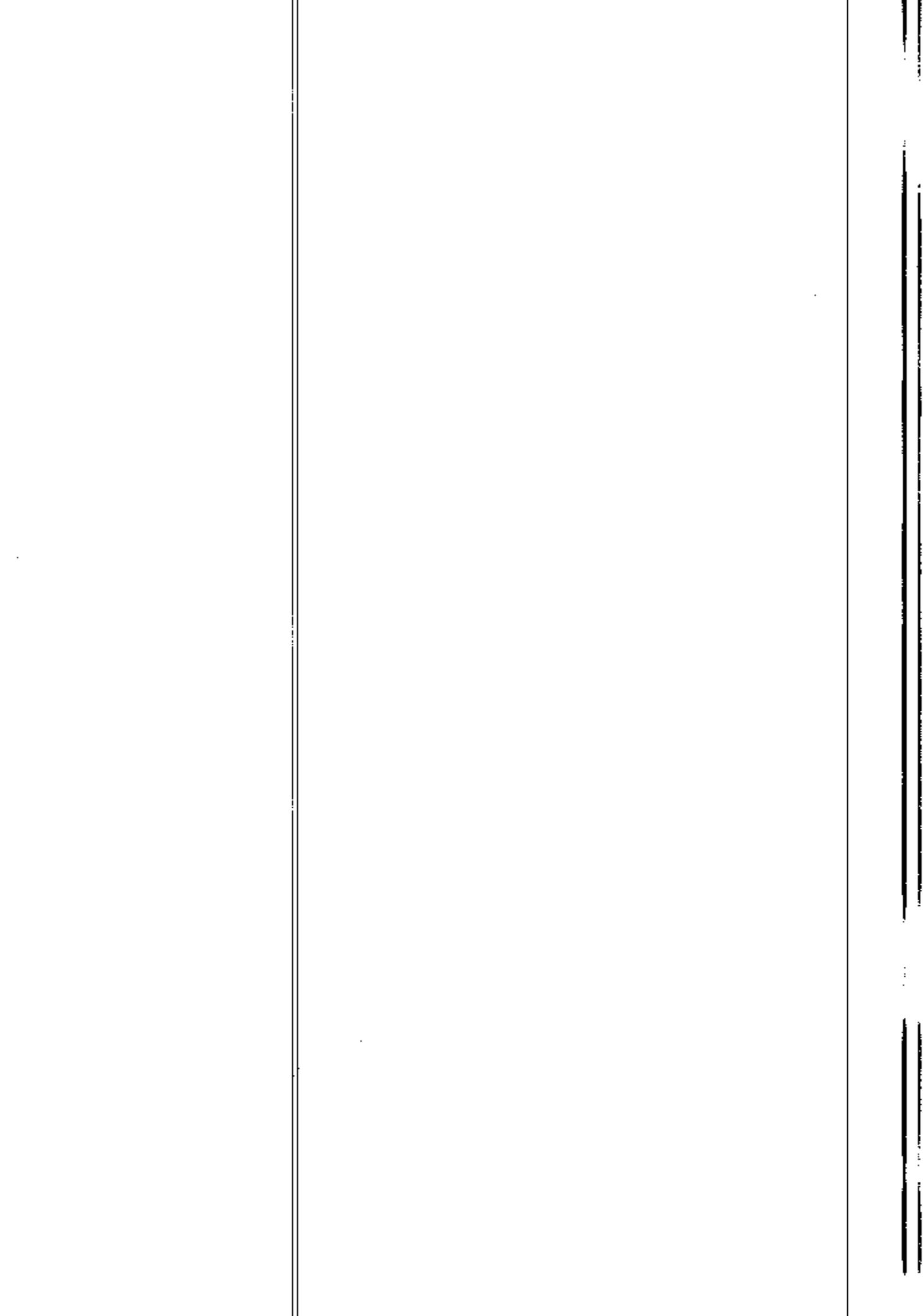
* Pays connaissant des épidémies de VIH à bas bruit/concentrées

** Calculé sur la base de la proportion de femmes enceintes infectées par le VIH qui bénéficient d'un traitement par les ARV



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

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



A l'issue de la Session extraordinaire historique de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/SIDA en juin 2001, 189 Etats Membres ont adopté la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*. Le Secrétariat et les Coparrainants de l'ONUSIDA ont élaboré en commun une série d'indicateurs mondiaux, régionaux et nationaux destinés à mesurer les progrès faits pour atteindre les objectifs de la Déclaration. En 2003, des enquêtes ont été proposées aux 189 Etats Membres et 103 d'entre eux ont présenté des rapports nationaux.

Le présent rapport, qui fournit des données obtenues par la première utilisation de ces indicateurs, représente l'évaluation la plus complète à ce jour de l'état d'avancement des actions mondiales, régionales et nationales entreprises pour résoudre les nombreux problèmes posés par le VIH/SIDA. Nous espérons que les responsables des politiques, les donateurs, les autorités nationales, les militants, les journalistes et les personnes concernées partout dans le monde jugeront ce rapport utile et susceptible de contribuer à susciter un engagement accru à la réalisation des objectifs adoptés lors de la Session extraordinaire des Nations Unies en 2001.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>